



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

5 MAGGIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Oncoematologia pediatrica, 40 anni di Aslti: al via raccolta di fondi per realizzare la “stanza dei sogni”

L'associazione siciliana contro le leucemie e i tumori infantili lancia un crowdfunding per dare un nuovo volto alla medicheria dell'unità operativa dell'Arnas Civico di Palermo

5 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. L'Aslti, l'associazione siciliana contro le leucemie e i tumori infantili, compie 40 anni e per celebrare questo compleanno lancia un *crowdfunding*: al via le donazioni da parte dei sostenitori per sostenere la mission “In ospedale come a casa”. L'obiettivo è dare un nuovo volto alla medicheria dell'unità operativa di Oncoematologia pediatrica dell'Azienda ospedaliera Civico di Palermo: colorarla, renderla più a misura di bambini e adolescenti che, ogni giorno, la frequentano per sottoporsi alle terapie e guarire da leucemie e tumori.

«Vorremmo creare una “stanza dei sogni”- sottolinea Ilde Vulpetti, direttrice dell'area operativa di Aslti- Un posto più colorato e allegro dove vengono effettuate importanti procedure in sedazione. Migliorare la qualità di vita e il benessere psicologico attraverso un intervento di umanizzazione degli ambienti di cura serve a ridurre l'ansia e l'angoscia legata alla procedure mediche. Progetteremo una stanza per facilitare l'esecuzione di queste procedure e delle terapie e accompagnare il percorso dei pazienti e delle famiglie, percorso che ha come obiettivo non solo il curare ma il prendersi cura in maniera globale della persona». La medicheria sarà dipinta con disegni e con colori vivaci, arredi e attrezzature mediche saranno rinnovati.

Per donare un contributo ci si può collegare al sito liberidicresere.it o alla pagina facebook di Aslti seguendo la procedura per la donazione.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Stabilizzare prima i comandati o i precari Covid? Asp di Palermo, è scontro tra i sindacati

In pianta organica sono previsti 88 posti di Oss a cui aspirano 150 tra comandati- alcuni dei quali già in scadenza- e contrattisti Covid. L'Azienda sanitaria provinciale è in attesa di un accordo e non ha ancora deciso: il 9 maggio si terrà un altro vertice.

5 Maggio 2022 - di [Sonia Sabatino](#)

PALERMO. Proroga dei contratti, assunzioni, stabilizzazioni: tutti argomenti al centro del dibattito tra i lavoratori della sanità. Soprattutto da quando è terminata l'emergenza Covid in Italia, il problema della scadenza dei contratti si è fatto più pressante. Di fatto, in questi due anni di pandemia è stata reclutata una certa mole di personale sanitario e non (tecnici, segretari, informatici) a cui è stata promessa la stabilizzazione. Eppure anche prima che scoppiasse la pandemia erano stati assunti dei precari, i quali hanno dato pure il loro contributo durante l'emergenza Covid. Infine, ci sono i comandati, coloro che vengono chiamati da una determinata azienda per un periodo delimitato nel tempo, scaduto il quale i lavoratori dovranno tornare nella propria azienda d'origine. In merito alla priorità delle assunzioni l'indicativa del governo nazionale è quella dell'art.20 comma 1 della legge Madia.

Dal punto di vista regionale, l'assessorato alla salute ha demandato alle strutture sanitarie l'onere delle stabilizzazioni o delle proroghe dei contratti in base al proprio fabbisogno. Più o meno speditamente quasi tutte le aziende sanitarie stanno procedendo in autonomia, decidendo se stabilizzare prima i comandati, i precari o coloro che sono stati assunti con contratto per l'emergenza Covid. Si attende ancora la decisione all'Asp di Palermo, dove sulla priorità per le assunzioni è in corso un confronto, con posizioni diverse, tra i sindacati.

Gli 80 comandati dell'Asp di Palermo

La situazione degli 80 comandati che la città di Palermo sta perdendo è stata sollevata dal sindacato Fials, che il 3 febbraio ha indetto una manifestazione sotto la sede dell'assessorato per chiedere l'assunzione in via prioritaria dei comandati (infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, Oss). In quell'occasione la Fials è stata ricevuta dal capo di gabinetto dell'assessorato, Angela Antinoro, che ha ascoltato le istanze dei lavoratori aprendo alla proposta del sindacato di poter dare un indirizzo univoco per assumere il personale. La dottoressa Antinoro ha in seguito



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sensibilizzato (perché per legge non può imporre alcuna scelta al direttore generale dell'azienda) tutte le strutture ospedaliere siciliane sulla questione dei comandati. La maggior parte delle aziende sanitarie siciliane si sono adeguate alle indicazioni dell'assessorato, ma non l'Asp di Palermo che ha un grosso problema con gli Oss: 88 posti in pianta organica per 150 lavoratori tra comandati e contratti Covid.

La posizione dell'Asp di Palermo

La direttrice generale dell'Asp di Palermo, Daniela Faraoni, a questo punto ha convocato i sindacati (Fials, Cisl, Uil, Cgil) e ha chiesto loro di decidere quale linea di priorità seguire, come conferma ad Insanitas la stessa dg: «Sono in corso gli incontri con le organizzazioni sindacali relativamente all'ordine da seguire rispetto alle 3 diverse procedure di stabilizzazione che, in atto, possono essere espletate a favore di operatori precari- scrive- La direzione generale ha rimesso alle organizzazioni sindacali la scelta da operare, risultando alla stessa direzione utili tutte le modalità in atto previste dall'ordinamento vigente a garanzia del mantenimento all'interno dell'organizzazione aziendale di esperienze e competenze, già, maturate. Saranno, pertanto, le organizzazioni sindacali, unitamente alla direzione generale, a stabilire l'iter che sarà seguito, previo accordo delle diverse sigle sul modus procedendi e sui criteri da adottare».

Intanto, è bene precisare che la risoluzione non dovrebbe essere "rimessa" alle organizzazioni sindacali, che per legge possono consigliare ma non decidere, compito del direttore generale di qualunque azienda. Ma succede anche che le stesse organizzazioni sindacali non riescono a mettersi d'accordo sulle priorità di assunzione, con il risultato che i primi comandati stanno già tornando alle aziende di appartenenza. Ovviamente, in questa situazione, tra i comandati e i contrattisti Covid si è scatenata una disputa sugli stessi posti, con stipendi che variano tra i 900 e i 1.600 euro netti mensili in base all'esperienza maturata.

La posizione della Fials

«La dottoressa Faraoni si è ridotta all'ultimo momento, motivo per il quale l'avevo pregata di trovare un'intesa per coloro i quali stavano andando già in scadenza, perché una volta persi non possiamo più recuperarli- racconta ad Insanitas Enzo Munafò, segretario provinciale della Fials- L'Asp di Palermo è l'unica azienda che in tutti questi anni non ha mai pensato di stabilizzare i comandati, ovvero l'unica categoria che riceve un incarico solo se ci sono i posti in pianta organica, altrimenti la procedura sarebbe illegale. Quindi, i comandati come infermieri, tecnici e altre figure saranno stabilizzati perché sono previsti i loro posti, ma non è così per gli Oss che sono 25 incaricati con posizione di comando e 155 che nel frattempo hanno maturato i requisiti per le assunzioni, per un totale di 88 posti in pianta organica. L'assurdità riguarda il fatto che prima la Faraoni ha immagazzinato un sovrannumero di persone- un comando è stato chiamato a gennaio e uno addirittura a marzo- e adesso chiede a noi sindacati di decidere chi assumere prima: quelli che hanno maturato i requisiti sanciti dall'articolo 20 comma 1 e hanno maturato i 3 anni di servizio, quelli che hanno maturato i 18 mesi oppure i comandati».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

L'impasse

I sindacati in campo allora si sono incontrati e sembravano anche aver trovato un accordo, dando a Munafò l'incarico di scrivere una nota da indirizzare all'amministrazione sulle priorità da seguire, ma si arriva all'impasse. «Ho mandato questa nota alle altre organizzazioni sindacali, però la Uil ha detto che le priorità così come le avevo individuate non andavano bene, perché loro credono sia corretto stabilizzare prima coloro i quali siano stati assunti per il Covid e poi a seguire gli altri. Nella nostra nota, invece, avevo scritto che bisognava stabilizzare prima il personale comandato perché va in scadenza e dopo tutti quelli che sono stati immessi in servizio. La Cgil aveva inizialmente accolto le nostre istanze, ma non ha più voluto mandarla all'amministrazione dopo il rifiuto della Uil. La Cisl, invece, sembra essere sulla nostra lunghezza d'onda, perché secondo noi il personale Covid è stato chiamato *in extra ordinem*, cioè senza avere la certezza del posto in pianta organica, altrimenti verrà tutto occupato dal personale Covid e i comandati dovranno andarsene, sapendo anche che tra il 2022 e il 2023 avremo molti pensionamenti, per cui si libereranno dei posti per poter stabilizzare anche il personale Covid».

Munafò aggiunge: «Noi ci siamo trovati in difficoltà e adesso il 9 maggio ci sarà un altro incontro con la Faraoni in cui faremo la nostra proposta di dare priorità a tutto il personale comandato. Chiederemo inoltre, visto il ritardo dell'Asp di Palermo, che l'amministrazione provveda a recuperare coloro che stanno già andando via. La Cisl e la Fials sono il primo e il secondo sindacato in termini di numero di iscritti, per cui l'amministrazione non può non tenere conto della maggioranza e non può giocare ancora sul fatto che ci vogliono le firme di tutte le organizzazioni sindacali».

La posizione della Uil- Fpl

«Noi siamo d'accordo e disponibili alla stabilizzazione di tutti i dipendenti in servizio presso l'Asp a prescindere dal ruolo o dalla qualifica, ma in questo caso se diamo priorità ai comandati rischiamo di mandare a casa coloro che sono stati reclutati durante la pandemia- precisa Giuseppe Amato, segretario aziendale della Uil-Fpl – L'assessore Razza ha chiesto al direttore di trovare una soluzione per stabilizzare i precari Covid con le organizzazioni sindacali, ma la Faraoni ha scaricato su di noi un problema suo e adesso ci chiede di prenderci la responsabilità della priorità delle assunzioni. Tra i dipendenti che sono stati assunti con contratto Covid abbiamo già soggetti che hanno raggiunto i 18 mesi previsti dalla legge Madia, ci sono persone che hanno raggiunto anche i 36 mesi perché hanno lavorato prima in altre aziende». «Per i comandati invece c'è una norma contrattuale secondo cui il dipendente ha diritto alla riferma del posto se viene attivato un concorso di mobilità, ma qui non c'è stato alcun concorso- aggiunge Amato- Non credo ci sia la possibilità di raggiungere un accordo con gli altri sindacati perché noi pensiamo di garantire chi abbia i titoli e abbia maturato i requisiti dettati dalla norma di Bilancio e dalla legge Madia. Questa è la posizione che noi terremo giorno 9 e non perché siamo contro i comandati, anzi vogliamo che siano stabilizzati, ma vedremo cosa proporrà l'azienda e quanti saranno i pensionamenti nel 2023 per assumerli tutti. Al momento però non si può mettere fuori una persona che ha lavorato 18/36 mesi per dare spazio ad una persona che comunque ha un posto di lavoro, anche se lontano. D'altronde quelli che hanno partecipato ad un concorso per Milano, Catania o Roma non sono stati obbligati a fare questa scelta di vita e andare a lavorare in un'altra regione. Oggi non si può lasciare senza lavoro una persona, per dare il posto a qualcuno che ce l'ha già, anche se non a Palermo».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Pnrr: mappa regionale Case comunità salute premia il Sud

05 Maggio 2022



(ANSA) - ROMA, 05 MAG - Strutture socio-sanitarie che funzioneranno da punti di riferimento di prossimità per le cure primarie, le Case di Comunità previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) sono una ogni 18.000 persone con malattia cronica. Ma con ampie disparità territoriali: si va da una Casa ogni 12.000 malati cronici in Calabria ad una ogni oltre 23.000 malati cronici in Emilia Romagna, Liguria e Valle d'Aosta. A mettere in luce una proporzione tra numeri che "premia indiscutibilmente le regioni del Sud" è la prima mappatura dettagliata, presentata oggi da Cittadinanzattiva. In tema di assistenza territoriale, la Missione 6 dedicata alla Salute del Pnrr, punta moltissimo sull'assistenza territoriale, prevedendo la dislocazione di 1.350 Case della Comunità (le vecchie Case della salute non raggiungevano le 500 unità), e vede in proporzione ai pazienti, un maggior numero di queste in Basilicata,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, oltre ad Abruzzo e Sardegna. Analogamente, il Pnrr prevede 400 Ospedali di comunità, in pratica una struttura ogni 64.115 persone con patologia cronica. Anche in questo caso le differenze tra le Regioni sono rilevanti: la situazione migliore si registrerebbe in Basilicata (rapporto 1 a 47mila), la situazione peggiore (rapporto 1 a oltre 74mila malati cronici) in Friuli-Venezia Giulia, Umbria, P.A. Bolzano e P.A. Trento. "Risultanze che, se confermate, potrebbero consentire al Sud di ridurre almeno parzialmente il divario col resto del Paese", spiega Cittadinanzattiva. Quanto agli italiani, dal rapporto emergono essere "poco informati, ma aperti alla novità purché non si intacchi la consolidata relazione medico-paziente a cui i cittadini tengono in modo particolare" ma a preoccupare Cittadinanzattiva è "il coinvolgimento delle associazioni, civiche e di pazienti, è del tutto insoddisfacente".

Mascherina al lavoro fino al 30 giugno Ma l'obbligo vale solo nel privato

Il protocollo di governo, imprese e sindacati. Le protezioni vanno tenute anche all'aperto

Mascherine ancora obbligatorie sui luoghi di lavoro nel settore privato, almeno fino a fine giugno. La decisione dopo che sindacati, Inail, organizzazioni delle imprese e i ministeri del Lavoro, della Salute e dello Sviluppo Economico hanno confermato il protocollo di sicurezza anti-Covid del 6 aprile 2021. Un protocollo rigoroso, anche perché definito in una fase buia della pandemia. Il testo dice infatti che la mascherina va tenuta in tutti i casi di condivisione degli ambienti di lavoro, al chiuso o all'aperto.

