



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

19 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

la Repubblica

All'Ismett di Palermo il nuovo reparto dell'Hillmann cancer center di Pittsburgh

di Giusi Spica

Il nuovo reparto di Oncologia medica integrata, unico in Sicilia, è stato inaugurato oggi alla presenza dell'assessore regionale alla Sanità, Ruggero Razza, e dei vertici dell'università americana

18 MAGGIO 2022

Sbarca all'Ismett di Palermo l'innovativo programma dell'Hillmann cancer center di Pittsburgh. Il nuovo reparto di Oncologia medica integrata, unico in Sicilia, è stato inaugurato oggi alla presenza dell'assessore regionale alla Sanità, Ruggero Razza, e dei vertici dell'università americana.

In campo una squadra composta da oncologi, infermieri, farmacisti ed esperti nel campo della psicologia, della riabilitazione e della nutrizione che lavora in sinergia per sviluppare piani di cura personalizzati. "Quando con il presidente Musumeci abbiamo visitato l'Hillman Cancer Center di Upmc a Pittsburgh, avevamo lanciato l'idea di recuperare il modello organizzativo per le terapie oncologiche che avevamo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

visto, e che guarda al paziente non solo come malato da curare, ma come persona che deve ricevere la migliore assistenza possibile. Questa iniziativa rafforza, inoltre, la collaborazione con l'ospedale Civico, che attraverso la sua Unità farmaci antitumorali (Ufa) produrrà il farmaco utilizzato nelle terapie", commenta l'assessore alla Salute Ruggero Razza.

Con oltre 30 anni di esperienza e una media di 150 mila pazienti assistiti ogni anno, l'Upmc Hillman Cancer Center è una delle più grandi reti oncologiche integrate al mondo, ed è ai primi posti nel mondo per l'attività di ricerca e per lo sviluppo di programmi oncologici. Il network trasferisce i suoi standard di cura a oltre 70 centri in tutto il mondo, e ha già una presenza consolidata in Italia, con i due centri di radioterapia ad alta specializzazione a Roma e in provincia di Avellino.

"Questa nuova iniziativa conferma l'impegno di Upmc a portare cure all'avanguardia ai pazienti in Italia - commenta Joel Nelson, Chief medical officer di Upmc International - . Il cancro è oggi la principale causa di morte a livello mondiale, con 10 milioni di decessi nel 2020; anche in Italia, si stima che circa metà della popolazione maschile e 1/3 di quella femminile si ammalerà di cancro nell'arco della vita. Diagnosi precoce e trattamenti efficaci possono salvare molte vite. Entrare a fare parte della nostra rete di Cancer Center significa avere accesso alle ultime tecnologie e a trattamenti innovativi, in un continuo confronto con specialisti e ricercatori internazionali".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

G7 salute, confronto anche sulla proroga delle mascherine

19 Maggio 2022

Prende il via oggi, a Berlino, il G7 dei ministri della Salute, con la partecipazione del ministro Roberto Speranza. Tra i temi di discussione ci sarà anche un confronto sulle misure adottate nei diversi Paesi. Tra questi la proroga dell'utilizzo delle mascherine sui mezzi di trasporto. In Germania, Paese ospitante del G7, la legge prevede l'obbligo di indossare la mascherina su aerei e treni a lunga percorrenza fino al 23 settembre. Obbligo esteso anche al trasporto pubblico. In Italia l'obbligo sui mezzi di trasporto è previsto fino al 15 giugno. "La pandemia non è finita e sono necessarie ancora prudenza e cautela", le parole del ministro alla Salute Roberto Speranza.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Centri e laboratori accreditati potranno fare rete per raggiungere standard organizzativi e di personale. Soddisfazione della Cidec

Approvato nella legge Finanziaria regionale l'emendamento a firma del deputato Tommaso Calderone. Per la presidente Cidec, Elisa Interlandi, "un passo in avanti per una sanità più vicina ai cittadini. Questa decisione afferma la validità del modello organizzativo a rete orizzontale, da noi fortemente sostenuto, e la sua potenziale implementazione anche in Sicilia"



19 MAG - È stato approvato, nel corso dell'esame della legge Finanziaria della Regione Sicilia, l'emendamento presentato da **Tommaso Calderone** che stabilisce che le strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio possono raggiungere gli standard organizzativi e di personale anche attraverso la costituzione di reti d'impresa. Ad annunciarlo lo stesso Calderone su Facebook. **Una notizia accolta con un plauso dalla Cidec Federazione Sanità**, "Esprimiamo la nostra piena soddisfazione per l'attenzione che le strutture laboratoristiche private accreditate con il SSR hanno ricevuto da parte dell'Assemblea Regionale Siciliana. Il profondo mutamento del contesto epidemiologico e delle priorità di Sanità pubblica hanno infatti reso necessario ripensare linee



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

strategiche e modalità operative”, commenta in una nota **Elisa Interlandi**, Presidente di Cidec.

Per Interlandi “questa decisione afferma la validità del modello organizzativo a rete orizzontale, da noi fortemente sostenuto, e la sua potenziale implementazione anche in Sicilia. Un modello questo che consente di procedere nell’avanzamento tecnologico della diagnostica di prossimità - di fondamentale importanza per le attività di prevenzione - quale garanzia della qualità dei servizi erogati sul territorio”.

“Il riconoscimento politico del ‘modello a rete’ - conclude la presidente Cidec - si inserisce perfettamente all’interno delle direttive del PNRR per il rafforzamento dell’assistenza sanitaria di prossimità, nell’ottica di garantire la costruzione di un laboratorio più vicino al paziente e al cittadino. Auspichiamo ora che l’Assessorato alla Salute recepisca con favore l’indirizzo politico espresso dall’Ars, con il fine ultimo di garantire ai siciliani servizi di diagnostica di qualità capillari sul territorio”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Centri e laboratori accreditati potranno fare rete per raggiungere standard organizzativi e di personale. Soddisfazione della Cidec

Approvato nella legge Finanziaria regionale l'emendamento a firma del deputato Tommaso Calderone. Per la presidente Cidec, Elisa Interlandi, "un passo in avanti per una sanità più vicina ai cittadini. Questa decisione afferma la validità del modello organizzativo a rete orizzontale, da noi fortemente sostenuto, e la sua potenziale implementazione anche in Sicilia"



19 MAG - È stato approvato, nel corso dell'esame della legge Finanziaria delle Regione Sicilia, l'emendamento presentato da **Tommaso Calderone** che stabilisce che le strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio possono raggiungere gli standard organizzativi e di personale anche attraverso la costituzione di reti d'impresa. Ad annunciarlo lo stesso Calderone su Facebook.

Una notizia accolta con un plauso dalla Cidec Federazione Sanità, "Esprimiamo la nostra piena soddisfazione per l'attenzione che le strutture laboratoristiche private accreditate con il SSR hanno ricevuto da parte dell'Assemblea Regionale Siciliana. Il profondo mutamento del contesto epidemiologico e delle



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

priorità di Sanità pubblica hanno infatti reso necessario ripensare linee strategiche e modalità operative”, commenta in una nota **Elisa Interlandi**, Presidente di Cidec.

Per Interlandi “questa decisione afferma la validità del modello organizzativo a rete orizzontale, da noi fortemente sostenuto, e la sua potenziale implementazione anche in Sicilia. Un modello questo che consente di procedere nell’avanzamento tecnologico della diagnostica di prossimità - di fondamentale importanza per le attività di prevenzione - quale garanzia della qualità dei servizi erogati sul territorio”.

“Il riconoscimento politico del ‘modello a rete’ - conclude la presidente Cidec - si inserisce perfettamente all’interno delle direttive del PNRR per il rafforzamento dell’assistenza sanitaria di prossimità, nell’ottica di garantire la costruzione di un laboratorio più vicino al paziente e al cittadino. Auspichiamo ora che l’Assessorato alla Salute recepisca con favore l’indirizzo politico espresso dall’Ars, con il fine ultimo di garantire ai siciliani servizi di diagnostica di qualità capillari sul territorio”.