L'intesa ha natura pattizia, non sono previste sanzioni per chi non la rispetta. Ma le organizzazioni delle imprese, Confindustria in testa, stanno consigliando agli associati di allinearsi. Per un motivo molto semplice. Il ministero della Salute ha fortemente raccomandato la mascherina in fabbriche e uffici. E il contagio da Covid può essere considerato infortunio sul lavoro. Il titolare dell'attività, poi, è re-

sponsabile della salute e sicurezza dei dipendenti (articolo 2087 del Codice Civile). L'impresa che recepisce e rispetta il protocollo può dimostrare in giudizio di avere fatto tutto il possibile per tutelare i suoi lavoratori. Fino a quando esattamente il protocollo resterà in vigore non si sa. L'unica certezza è che le parti han-

no preso l'impegno a rivedersi entro il 30 giugno per aggiornare il protocollo stesso. La riunione ieri avrebbe dovuto chiudersi con un verbale firmato dalle organizzazioni presenti all'incontro (tutti collegati via computer). Ma alla fine si è optato per un nota congiunta dei tre ministeri, che però nella serata di ieri non era ancora stata diffusa.

Da notare: in questo momento nel pubblico impiego c'è qualche possibilità in più di togliere la mascherina. Una circolare del ministro della Pubblica amministrazione Renato Brunetta, infatti, dice che va tenuta solo quando si lavora allo sportello, negli open space salvo che si possano escludere affollamenti; nelle riunioni in presenza; nelle file per accesso a spazi comuni come la mensa; quando si condivide l'ufficio con persone fragili; negli ascensori.

Ovviamente soddisfatti del

prolungamento dell'uso della mascherina i sindacati. Mentre all'interno delle organizzazioni d'impresa non sono mancate diversità di vedute. Confindustria aveva già raccomandato agli associati di mantenere le protezioni dal Primo Maggio, quando l'obbligo di legge è venuto meno. Confapi, altra organizzazione dell'industria, è convinta dell'utilità di prorogare i protocolli anche a tutela della produzione, ma non trova logica la disparità di trattamento con il settore pubblico.

Anche il settore del commercio — da Confesercenti a Confcommercio — si è allineato (d'altra parte si tratta soltanto di un paio di mesi di proroga). Ma qui sono più frequenti i dubbi e i distinguo. Fipe, la federazione dei pubblici esercizi di Confcommercio, per esempio, aveva chiesto la revisione dei protocolli e la libertà per bar e ristoranti di organizzarsi a propria di-

screzione. Federdistribuzione, associazione delle insegne di super e ipermercati, è «favorevole alla linea della prudenza». Ma auspica un confronto più approfondito a giugno per aggiornare il protocollo. Certo che oggi a essere più esposti sono proprio gli addetti di negozi, supermercati, bar, ristoranti: ormai ai clienti non è più richiesto il green pass. E nemmeno la mascherina.

Rita Querezé

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prudenza

Il contagio da Covid può essere considerato infortunio sul lavoro: le aziende temono cause

La scheda

- La mascherina resta obbligatoria sui luoghi di lavoro nel settore privato almeno fino alla fine di giugno

- È questa la decisione presa ieri da 3 ministeri (Lavoro, Salute, Sviluppo economico), Inail, imprese e sindacati



Anche per le attività all'aperto

Obbligo di mascherina per i lavoratori privati

Gianluca De Rossi

Imprese private e lavoratori sono d'accordo: «Le mascherine restino obbligatorie sul posto di lavoro». E va-

le anche all'aperto. In ballo c'è la sicurezza e la salute di chi opera nelle aziende e, per contrastare la diffusione del Covid, le mascherine resteranno obbligatorie fino al

30 giugno. Il governo: le norme seguiranno l'evoluzione del Covid. A pag. 12



Mascherine sul lavoro resta l'obbligo nel privato «E vale anche all'aperto»

► Sì di imprese e sindacati a prorogare le regole del protocollo dell'aprile 2021 ► Governo e parti sociali modificheranno le norme in base all'evoluzione del Covid

IL FOCUS

ROMA Imprese private e lavoratori sono d'accordo: «Le mascherine restino obbligatorie sul posto di lavoro». In ballo c'è la sicurezza e la salute di chi opera nelle aziende e, per contrastare la diffusione del Covid, le mascherine resteranno obbligatorie fino al 30 giugno. Sono le indicazioni emerse dall'incontro che si è tenuto ieri tra i ministeri di Lavoro, Salute e dello Sviluppo economico, con l'Inail e con le organizzazioni delle imprese e i sindacati. E se da una parte sono state eliminate le mascherine in bar e ristoranti, dall'altra è stata confermata l'obbligatorietà in quasi tutti gli altri posti al chiuso, lasciando alle singole aziende la scelta di allentare o confermare l'obbligo.

Il governo, dunque, ribadisce la linea della prudenza, con i numeri della pandemia che conti-

nuano sì a calare ma molto lentamente (nelle ultime 24 ore sono stati registrati 47.039 nuovi casi e 152 vittime), e conferma fino al 30 giugno nei luoghi di lavoro il protocollo sulle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del Covid, sottoscritto con le parti sociali il 6 aprile 2021. Negli uffici pubblici, invece, restano raccomandate le mascherine Ffp2 per il personale a contatto con il pubblico e negli spazi comuni.

Rappresentanze delle imprese private e dei lavoratori, dunque, hanno deciso di mantenere i protocolli aziendali che riguardano le mascherine «il cui uso è obbligatorio in tutti i casi di condivisione degli ambienti di lavoro, al chiuso o all'aperto», mentre «il loro uso non è necessario nel caso di attività svolte in condizioni di

isolamento».

«Quel protocollo ha rappresentato e costituisce ancora uno strumento fondamentale che con le sue misure, in particolare l'utilizzo delle mascherine, il distanziamento interpersonale e l'igienizzazione delle mani, ha effettivamente contenuto e contrastato il contagio, tutelando così la salute dei lavoratori e anche i datori di lavoro, sui quali gravano un ob-



bligo e delle precise responsabilità in termini di sicurezza», commentano le parti sociali.

LE REGOLE

Già dall'1 maggio le imprese aderenti a Confindustria avevano ricevuto indicazione di continuare ad applicare i protocolli aziendali. Anche Confcommercio ha chiesto il mantenimento della mascherina nei luoghi di lavoro fino a giugno. Sulla stessa linea Confercenti: «In attesa del necessario aggiornamento delle regole alla situazione attuale, riteniamo che la proroga a giugno del protocollo vigente sia una soluzione positiva, anche se temporanea, perché è nato in una fase emergenziale, in condizioni diverse da quelle attuali. È necessario aggiornarne alcuni contenuti per poter fornire alle imprese indicazioni chiare per scongiurare responsabilità in caso di contagi e a tutela dei lavoratori - dice Confercenti -. Abbiamo già chiesto ai nostri associati di invitare i dipendenti ad usare le mascherine, ma

le imprese hanno bisogno di disposizioni univoche sull'effettiva coerenza delle regole».

L'ultimo protocollo sottoscritto il 6 aprile 2021 parla di mascherine «in tutti i casi di condivisione degli ambienti di lavoro, al chiuso o all'aperto». Essendo a questo punto un patto tra le parti sociali non più recepito all'interno di norme del governo, non sarebbero previste sanzioni in caso di sopralluoghi dell'Ispettorato del lavoro per le aziende dove non si indossa la mascherina.

Il ministero del Lavoro, infine, ha aggiunto che si è deciso «di fissare un nuovo incontro entro il 30 giugno per verificare l'opportunità di apportare i necessari aggiornamenti al testo del protocollo connessi all'evoluzione» della situazione epidemiologica.

FARMACIE

Anche se dall'1 maggio i cittadini che entrano in farmacia non sono più obbligati all'uso della mascherina, in una circolare indiriz-

zata alle farmacie associate Federfarma invita alla prudenza suggerendo di raccomandare, con cartelli affissi sulle vetrine, che restano «in vigore i protocolli relativi a vaccinazioni Covid e test rapidi, che tra le varie misure di sicurezza da adottare tassativamente si contempla anche l'uso delle mascherine».

Gianluca De Rossi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**FEDERFARMA:
«IN FARMACIA
SI CONTINUINO AD
USARE I DISPOSITIVI
DI PROTEZIONE
INDIVIDUALE»**

1

TRASPORTI

Bus, navi, treni: necessarie le protezioni

Quando e dove si deve indossare la mascherina? È obbligatorio usare uno specifico tipo di mascherina? Sono le FAQ pubblicate sul sito governo.it a fare chiarezza: dall'1 maggio è obbligatorio indossare la mascherina Ffp2 su treni, aerei, navi, traghetti, pullman, bus e Ncc, mezzi di trasporto pubblico locale o regionale e mezzi di trasporto scolastico dedicato agli studenti di scuola primaria, secondaria di primo grado e di secondo grado.

2

SCUOLA

In classe la Ffp2 va indossata con 4 casi Covid

L'obbligo di indossare i dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie è in vigore, fino al 15 giugno, anche per gli alunni. A scuola, dunque, è obbligatoria la mascherina, ma basta quella chirurgica. Diventa obbligatoria la mascherina del tipo Ffp2 nel caso si rilevino più di quattro casi Covid in una stessa classe.

3

STRUTTURE SANITARIE

In ospedali e Rsa basta anche la chirurgica

È obbligatorio indossare la mascherina chirurgica anche per i lavoratori, gli utenti e i visitatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, incluse le strutture di ospitalità e lungodegenza, le residenze sanitarie assistite (Rsa), gli hospice, le strutture riabilitative, le strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti.

4

SPETTACOLI

Nessuna deroga per palazzetti, cinema e teatri

È obbligatorio indossare le mascherine Ffp2 per assistere a spettacoli al chiuso in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, locali di intrattenimento e musica dal vivo. Nei palazzetti dello sport è obbligatorio indossare la mascherina Ffp2 per assistere a eventi e competizioni sportive che si svolgono al chiuso.



6

RISTORAZIONE

Bar e ristoranti uso ancora “raccomandato”

Il ministero della Salute raccomanda l'uso delle mascherine in tutti i luoghi al chiuso fra cui negozi, bar, ristoranti e centri commerciali, banche e Poste, dove non vige più l'obbligo di usarla. L'obbligo di indossare le mascherine non è previsto per: bambini sotto i 6 anni; persone che, per la loro invalidità o patologia, non possono indossarla; operatori o persone che, per assistere una persona con disabilità, non possono a loro volta indossarla.

5

CERIMONIE RELIGIOSE

Sale parrocchiali o messe: regole diverse

Per quanto riguarda le cerimonie religiose la Cei ha fatto sapere che «l'uso delle mascherine resta raccomandato in tutte le attività che prevedono la partecipazione di persone in spazi al chiuso come le celebrazioni e le catechesi; obbligatorio l'uso delle mascherine Ffp2 per gli eventi al chiuso in sale, cinema o teatri parrocchiali».



CARDARELLI NEL CAOS, MEDICI IN FUGA

La protesta dei medici del Pronto soccorso dell'ospedale Cardarelli di Napoli: in 25 protocollano il preavviso di uscita dai reparti di emergenza. L'ospedale: «Attivati per trasferire i pazienti»



Proteggere naso e bocca tenere il distanziamento ecco le norme anti-virus per i prossimi due mesi

Le regole di primavera

Ancora precauzioni nel settore turistico tra un mese è attesa una nuova verifica

PAOLORUSSO

NEGOZI E MERCATI

Commessi e titolari ancora a volto coperto

Commessi e proprietari dei negozi continueranno a servire i loro clienti coprendo naso e bocca. Obbligo che vale anche per barbieri e parrucchieri, per i quali la mascherina d'ordinanza è la Ffp2. I clienti in attesa possono sfogliare riviste e quotidiani, ma solo dopo aver igienizzato le mani. Il metro di distanziamento vale anche per i negozi. Prima di toccare la merce vanno anche in questo caso igienizzate le mani. In mercati e mercatini all'aperto la mascherina non serve, ma chi li gestisce deve impedire si creino assembramenti. Ricorrendo eventualmente anche alla riduzione degli ingressi e mantenendo la distanza di un metro, eventualmente allargando l'area del mercato. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

BAR E RISTORANTI

Niente affollamento e tavoli a un metro

I clienti di bar e ristoranti possono farne a meno, ma esercenti, camerieri e barman devono continuare a indossare le mascherine: i datori di lavoro se non vogliono essere sanzionati in caso di controllo di un ispettore del lavoro, i dipendenti per non correre il rischio di essere rispediti a casa dal titolare. In base all'ordinanza di Speranza del primo aprile scorso, in vigore fino al 31 dicembre, resta la regola del distanziamento di un metro tra un tavolo e l'altro al chiuso. Così come dovranno essere favoriti i menù e i pagamenti digitali, la prenotazione e l'areazione dei locali. «Non possono essere presenti all'interno del locale più clienti di quanti non siano i posti a sedere». Quindi si attende fuori del locale. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

UFFICI PUBBLICI

Consigliata la Ffp2 negli spazi comuni

Se nel privato la mascherina resta obbligatoria, anche perché in caso di contagio il risarcimento rischia di ricadere sul datore di lavoro, negli uffici pubblici è soltanto raccomandata dalla circolare emanata dal ministro della Funzione Pubblica, Renato Brunetta, il 29 aprile scorso. Che però fa riferimento solo alle Ffp2, da usare quando il personale è a contatto con il pubblico senza idonee barriere protettive, in fila a mensa o in altri spazi comuni, in stanza quando la si condivide con una persona fragile, negli ascensori e negli spazi affollati, durante le riunioni. Non è invece necessaria se si è in stanza da soli, in ambienti ampi, come corridoi e scale, dove è possibile mantenere il distanziamento. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

AZIENDE PRIVATE

Basta la chirurgica tornano le trasferte

Resta l'obbligo di mascherina, chirurgica o Ffp2 che sia, mentre non è necessario per attività svolte in condizioni di isolamento, come quando si lavora soli in stanza. Come concordato ieri sono di nuovo consentite riunioni interne e trasferte. All'ingresso dei luoghi di lavoro il personale potrà ancora essere sottoposto al controllo della temperatura (ingresso vietato se superiore a 37,5). Stesse regole anche per dipendenti o collaboratori di ditte esterne. A fine di ogni turno deve essere garantita la pulizia dei locali e tastiere, schermi touch e mouse devono essere periodicamente sanificati. L'azienda può organizzare interventi particolari di pulizia ricorrendo agli ammortizzatori sociali. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

SPIAGGE

Lettini igienizzati negli stabilimenti

Tutti al mare senza mascherina, ma con una serie di regole che i gestori degli stabilimenti dovranno rispettare per questo scorcio di stagione. Il distanziamento tra lettini, sedie a sdraio ed ombrelloni, almeno sulla carta in vigore la scorsa estate, non c'è più. Ma ad ogni cambio di persona che li utilizza vanno disinfettati. Operazione che va ripetuta comunque a fine giornata. La regolare e frequente igienizzazione va assicurata anche nelle aree comuni: spogliatoio, cabine, docce, servizi igienici. Tutte regole riportate dall'ordinanza a firma del Ministro Speranza, che fino a prova contraria resta in vigore per tutta l'estate e che i bagnanti hanno tutto il diritto di chiedere venga rispettata. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALBERGHI

Norme più leggere solo per gli ospiti

In hotel la mascherina non la indossano i clienti ma deve portarla chi ci lavora. Disposizioni, come quelle che seguono, in vigore anche per agriturismi, B&B, ostelli e rifugi. Anche qui vale la regola del distanziamento, che non si applica però ai componenti dello stesso nucleo familiare. In ascensore per i clienti la mascherina non è più obbligatoria ma il metro di distanza sì. Per cui se non si è in famiglia o con chi si condivide la camera, salire o scendere con altre persone non dovrebbe essere consentito. I servizi igienici a uso comune devono essere sanificati almeno due volte al giorno. «Nelle camere con posti letto destinati a uso promiscuo» deve essere garantita «una distanza tra letti di almeno un metro». —



© RIPRODUZIONE RISERVATA



Matteo Bassetti

«Protezioni ormai inutili L'effetto sarà negativo»

Il virologo: «Il sistema è andato in tilt: la politica prende decisioni ignorando gli esperti. Stiamo svilendo gli strumenti anti-Covid. Chi si fiderà se le cose dovessero peggiorare?»