19/05/2022

È VITA

Infermieri dal mondo un futuro oltre la crisi

Negrotti nell'inserto centrale



C'è un mondo di nuovi infermieri

Da Uneba e Aris un'iniziativa per attirare dall'estero professionisti della sanità formati da istituzioni religiose, e inserirli nelle loro strutture

ENRICO NEGROTTI

Situazioni emergenziali richiedono soluzioni eccezionali, o per lo meno un pizzico di inventiva in più. È quanto devono avere pensato l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris) e l'Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale (Uneba) nel progetto, sostenuto e accompagnato dall'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute, ideato per fronteggiare la grave carenza di infermieri (ma anche, seppure in misura minore, di altri professionisti della sanità) che costringe – per non derogare alla qualità dell'assistenza – a diminuire i posti letto, con ovvie conseguenze negative dal punto di vista economico. Un aiuto quindi è stato cercato facendo riferimento alla vocazione assistenziale di tanti enti religiosi sparsi nel mondo, per avviare una collaborazione virtuosa e proficua, che porti infermieri formati nelle scuole di istituti cattolici a trasferirsi nel nostro Paese.

«La situazione è drammatica» lamenta padre **Virginio Bebber**, presidente dell'Aris, per descrivere le difficoltà che gli enti sanitari e assistenziali incontrano nel mantenere il personale infermieristico, ma anche medico, all'altezza delle necessità. «Le università non diplomano abbastanza infermieri, neanche per sopperire al turnover». Conferma **Franco Massi**, presidente nazionale di Uneba: «È un'emergenza, gli infermieri mancano nelle strutture sia sanitarie sia so-

ciosanitarie: ospedali e Rsa, centri disabili, centri diurni e sul territorio. Uneba e Aris collaborano per l'elaborazione della legge sulla non autosufficienza come anche per la realizzazione del Pnrr: interloquiamo con il governo e con le regioni».

Ma la carenza di infermieri ha conseguenze pesanti: «In alcune Rsa dobbiamo già oggi tenere posti letto vuoti, e non perché non ci siano richieste: dobbiamo mantenere la qualità delle prestazioni, ma non possiamo se mancano gli infermieri necessari. E questa riduzione di posti letto diventa anche un problema di sostenibilità economica per le strutture».

I numeri sono impietosi. Spiega **Mauro Mattiacci**, direttore generale Aris: «Il nostro progetto è in fase di costruzione. Abbiamo pensato di cercare altre strade per sopperire alla carenza di personale in attesa che le università ne forniscano in numero sufficiente. Non è un problema delle strutture religiose, ma del Paese, figlio di una programmazione non adeguata che da anni non ha tenuto conto delle esigenze dell'intero Sistema sanitario. E non mancano solo infermieri, ma anche altri professionisti: fisioterapisti e medici di diverse specialità». Senza dimenticare che la richiesta di infermieri è destinata ad aumentare: «Il Pnrr prevede la presenza di infermieri anche nelle case di comunità e in famiglia».

Spiega la logica dell'iniziativa **Francesco Facci**, presidente di Uneba Veneto: «Si è pensato, Aris e Uneba insieme, a uno strumento che ha un timbro con un suo "profumo". Abbiamo puntato a coinvolgere le istituzioni religiose che hanno scuole per infermieri in Paesi al di fuori dell'Unione Europea, in modo che si potessero avere garanzie nelle caratteristiche dei candidati». Garanzie non solo professionali: «Si punta ad avere persone anche motivate, disposte a fare un'esperienza all'estero (una sorta di Erasmus), che porterà loro frutto anche se torneranno a casa». Aggiunge **Franco Massi**: «Da parte delle scuole degli enti religiosi c'è una sorta di preselezione. Sono persone che vengono perlopiù da Filippine, India e Sud America. Stiamo anche interloquendo con i ministeri interessati (Esteri, Interni, Salute, Lavoro) per creare contratti a tempo determinato

di due-tre anni. Prima di essere impiegati, inoltre, dovranno fermarsi per un periodo a Roma per perfezionare la lingua italiana e prepararsi all'esame per riconoscere l'equipollenza del titolo conseguito nei loro Paesi d'origine». Puntualizza Facci: «Li seguiamo anche in questo percorso del riconoscimento del titolo professionale: è un lavoro impegnativo, e anche costoso. Ma ci sembra importante anche per creare ponti. Se le persone sono motivate, portano ricchezza».

Conclude padre **Bebber**: «Sembra di essere tornati indietro ai primi anni Duemila, quanto c'è stata un'analogia emergenza, poi superata. Purtroppo i numeri della formazione sono calcolati solo sulle necessità del sistema

pubblico, dimenticando tutto il resto. Quindi rivolgerci a college cattolici può aiutarci a superare questa fase almeno per qualche anno. Del resto, non mancano in Italia giovani che vogliono intraprendere la carriera di infermiere, ma spesso non trovano posto. È di pochi giorni fa la denuncia di Uneba Veneto che negli ultimi due anni le università hanno respinto quasi 19mila domande di iscrizione per mancanza di corsi di laurea infermieristica». Del tema, all'interno di una riflessione complessiva su come il Pnrr cambia le professioni e i modelli gestionali del sociosanitario, si parlerà domani a Verona al convegno organizzato dal dipartimento di Economia aziendale dell'Università di Verona e da Uneba Veneto. Il convegno è trasmesso anche online via Zoom (iscrizioni sul sito www.unebaveneto.org).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Per la carenza di lavoratori
una soluzione creativa:
una sorta di Erasmus
che porti in Italia giovani
che vogliono crescere*





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL PUNTO

Vaccini: 1,2 milioni di multe a no-vax, altre sono in arrivo Contagi, il tasso di positività scende all'11,5 per cento

È in arrivo la seconda tranches di multe indirizzate agli over 50 non vaccinati contro il Covid. Altre 600mila multe, che si aggiungono alle 600mila del mese scorso, sarebbero state comminate (o in corso di invio): si tratta in tutto di 1,2 milioni di sanzioni finora. Nelle prossime settimane sarebbe in arrivo una terza tranche. È quanto si apprende da fonti del ministero della Salute. Diverse sarebbero state le contestazioni di persone che avrebbero precisato di essersi vaccinati nonostante l'arrivo della multa: in questi casi si hanno 10 giorni per mostrare la documentazione della vaccinazione.

Intanto, ieri sono state rilevate altre 30.408 infezioni (contro le 44.489 di martedì e, soprattutto, i 42.249 contagi di mercoledì scorso). Il tasso di positività scende dal 13,3% all'11,5%. I decessi sono stati 136 (martedì 148). Le vittime totali da inizio pandemia salgono a 165.630. In calo i ricoveri: i pazienti in terapia intensiva sono 19 in meno (martedì -16), e adesso 318 in tutto, mentre nei reparti ordinari i ricoverati sono 189 in meno (martedì -166): i posti letto occupati sono in tutto 7.276.



IL CASO

Il conto ai No Vax, un milione di multe Ma fioccano i ricorsi: “Troppi errori”

Hanno dieci giorni
per dimostrare di
essere vaccinati, guariti
o esentati: sono almeno
85 mila le contestazioni

di **Michele Bocci**

C'è solo un modo per non pagare: dimostrare con i documenti di aver fatto il vaccino, magari all'estero, oppure di essere stati positivi o infine di avere l'esenzione di un medico. Sono circa 85 mila gli italiani che hanno provato, o stanno provando, a contattare il ministero alla Salute per evitare la sanzione da 100 euro prevista per gli over 50, i lavoratori della sanità, il personale della scuola, della polizia e delle forze militari non in regola con l'obbligo vaccinale.