CLAUDIA OSMETTI

■ «È l'ennesima dimostrazione che i provvedimenti riguardanti l'ambito sanitario, oggi, in Italia, non vengono presi dagli esperti e dai medici, ma dalla politica. Di questo passo, per superare le limitazioni che ci ha imposto il covid, ci vorranno dieci anni. Altro che ritorno alla normalità». Matteo Bassetti non ha nemmeno più bisogno di essere presentato: direttore della Clinica di malattie infettive al Policlinico San Martino di Genova, ricercatore, virologo, professore: è uno, Bassetti, che ripete da mesi che è arrivato il momento di darci un taglio. «Il nostro sistema è andato in tilt», spiega, «è come un flipper impazzito. Guardi, così non ne usciamo».

Dottor Bassetti, i ministeri del Lavoro e della Salute, assieme all'Inail, ieri, hanno prorogato i protocolli di sicurezza anti-contagio per i dipendenti privati. Vuol dire che negli uffici e nelle aziende la mascherina sarà ancora obbligatoria. Che senso ha?

«E lo chiede a me? Questa domanda andrebbe posta ai rappresentanti delle istituzioni che hanno preso la decisione. Io la trovo assurda. Era meglio lasciare la semplice raccomandazione».

Come è stato fatto nel pub-

blico. Tra l'altro, non è un controsenso?

«È il solito pasticcio. Le faccio un esempio banalissimo, però terra-terra. Prenda uno che di mestiere aggiusta caldaie. È un lavoro importantissimo. Magari gli capita di andare in una casa privata e allora si copre la faccia con una Ffp2. Ma, subito dopo, ha una chiamata urgente in una scuola dove non è obbligato a indossarla. Qual è la ragione di tutto questo?».

Sinceramente faccio fatica a trovarla. Qualcuno dice che così si riducono i contagi...

«La fermo. No, non è vero. Non si ottiene proprio niente, adesso, a maggio del 2022, a proseguire con l'obbligo delle mascherine nei luoghi di lavoro privati. E le dirò di più: se avremo qualche conseguenza sarà in negativo».

Cioè?

«A continuare su questa linea il rischio è che questi strumenti di protezione individuale verranno visti come un qualcosa di vessatorio. In poche parole li stiamo svilendo. Senza contare che la gente perderà fiducia nelle istituzioni sanitarie».

Questo avrà delle ricadute concrete?

«Adesso, semmai, era il momento di porre le basi per un altro discorso. Per andare incontro ai cittadini. Invece ci stiamo

complicando l'esistenza. Lo sa quale sarà il pericolo, in autunno?».

Quale?

«Che quando la bella stagione finirà e, forse, avremo bisogno di dover fare una dose di vaccino in più o di mettere in campo altre misure per contrastare il virus, la maggior parte degli italiani potrà pensare: "Ancora? Ma come, ci hanno costretto a mettere le mascherine quando neanche serviva e ora cosa è cambiato?"».

Effettivamente sembra un bel problema. Ma all'estero si stanno arrovelando sulle stesse cose?

«Macché. Siamo rimasti gli unici, oramai, in Europa. Mi sono appena arrivate delle foto da Eurodisney (Parigi, ndr) e d'istinto le ho confrontate con quelle che circolano di Gardaland. C'è da rimanerci impressionati: nel primo caso ci sono file chilometriche e tantissime persone, nel secondo no. Lo vogliono capire, una volta per tutte, i nostri politici, che che a continuare a batte-



re il tamburo su questa tiritera eccessivamente precauzionista non sarà solo la nostra salute psichica a pagarne il conto ma anche l'economia nazionale?».

Lei ripete sempre "i politici", "la politica": perché?

«Perché la responsabilità di queste scelte è unica. È il ministro della Salute (Roberto Speranza, Leu: ndr) che da due anni a questa parte non cambia registro. Basta, la gente è stufo».

Sembra quasi che ce l'abbia con Speranza...

«No, assolutamente. Non ce l'ho con lui. Ce l'ho con la sua visione che è una declinazione

di obblighi per un pericolo perenne. È sbagliata».

All'inizio, però, ha funzionato. O no?

«All'inizio non c'erano i vaccini. Non eravamo immunizzati. Non conoscevamo la malattia. Ora, dopo più di due anni, il mondo è cambiato. Invece in Italia siamo sempre fermi lì.

La Ffp2 per i dipendenti privati è solo l'ultimo lacciolo che va ingigantire una normativa zavorra fatta di altre

non-so-quante disposizioni che non ci leveremo mai di dosso».

IL CASO

«Prendete uno che di mestiere aggiusta caldaie. Magari gli capita di andare in una casa privata e allora si copre la faccia con una Ffp2. Ma, subito dopo, ha una chiamata in una scuola dove non è obbligato a indossarla. Qual è la ragione?»

L'infettivologo Matteo Bassetti è contrario alla proroga delle mascherine (*LaPresse*)



Folli-rei Pellegrini: «Le Rems non sono l'unica soluzione»

ELEONORA MARTINI
PAGINA 9

INTERVISTA A PIETRO PELLEGRINI, PORTAVOCE DEL COORDINAMENTO RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA

Folli-rei, «le Rems non sono la soluzione: tolti gli Opg, si completi la rivoluzione»

ELEONORA MARTINI

■ ■ «Le Rems non sono la soluzione per i cosiddetti folli-rei. Quando abbiamo chiuso gli Ospedali psichiatrici giudiziari abbiamo operato un cambio di prospettiva, una vera e propria rivoluzione epocale sul tema dei malati psichiatrici internati o detenuti per aver commesso dei reati. Una rivoluzione che va portata fino in fondo riformando tutto il sistema, dal territorio al carcere, e non solo una parte. Si può, si deve, creare un sistema di salute mentale e giudiziario di comunità». Il dr. Pietro Pellegrini, dal 2012 direttore del Dipartimento salute mentale dell'Ausl di Parma e portavoce del Coordinamento nazionale delle Rems, non è d'accordo con chi - anche sul *manifesto* - ha sostenuto la necessità di aumentare il numero di posti nelle Residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza che sono parte del sistema di smantellamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, chiusi definitivamente nel 2017.

Direttore, partiamo dai numeri: ci sono tra 750 (secondo il Dap) e 578 (per la Conferenza delle Regioni) malati psichici in attesa di un posto nelle Rems. Ritengono corretti questi dati?

I numeri sono corretti, ma va premesso che le Rems non hanno sostituito gli Opg perché la legge 81 che li ha smantellati dice che le Rems sono «soluzioni residuali» e che gli Opg vanno sostituiti con un sistema di salute mentale e giudiziaria di comunità. Perciò riportare il numero di posti letto che c'erano negli Opg con quello delle Rems è del tutto scorretto.

D'altronde i pazienti dimessi dalle Rems vengono assorbiti dal sistema di comunità, che si stima riesca oggi a seguire 4200 pazienti sul territorio.

Dove vivono questi pazienti?

Nelle strutture residenziali o a casa loro, perché in molti casi hanno misure, come la libertà vigilata che per la legge 81 ha priorità nell'applicazione. E sono seguiti dal sistema di welfare.

Che, secondo lei, attualmente è sufficiente a garantire il diritto alla cure per i malati rei che attendono in carcere?

Il sistema va completato, sia sul piano normativo che su quello territoriale. Gli Opg sono stati aperti nel 1872, sono durati circa 150 anni, e adesso nel giro di pochi anni siamo riusciti a chiuderli, perciò è ovvio che il sistema sia ancora da affinare. Ma non bisogna farlo pensando, come unica soluzione, alle Rems. Questa deve rimanere una soluzione residuale, valutata da ciascuna Regione in base alla necessità ultima dei territori.

Perché la Consulta ha invitato il legislatore ad «eliminare al più presto» i «numerosi profili» di incostituzionalità riscontrati nell'«applicazione delle norme sulle Rems»?

Ha ragione, bisogna investire e cambiare profondamente il sistema. Ma la questione non va affrontata solo con i posti nelle Rems, perché per quanti posti costruiremo, tanti ne useremo. E alla fine, pur cambiandogli il nome, avremo di nuovo dei piccoli Opg. Bisogna creare invece un sistema unitario in grado di assicurare il diritto alla salute e alla giustizia, a prescindere dallo stato giuridico. Cominciamo a

riflettere sul livello dei servizi e dei diritti nelle carceri dove il tasso dei suicidi è 13 volte maggiore che fuori. Purtroppo la Consulta, nel suo ragionamento, nemmeno cita le articolazioni di tutela della salute mentale negli istituti di pena, che pure ci sono. **Ma se ieri a Torino un detenuto malato di Sla è riuscito ad ottenere i domiciliari dopo ben 12 istanze, e se una parte di detenuti in attesa di sentenza, soprattutto stranieri, non riesce ad ottenere le misure alternative perché mancano i luoghi dove scontarle, cosa ne facciamo ora dei "folli-rei" che attendono già da troppo tempo un posto dove curarsi e che quasi mai, per ovvie ragioni, possono essere riaffidati alle proprie famiglie (come sottolineato anche dalla Corte Edu)?**

Sono favorevole ad investire su misure diverse da quelle detentive: attualmente sulle Rems si spendono 55 milioni, nel Decreto energia il fondo è stato aumentato di un milione a partire dal 2025. E invece prima bisognerebbe fare altro, a basso costo, come le intese con i magistrati, la formazione, gli osservatori... E poi bisogna strutturare misure alternative e cercare soluzioni personalizzate: la moderna psichiatria (che oggi non è la stessa di venti anni fa) declinerà il proprio intervento sul "folle-reo" e lo stesso farà la giustizia. In carcere oggi ci sono due tipi di malati mentali: quelli - la maggior parte - che sono imputabili perché la loro malattia non incide sulla capacità di intendere e volere (e si possono gestire con misure alternative), e quelli che non sono imputabili.



il manifesto

Questi ultimi si dividono in due categorie: quelli sottoposti a misure di sicurezza detentive provvisorie, che andrebbero abolite perché non consentono neppure le modalità alternative e perché sono prive delle garanzie assicurate ai provvedimenti cautelari; e quelli con misure di sicurezza definitive. Questi, a luglio, secondo la ministra Cartabia, erano 64; a febbraio si sono ridotti a 6, ma nel frattempo la lista si è allungata a 45 persone in attesa, molte delle quali però sono sottoposte appunto a misure di sicurezza provvisorie.

Quali sono le vostre proposte di

legge?

Ogni persona deve essere imputabile, sempre. Se è malato, fisicamente o psichicamente, sarà sottoposto a cure e a pene alternative. Va adeguato il codice penale che fa ancora riferimento alla legge 36 del 1904, come propone la Pdl 2939 dell'on. Riccardo Magi.

Sulle Rems dovrebbe avere competenza anche il ministero di Giustizia?

No. Le Rems devono rimanere sotto l'egida sanitaria e la Giustizia deve solo dire quali sono gli interventi di propria competenza riguardo l'autore del reato.

Ogni persona deve essere imputabile, sempre. Se è malato, fisico o psichico, sarà sottoposto a cure e a pene alternative. Il codice penale fa riferimento alla legge 36 del 1904: è da cambiare





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SUICIDIO ASSISTITO

Accesso alla morte e cure palliative le spine della legge

MARCELLO PALMIERI

Legge sul suicidio assistito: rimandata a lunedì a Palazzo Madama la lista delle audizioni chieste dai partiti. Il 10 marzo la controversa bozza normativa aveva ricevuto il via libera alla Camera e nelle prossime settimane sarà discussa al Senato, anche se le prime avvisaglie non promettono un clima sereno: ieri la delegazione leghista ha lasciato l'ufficio di presidenza della Commissione Giustizia per il mancato accoglimento della proposta di far procedere di pari passo la legge sul fine vita e una proposta del Carroccio sulla cannabis.

Ai senatori comunque spetta di trovare la quadra su alcuni punti sensibili, a cominciare dai presupposti della "morte volontaria": l'articolo 1 prevede una qualsiasi pa-

tologia irreversibile con prognosi infausta, ma si sa che in medicina queste situazioni sono molto frequenti. La volontà politica è forse di consentire la morte a richiesta delle persone che ne soffrono, senza limiti (attualmente non contemplati dalla norma)? Un altro nodo irrisolto è quello sulle cure palliative: per la Consulta, che nel 2019 ha aperto la strada alla legge in discussione, queste terapie dovrebbero costituire un pre-requisito della morte assistita. La bozza, invece, si limita a prevedere che all'aspirante suicida sia stata proposta questa possibilità, salvo poi averla egli rifiutata o interrotta. C'è poi il tema delle sofferenze fisiche e psicologiche, altra condizione oggi nel disegno di legge: secondo una nutrita corrente di pensiero, queste situazioni non possono rimanere appannaggio della percezione del singolo ma devono essere scientificamente misurate. Un altro aspetto molto delicato, oggetto di contesa, è la presenza o meno di uno psichiatra nel team che deve autorizzare la morte. Solo questo

professionista, infatti, è in grado di diagnosticare depressione o sindrome bipolare: in sua assenza, il rischio sarebbe permettere la morte anche a persone prive dei requisiti di legge, solo per il fatto che hanno indotto in errore il personale medico per via di problemi psichiatrici.