Il punto è che hanno sbagliato destinatario, perché la procedura prevede che i ricorsi vengano presentati via mail alle Asl. I dati di tutte le aziende sanitarie però non sono disponibili. È presumibile che i ricorsi siano di più di quelli inviati al ministero, almeno 100-120 mila ma forse ancora di più.

Comunque sia, il dato è destinato a crescere ancora, perché proprio in questi giorni stanno per partire alcune centinaia di migliaia di nuovi avvisi. Il ministero alla Salute, attraverso l'Agenzia delle entrate-riscossione, finora ne ha già inviati un milione e 153 mila. Un numero di

sanzioni per una stessa violazione probabilmente senza precedenti.

La legge sull'obbligo ha previsto che debbano pagare la multa, non particolarmente salata e soprattutto non efficace a far cambiare idea ai No Vax convinti, coloro che non avevano fatto nemmeno una dose al primo febbraio. Stessa sanzione anche per chi dopo quella data non ha completato il ciclo vaccinale, compreso il booster. Personale sanitario a parte, la legge che ha introdotto l'obbligo decade il 15 giugno, quando di certo non saranno state chiarite tutte le posizioni e pagate tutte le sanzioni.

Chi riceve l'avviso ha 10 giorni di tempo per provare di essere in regola. Molto spesso i cittadini inviano i documenti della vaccinazione svolta all'estero oppure esenzioni cartacee da parte di uno specialista. C'è anche chi manda le carte della somministrazione o il referto di positività al Covid della sua Asl. Il punto è che sono proprio le aziende sanitarie le destinatarie dei ricorsi, che molti credono invece debbano essere mandati al ministero. I cittadini, quindi, si trovano a dover fornire a un'amministrazione i documenti da lei stessa

prodotti, cosa che genera non poco nervosismo. Gli errori avvengono perché il ministero alla Salute individua i nomi ai quali far mandare l'avviso sul sistema “tessera sanitaria”, dove evidentemente non vengono inseriti bene tutti i dati dalle Asl.

Dalle aziende sanitarie fanno sapere che di solito circa la metà delle segnalazioni da parte dei cittadini vanno a buon fine e così la sanzione viene cancellata.

Sono circa 1,7 milioni gli over 50 che a oggi non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino ma il dato di coloro che rischiano la multa, se si considera che la legge chiede di verificare la situazione al primo febbraio e sanziona anche i cicli non completati, è un po' più alto. Allo stesso tempo bisogna considerare che possono esserci persone esentate che finiscono nel conto dei non vaccinati.

Se non si è in grado di provare di essere in regola, bisogna pagare i 100 euro entro 60 giorni dal ricevimento della lettera, cosa che toccherà alla maggior parte di coloro che hanno ricevuto l'avviso.



Covid, 600 mila multe ai non vaccinati

Salgono a 1,2 milioni le sanzioni. Maturità senza mascherine: si può fare ma serve una norma per abolire l'obbligo

ROMA Un altro blocchetto di multe viene staccato in questi giorni. Destinatari dei seicentomila nuovi avvisi in partenza, dopo i seicentomila di un mese fa, sono gli ultracinquantenni che non hanno adempiuto all'obbligo di vaccinarsi contro il Covid. Non sono gli ultimi, una terza tranche è prevista a breve. In totale non in regola sarebbero 1,7 milioni di italiani.

Della comunicazione si occupa l'Agenzia di Riscossione, ma è la Asl di riferimento l'interlocutore per eventuali contestazioni. E sono tante, secondo quanto riferiscono le associazioni dei consumatori.

L'obbligo di vaccinarsi contro il Covid superati i 50 anni, è scattato il primo febbraio 2022 e scadrà il 15 giugno. Le lettere che annunciano la sanzione a chi non si è uniformato stanno arrivando però anche a cittadini italiani che si sono vaccinati all'estero, agli esenti e a quanti sotto Natale,

quando il virus circolava moltissimo, si sono infettati e per questo non hanno potuto immunizzarsi quando l'obbligo è entrato in vigore.

Nel frattempo, i numeri che misurano la diffusione del Covid continuano a migliorare: ieri i nuovi casi sono stati 30.408, cioè 12 mila in meno di una settimana fa, il tasso di positività è ulteriormente sceso (dal 13 all'11,5%) e i ricoverati per Covid sono diminuiti. In lieve calo i decessi però ancora oltre cento (136).

Un quadro che incoraggia la richiesta di eliminare l'obbligo di indossare la mascherina anche a scuola, in vista degli esami di maturità. Per rimuovere questa misura, in vigore fino alla fine dell'anno scolastico, occorrerebbe però un intervento normativo. E il ministro della Salute, Roberto Speranza, qualche giorno fa, ha ribadito che un'eventuale decisione in questo senso dovrebbe avere l'avallo della co-

munità medica. Durante il question time alla Camera, Speranza ha invece assicurato che il personale sanitario assunto per far fronte all'emergenza sarà stabilizzato. «Abbiamo avviato un grande cambiamento — ha detto — con lo stanziamento di un miliardo per l'assistenza territoriale e tenendo fuori dai tetti di spesa quella per il personale sanitario. Lavoreremo in questa direzione anche con la prossima legge di Bilancio».

Le Regioni aspettano e sollecitano fondi perché quelli finora stanziati non bastano. Con una lettera al presidente della Conferenza delle Regioni, Massimiliano Fedriga, firmata da Raffaele Donini a nome di tutti gli assessori, premono sul governo. «Abbiamo inviato un documento riepilogando necessità e proponendo soluzioni. È indispensabile conoscere le valutazioni del governo in particolare sulla possibilità di adeguare il

finanziamento statale al potenziamento strutturale. In caso contrario, bisogna ripianare le perdite dovute alle maggiori spese per il Covid, non finanziate». In passato si è parlato di un buco di 2,2 miliardi.

Adriana Logroscino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

30

Mila

I nuovi positivi in Italia notificati ieri (30.408)

136

Decessi

I morti per coronavirus in Italia nelle ultime 24 ore



Riaperture, il decreto diventa legge

Con 201 voti favorevoli, 38 contrari e nessuna astensione, mercoledì 18 maggio, l'Assemblea del Senato ha rinnovato ieri la fiducia al Governo, approvando definitivamente, nel testo licenziato dalla Camera, il ddl di conversione, con modificazioni, del decreto-legge n. 24 sul superamento delle misure di contrasto alla diffusione del Covid-19 (A.S. 2604). Il decreto legge stabilisce, tra l'altro, la sostituzione del commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica da Covid-19

con una unità per il completamento della campagna vaccinale, attiva fino a fine 2022. Nella norma figurano, poi, alleggerimenti riguardanti l'obbligo di mascherine e green pass, nelle varie formule, validi fino al 30 aprile scorso e superati dalle nuove misure in vigore dal primo maggio. Restano confermate le misure precauzionali applicate nelle strutture sanitarie e quelle applicate nella scuola dell'obbligo fino alla fine dell'anno scolastico. L'articolo 4 del dl prevede dal 1° aprile 2022, il

divieto di mobilità da casa per le persone risultate positive, fino all'accertamento della guarigione, all'esito negativo di un test antigenico rapido o molecolare; in caso di contatto stretto con soggetti confermati positivi al virus, l'obbligo di FFP2, al chiuso, per 10 giorni, e di effettuare un test antigenico rapido o molecolare alla prima comparsa dei sintomi e, se sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto.

-----© Riproduzione riservata-----



Covid

Libertà e contagi ora le mascherine non sono inutili

di **Roberto Burioni**

In Italia, con il miglioramento della situazione epidemiologica, sono state modificate le regole per l'utilizzo delle mascherine, che non sono più obbligatorie in diversi contesti sociali.

● a pagina 35
con servizi di **Bocci** ● a pagina 23

Covid

Le mascherine ora non sono inutili

di **Roberto Burioni**

In Italia, con il miglioramento della situazione epidemiologica, sono state modificate le regole per l'utilizzo delle mascherine, che non sono più obbligatorie in diversi contesti sociali. Questo ha generato non solo una certa confusione, ma anche un dibattito pubblico che ha visto intersecarsi in maniera impropria la scienza e la politica.

Il primo elemento da chiarire è l'utilità oggettiva delle mascherine nel prevenire il contagio. Questo dato non può essere dedotto da grossolani paragoni con l'estero, perché la diffusione di una malattia infettiva è un fenomeno molto complesso che non può essere banalizzato con ragionamenti da bar. In Italia abbiamo un limite di velocità autostradale a 130 km/h mentre in Germania non c'è nessun limite; ma i morti per incidenti stradali sono di più in Italia che in Germania (52 contro 37 per milione di abitanti nel 2019). Il fatto che in Italia - nonostante i limiti - i morti negli incidenti sono di più consente forse di affermare che i limiti di velocità sono inutili? Ovviamente no, perché la sicurezza stradale è qualcosa di estremamente complesso. Lo stesso vale per l'efficacia delle mascherine, che deve essere valutata con studi scientifici condotti in maniera rigorosa.

Questi studi rigorosi non lasciano adito a dubbi. Le mascherine, specie se bene indossate, sono molto utili a prevenire il contagio, soprattutto nei contesti più a rischio, proteggendo sia chi le porta, sia gli altri. È stato dimostrato come indossando una mascherina Ffp2 le probabilità di contagio diminuiscono dell'83%. Per quanto riguarda la protezione degli altri, ormai sappiamo bene che il virus si diffonde molto efficacemente negli ambienti chiusi grazie all'aerosol, costituito da goccioline di dimensioni piccolissime che possono rimanere sospese nell'aria per molto tempo e percorrere spazi notevoli. Per contrastarlo è importantissimo il ricambio d'aria, ma anche le mascherine possono fare la loro parte: se vengono usate l'esposizione

all'aerosol (e quindi al virus) diminuisce del 72%.

A questi dati bisogna aggiungere un'altra recente acquisizione scientifica: anche quando non riescono a proteggere dal contagio, le mascherine diminuiscono la quantità di virus infettante e questo può ridurre la gravità della malattia. Insomma, le mascherine funzionano, e funzionano bene. Questo è un dato oggettivo e non c'è spazio per una discussione così come non c'è da discutere sul numero di caratteri contenuti in questo articolo: si contano e basta.

Si può invece legittimamente esprimere la propria opinione sulla decisione politica di non rendere più obbligatorie le mascherine in certe situazioni. Questa decisione, ricordiamolo, non intacca minimamente il dato riguardante l'efficacia: il casco evita il 40% dei morti negli incidenti motociclistici, in Italia è obbligatorio ma in New Hampshire, Illinois e Iowa si può tranquillamente andare in moto senza indossarlo. Questo significa forse che in quegli Stati Usa il casco non funziona? Ovviamente no: è una decisione politica, che riflette una sensibilità molto lontana dalla nostra.

In ogni caso la decisione di attenuare gli obblighi relativi alle mascherine (decisione politica sulla quale, ripeto, si può essere o meno d'accordo) è basata sul fatto che, rispetto ai mesi passati, il contagio comporta dei rischi molto minori e per questo si è pensato di allentare le maglie della prevenzione per riportare la nostra vita quotidiana verso la normalità. Tuttavia è bene ricordare che siamo ancora in presenza di un virus contagiosissimo e pericolosissimo e i fattori che hanno abbassato i rischi sono



la Repubblica

due: la vaccinazione e i farmaci molto efficaci.

Per avere un'idea di quanto la vaccinazione sia un fattore importante nella protezione tenete conto che solo nel gennaio scorso, con la circolazione della variante Omicron, senza vaccino avremmo avuto almeno 74.000 morti in più, praticamente una cittadina delle dimensioni di Asti o Pavia. L'altro elemento che ha diminuito notevolmente i rischi è la disponibilità di farmaci antivirali che, quando un paziente si infetta nonostante la vaccinazione, sono in grado di diminuire nettamente la possibilità di un'evoluzione sfavorevole nelle situazioni più a rischio. Perché siano efficaci devono, però, essere somministrati in maniera

tempestiva. Il numero di morti che viene ancora registrato quotidianamente (non di rado superiore a cento) richiede una rigorosa verifica che la prescrizione di questi farmaci avvenga senza ritardi in tutto il territorio nazionale.

Grazie alla formidabile impresa compiuta dalla scienza in questi due anni possiamo fortunatamente avvicinarci alla normalità. Però ricordiamo che quella stessa scienza che ha consentito di avere vaccini e farmaci straordinariamente efficaci ci dice che le mascherine funzionano e che - soprattutto in ambienti chiusi e affollati, dove il rischio del contagio è maggiore - è consigliabile continuare a usarle accettando il piccolo disagio che comportano.



Gli esperti

Nuovi tipi di Omicron e minore prudenza Così è allerta negli Usa

New York epicentro, nel Paese più 61% di casi

dal nostro corrispondente
Giuseppe Sarcina

WASHINGTON Anthony Fauci è preoccupato: le varianti Omicron possono riportare l'America in piena emergenza. L'infezione sta già correndo nel Nordest del Paese. Anche questa volta, come è successo nel 2020, all'inizio della pandemia, l'epicentro è New York. La media dei nuovi positivi è pari a 3.500 al giorno, con circa 130 pazienti finiti in ospedale. Ma la previsione è che l'ondata investirà presto il resto degli Stati Uniti. Si vedono già i primi segnali: dal Connecticut alla Pennsylvania; dalla Florida alla California. Al momento la media nazionale è pari a 101 mila casi al giorno, il 61% in più rispetto a 15 giorni fa, con 22.642 persone ricoverate (+27%). La quota dei positivi, però, potrebbe essere molto più alta: tanti cittadini usano i test fai da te in casa e non comunicano l'esito alle autorità. Il numero dei morti è relativamente basso: 318 ogni 24 ore (-7%). Ma le

diverse fasi della pandemia hanno insegnato che questo indicatore si muove in ritardo rispetto agli altri e quindi potrebbe aumentare nelle prossime settimane.

La Casa Bianca è in allarme, tanto che ha deciso di prolungare a tempo indeterminato lo stato di emergenza che sarebbe dovuto durare fino al 15 luglio. Il team anti Covid, guidato da Ashish Jha, si è presentato davanti alle telecamere, dopo un mese e mezzo di silenzio. Il coordinatore ha avvisato l'opinione pubblica: «Abbiamo bisogno al più presto di altre risorse finanziarie, altrimenti in autunno non saremo in grado di garantire a tutti vaccini, test e cure anti Covid». Il team ha chiesto al Congresso di approvare un finanziamento di 22,5 miliardi di dollari. I repubblicani sarebbero disposti ad arrivare fino a dieci miliardi.

Si prevede che, senza i fondi necessari, da settembre in poi verrebbero infettati almeno 100 milioni di americani. Jha ha aggiunto: «Ci servono i soldi per iniziare al più presto le trattative con le case farmaceutiche per acquistare i nuo-

vi vaccini efficaci contro le varianti Omicron che potrebbero essere pronti in tre mesi».

Gli Usa hanno fronteggiato l'impennata dello scorso inverno, con punte fino a 800 mila casi giornalieri, grazie all'efficacia dei vaccini. Ora, però, spiega Fauci, lo scenario sta cambiando: «Siamo alle prese con varianti di Omicron altamente trasmissibili e dobbiamo tenere presente che la copertura dei vaccini sta svanendo; inoltre c'è stato un rilassamento generale nelle misure di mitigazione, come indossare le mascherine o evitare riunioni affollate negli spazi chiusi».

Il problema di fondo, quindi, non è solo sanitario. Negli ultimi mesi la politica e la società americane hanno di fatto archiviato il Covid-19. Ormai quasi tutti gli Stati, e non solo quelli governati dai repubblicani, hanno abolito l'obbligo di proteggersi con la mascherina, limitandosi, in alcuni casi, a raccomandare «prudenza» ai cittadini.