Ma c'è un'altra questione di fondo che emerge sin dal titolo della futura legge («Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»): stiamo parlando di un atto a volontà singola (il suicidio "perfetto"), oppure plurima (in cui determinante si rivela anche la volontà di persone diverse dal morituro)? L'assistenza nel suicidio richiede – prima ancora della collaborazione – la concorde volontà di più soggetti. E già questo sembrerebbe offuscare la completa volontarietà della morte disciplinata dalla legge.



DAGLI USA A TORINO L'ABORTO NEGATO

**SIMONA BUSCAGLIA
GRAZIA LONGO**

rano nei consultori, ma anche
all'estero. - PAGINE 24-25

Si riaccende il dibattito sul diritto all'aborto. Non solo nel nostro Paese, con le recenti polemiche in Piemonte, dove la Regione ha stanziato quattrocentomila euro da destinare alle associazioni anti-abortiste che ope-

Aborto quel che resta di un diritto

Dalle polemiche negli Usa ai fondi in Piemonte per chi rinuncia
l'Italia si interroga sulle interruzioni di gravidanza
è obiettore il 67% dei ginecologi e il 43% degli anestesisti

**IL CASO
SIMONA BUSCAGLIA
MILANO**

Si riaccende il dibattito sul diritto all'aborto. Non solo in Italia, con le recenti polemiche in Piemonte, dove la Regione ha stanziato 400mila euro da destinare alle associazioni anti-abortiste che operano nei consultori, ma anche all'estero, con le proteste negli Usa dopo la fuga di notizie su un documento provvisorio della Corte Suprema che potrebbe cancellare la sentenza che dal 1973 garantisce questo diritto alle donne. Nel nostro Paese le interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) sono in calo, (gli ultimi dati disponibili par-

lano di un -4,1% dal 2018 al 2019), e seguono un trend negativo dal 1983. Esistono però delle carenze organizzative delle strutture, unite a un'alta percentuale di obiettori di coscienza (nel 2019 in Italia lo sono il 67% dei ginecologi, il 43,5% degli anestesisti e il 37,6% del personale non medico) che rendono in alcuni casi difficoltosi gli aborti. Ad esempio, Maria, nome di fantasia, racconta: «Il mio intervento era prenotato per la mattina ma ho aspettato 10 ore per attendere il cambio turno di un anestesista obiettore che si era rifiutato di partecipare».

Eppure un modo per non utilizzare le sale ope-

ratorie ci sarebbe: si tratta dell'aborto farmacologico e dal 2009 permette di evitare la chirurgia. I problemi qui però sono diversi. Per la mancanza di personale «molte strutture cercano di non averli il sabato e la domenica, ma questo impedisce di averli anche il giovedì perché la seconda pillola sarebbe da



LA STAMPA

prendere il sabato, e lo stesso vale per il venerdì. Alla donna che decide per l'Ivg farmacologica viene data una prima pillola e dopo due giorni, tornando in ospedale, la seconda», spiega Annamaria Marconi, direttrice di Ostetricia e Ginecologia al San Paolo di Milano. In questo ospedale milanese, ad esempio, non ci sono restrizioni legate al giorno, e questo fa la differenza: negli ultimi tre anni l'utilizzo della pillola abortiva è passata dal 35,1% del 2019 al 66,3% nel 2021. «Servono strutture in day hospital che permettano di farlo qualunque giorno della settimana - precisa Alessandra Kustermann, ex primaria di Ginecologia della Mangiagalli di Milano - Se si riuscisse a concentrare in strutture territoriali l'Ivg farmacologica sarebbe più

semplice rispetto a un ospedale che ha tempi e modalità di azione che prevedono che i letti siano occupati».

Le nuove linee d'indirizzo sulle Ivg dell'agosto 2020, oltre ad aver allungato il periodo che permette il ricorso all'aborto farmacologico da 7 a 9 settimane, ha concesso che si potesse effettuare in day hospital (prima era previsto un ricovero di 3 giorni). «All'estero la somministrazione della Ru486 avviene quasi solo in consultorio, in alcuni casi a casa con un controllo in telemedicina. - aggiunge Marconi - Da noi invece si effettua quasi sempre in ospedale con l'occupazione di un letto, anche se non serve, basterebbero delle sale attrezzate con delle poltrone».

Anche tutto questo può aver portato a un ricorso all'aborto farmacologico che, nonostante una lieve

crescita, ha ancora percentuali basse: «Nel 2019 è stato usato nel 24,9% dei casi, rispetto al 20,8% del 2018 - si legge in un articolo dell'Iss - Si tratta di un dato largamente inferiore a quanto rilevato in altri Paesi europei». Eppure, «dal punto di vista sanitario l'aborto farmacologico è preferibile - precisa Marconi - un intervento di qualsivoglia genere dell'utero, anche piccolo, ha una serie di rischi, per quanto bassi. L'Ivg farmacologica in pratica non ne ha. Inoltre il personale obiettore può gestire una Ivg con la pillola perché di fatto non serve che faccia niente, se non l'assistenza, e questo, come dice anche la legge, è appannaggio di tutti». Esistono poi delle differenze territoriali. Un'analisi condotta dal gruppo Pd regionale evidenzia come in Lombardia l'utilizzo della

Ru486 si attesti intorno al 35%, dato molto più basso rispetto ad altre regioni italiane paragonabili per dimensioni e qualità del servizio sanitario, come ad esempio la Toscana e l'Emilia Romagna, che nel 2021 superano il 50%.

E le nuove generazioni? Alcuni diventano obiettori per evitare di doversi occupare solo di Ivg. Il numero di Ivg a settimana per un non obiettore registra il valore più basso in media in Valle d'Aosta (0,5) e il più alto in Molise (6,6). Ci sono strutture con un carico di lavoro superiore alle 9 Ivg in sette giorni: «Servono premialità negli ospedali - conclude Kustermann - chi non obietta alla legge 194 potrebbe avere un accesso preferenziale alla ginecologia chirurgica o uno sgravio dai servizi di primo livello che non sono molto ambiti».

Le nuove linee guida permettono l'uso del farmaco anche in day hospital

La storia di Maria "Ho aspettato dieci ore perché un anestesista si era rifiutato"





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ROMA Morto a 76 anni. È stato presidente del Comitato nazionale

Addio a D'Agostino anima della bioetica



Palazzani a pag. 19

Addio D'Agostino, maestro della bioetica italiana

LAURA PALAZZANI

Francesco D'Agostino ha indiscutibilmente segnato la bioetica, nell'ambito della discussione accademica, istituzionale e sociale, ponendo le basi concettuali di riferimento che certamente orienteranno anche la discussione futura. Presidente per due mandati del Comitato nazionale per la Bioetica (negli anni 1995-1998; 2001-2006), organismo di cui ha fatto parte dalla sua fondazione nel 1990, autore di numerose monografie e articoli specialistici, voce autorevole sui mass-media, è stato un protagonista di considerevole rilevanza della bioetica sin dal suo inizio. La sua sterminata ed eclettica conoscenza in ogni ambito del sapere, filosofico e non solo, e la sua curiosità intellettuale inarrestabile hanno consentito il suo costante contributo essenziale alla bioetica. La bioetica è stato un settore del sapere che lo ha sempre stimolato, anche per le continue sollecitazioni provenienti dalla concretezza reale, oltre che dalla discussione teorica. Emerge nei suoi scritti e interventi la consapevolezza di chi, confortato

dalla fede, credeva fermamente nel valore della persona come soggettività riconoscibile in ogni essere umano, quale che sia la sua fase di sviluppo o condizione di esistenza. E' nell'orizzonte del riconoscimento del valore intrinseco della persona umana che D'Agostino ha elaborato la sua bioetica, che può dirsi cattolica e laica al tempo stesso: cattolica, nella consapevolezza teologica dell'esistenza di Dio, laica in quanto saldamente ancorata alla riflessione filosofica. D'Agostino si è sempre sforzato di elaborare su basi razionali argomenti confrontabili con teorie contrapposte, in una società pluralistica e secolarizzata.

In questo senso D'Agostino fa emer-



gere «il carattere prioritariamente filosofico del discorso bioetico», come lui sottolineava sempre che, rispetto ad altre forme del sapere, non può pretendere «di trovare davanti a sé, già precostituito il proprio oggetto», ma si apre alla riflessione in modo “aperto”. Un pensiero, come amava definire, “spregiudicato” nel senso letterale di “privo di pregiudizi”. In questo senso D’Agostino era un riferimento autorevole per tutti i bioeticisti: apprezzato anche da chi, su basi libertarie o utilitariste, si opponeva fermamente alle sue posizioni. Il filo conduttore dei molteplici scritti di D’Agostino è la denuncia dei rischi di un uso della tecnica finalizzata alla affermazione della propria potenza contro l’uomo, insistendo sulla necessità di ritematizzare l’identità antropologica ai confini della vita umana che rischiano di essere assoggettati dalla tecnica. È di D’Agostino la efficace ed incisiva formula, applicata all’embrione come “u-

no di noi”, mostrando la esigenza imprescindibile di un equilibrio tra le pressioni della scienza verso la sperimentazione e le istanze individuali per l’uso delle tecnologiche procreative rispetto alla dignità del nascituro. E’ sua la provocatoria affermazione del riconoscimento del significato del dolore e della sofferenza come “limite antropologico”, in una società che non vede altre strade di fronte alla malattia e alla morte che l’accecamento clinico, ossia fare di più di ciò che è possibile ad ogni costo, o la anticipazione eutanasia della morte, eliminando la vita per eliminare il dolore.

Con un approccio che caratterizza tutta la sua produzione filosofico-giuridica, D’Agostino ricercava nel pensiero classico le radici del presente, ritrovando le radici classiche della volontà di potenza tecnologica della contemporaneità, ricollegandola a «sogni (o illusioni) antichi» e ai miti greci che si richiamano all’intervento divino o alla potenza umana alla ricerca della *hybris*. D’Agostino identifica l’elemento che accomuna antichità, modernità e contemporaneità del progresso scientifico e tecnologico nel “rifiuto della natura”. Un rifiuto che nasce dalla non accettazione del limite e dalla ribellione al limite, che si esprime nella malattia, nel dolore, nell’invecchiamento, nella morte. La possibilità offerta dalle conoscenze scientifiche e dalle applicazioni tecnologiche consentono nuove forme di manipolazione, di intervento, di modificazione della natura: emerge la tentazione di trasformare ciò che è dato. Se l’uomo, nell’era della tecnoscienza, lo può fare: “perché non dovrebbe farlo?”, questo l’interrogativo che risuona spesso in bioetica, anche di fronte alla incertezza delle nuove tecnologie convergenti. La vita umana, il corpo, la mente, divengono meri oggetti materiali plasmabili seguendo il desiderio di assoluta libertà o di convenienza.

A fronte di questi scenari, la bioetica non deve mai rinunciare a difendere “il limite”, secondo D’Agostino, e guardare avanti. Non deve mai chiudersi in verità predefinite e presupposte, ma deve sempre sapersi rinnovare. D’Agostino delinea lo “spirito nuovo” del-

la bioetica, che da bioetica “difensiva” deve essere sempre una bioetica “propositiva”. D’Agostino ritiene che i bioeticisti debbano essere «creativi e propositivi, umili e coraggiosi»: non assumere paradigmi consolidati, ma trovare nuovi strumenti e promuovere con “intelligenza critica” nuove prospettive. Non una difesa del passato ma l’“instaurazione del futuro”. È proprio la dimensione ‘propositiva’ ciò che ha caratterizzato e caratterizza il contributo innovativo che D’Agostino, filosofo del diritto, ha offerto al pensiero bioetico, biogiuridico e biopolitico. Un contributo costante, incisivo, mai ripetitivo, sempre stimolante, a volte anche intenzionalmente provocatorio, animato da una curiosità intellettuale instancabile, ma anche da una generosità culturale che ci ha consentito e ci consentirà sempre di imparare, ci costringe a riflettere, ci sollecita a guardare al futuro. Mancherà immensamente a chi ha avuto il privilegio di incontrarlo nel proprio cammino, di imparare da un Maestro insostituibile, di bioetica e di umanità.

Il giurista e filosofo è morto nella notte scorsa. Ha segnato la disciplina sui temi della vita nell’ambito della discussione accademica, istituzionale e sociale, ponendone le basi concettuali di riferimento



Il filosofo
Francesco
D’Agostino
(1946-2022)
/ Siciliani



COMMISSIONE INDIPENDENTE

“Vaccini, l'effetto
protettivo s'inverte”

► MANTOVANI A PAG. 15



COVID-19

“Più contagi tra i vaccinati anche nelle tabelle dell'Iss”

» **Alessandro Mantovani**

Nelle tabelle di uno studio sull'Italia pubblicato a febbraio sul *British Medical Journal* si vede che la protezione dei vaccini anti-Covid contro l'infezione tende a zero dopo 6-7 mesi almeno per gli over 60, poi scende addirittura sotto come se i vaccinati corressero più rischi dei non vaccinati. Il primo autore è Massimo Fabiani dell'Istituto superiore di sanità e lo firmano anche il presidente dell'Iss Silvio Brusaferrò e il direttore della Prevenzione del ministero della Salute, Giovanni Rezza. Domani, in un incontro organizzato a Roma dal deputato di Alternativa Francesco Sapia (ex M5S), presenterà quei grafici Alberto Donzelli, specialista in sanità pubblica, già dirigente dell'ex Asl di Milano, già membro del Consiglio superiore di sanità, esponente della Commissione medico-scientifica indipendente che chiede un confronto sulle

strategie vaccinali e denuncia “la forte repressione nei confronti dei medici che sostengono posizioni critiche”. Altro che medici, sospendono perfino i biologi che lavorano da casa e non fanno la terza dose a 120 giorni dall'infezione dopo aver fatto le prime due.

“NEI PRIMI MESI c'è la luna di miele, con moderato effetto protettivo dall'infezione – osserva il dottor Donzelli –. Se l'osservazione si prolunga va a invertirsi, cioè i vaccinati si infettano più dei non vaccinati. Lo vediamo nei bambini tra i 5 e gli 11 anni, per i quali la dose è più piccola, un terzo, per ridurre gli effetti avversi: dopo poche settimane cresce in modo lineare l'infezione nei soggetti vaccinati con due dosi rispetto ai non vaccinati”. Ci sono varie ipotesi, compresa quella non dimostrata di un indebolimento delle difese immunitarie dopo ripetute somministrazioni. Donzelli

li cita uno studio sulla Danimarca e i dati dell'Uk National Health britannico secondo i quali alla fine del 2021 i contagi fra i vaccinati hanno superato, fino a raggiungere il doppio, quelli fra i non vaccinati, per poi scendere di nuovo con le terze dosi. Questo però non

si vede nei report settimanali dell'Iss, che non analizzano i dati sui bambini e indicano che il rischio relativo di infezione per non vaccinati e vaccinati tende verso

1, cioè pari possibilità di contagio, ma non va mai sotto. “Sommano vaccinazioni meno e più recenti, in particolare per le terze dosi. Ma è molto



chiaro nello studio pubblicato dall'Iss sul *Bmj* sulla base di un *follow up* più lungo, di nove mesi, sulla stessa coorte", dice Donzelli. Domani si parlerà anche degli effetti avversi gravi, che colpiscono soprattutto i giovani maschi, evidentemente sottostimati nel nostro Paese perché negli Usa sono molti di più.

Resta che i vaccini evitano le forme più gravi della malattia e i decessi. Nell'ultimo report dell'Iss si legge che i non vaccinati oltre i 60 anni rischiano fi-

no a sei volte di più la terapia intensiva, fino a 9 volte la morte. "La protezione si mantiene per ora buona o molto buona nei confronti di esiti gravi - riconosce Donzelli -. Ma secondo uno studio pubblicato su *Lancet*, a 3-5 mesi dalla terza Pfizer la protezione dal ricovero non è più significativa". È un lavoro firmato con altri da Sara Y. Tartof del Kaiser Permanente Southern California Department of Research & Evaluation di Pasadena. Specie ai tempi di Omicron è

però difficile giustificare con la "prevenzione dell'infezione", come dice la legge italiana, obblighi vaccinali e *green pass*, tant'è che alcuni giudici hanno sospeso le sanzioni e altri hanno sollecitato la Corte costituzionale. Ora il *green pass* non c'è più, ma alcuni obblighi restano e per l'autunno si parla già di "quarta dose per tutti". Forse con i nuovi vaccini adattati alle varianti, forse chissà.

EFFICACIA
LA DIFESA DA
FORME GRAVI
NON BASTA
PER L'OBBLIGO



**L'effetto
protettivo
si inverte
nel tempo: gli
immunizzati si
infettano di più**

Alberto Donzelli



IL BOLLETTINO

152

MORTI Martedì le vittime registrate erano state 153

+5

TERAPIA INTENSIVA
Il saldo in 24h ritorna a salire, mentre in reparto ordinario -81 ricoveri



Tumori «buoni e cattivi» della tiroide

di **Laura Cuppini**

Di tumore alla tiroide si ammala ogni anno circa 13 mila italiani, in gran parte donne (quasi 10 mila). Nella fascia delle under 50 è il tipo di cancro più frequente dopo quello del seno. Esistono vari tipi di carcinoma tiroideo: il più frequente è l'istotipo papillare (80% dei casi), seguito dal follicolare (10% dei casi). Entrambi solo raramente sono aggressivi e infatti la sopravvivenza dei pazienti a 5 anni dalla diagnosi supera il 97% e a 10 anni arriva oltre il 95%. L'istotipo papillare generalmente ha un'evoluzione lenta e può guarire completamente con le opportune cure oppure cronicizzare, consentendo una vita normale. Esiste però un altro tipo di cancro alla tiroide, cosiddetto «midollare» (anche se non ha alcun legame con il midollo), molto raro ma più aggressivo degli altri. Al contrario del papillare, tipicamente femminile, riguarda in ugual misura uomini e donne. Molti progressi nella conoscenza di questo tumore, di cui si registra circa 1 caso ogni 100 mila abitanti all'anno, sono merito di un team di studiosi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, finanziato dalla Fondazione Airc per la ricerca sul cancro. Il gruppo guidato da Rossella Elisei, professore associato di Endocrinologia e dirigente medico all'Unità operativa di Endo-

crinologia dello stesso ospedale (Centro di riferimento in Italia per la cura della patologia tiroidea), ha recentemente individuato un marcatore sierico — la proteina-antigene CA 19.9 — in grado di predire la rapida progressione della malattia prima ancora che le indagini di imaging (TAC, PET o RMN) ne dimostrino l'evoluzione: l'aumento, fino al raddoppio, nel giro di alcuni mesi, è un indicatore prognostico di severa gravità. «Nelle forme più avanzate di carcinoma midollare, la valutazione periodica di CA 19.9 (misurabile con un esame del sangue) può essere un fattore importante nella scelta tempestiva delle terapie» afferma Elisei. Tutti i carcinomi tiroidei si manifestano con un nodulo alla tiroide, che raramente dà segnali di sé. «Il 50-60% della popolazione adulta ha dei noduli tiroidei — sottolinea l'esperta —, ma solo nel 5% dei casi si tratta di un tumore e quindi uno screening ecografico è sconsigliato perché produrrebbe un eccesso di diagnosi. Tuttavia è importante, se si avverte la presenza di una "pallina" nel collo o se la si scopre con una ecografia fatta per altre ragioni, sottoporsi a tutti gli accertamenti del caso. Di solito si esegue un'ecografia con agoaspirazione e l'esame citologico potrà identificare se il nodulo è benigno o maligno: molto raramente i noduli benigni evolvono in forme maligne. Durante la valutazione del nodulo è anche importantissimo eseguire il dosaggio della calcitonina nel sangue del paziente in quanto questa è una pro-

teina prodotta dal carcinoma midollare e permette di identificare precocemente». Anni fa il gruppo pisano ha dimostrato l'importanza di questo marcatore e la sua capacità di identificare il carcinoma midollare precocemente, quando è ancora curabile. Nel tumore papillare invece il marcatore sierico è la tireoglobulina, utile però solo dopo l'intervento chirurgico per valutare l'andamento della malattia. Un'altra caratteristica del carcinoma midollare è l'ereditarietà, presente in circa il 25% dei casi (gli altri vengono definiti «sporadici»). Anche questo aspetto viene studiato dal team della professoressa Elisei: «Oggi conosciamo l'alterazione genetica che è alla base dello sviluppo del tumore e possiamo quindi identificare i soggetti portatori della mutazione. Ai pazienti con carcinoma midollare viene offerto e rimborsato dal Servizio sanitario nazionale un semplice esame che si esegue su un prelievo di sangue o anche su uno striscio buccale (preferibile nei bambini), che permette di stabilire se la forma è ereditaria o meno: nei casi ereditari poi si potranno identificare tutti i portatori di tale alterazione e seguirli nel tempo sottoponendoli a terapia precoce, prima ancora che il carcinoma si manifesti. Grazie alla ricerca l'andamento dei casi di carcinoma midollare è molto migliorato negli ultimi decenni — conclude Elisei —. Anche per quei pochi casi che diventano più aggressivi oggi abbiamo terapie efficaci che possono prolungare la sopravvivenza».

Le donne sono colpite più spesso degli uomini

L'esperto risponde alle domande dei lettori sulle patologie della tiroide all'indirizzo forumcorriere.corriere.it/tiroide

La forma cosiddetta midollare, molto meno diffusa della papillare, è però più aggressiva. Un marcatore può predirne l'andamento e indirizzare così la scelta del percorso terapeutico.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

«Contro i tumori vinciamo insieme»

Alberto Bardelli, direttore scientifico Ifom della Fondazione Airc: tra scout e Caritas, ho imparato che nessuno deve restare indietro

ENRICO NEGROTTI

«**C**redo che la parola fondamentale per la ricerca che dirigo all'Ifom sia "insieme". E la seconda sia "nuove idee"». **Alberto Bardelli**, torinese, 54 anni, dal mese di aprile direttore scientifico dell'Istituto Fondazione di Oncologia molecolare (Ifom) della Fondazione Airc per la ricerca sul cancro, individua nel lavoro di squadra e nell'entusiasmo dei ricercatori la base per condurre la lotta contro le malattie tumorali. Laureato in Biologia all'Università di Torino, si è poi specializzato con un pioniere della genomica dei tumori, Bert Vogelstein, a Baltimora (Stati Uniti) presso la Johns Hopkins University. Rientrato in Italia nel 2004, ha approfondito le ricerche di oncologia molecolare con Salvatore Siena (Ospedale Niguarda di Milano), e ha messo a punto una metodica diagnostica innovativa, la biopsia liquida, per i tumori del colon-retto. Riconosce come decisive della sua formazione l'esperienza tra gli scout e quella del servizio civile con la Caritas: «Da qui mi è nata l'idea che nessuno debba rimanere indietro», puntualizza.

Che cosa significa dirigere la ricerca di un istituto come Ifom? Ifom, che ha una storia di grande successo, si propone di diventare sempre più leader della ricerca oncologica a cavallo tra quella di base e quella clinica: dobbiamo avvicinare la ricerca al mondo dei pazienti. E puntiamo a coinvolgere i giovani in modo multidisciplinare. Infatti la lotta al cancro è una sfida che si vince non solo con i medici e i biologi, ma anche con gli ingegneri, i fisici, i matematici. C'è la sfida di porre Ifom e Airc in una dimensione internazionale, e Milano rappresenta un crocevia della ricerca clinica.

Perché i progressi della ricerca non riescono a cancellare la paura del tumore?

Non ci sarà mai una cura per il cancro senza la ricerca: occorre continuare a scoprire per curare. Questo è lo scopo di Airc e di Ifom. Pur consapevoli dei limiti, non bisogna negare i progressi compiuti. Abbiamo molti test di screening che – se ben eseguiti – permettono di identificare precocemente i tumori molto frequenti come quelli al colon e al seno. E quando non si diagnostica precocemente ci sono terapie mirate. Molte



leucemie oggi sono curate, l'immunoterapia ha trasformato la terapia di alcune forme di tumori dell'intestino e dell'endometrio, i melanomi e i tumori del polmone: in molti casi si raggiunge una regressione completa. Certo, ci sono alcuni tumori come quello al pancreas avanzato contro i quali non abbiamo ancora armi efficaci, ma la ricerca ha già offerto tantissimi vantaggi concreti per i pazienti (diagnostici e terapeutici). Attualmente a Ifom c'è un protocollo attivo (Pegasus) che permette di individuare quali pazienti – dopo l'intervento chirurgico per il cancro al colon – devono essere indirizzati a chemioterapia specifica, grazie alla biopsia liquida, che è stata messa a punto dal mio gruppo di ricerca.

Che cos'è la biopsia liquida?

Con un prelievo di sangue del paziente riusciamo a individuare un frammento di Dna, capire quali mutazioni porta e dedurre se la malattia tumorale è ancora presente oppure no, perché la diagnostica per immagini in questo caso non aiuta. In 15 giorni si può stabilire se il paziente operato per tumore del colon ha ancora bisogno di chemioterapia, oppure rientra nel 70% di coloro che non ne hanno bisogno. La biopsia liquida è un paradigma del futuro: da scoperta della ricerca di base – il sequenziamento del Dna – si sviluppa un'applicazione clinica. Un modo di operare tipico del lavoro di Ifom. Ma i metodi che la ricerca sta sviluppando sono molti.

Può fare un esempio?

L'avatar. Quando un paziente oncologico viene sottoposto a chirurgia, con il suo consenso si conserva una parte delle sue cellule tumorali per studiarle: si trasformano in una linea cellulare "immortale", che diventa parte del patrimonio della ricerca. Mentre il paziente viene curato in clinica, il suo avatar (le cellule tumorali e quelle del suo sistema immunitario che crescono

negli incubatori) viene studiato dai ricercatori. Si parla anche di co-clinical trial: se posso testare una batteria di farmaci sull'avatar del paziente, posso anche individuare quelli più efficaci per lui. E nell'avatar viene riprodotto l'ecosistema del tumore, il suo ambiente circostante: tutta la struttura viene ricostruita in Ifom generando organoidi tridimensionali.

Come nasce la sua scelta di passare dalla biologia alla ricerca clinica?

Ero a Baltimora quando fui

chiamato dall'oncologo medico Salvatore Siena, e ne nacque una bella amicizia scientifico-clinica. Se si innamora della possibilità di avvicinarsi alla clinica, il ricercatore impara che le domande più importanti sono quelle che ti fanno i medici a contatto con il malato. E capisce che non c'è niente di più affascinante che portare le scoperte al letto del paziente. Un'altra esperienza significativa per le mie scelte è stato il servizio civile, dopo l'obiezione di coscienza, svolto in Caritas. Un anno con le persone con sindrome di Down al Cepim di Torino. Porto ricordi bellissimi: abbiamo fatto gite inimmaginabili allora e i ragazzi con sindrome di Down sono oggi molto più indipendenti. Ho imparato tantissimo da loro.

Cosa serve al ricercatore?

Innanzitutto la passione di

scoprire. E poi la capacità di collaborare, di fare lavoro di squadra, qualcosa che penso di avere acquisito sin dalla mia esperienza giovanile negli scout. Un gruppo di ricerca funziona se tutti sono coinvolti e collaborano, e se tutti sanno dove bisogna arrivare: "insieme" è la parola chiave. All'Ifom vogliamo riavvicinare alla ricerca i giovani medici neo-specializzati. Infatti una delle strade più importanti per battere il cancro è avere nuove idee, lasciar liberi i ricercatori di pensare e di sviluppare idee. I finanziamenti per la ricerca sono necessari, ma le idee sono più importanti.

In sintesi

1

Torinese, 54 anni, laureato in Biologia, Alberto Bardelli è da poche settimane direttore scientifico dell'Istituto di Oncologia molecolare (Ifom)

2

L'Istituto è tra gli avamposti della lotta contro il cancro in Italia, un centro di eccellenza per lo studio e la cura delle malattie tumorali

3

Gli studi a Baltimora, il rientro in Italia, le innovazioni nella diagnostica, la nuova nomina. Ovunque la sua filosofia: il lavoro di squadra è vincente



Con i Big data
si studia il modo
di prevenire l'artrosi
del ginocchio

di **Ruggiero Corcella**

16

«Prevenire» l'artrosi con i Big data

di **Ruggiero Corcella**

Modelli computazionali avanzati e personalizzati in grado di aiutare a prevenire l'artrosi (o osteoartrosi) una malattia degenerativa della cartilagine articolare, la forma più comune di artrite, che provoca dolore articolare, limitazione della mobilità e, quindi, riduce l'indipendenza e la qualità complessiva della vita.

Sono gli «ultimi ritrovati» messi a punto dai 13 partner, tra centri universitari, ospedali, fondazioni ed enti privati di sette Paesi, che hanno partecipato al progetto *Oactive*, finanziato dall'Unione europea con circa 5 milioni di euro nell'ambito del progetto Horizon 2020.