Basta osservare ciò che sta accadendo proprio a New York. La città è entrata nella zona «arancione», allerta di

«alto livello». Ma il sindaco Eric Adams sostiene che «non siamo ancora arrivati al punto da tornare alle mascherine obbligatorie».

In questa situazione le fasce più esposte sono ancora una volta quelle degli adulti in età matura e degli anziani. Rochelle Walensky, direttrice del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie, ha spiegato che il 62% dei cittadini tra i 50 e i 64 anni non ha ricevuto una dose di vaccino negli ultimi sei mesi. La percentuale scende al 57% se si considerano coloro che hanno più di 65 anni. Saranno soprattutto loro a rischiare, se non verrà di nuovo rafforzata la prevenzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ROBERTO SPERANZA

«Stabilizzeremo i precari assunti durante il Covid»

■ ■ Il ministro della salute Roberto Speranza ha annunciato che il governo intende stabilizzare i lavoratori assunti durante l'emergenza Covid dal marzo 2020.

In un question time alla Camera ieri Speranza ha detto che «nell'ultima legge di bilancio è stato avviato un percorso per stabilizzare il personale sanitario: ovvero saranno assunti a tempo indeterminato tutti i lavoratori che hanno maturato 18 mesi di servizio di cui 6 durante la fase dell'emergenza». «Aver bloccato il tetto della spesa sanita-

ria ha creato un sacco di lavoro meno stabile nell'ambito del personale sanitario che poi ha fatto aumentare la spesa per beni e servizi perché una parte delle risorse umane viene delegata a società. Abbiamo iniziato a fare un grosso cambiamento, ma dobbiamo fare molto di più»

«La mia è una risposta sul personale sanitario - ha proseguito Speranza - ma c'è una battaglia che credo sia giusta, più in generale, contro la precarietà su cui dobbiamo impegnarci perché questa determina la non effi-

cienza delle strutture pubbliche. Per noi la priorità assoluta resta il personale sanitario, ma auspichiamo che diventi un modello positivo per altri ambiti che competono ad altre tipologie».



Gli investimenti sul territorio

Sanità territoriale: pronta la riforma da 7 miliardi, ma è emergenza personale

Si sblocca il decreto

Marzio Bartoloni

Si sblocca il cuore della missione Salute del Pnrr con il via libera alla riforma della Sanità del territorio che porta con sé 7 miliardi di investimenti: dopo il serrato confronto in Conferenza Stato-Regioni dove si è registrata due volte la mancata intesa per la contrarietà della Campania e la decisione del Governo di andare avanti è atteso già entro domani il via libera del consiglio di Stato al decreto con «modelli e standard dell'assistenza territoriale» che precede l'approdo in Gazzetta Ufficiale. Si tratta di un tassello fondamentale per far partire quelle cure vicino alla casa degli italiani che sono drammaticamente mancate nei mesi più duri della pandemia. Un traguardo, questo, atteso entro giugno secondo il calendario del Pnrr che dà il via libera alla firma sempre entro il prossimo mese dei contratti istituzionali di sviluppo tra il ministero della Salute e le singole Regioni: nei Cis che dovrebbero essere firmati tutti insieme ci sarà il cronoprogramma e il via libera ai bandi per la costruzione di 1.350 case di comunità (2 miliardi), 400 ospedali di comunità (1 miliardo) e 600 centrali operative (300 milioni). Ma il via libera alla riforma

Servono fino a 40mila sanitari, ma è difficile trovarli e i fondi non bastano

apre le porte anche al potenziamento di cure domiciliari (2,7 miliardi) e telemedicina (1 miliardo).

Il decreto fissa nel dettaglio per ognuna delle nuove strutture sia la tipologia di prestazioni che il numero minimo e massimo di risorse necessarie per farle lavorare. E il punto nodale è proprio qui visto che proprio secondo gli standard per la nuova Sanità territoriale servono da un minimo di 26.550 tra medici, infermieri e altri operatori sanitari a un massimo di 39.800. Il proble-

ma è doppio perché non solo le risorse stanziare potrebbero non essere sufficienti, ma potrebbe essere complicato trovare la "materia prima" e cioè medici e infermieri da assumere visto che già oggi è scoppiata in pronto soccorso e ospedali l'emergenza carenza. Il Governo assicura che le risorse ci sono e cioè 1 miliardo stanziato dalla legge di bilancio dell'anno scorso per il territorio a cui si aggiungono i 480 milioni nel decreto 40 del 2020 per assumere 9.600 infermieri di famiglia. Ieri lo stesso ministro della Salute Roberto Speranza in un question time alla Camera ha assicurato che anche nella prossima manovra si farà uno sforzo.

Le Regioni però su questo fronte si lamentano: «Secondo altre stime

per far viaggiare questa riforma servono almeno 2,5 miliardi, quindi manca 1 miliardo. Ma non ne facciamo un problema di cassa piuttosto di programmazione. Per questo chiediamo una attuazione graduale dei nuovi standard», spiega Raffaele Donini che è assessore alla salute dell'Emilia Romagna e coordina i colleghi delle altre Regioni. Tra l'altro proprio ieri Donini ha scritto al presidente delle Regioni Fedriga per segnalare anche che manca la copertura di 3,8 miliardi di spese sostenute per il Covid del 2021 e ne potrebbero servire altri 4 nel 2022.

Anche il presidente dell'Agens Enrico Coscioni sottolinea la necessità di programmare: «Dovremo porci il problema di come mai siamo l'unico Paese europeo che fa durare 4-5 anni invece di tre le specializzazioni mediche e non fa lavorare anche chi è solo laureato in Medicina». Infine la presidente di Fnopi (Ordini degli infermieri) Barbara Mangiacavalli segnala come «mancano gli infermieri di famiglia da assumere, dei 9.600 previsti già nel 2020 ne sono stati trovati un terzo. C'è un problema di attrattività della professione che comincia dalle iscrizioni universitarie: bisogna lavorare su carriera e contratti più valorizzanti e nell'immediato studiare misure come la libera professione intramoenia per gli infermieri».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1.350

Case di comunità

È la struttura dove lavorano medici, infermieri e altri operatori per prime cure e diagnosi, in particolare per i pazienti cronici

400

Ospedali di comunità

Svolgerà una funzione intermedia tra domicilio e ospedale, con la finalità di evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette



Non solo pandemia

Se l'ospedale è reietto il pronto soccorso scoppia

IVAN CAVICCHI

aiuto non sia riducibile ad una semplice questione.

— segue a pagina 14 —

I cittadini normalmente “scappano” al pronto soccorso per essere aiutati. Al contrario i medici “scappano” dal pronto soccorso, perché nessuno li aiuta e non ce la fanno più. Credo che la mancanza di

Se l'ospedale è reietto il pronto soccorso scoppia

IVAN CAVICCHI

— segue dalla prima —

■ ■ Quella della organizzazione sanitaria. Ma sia prima di ogni cosa la più odiosa lesione ai valori di sicurezza, di integrità, di giustizia, di umanità previsti in Costituzione.

Il pronto soccorso, che suo malgrado non funziona, nega aiuto a chi avendone bisogno è per antonomasia il cittadino più debole. Siamo oltre il diritto alla salute (art 32) perché abbiamo a che fare con l'abbandono sociale, con la revoca del diritto di ognuno di noi di difendersi e di essere difeso dal male.

Non ha senso ripudiare la guerra e avere negli ospedali dei pronto soccorso in guerra. Non è una esagerazione. Chi lavora nel pronto soccorso non dice mai che il suo è un lavoro ma dice sempre che il suo lavoro è tutti i giorni una guerra. Ma perché questa guerra? E soprattutto da dove nasce?