L'iniziativa dovrebbe offrire al settore soluzioni che aiutino a prevenire la malattia, ne ritardino l'insorgenza e rallentino la sua progressione offrendo ai pazienti una migliore qualità di vita. «L'obiettivo del progetto è di potenziare cure e assistenza delle persone colpi-

La patologia presa in considerazione dal programma è l'osteoartrite del ginocchio

te in particolare da osteoartrite alle ginocchia» racconta Bill Baltzopoulos, professore di Biomeccanica e a capo del Research Institute for Sport and Exercise Sciences della John Moores University di Liverpool (uno dei partner accademici di *Oactive*).

Sebbene la popolazione abi-

tualmente associata alla patologia sia costituita da anziani (tra il 12 e il 30%, gli ultra 65enni), che sono per lo più poco attivi, anche gli atleti e gli individui più giovani ne sono soggetti.

Il progetto europeo ha adottato un approccio «olistico» in cui le informazioni specifiche del paziente a vari livelli (inclusi cellule, tessuti e organi) sono integrate e combinate con informazioni provenienti da altre fonti come biomarcatori biochimici/infiammatori, modelli comportamentali e fattori di rischio sociale/ambientale per creare piattaforme a supporto di nuovi interventi personalizzati.

Il tutto, utilizzando una combinazione di modelli computazionali meccanicistici e fenomenolo-

gici, simulazioni e analisi dei Big data. Una volta costruiti, questi modelli serviranno a simulare e prevedere trattamenti ottimali, oltre a migliorare la diagnostica. Per l'Italia ha partecipato, tra gli altri, Fondazione Ri.MED. In particolare, i ricercatori Riccardo Gottardi e Roberto Di Gesù hanno sviluppato un modello osteocondrale ingegnerizzato arricchito di una componente vascolarizzata nella porzione ossea. Gottardi e Di Gesù hanno inoltre messo a punto un modello «reattivo agli stimoli» di osteoartrite basato su tessuti nativi, che sarà impiegato per lo studio di nuovi approcci terapeutici.

«La nostra piattaforma tecnologica permette di analizzare e comprendere come la cartilagine risponda ai diversi carichi nel tempo; grazie a queste informazioni è possibile realizzare impianti biologici altamente funzionali che possano sostituire il tessuto danneggiato, nonché personalizzare le cure riabilitative, dosando con precisione i carichi sulla cartilagine per massimizzare i risultati», spiega Gottardi.

A proposito di riabilitazione, i modelli computerizzati del progetto serviranno anche a creare terapie che sfruttano la Realtà aumentata.

Un progetto europeo sta mettendo a punto programmi in grado di prevedere l'evoluzione della malattia, ottenere una diagnostica più precisa e simulare terapie «su misura»

5

milioni di euro, la somma stanziata nell'ambito del programma Horizon 2020



Al Digital Health Forum la proposta per coniugare sanità e bisogni sociali

Le cure agli anziani si fanno tecnologiche

Gli specialisti: per garantire più assistenza ai fragili e ridurre le disuguaglianze territoriali bisogna puntare sulla telemedicina

ANNALISA CHIRICO

■ Non è una sfida semplice mettere insieme sanità e sociale: la tecnologia può essere la medicina», ha esordito così monsignor Vincenzo Paglia nel corso della prima edizione del "Digital Health Forum", promosso da Farmindustria in collaborazione con Vodafone Business, a Roma. Il presidente della Pontificia Accademia per la vita ha colto l'occasione per soffermarsi sui lavori della commissione, recentemente istituita dal governo e da lui presieduta, con lo scopo di riformare l'assistenza sanitaria per la popolazione anziana, attraverso la telemedicina. Il Covid, del resto, ha impresso un'accelerazione ai processi di digitalizzazione. Istituzioni, esperti del settore e aziende farmaceutiche si sono riuniti per tre ore di approfondimento e studio sulle ricette per attuare il cambiamento, puntando sul taglio della burocrazia e sulla sinergia tra pubblico e privato, in un rapporto armonico tra centro e regioni. Con la consapevolezza di vivere in un Paese che vanta un sistema sanitario di altissimo livello, come ricordato dal sottosegretario alla Salute Andrea Costa: «La pandemia, pur con indubie criticità, ha messo in evidenza alcune potenzialità del servizio sanitario nazionale. La digitalizzazione è fondamentale: nel PNRR sono previste risorse pari a oltre 8 miliardi da destinare al settore nella convinzione che sia un modo per avvicinare i servizi ai cittadini. Dobbiamo colmare un gap: il nostro Paese spende circa 22 euro pro capite nella digitalizzazione. La Germania ne spende 60, la Francia 40».

I LAVORI

In apertura dei lavori, il presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi ha sottolineato l'impatto di pandemia e guerra: «Questi due shock ci fanno capire che dobbiamo mettere in atto un cambiamento profondo rafforzando la transizione digitale. In parte, ciò sta già avvenendo: dopo il Covid nulla sarà più come prima, nella fase di emergenza ci sono stati oltre 200 nuovi servizi di telemedicina e oltre il 40 per cento dei medici ha intrapreso la strada delle visite digitali». Il top manager di Vodafone Business Alessandro Magnino ha riferito il caso dell'Humanitas di Milano dove «il 5G, con la bassa latenza, ha consentito di condividere in modo più rapido la documentazione radiografica in un periodo emergenziale. Mentre con l'Asl 3 di Napoli abbiamo avviato una sperimentazione per la cura dei malati cronici da casa». Insieme al presidente Aifa Giorgio Palù e al direttore Agenas Domenico Mantoan, sono intervenuti il capo della segreteria tecnica del ministero della Salute Antonio Gaudioso e il capo dipartimento per la Trasformazione digitale Mauro Minenna. Non è mancata l'opinione del manager di settore. Per Francisco Garcia, data&digital officer di Novartis Italia, «la tecnologia sarà un grande alleato per garantire l'equità delle cure. Le eccellenze esistono ma dobbiamo renderle normalità. Il PNRR renderà il Paese più efficiente e moderno ma deve aprire a grandi progetti infrastrutturali».

STRADE NUOVE

Raffaello Innocenti, ad di Chiesi Italia, ha parlato della necessità di introdurre «nuove tecnologie terapeutiche per garantire l'universalità dell'accesso alle cure contro le disuguaglianze territoriali». In proposito, ha detto il professor Giovanni Tria, presidente della Fondazione Enea Tech e Biomedical, «non dobbiamo costruire un

Paese a macchia di leopardo. Il vero problema resta il coordinamento tra centro e regioni». Per il presidente della Conferenza Stato Regioni Massimiliano Fedriga, «prima della pandemia i sistemi più virtuosi erano quelli che riducevano i soldi per la sanità, ora tutto è cambiato. Le risorse ci sono e vanno aumentate per investire in prevenzione e qualità della vita, una scelta che nel lungo periodo comporta risparmi per le casse pubbliche». Per Letizia Moratti, assessore al Welfare e vicepresidente della Regione Lombardia, «la digitalizzazione, la telemedicina e una maggiore valorizzazione dei dati medici e sanitari sono le nuove frontiere nel campo della salute». Per il presidente e ad di GSK Italia Fabio Landazabal, «abbiamo l'opportunità di utilizzare il digitale come fattore strategico per migliorare i risultati dell'investimento sulla salute, rispondendo in modo più efficace alla domanda di cura dei pazienti e realizzando un incremento di produttività che libera i medici da compiti burocratici consentendo loro di concentrarsi sull'assistenza». Perché la strategia funzioni, il ruolo dello Stato resta fondamentale: «Il pubblico non deve abbandonarci - ha detto Nicoletta Luppi, presidente e ad di MSD Italia -. La trasformazione digitale richiede la sinergia tra pubblico e privato. Servono infrastrutture e formazione. Avere personale qualificato significa essere al passo con il resto del pianeta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Alzheimer Rallentare la malattia

È stato recentemente pubblicato su *Nature Genetics* uno studio collaborativo che ha identificato 40 nuovi fattori di rischio genetico per la malattia di Alzheimer. Lo studio ha inoltre confermato il ruolo di altri fattori già noti ed è stato possibile generare uno *score* di rischio per la malattia, che potrà essere usato per la sperimentazione di nuovi farmaci. Per la prima volta è stato scoperto il ruolo dei geni connessi con il fattore TNF-alpha nella modulazione della malattia di Alzheimer. Anche questo peptide correlato all'infiammazione potrà essere target per trattamenti specifici che possano rallentare la progressione della malattia.

Infine sono stati isolati alcuni geni che hanno un ruolo non solo nella malattia di Alzheimer, ma anche in demenze correlate come la demenza frontotemporale e la demenza a corpi di Lewy.

Inoltre la ricerca ha chiarito il ruolo delle cellule microgliali nella progressione della malattia. Sono cellule «spazzine» cerebrali che provvedono alla rimozione di proteine anomale che possono essere neurotossiche. L'attivazione eccessiva delle cellule microgliali può essere causa del danno secondario che si osserva nella malattia.

A questo importante studio ha partecipato il Centro Alzheimer universitario della Città della Salute di Tori-

no. Il Centro, coordinato da Innocenzo Rainero, ha selezionato numerosi pazienti piemontesi per lo studio. Uno studio a livello mondiale, che è stato possibile grazie alla costituzione di un grande network europeo di ricercatori (European Alzheimer and Dementia Biobank - EADB) che, in collaborazione con ricercatori statunitensi ed australiani, ha permesso di raccogliere campioni di DNA di più di 110mila pazienti e di confrontarli con quelli di 750mila soggetti sani. La malattia di Alzheimer è la principale causa di demenza. È stato calcolato che, a livello mondiale, più di 50 milioni di persone siano affette da demenza e, se non verrà trovata alcuna cura,

nel 2050 la prevalenza di tale malattia sarà triplicata.

I costi sanitari, familiari e sociali per l'assistenza a questi pazienti sono drammatici. Le importanti scoperte di questo gruppo di ricercatori ci avvicinano all'identificazione di nuove terapie.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

I PRIMI SUCCESSI

La Puglia leader della diagnosi dopo la nascita per battere la Sma

La Puglia è stata la prima Regione a rendere obbligatorio lo screening neonatale per la diagnosi precoce della Sma (Atrofia muscolare spinale). In uno degli 8mila test effettuati dal 6 dicembre, quando l'obbligo è entrato in vigore nei 26 punti nascita pugliesi, è emerso solo un caso positivo di una neonata di 7 giorni che non manifestava alcun sintomo della malattia. L'esame del Dna ha consentito di individuare in maniera tempestiva il difetto genetico e di intervenire prontamente per bloccare il possibile insorgere della Sma. Alla piccola, dopo soli 23 giorni di vita, è stato somministrato il farmaco Zolgensma dall'unità operativa di Neurologia pediatrica dell'ospedale Giovanni XXIII di Bari dov'è ricoverata sotto stretto monitoraggio clinico. «Lo screening neonatale rappresenta un eccezionale strumento di prevenzione e riveste un'importanza fondamentale per la salute e la crescita dei piccoli perché può cambiare il destino della vita dei pazienti – sottolinea Delio Gagliardi, dirigente medico di Neurologia pediatrica –. Aver reso ob-

bligatori i test, dopo l'approvazione della legge all'unanimità da parte del Consiglio regionale poco più di un anno fa, è stata una grande conquista. Adesso possiamo sapere se un neonato dopo pochi giorni di vita sia negativo o positivo. Diagnosticare la positività in un soggetto ancora pre-sintomatico ci consente di intervenire prima che la Sma possa manifestarsi con i suoi devastanti effetti».

L'incidenza della Sma è di un caso ogni 6-10mila neonati. Considerato che in Puglia nascono 30mila bambini l'anno, c'è la possibilità che da 3 a 5 bambini siano affetti dalla Sma; pertanto è indispensabile intercettarli attraverso lo screening prima che la malattia si sviluppi. Lo screening effettuato nei 26 punti nascita pugliesi dà un primo esito, poi i casi positivi e sospetti vengono analizzati dal Laboratorio di genomica dell'ospedale "Di Venere", diretto da Mattia Gentile. «Anche in assenza di sintomi, ma con la conferma del difetto genetico, siamo in grado di agire con tempestività somministrando precocemente una terapia specifica capace di bloccare la patologia prima che vi sia una degenerazione».

Nicola Lavacca



INQUINAMENTO

Pfas e ftalati fanno male alle ossa degli adolescenti

Secondo uno studio del Maine Medical Center Research Institute di Portland (Usa), l'esposizione ad alcuni interferenti endocrini - come i Pfas - può ridurre la densità minerale e quindi rendere più fragili le ossa dei ragazzi. Lo studio ha coinvolto 800 soggetti tra i 12 e i 19 anni, la ricerca ha dimostrato che chi aveva più alti livelli di sostanze interferenti endocrine nel sangue aveva una minore densità minerale ossea. Tra le sostanze più dannose per la salute delle ossa si è

distinto l'acido perfluorooctanico (Pfoa), un composto impiegato in diversi processi industriali e in particolare per produrre pentole antiaderenti. Siccome l'accumulo osseo si verifica principalmente durante l'adolescenza, hanno spiegato i ricercatori, le implicazioni per la salute delle persone potrebbero durare anche tutta la vita.



MEDICINA E NATURA

Umore e depressione sotto il controllo del litio

PAOLO PIGOZZI

■ ■ Tutto (o quasi) quello che si trova in natura è stato sperimentato e spesso utilizzato dall'umanità per il ristabilimento della salute compromessa. È il caso anche del litio che, pur avendo un grado di tossicità non trascurabile, ha nello stesso tempo proprietà terapeutiche di tutto rispetto. D'altra parte, tutte le sostanze naturali presentano queste caratteristiche: è infatti possibile produrre una intossicazione (naturalmente con dosaggi adeguati) anche con le altrimenti benefiche salvia, rosmarino o menta oppure con la semplice e indispensabile acqua (assunzioni acute di acqua oltre i 5 litri in poche ore possono produrre gravi squilibri elettrolitici con nausea, vomito, allucinazioni e stato confusionale). Niente di nuovo.

Già qualche secolo fa quel genio di Paracelso (1493-1541) ci ammoniva: «Omnia venenum sunt: nec sine veneno quicquam existit. Dosis sola facit, ut venenum non fit» (tutto è veleno, ma solo la dose gli impedisce di nuocere).

Attualmente l'impiego in terapia dei sali di litio (il carbonato e in misura minore il citrato) avviene prevalentemente nell'ambito di alcune patologie psichiatriche come la depressione o il disturbo bipolare (oscillazioni del tono dell'umore che alterna fasi di eccitazione e eufo-

ria ad altre di depressione; il 30 marzo è la Giornata Mondiale del Disturbo Bipolare).