All'indomani dell'approvazione della riforma del 1978, la spesa sanitaria continuava a crescere e la politica del tempo pensò bene di contenerla dichiarando semplice-

mente guerra all'ospedale, cioè al costo più alto del sistema, trasformando l'ospedale in tre cose: in un pregiudizio “anti hospitium”; in un problema economico relativo alla sostenibilità; e in una illogica contrapposizione: l'ospedale contro il territorio.

Fu proprio la sinistra di governo del tempo che invece di riformare l'ospedale pensò semplicemente che bastava deospedalizzarlo. Cioè di praticare una sorta di “ospedectomia”. Il risultato è stato che negli ultimi 20 anni il sistema ospedaliero non è mai stato riformato però ha chiuso 300 ospedali, cancellato 80 mila posti letto perdendo 50 mila operatori. E' ovvio che oggi il pronto soccorso sia in tilt.

Ad aggravare la situazione arriva il Pnrr, il ministro Speranza eredita dal passato la crisi del pronto soccorso ma anziché contrastarlo conferma il pregiudizio anti hospitium, ovvero le vecchie politiche di deospedalizzazione e la vecchia contrapposizione ospedale contro territorio. Cioè conferma la riforma Bindi del 1999 e il famoso Dm 70 del 2015 cioè il regolamento definito da Balduzzi (ex responsabile dell'ufficio legale di Bindi) attraverso il quale ancora oggi si definiscono tutti gli ospedali del paese.

Lo scopo politico di questo regolamento attraverso certi standard era di definire non uno ospedale adeguato ai bisogni di questa società ma di definire uno ospedale minimo tarato su uno standard (3.5 posti letto per 1000 abitanti), cioè un ospedale al costo più basso possibile, in grado di fare un passo indietro per concedere al territorio uno spazio maggiore.

Poi arriva la pandemia. Uccide 165000 persone e fa venire a galla tutte le vecchie magagne degli ospedali e del territorio, cioè tutti gli errori e le omissioni politiche del passato.

Ma nonostante la pandemia il ministero della salute nel Pnrr conferma sia la riforma Bindi, sia il Dm del 2015, quindi conferma il vecchio parametro 3.5 posti letto che però entrando in campo questi strani ospedali definiti di “comunità” ma che tutto sono meno che ospedali, di fat-



il manifesto

to abbassano il numero complessivo dei posti letto di tutto il sistema ospedaliero riducendone enormemente la funzionalità.

È quindi a causa prima di tutto del pregiudizio anti hospitium se oggi il pronto soccorso collassa fino a riempirsi di barelle e materassi buttati per terra lasciando i malati e i loro famigliari nella più cupa delle disperazioni. La cosa che si stenta a credere è che nonostante la pandemia questo pregiudizio politico continui a sopravvivere incurante di mettere in pericolo la so-

pravvivenza delle persone.

A questa drammatica situazione l'Anao, il sindacato dei medici ospedalieri, ha avanzato una serie di proposte (l'indennità di pronto soccorso, riconoscere il carattere usurante, riposi compensativi aggiuntivi, la depenalizzazione degli errori causati da problemi organizzativi ecc).

Ma chi fino ad ora ha messo davvero il dito nella piaga obbligando in un certo senso il ministro Speranza ad un confronto è stato il "forum dei clinici ospedalieri e universitari" che in un recente

quanto disperato comunicato stampa, sollecita il ministro a non abbandonare il confronto riproponendo con urgenza la vera questione politica e che è la riforma del Dm 70 e quindi la modifica del Pnrr. Se nel pronto soccorso tutti scappano ma scappa anche la politica, allora non c'è speranza. E purtroppo politicamente Speranza non c'è.

Il forum dei clinici ospedalieri e universitari sollecita il ministro a non abbandonare il confronto ponendo con urgenza la riforma del Dm 70 e la modifica del Pnrr



Roma, il pronto Soccorso del San Filippo Neri foto LaPresse



Sanità in affanno

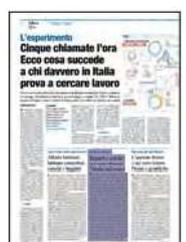
Reparti e corsie: servono almeno 70mila infermieri

■ In Italia mancano all'appello 70mila infermieri. A soffrire particolarmente dell'insufficienza dell'organico il Nord Italia dove mancano 28.500 infermieri. Sono invece 24.500 gli operatori mancanti al Centro e oltre 17.000 al Sud. È il quadro tracciato dalla Federazione nazionale Ordini professioni infermieristiche (Fnopi) alla vigilia della Giornata internazionale dell'infermiere. Sono in totale 456.069 gli infermieri in Italia, ma soltanto 395mila sono quelli attivi, con una maggioranza assoluta di donne, che raggiunge il 78%.

In base al Pnrr, sono necessari circa 50mila infermieri in più. Ma il decreto ministeriale 71, che definisce "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", prevede che si passi dall'attuale copertura del 4-6% per gli over 65 almeno al 10%.

Percentuali che, secondo l'osservatorio Oasi del Cergas Bocconi, si traducono così in un fabbisogno di circa 70.000 unità. Mentre in prospettiva, la cifra cresce ancora considerando gli infermieri già presenti nei servizi oggi esistenti sul territorio. In questa situazione il carico è elevato per il personale in servizio. Circa il 40% degli infermieri occupati nel Servizio sanitario nazionale (dati Istat) svolge lavoro straordinario (circa 108mila unità su 270mila dipendenti). Nel 4,5-5% le ore di lavoro sono in eccesso rispetto ai normali parametri previsti. C'è anche da dire che gli operatori invecchiano. L'età media degli iscritti agli Ordini è 52,2 anni (era 45,6 nel 2019), quella dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale 56,49.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Cappellani in ospedale, cura di tutti

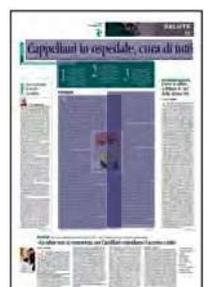
Non più «battitori liberi» ma presenze integrate nelle équipe sanitarie. E nel meeting europeo di Creta molte le figure spirituali femminili

TULLIO PROSERPIO

L'assistenza spirituale all'interno dell'ospedale moderno, che integri le diverse competenze scientificamente riconosciute, è un'avanguardia che identifica le nuove esigenze sociali che emergono nella realtà. Ad esempio, l'accoglienza dei bambini ucraini ammalati con gravi patologie ha stimolato e interrogato ulteriormente sulla modalità con cui affrontare queste problematiche. Il lavoro di sostegno e supporto che ne è sorto conferma l'urgenza di muoversi in sinergia con quanto l'intero sistema sanitario ha realizzato anche con l'aiuto fondamentale delle associazioni di volontariato. Proprio in questa logica ritengo significative le parole dell'arcivescovo di Milano Mario Delpini nella sua recente riflessione presso l'Istituto nazionale dei Tumori di Milano sulla spiritualità nella cura. L'arcivescovo ha sottolineato l'opportunità di costruire un'alleanza all'interno dell'ospedale per plasmare una vera e propria cultura partendo sempre dalla realtà concreta che si vive all'interno dei luoghi di cura. Troppo spesso accade – in particolare da quanti si definiscono credenti – di rimanere ancorati alle proprie certezze di appartenenza, che diventano difficilmente sostenibili vicino al letto delle persone ammalate. È sempre un orientamento prezioso l'indicazione di papa Francesco che invita a costruire ponti piuttosto che trincerarsi all'interno delle proprie mura.

Se ne è appena discusso a Creta dove nel 17° «Consultation European Network of Health Care Chaplancy» – incontro europeo tra cappellani su «Essere un cappellano ed esserlo con gli altri» –, proprio in un momento di particolare gravità ed emergenza internazionale, si è esplicitamente ricordato il disastro della guerra in atto esprimendo l'impegno nel proseguire il lavoro di confronto e ascolto reciproco affinché la speranza, comunque la si intenda, possa evolvere in modo sempre più utile e positivo per tutti. Il momento dell'incontro, il lavorare insieme, confrontarsi, ascoltarsi reciprocamente, con uno sguardo sempre più internazionale aiuta maggiormente a comprendere i passi opportuni da compiere per sempre meglio aiutare chi si trova confrontato con malattie importanti.

Dalle relazioni è emersa la necessità di svolgere il proprio servizio in profonda sinergia con gli altri operatori sanitari, non come liberi battitori, ma all'interno di un sistema ben definito oltre che complesso. Pressoché unanime la fatica di ve-



dersi riconosciuti e apprezzati e quindi coinvolti nei processi di cura; l'intervento del cappellano è pensato solo nei momenti terminali dell'esistenza. Rare le esperienze condivise in cui il cappellano è realmente parte dell'équipe curante come accade in modo strutturato nell'ambito delle cure palliative. Probabilmente questo è l'esempio da seguire. Prevedere pertanto la presenza del cappellano all'interno delle diverse équipe che curano le persone ammalate insieme ai familiari coinvolti. Ma qui si pone subito l'interrogativo su chi è in grado di svolgere questo particolare tipo di servizio. Si vuole evitare che persone non adeguatamente formate possano svolgere un servizio di così grande importanza.

Stimolante l'esperienza vissuta la mattina durante il consueto momento di preghiera, presieduto da Gudrun Rosén (cappellana e ministro nella Chiesa luterana svedese), così come la constatazione che la maggioranza dei partecipanti era femminile. Tra gli aspetti significativi, le diverse realtà confessionali presenti, provenienti da vari Paesi dell'Europa – e una presenza significativa dagli Stati Uniti d'America –, così come associazioni non religiose continuano a guardare con particolare interesse i passi che compie la Chiesa cattolica, in particolare lo sguardo e la logica sempre più aperta e accogliente del Papa Francesco. Un'attenzione, quella di Francesco, che consente alle diverse realtà presenti sul territorio europeo di intuire la posizione del Papa desiderosa di aprirsi a un dialogo autentico e benevolente, in grado di aiutare insieme le persone ammalate. Sorprendete è stata la positiva accoglienza del *White Book for Global Palliative Care Advocacy*, prodotto dalla Pontificia Accademia per la Vita con un lavoro multidisciplinare di diversi leader internazionali che, lavorando insieme, hanno offerto alla comunità curante una serie di attenzioni e raccomandazioni per l'intera équipe. Con una specifica raccomandazione dedicata alla "dimensione spirituale".

Una difficoltà emersa è la fatica di superare i pregiudizi presenti in ogni persona. La maturità di ciascuno è però nel non fermarsi al pregiudizio ma compiere quel passo ulteriore che consente realmente di aiutare chi si trova nella condizione di bisogno. È stato bello constatare gli apprezzamenti verso la Chiesa cattolica, che con profonda consapevolezza si muove e vive una sincera disponibilità alla collaborazione reale. Un'ulteriore conferma che le religioni possono svolgere un servizio di vero aiuto verso i bisognosi.

Credo che queste diverse considerazioni richiedano certamente una continuità con

quanto la tradizione ci ha consegnato ma anche la necessità di un'innovazione del linguaggio all'interno del dialogo con la medicina, constatando le nuove capacità delle Aziende sanitarie, sempre più orientate verso la "produzione" – logica tipicamente industriale – e sempre meno verso la carità, come la tradizione cristiana ha vissuto lungo i secoli l'aiuto e il sostegno alle persone ammalate. Deve essere ugual-

mente riconosciuto che viviamo all'interno di società occidentali abitate da uno sguardo profondamente laico, lontano da logiche di appartenenza religiosa, al punto che diverse fonti, parlano in modo risoluto di «società post-cristiane».

La ricerca di modelli e concrete possibilità di collaborazione e di dialogo con il mondo clinico ha dato vita alla costituzione del Master di I livello «La spiritualità nella cura», organizzato dalle diocesi lombarde presso l'Istituto superiore di Scienze religiose di Milano. L'obiettivo è qualificare maggiormente i cappellani e renderli in grado di operare all'interno della realtà complessa dei modelli assistenziali. In quest'ottica, all'Istituto nazionale dei Tumori di Milano da anni vengono condotte diverse esperienze, riportate in modo sintetico nella recente pubblicazione del libro *La spiritualità nella cura* (edito da San Paolo), laddove è espresso il risultato di iniziative a livello internazionale. Già nel 2015 è stato tratto grande impulso dallo studio relativo al tema della speranza che ha portato alla somministrazione del medesimo studio presso il Methodist Hospital di Houston (Usa), dove in un contesto altamente tecnologico di sanità privata, ancorata a una logica assicurativa, geograficamente molto lontano dai nostri territori fortemente impregnati di sensibilità cristiana, a sorpresa le cappellanie ospedaliere sono fortemente volute.

Queste indicazioni sollecitano con forza l'opportunità di condividere percorsi concreti con gli operatori sanitari ai diversi livelli.

Cappellano dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano

In sintesi

1

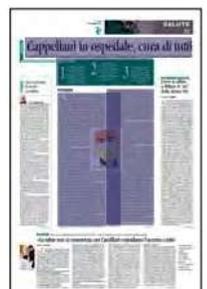
Creta ha ospitato il 17° «Consultation European Network of Health Care Chaplancy», incontro europeo su «Essere un cappellano ed esserlo con gli altri»

2

La presenza spirituale accanto ai malati assume nuovi profili a causa sia dell'emergenza pandemica sia dei cambiamenti della medicina

3

Proserpio è autore con lo psicologo Carlo Alfredo Clerici di «La spiritualità nella cura. Dialoghi tra clinica, psicologia e pastorale» (San Paolo)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ABORTO

Legge 194, l'obiezione non è problema

EUGENIA ROCCELLA

Con i numeri non ci siamo.
L'indagine presentata dall'Associazione Coscioni sull'applicazione della 194...

A pagina 3

Aborto, il pressing dell'Associazione Coscioni contro lo spazio di coscienza della 194

MA I DATI (E LA RAGIONE) RIPETONO CHE L'OBIEZIONE NON È IL PROBLEMA



EUGENIA ROCCELLA

No, con i numeri proprio non ci siamo. L'indagine presentata dall'Associazione Coscioni in merito all'applicazione della legge 194 sull'aborto, dal punto di vista dei dati fa acqua da tutte le parti. Si parla di «31 strutture sanitarie con il 100% di obiettori di coscienza per medici ginecologici, anestesisti, infermieri o operatori socio-sanitari, quasi 50 con una percentuale superiore al 90% e oltre 80 con un tasso di obiezione superiore all'80%». La assoluta vaghezza di questi numeri lascia perplessi. A quali strutture ci si riferisce, su quante disponibili, in quale territorio e su quale popolazione di donne in età fertile? Lo studio, che è sfociato anche in una lettera aperta al ministro della Salute Speranza e alla ministra della Giustizia Cartabia, vorrebbe essere una denuncia dell'impossibilità per le donne di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza a causa dell'altissima percentuale di obiettori di coscienza; una stanca polemica che si ripete ormai da almeno un decennio e che mira sostanzialmente a cambiare la legge attraverso le procedure, senza passare dal Parlamento e quindi dall'opinione pubblica. C'è però un ostacolo che impedisce di arrivare all'obiettivo: i dati, che, con la incontestabile solidità dei numeri, smentiscono la ricostruzione, tante volte proposta, di un insopportabile carico di lavoro per i medici che praticano le Ivg.

Ed è proprio sull'evidenza di questi numeri che si è basato il Consiglio d'Europa quando, nel 2016, si è pronunciato contro la condanna richiesta per l'Italia da Cgil e Ippf (International Planned Parenthood), proprio sull'eccessivo ricorso all'obiezione di coscienza.