Il litio rende stabile l'umore, consentendo ad esempio non solo di migliorare la qualità della vita, ma anche di ridurre in modo significativo il rischio di suicidio. Naturalmente, occorre tener conto di alcune precauzioni: reni, tiroide e cuore devono funzionare bene mentre la dieta deve essere appropriata per prevenire l'aumento di peso talvolta associato a questa terapia. Infine, visto che la dose terapeutica del litio è assai vicina a quella tossica (ricordate Paracelso?), è importante controllare con regolarità la litiemia, il livello del litio nel sangue.

La cosa curiosa (ma in realtà nella scienza capita spesso) è che la scoperta dell'utilità del litio per la stabilità dell'umore è avvenuta per caso, durante la sperimentazione di questo minerale per il trattamento della gotta (il litio favorisce l'eliminazione degli urati, cristalli che si depositano sulle articolazioni producendo dolorose crisi infiammatorie). È proprio da questa ben nota capacità del litio di sciogliere i depositi di cristalli (come nella gotta) e i calcoli renali («mal della pietra» per gli antichi) che secondo alcuni deriverebbe la sua denominazione (in greco *lithos* significa appun-

to pietra).

Una recente (2020) ricerca bibliografica sulla relazione tra presenza di litio nell'acqua potabile pubblica e tassi di mortalità per suicidio (*The British Journal of Psychiatry*, 217(6), 667-678) ha esaminato 415 lavori pubblicati tra il 1945 e il 2018 e confermato l'esistenza degli effetti protettivi del litio. Tanto che qualcuno ha perfino prospettato la possibile utilità dell'integrazione di litio nell'acqua potabile.

Idea un po' balzana e caduta per fortuna nel dimenticatoio. Anche perché questo farmaco, benefico per molti aspetti, in caso di errori nel dosaggio e/o di altre condizioni difficilmente controllabili o prevedibili quando l'assunzione avviene attraverso l'acqua potabile (sudorazioni eccessive, diarrea, vomito, gravidanza, allattamento, età avanzata, ecc.) produce effetti collaterali non trascurabili.

C'è in ballo anche l'ipotesi che l'assunzione di litio nei soggetti con disturbo bipolare possa avere in qualche modo anche una funzione protettiva sul cervello. Ad esempio, potenziando struttura e funzione dell'ippocampo, una parte del cervello dedicata alla memoria (*J Psychiatry Neurosci.* 2012 Sep;37(5):333-43). Una osservazione che ha aperto un ulteriore promettente filone di ricerca, anche se mancano ancora risultati definitivi.

Anche nelle cosiddette medicine complementari il litio e i minerali che lo contengono (tormalina litica, lepidolite) hanno un ruolo interessante. I minerali citati sono nell'armamentario della *Litoterapia dechelatrice*, un metodo che utilizza a scopo terapeutico la somministrazione per bocca di alcuni minerali e di rocce, diluiti per evitarne la tossicità. La tormalina litica e la lepidolite possono affiancare altre terapie negli stati depressivi, nell'insonnia e in tutte le turbe del sistema nervoso.

Infine, *Lithium carbonicum* (carbonato di litio) è il rimedio omeopatico utilizzato essenzialmente per la cura dei reumatismi, soprattutto localizzati alle piccole articolazioni (dita delle mani e dei piedi, polsi e caviglie). Ne beneficiano le articolazioni dolenti, gonfie, rosse, nodose e deformate, specialmente se associate ad iperuricemia. Una curiosa consonanza con le storiche e ormai farmacologicamente superate proprietà antigottose dei sali di litio.

Il litio rende stabile l'umore, consentendo ad esempio di migliorare la qualità della vita e anche di ridurre in modo significativo il rischio di suicidio.

I benefici del farmaco sono noti in psichiatria ma va assunto con molta cautela



LO STUDIO

SOS DIETA

Diabete, cuore e memoria Tutti i benefici del digiuno intermittente

*I ricercatori
dell'Università
dell'Illinois
smentiscono tutti
i falsi miti sui pasti
«a intervalli»*

Antonio Caperna

Nella tradizione il digiuno è spesso stato legato a disposizioni religiose. Non a caso tra i cinque precetti della Chiesa cattolica c'è l'«astenersi dal mangiare carne e osservare il digiuno nei giorni stabiliti». È quindi una pratica antica, spesso empirica, che da qualche tempo però la medicina sta indagando per gli effetti positivi sulla salute in particolare nella forma intermittente. Uno degli studi più recenti presenta anche raccomandazioni pratiche, sfata alcuni falsi miti e indica nuovi percorsi per studi futuri. È stato realizzato dall'Università dell'Illinois a Chicago con il supporto del *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* e pubblicato nella rivista *Nature Reviews Endocrino-*

logy.

Per i ricercatori il digiuno intermittente si pone allo stesso livello delle diete ipocaloriche tradizionali con il 75% del peso perso costituito da grasso e il 25% di massa magra. Permette il miglioramento di alcuni fattori di rischio cardiometabolico ed è generalmente sicuro, producendo pochi effetti gastrointestinali, neurologici, ormonali o metabolici. Altre interessanti conclusioni evidenziano che funziona sia per gli individui normopeso sia in caso di obesità e che apporta benefici anche per le persone con insulino-resistenza o prediabete. Sono state esaminate le tre forme principali di digiuno intermittente: digiuno a giorni alterni con consumo di 0-500 calorie in

giorni festivi alternati; la dieta 5-2: due giorni di digiuno e cinque giorni di festa a settimana; mangiare a tempo limitato solo durante una finestra di tempo prescritta ogni giorno. Queste diete producono una perdita di peso da lieve a moderata, dal 3% all'8% rispetto al basale, per brevi periodi da 8 a 12 settimane. La ricerca ha anche sfatato alcuni miti sul



il Giornale

digiuno intermittente. «Uno dei principali è che le persone si sentiranno deboli e non saranno in grado di concentrarsi durante il digiuno. Abbiamo dimostrato che è l'opposto: in realtà hanno una migliore capacità di concentrazione. L'aumento di energia potrebbe essere una risposta evolutiva per dare la forza di cercare cibo» afferma Krista Varady, professoressa di nutrizione presso l'UIC College of Applied Health Sciences.

La revisione delinea anche le aree per la ricerca futura sul digiuno intermittente, che dovrebbe concentrarsi sulle persone con diabete, sindrome dell'ovaio policistico e disturbi della tiroide, e anche su confronti tra diversi tipi di diete.

Con l'importante premessa che non ci si deve mai improvvisare in ambito medico. Nello studio comunque i ricercatori indicano alcune linee guida: possono fare il digiuno intermittente anche adolescenti con grave obesità, adulti con qualunque peso, con ipertensione o colesterolo alto, e poi pazienti con insulino-resistenza o prediabete ma anche diabete di tipo 1 o 2. Prima di iniziare bisognerebbe pianificare un adattamento di una o due settimane di digiuno. Il mal di testa è comune ma può attenuarsi con una maggiore assunzione di acqua. È importante aumentare l'apporto di fibre, mangiando frutta, verdura e cereali integrali, nonché almeno 50 grammi di proteine

magre nei giorni di digiuno, per prevenire un'eccessiva perdita di massa magra. Infine vanno monitorati effetti avversi nei primi tre mesi, carenze nutrizionali a partire da vitamine e minerali,



Dormire
con la tv accesa
aumenta il rischio
di diabete

di **Danilo di Diodoro**

8



Dormire con la tv accesa aumenta il rischio di diabete

di **Danilo di Diodoro**

Esperienza comune: è facile scivolare nel sonno davanti a un soporifero programma televisivo. Secondo il racconto di molte persone, quell'oretta di sonno sul divano, prima di andare a letto, viene anzi descritta come una di quelle che si godono di più, proprio per l'effetto calmante della voce proveniente dallo schermo. Però non sarebbe una buona idea continuare a dormire tutta la notte davanti allo schermo acceso. Una ricerca sperimentale pubblicata sulla rivista *Pnas* (Proceedings of the National Academy of Sciences) conferma infatti un dato già emerso da studi osservazionali precedenti: dormire con una luce accesa in camera può creare qualche rischio sul versante dell'equilibrio cardiometabolico. In particolare l'indagine, coordinata da Phyllis Zee del Center for Circadian and Sleep Medicine della Northwestern University Feinberg

School of Medicine di Chicago, indica che dormire con la luce accesa può alterare il metabolismo del glucosio, probabilmente attraverso un'anomala attivazione del sistema nervoso simpatico.

L'esperimento

Lo studio è stato realizzato su 20 soggetti, divisi in due gruppi sperimentali, esposti, durante il sonno, uno a una luce molto fioca e l'altro a una luce più intensa. Tutti i soggetti sono successivamente stati sottoposti a una serie di indagini cliniche che comprendevano anche la valutazione di ormoni collegati al sonno, come la melatonina, oppure coinvolti nella risposta allo stress.

«In effetti erano già stati pubblicati studi che avevano messo in evidenza questo fenomeno dell'attivazione del sistema nervoso simpatico in chi dorme con un certo livello di luce in camera» conferma Luigi Ferini Strambi, direttore del Centro di Medicina del Sonno dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano. «Ad esempio, una ricerca aveva indicato una maggiore incidenza di obesità nei soggetti che dormono con televisio-

ne o luce accesa nella stanza da letto. Un'altra aveva evidenziato che maggiore è il livello di luce nella stanza da



letto maggiore è l'incidenza di diabete di tipo 2, almeno nella popolazione anziana».

Le fasi

La presenza di una significativa fonte di luce mentre si dorme altera quella che è la normale architettura delle fasi di sonno, composta da quattro diverse fasi non-Rem e da una fase Rem (Rapid Eyes Movements, fase dei movimenti rapidi oculari). Fasi che si alternano per 4-6 volte durante la notte all'incirca ogni 90 minuti. La fase Rem è quella nella quale è più frequente l'esperienza del sogno. Le fasi

non-Rem vanno da quella dell'assopimento a quella dell'inizio del vero sonno, fino alle due fasi di sonno profondo. «La ricerca coordinata da Phyllis Zee ha messo in evidenza come dormire con una luce accesa di una certa intensità faccia aumentare le fasi di sonno leggero non-Rem, a spese sia del sonno profondo non-Rem sia delle fasi Rem» specifica Ferrini Strambi. Quindi il risultato è che si dorme un sonno più leggero, meno riposante.

Ma non è solo una questione di qualità del sonno. Il fatto è che,

quando vengono tagliate via le fasi più profonde e riposanti, si possono avere ripercussioni sull'organismo nel suo complesso.

L'ormone dello stress

«L'esposizione alla luce mentre si dorme genera un'indebita attivazione del sistema simpatico» illustra Ferrini Strambi. «Aumenta il tasso del cortisolo, principale ormone dello stress, e si assiste anche a un incremento della frequenza cardiaca. Di conseguenza viene meno quell'effetto positivo del sonno sul riposo dell'apparato cardiocircolatorio, dovuto proprio alla sua capacità di inibire la produzione di cortisolo. Come evidenziato in questo studio, le ripercussioni di questa condizione si fan-

no sentire soprattutto a livello metabolico. Si genera una diminuita tolleranza al glucosio e una ridotta sensibilità all'insulina. Ciò si traduce in un maggior rischio di sviluppare il diabete. Inoltre, poiché la frequenza cardiaca durante il sonno rimane elevata più di quanto dovrebbe, è possibile che si configuri anche un maggior rischio cardiocircolatorio».

«Quindi non sarebbe male se persone che sanno di essere a rischio di diabete, di ipertensione arteriosa o di obesità, facessero attenzione a non dormire troppo a lungo con la luce accesa o davanti allo schermo della televisione» conclude l'esperto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'esperto
risponde
alle domande
dei lettori
all'indirizzo
forumcorriere.
corriere.it/
sonno**

Uno studio conferma l'ipotesi che la luce accesa sia in grado di alterare il metabolismo del glucosio, probabilmente attraverso un'anomala attivazione del sistema nervoso simpatico. Le ricadute comunque si hanno sul sistema cardiovascolare in generale, oltre che sulla qualità del riposo

L'illuminazione di una certa intensità penalizza i periodi di sonno profondo, che sono quelli più preziosi per il riposo e il benessere psicofisico in generale



Diritti

Che cosa sono
le Anagrafi degli
assistiti e perché
saranno unificate

di Chiara Daina

12

Cosa sono le Anagrafi degli assistiti e perché stanno per cambiare

Oggi i cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale (Ssn) sono in maggioranza registrati nelle Anagrafi regionali degli assistiti, (o locali in alcuni casi) a cui si collegano le Aziende sanitarie locali (Asl) di competenza.

Le informazioni

Le anagrafi degli assistiti raccolgono i dati anagrafici, il codice fiscale, il comune di residenza, il domicilio, gli eventuali codici di esenzione dal pagamento del ticket, la composizione del nucleo familiare, il medico o pediatra di base assegnato e l'Asl di appartenenza. Le finalità sono molteplici. L'Azienda accedendo all'anagrafe può attribuire al cittadino le prestazioni sanitarie di cui ha usufruito, gestire scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta (anche in caso di cambio di residenza), l'iscrizione e la cancellazione dal Ssn, inserire i codici di esenzione.

I limiti

Ma un'infrastruttura così frammentata presenta alcuni limiti: «Sono frequenti errori di battitura dei nomi, che impediscono di associare le cure erogate allo stesso sog-

getto, e i mancati aggiornamenti del trasferimento di residenza per cui il Ssn potrebbe pagare due medici di base per lo stesso assistito — spiega Gandolfo Miserendino, responsabile del sistema informativo sanitario della Regione Emilia Romagna —. Il cittadino che arriva da fuori regione, poi, non risultando nell'elenco degli assistiti regionali deve essere inserito nell'anagrafe dell'ospedale al momento dell'ingresso».

Il progetto nazionale

Per garantire una maggiore accuratezza dei dati e il loro scambio in tempo reale tra le Regioni, i ministeri dell'Economia e della Salute stanno realizzando l'Anagrafe nazionale degli assistiti, che sarà collegata all'anagrafe nazionale della popolazione residente.

Il progetto ha già ricevuto il nullaosta del Garante della privacy. «Il decreto che disciplina l'anagrafe nazionale degli assistiti deve essere sottoposto all'intesa della Conferenza Stato-Regioni — dice Serena Battilomo, direttrice del Sistema informativo sanitario del ministero della Salute —. È quindi previsto un periodo transitorio nel quale l'Anagrafe nazionale subentra alle ana-

grafi delle Asl. La durata di questo periodo è in funzione del livello di interoperabilità già presente a livello regionale e sarà definito da ciascuna Regione attraverso un piano

di subentro».

I vantaggi: più efficienza

A beneficiarne sarà tutto il Paese. Il primo vantaggio, sottolinea Battilomo, «è un incremento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di automazione amministrativa con riduzione degli oneri di comunicazione. In caso, per esempio, di spostamento di residenza le informazioni vengono automaticamente trasmesse dall'Anagrafe nazionale

della popolazione residente all'Anagrafe nazionale».

Il controllo sulla spesa

Migliorerà, inoltre, il monitoraggio della spesa e dei Livelli essenziali di assistenza: «I servizi di integrazione previsti con le altre banche dati centrali, in particolare l'anagrafe nazionale della popolazione residente e quella tributaria, consentiranno di assicurare le cancellazioni

di iscrizione al Ssn in maniera tempestiva rispetto sia ai cambi di residenza sia ai decessi, evitando duplicazioni di posizioni o la permanenza di posizioni non più valide che



oggi possono essere riscontrate nelle attuali anagrafiche, rendendo più efficiente il processo di attribuzione della spesa sanitaria pubblica» spiega la dirigente del ministero della Salute.

Il Fascicolo elettronico

Infine, come previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, «l'anagrafe nazionale degli assistiti sarà lo strumento necessario per implementare il fascicolo sanitario elettronico — ricorda Battilomo —. Consentirà di indirizzare corretta-

mente i dati e i documenti relativi a ricette e prestazioni ottenute sia nella regione di residenza sia in un'altra, anche nel caso di cambio di residenza in una regione diversa, di scegliere o cambiare il medico di base su tutto il territorio nazionale, di gestire le deleghe dei genitori per l'accesso al Fascicolo dei figli minori e di iscrivere un nuovo nato al Ssn».

© RIPRODUZIONE RISERVATA Il controllo

di **Chiara Daina**

Si tratta di archivi digitali, finora su base regionale, che custodiscono tutti i dati dei cittadini iscritti al Servizio sanitario. Adesso è ai blocchi di partenza l'Anagrafe nazionale



Per saperne di più sull'Anagrafe nazionale degli assistiti è possibile consultare il sito docs.italia.it



I contenuti

L'Asl, accedendo all'anagrafe nazionale, può tra l'altro attribuire al cittadino le prestazioni sanitarie di cui ha fruito, gestire la scelta e revoca del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta.



STANZIAMENTI DIMEZZATI. Crescono i posti letto "privati"

Lombardia: il punto dall'Osservatorio Fnp

In Lombardia, le famiglie e i pazienti delle Rsa nel 2020 hanno speso il doppio di quanto abbia stanziato la Regione (un miliardo e 600 milioni di euro contro 860 milioni), e i soldi vanno a finanziare strutture che sono per la quasi totalità private (664 contro 48 pubbliche) e poco meno della metà non appartengono a proprietà OnLus. I posti letto contrattualizzati sono cresciuti di due sole unità rispetto allo scorso anno e sono calati di circa 700 rispetto a cinque anni fa, mentre i posti solventi (cioè a totale carico di famiglie e pazienti) sono aumentati di 385 unità in un solo anno. Infine, la media delle rette pagate dalle famiglie è cresciuta di un euro e mezzo al giorno e di quasi 7 in cinque anni.

Sono i primi dati che balzano all'attenzione leggendo l'annuale Report sulla non autosufficienza e le Rsa in Lombardia preparato dall'Osservatorio della Fnp Cisl regionale. I dati, aggiornati al 31 dicembre 2021, hanno esaminato le 712 strutture presenti sul territorio regionale con un totale di 65.512 posti letto autorizzati (+579 rispetto al 2020); di questi, 57.512 sono contrattualizzati (ovvero riconosciuti da Regione Lombardia con regolare contratto e finanziati per la parte relativa alla spesa sanitaria dal Fondo sanitario regionale).

Con l'aumento del numero di anziani che necessita di un'assistenza continua, la domanda di ricovero in strutture protette è sempre in crescita. Per rispondere a questo bisogno, diverse Rsa hanno aumentato la loro offerta di posti letto solventi, ovvero a totale carico economico dell'utente e della sua famiglia. Infatti, nel 2021 i posti letto solventi sono saliti a 7.752 unità (+385 unità rispetto al 2020).

Il costo della retta nelle Rsa è uno dei temi maggiormente delicati: in assenza di vincoli normativi, le tariffe variano di molto nelle Rsa lombarde. I dati dell'Osservatorio mostrano un'enorme volatilità per quanto riguarda la parte della retta pagata dall'ospite: la differenza va da una retta minima media di 54,12 euro al giorno nell'Ats Montagna fino ad una retta media massima di 91,95 euro al giorno nell'Ats Città Metropolitana di Milano.

L'indagine ha inoltre provato a calcolare a quanto ammonti la spesa sostenuta da una persona ricoverata in una RSA lombarda: si aggira attorno a circa 25 mila euro all'anno. Moltiplicando tale cifra per il totale dei posti letto autorizzati (65.512), si può dedurre che la spesa complessiva annua in Lombardia a carico delle persone e famiglie ammonta a circa 1,6 miliardi di euro. Se si paragona questa cifra, con la quota che paga Regione Lombardia (869,5 milioni di euro), il confronto risulta chiaro.

Il report 2021 analizza anche la natura giuridica della Rsa presenti in Lombardia, e ne emerge un quadro già noto, ma comunque di impatto: 664 sono strutture private e solamente 48 pubbliche. Inoltre: 311 sono fondazioni, 160 sono società di capitale, 133 società cooperative o aziende speciali e 51 sono gestite da enti ecclesiastici. La mappatura delle strutture si allarga anche ai Nuclei Alzheimer, agli Hospice e ai



Conquiste del Lavoro

Cambridge (EN) CA | FIRENZE | LIBRI DI GIOIA FANTINI

Centri diurni integrati.

Il quadro complessivo che emerge permette di svolgere analisi anche a livello politico e di governance per l'intero settore della non autosufficienza. Secondo Osvaldo Domanechi, segretario generale Fnp Cisl Lombardia il momento per intervenire in maniera decisa e decisiva su questo settore è quanto mai favorevole. "Arriviamo da due anni di pandemia dove le Rsa sono state al centro del ciclone mediatico e gli anziani, soprattutto nella prima fase più acuta, sono stati una delle categorie maggiormente esposte. Inoltre, grazie al Piano nazionale di ripresa e resilienza, l'occasione per riformare il settore della non autosufficienza è quanto mai propizia

con risorse dedicate, investimenti previsti e una legge sul settore che sta per essere varata. Anche Regione Lombardia dovrà svolgere la propria parte, riprendendosi il ruolo centrale e di reale governo di questo settore, ponendosi come facilitatore per inaugurare una vera stagione di dialogo tra i diversi soggetti che afferiscono al mondo Rsa: enti gestori, associazioni di rappresentanza, ospiti, famiglie, lavoratori, organizzazioni sindacali, enti locali". "L'Assessorato al welfare regionale – conclude il segretario Fnp - dovrebbe poi operare per semplificare le modalità di accesso, assicurare la massima trasparenza e il controllo sui servizi erogati e le rette praticate dalle Rsa. Dovrà riordina-

re la classificazione dell'utenza, garantire finalmente, un sostegno economico per gli ospiti e le famiglie e sostenere i lavoratori sanitari e sociosanitari delle strutture".

Stefano Contu



I NUMERI DEL DISASTRO

La denuncia del sindacato Usb: gli equipaggi completi sono meno del 30%

Barellieri in via d'estinzione

••• Barellieri in via d'estinzione nel Lazio: «in Ares 118 gli equipaggi completi sono meno del 30%», denuncia il sindacato Usb. Che avverte: proprio a causa di questo personale ridotto a soli 2 operatori (autista più infermiere), sempre più spesso per fare «un intervento occorrono due ambulanze. I fatti dimostrano che i tempi dei soccorsi si sono allungati per la necessità di richiedere supporto per il trasporto, mentre sono diventate sempre più numerose le malattie professionali dovute agli eccessivi carichi di peso a cui gli operatori sono esposti ogni giorno». Questa situazione deficitaria va avanti «da quando la Regione Lazio ha introdotto, con uno scellerato decreto, ormai scaduto, la possibilità di derogare alle leggi precedenti per i mezzi di soccorso, diminuendo l'equipaggio di ambulanza da tre (infermiere, autista e soccorritore) a due componenti (infermiere ed autista)»,

aggiunge il sindacato. Che sottolinea: da allora «non sono più state fatte assunzioni per il reintegro del personale, cosicché ad oggi le ambulanze sono quasi tutte con solo infermiere e autista». Con buona pace del «piano assunzionale, approvato all'unanimità dal Consiglio Regionale nel luglio 2018, nel quale erano comprese le assunzioni di 384 operatori tecnici categoria B barellieri».

Da quasi 4 anni, invece, «i barellieri sono magicamente spariti: è giunto il momento di attuare queste assunzioni, già previste dai piani assunzionali, oltre a quelle dovute per il reintegro del turnover», chiede l'Usb alla Regione. Perché «nel solo 2021 dei quasi 444.000 interventi effettuati nella Re-

gione Lazio con codice giallo o rosso oltre l'85% necessitava di ospedalizzazione immediata e quindi di trasporto urgente». Però meno di 3 ambulanze su 10 sono dotate di una squadra con

3 componenti a bordo, quantifica l'Usb, che avverte: solo «un equipaggio completo permetterebbe invece alla singola ambulanza di soccorso infermieristica di avere una capacità gestionale ed autonoma dei codici di maggior gravità senza l'ausilio di altri mezzi e personale, che creano un allungamento dei tempi di ospedalizzazione ed un aggravio dei costi: invece siamo arrivati al punto che, per ogni intervento, servono due ambulanze».

ANT. SBR.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Lettighe
Ce ne sono
sempre di
meno ma,
soprattutto non
c'è più il
personale che
le sposta



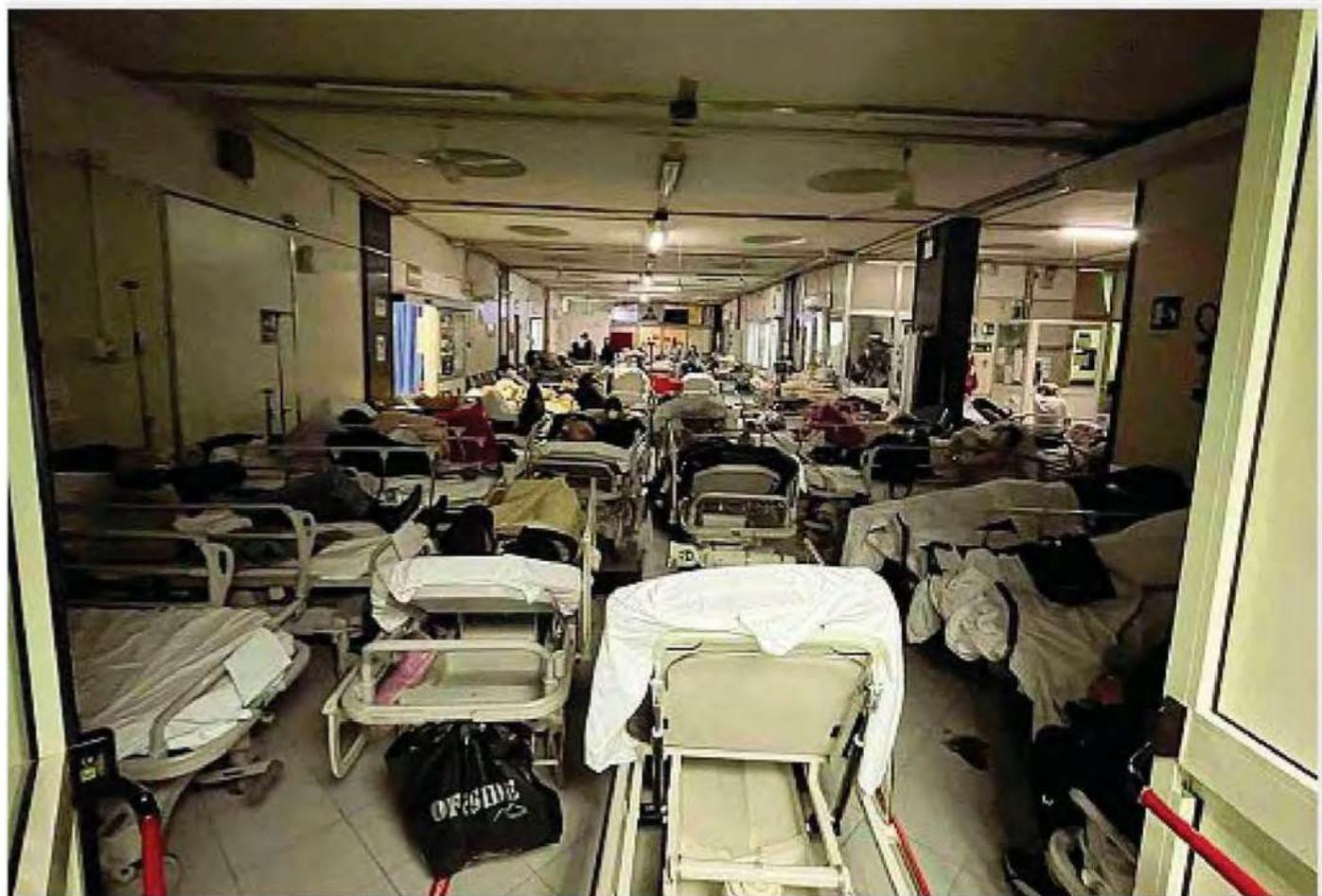
Al «Cardarelli» Pronto soccorso sovraffollato Medici in rivolta

Queste sono le condizioni del Pronto Soccorso del più grande ospedale del Sud Italia. Un accampamento di barelle, e pazienti costretti ad attese di ore. La situazione al Cardarelli di Napoli sta esplodendo, e a denunciarlo sono gli stessi medici del reparto. In 25

hanno annunciato in una lettera di essere pronti a dimettersi se non verrà ripristinata l'agibilità per lavorare e garantire all'utenza l'assistenza necessaria. L'azienda ospedaliera fa sapere di essersi attivata «sia per rendere possibile il maggior numero di trasferimenti ai vari reparti,

sia, di concerto con la rete del 118, per favorire il trasferimento di pazienti verso altre strutture».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Napoli Il Pronto soccorso del Cardarelli di Napoli con decine e decine di barelle ammassate in sala d'attesa