Per smentire le conclusioni della ricerca dell'Associazione Coscioni non ci vuole molto:

basta leggere le relazioni annuali al Parlamento, frutto del lavoro comune di Istituto superiore di sanità, Istat e Regioni. I ministri della Salute cambiano, ma le cifre no. Considerando 44 settimane lavorative all'anno, la media nazionale era nel 2019 di 1,1 aborti eseguiti dai medici ogni settimana. Non si tratta di medie che mascherano squilibri pesanti, perché, sempre nello stesso documento, si poteva rilevare come fossero ben poche, e concentrate in 4 Regioni soltanto, le strutture con un carico di lavoro superiore a 9 interventi a settimana. Emerge dalle relazioni un altro importante elemento: il numero di punti aborto in diverse regioni italiane supera quello dei punti nascita, e la media nazionale mostra che sono praticamente uguali. Eppure sappiamo che gli aborti corrispondono mediamente al 20% delle nascite: se un problema per le donne c'è, riguarda quindi la scarsità di strutture dove si può partorire, e non quelle dove si può interrompere la gravidanza.

Ma il dato più sorprendente che l'indagine dell'Associazione Coscioni sottolinea, concerne la questione dei medici non obiettori che non effettuano Ivg. Le autrici dello studio lamentano che al 33% di medici non obiettori va sottratta la percentuale di chi non esegue aborti pur senza rifiutarsi in linea di principio. Accade, per esempio, all'ospedale





Sant'Eugenio di Roma, in cui su 21 non obiettori solo 2 praticano effettivamente Ivg, ma i casi citati sono molti. Il dato, nelle relazioni al Parlamento, c'è, anzi è ben precisato: si tratta del 15% dei medici non obiettori. Ma non riusciamo davvero a capire come questa percentuale possa far arrivare alla conclusione che la responsabilità degli eventuali problemi per le donne che vogliono abortire sia degli obiettori. Sembra evidente, infatti, che se tutti i medici che non hanno riserve morali nei confronti dell'aborto fossero chiamati a praticarlo, il carico di lavoro, già abbastanza basso, diminuirebbe ulteriormente.

Comunque, contraddizioni a parte, su un punto si deve essere d'accordo con le autrici dello studio: su un problema così delicato le informazioni devono essere trasparenti, disponibi-

li e ancora più ampie e dettagliate di quanto già non siano. Perché i dati, quando sono attingibili e precisi, non mentono, e fanno giustizia di tutte le fake news. Anche quelle agitate contro quel diritto all'obiezione di coscienza che in tempi bellici come questo è ancora più importante saper custodire.



VACCINI, **ARRIVEDERCI** IN AUTUNNO (FORSE)

La campagna è ferma e le dosi si avviano alla scadenza nei magazzini delle regioni. Ma dopo l'estate potrebbe ripartire la gara tra Paesi ricchi e poveri per accaparrarsi i nuovi preparati

ANDREA CAPOCCI

■ Nessuno vuole più vaccinarsi contro il Covid-19 e le Regioni non sanno come smaltire le scorte in magazzino. Eppure, nel prossimo autunno le dosi potrebbero non bastare per tutti e rischiamo di assistere a una nuova «corsa alla dose» simile a quella dei primi mesi del 2021. La paradossale situazione nasce dal rallentamento della campagna vaccinale e dall'evoluzione del virus, oltre che dalla difficoltà di approvare nuovi vaccini.

CHE CI SIA UN PROBLEMA di eccesso di scorte lo ha detto a *Repubblica* l'assessore alla sanità dell'Emilia-Romagna Raffaele Donini ammettendo che 133 mila dosi sul milione e mezzo stipate nei frigoriferi emiliani scadranno tra giugno e agosto. «Queste scorte dovranno essere collocate in qualche modo nella migliore condizione prima che scadano. Siano impegnate nelle regioni che hanno numeri inferiori o in Paesi in cui la vaccinazione non è al livello dell'Italia» ha proposto Donini. Ma donare dosi di prossima scadenza non è così facile. Richiede, ad esempio, che il paese ricevente abbia un'organizzazione adatta a somministrarle rapidamente. E molti paesi a basso reddito ne sono privi.

Le scorte si sono accumulate perché la somministrazione della terza e della quarta dose, nonché del vaccino pediatrico, non sta procedendo come previsto. «Ha iniziato il ciclo vaccinale primario l'85,7% della popolazione totale, lo ha conclu-

so l'84,2%, ha ricevuto una dose di richiamo il 67% e i guariti sono il 4,8%» si legge nell'aggiornamento quotidiano del *data analyst* Lorenzo Ruffino, da cui si evince che ogni dose in più raggiunge una platea più ridotta. Solo l'11% della popolazione anziana e fragile ha ricevuto la quarta dose. Tra i bambini di 5-11 anni di età, le vaccinazioni si sono fermate a un terzo della platea (ma un quarto è immunizzato dalla guarigione).

Sebbene l'attuale trend dei decessi corrisponda a ben 40 mila morti di Covid-19 l'anno, la parallela diminuzione dei ricoveri sta facendo scemare l'allarme, coperto sul piano mediatico anche dalla crisi ucraina.

Il governo tenta di rimediare facendo pressione sulle regioni. Quelle più indietro sono al Sud. Una circolare del 17 maggio dell'«Unità per il completamento della campagna vaccinale», la struttura che ha preso il posto del team del commissario Figliuolo dopo la fine dell'emergenza, le ha invitate a «rafforzare con immediatezza le campagne di informazione pubblica», a «coinvolgere direttamente e senza indugi i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta» e a «rafforzare da subito il sistema della «chiamata attiva» dei singoli cittadini», cioè a contattare telefonicamente gli interessati per fissare gli appuntamenti per le vaccinazioni.

MA FORSE NON È una questione di sola comunicazione. Il problema dello scarso appeal dei vaccini riguarda tutta l'Euro-

pa. Tanto è vero che la stessa Commissione europea ha chiesto a Pfizer e Moderna di rinviare di tre mesi le prossime forniture. «Le dosi attese per i mesi estivi saranno consegnate nell'autunno e nell'inverno del 2022, quando gli Stati membri avranno bisogno di nuove scorte di vaccino per garantire le campagne nazionali e per rispettare gli impegni umanitari internazionali», ha scritto in una nota la Commissaria alla salute Stella Kyriakides. La Commissione europea ha anche rescisso il contratto con la francese Valneva per il suo vaccino a virus inattivato.

LA PREVISIONE di una nuova campagna di vaccinazione di massa dopo l'estate si basa su due ipotesi ancora incerte. La prima è che in autunno il numero dei casi positivi tornerà a salire, come è avvenuto ogni anno. La seconda è il prossimo arrivo di nuove versioni dei vaccini adattate alle varianti Omicron, nella speranza che non ne emerga una radicalmente diversa nel frattempo.

Ma realizzare un vaccino aggiornato al nuovo ceppo, sperimentarlo nei test clinici e completare le procedure di autoriz-



il manifesto

zazione si sta rivelando più complicato del previsto. Alla fine del 2021 l'amministratore delegato della Pfizer Albert Bourla aveva parlato di un'attesa di cento giorni per un nuovo vaccino. Moderna aveva programmato l'arrivo dei primi dati sull'efficacia per il mese di aprile. Dal canto suo, la Commissione aveva preannunciato le prime consegne dei nuovi vaccini per giugno. Quegli annunci si sono rivelati ottimistici e ora i tempi si allungano. Le aziende, normalmente prodighe di annunci, finora non hanno comunicato nemmeno i dati preliminari sull'efficacia. A questo punto a Bruxelles si spera che i nuovi vaccini siano disponibili almeno per l'autunno.

SE PERÒ LE CONSEGNE dovesse-

ro sovrapporsi a un'eventuale ondata, l'attuale sovrabbondanza di dosi verrebbe ribaltata e i vaccini disponibili sul mercato non basterebbero per tutti. Lo scenario è esplorato da un rapporto della società di consulenza *Airfinity*, specializzata nell'analisi del mercato farmaceutico globale. «Le nostre previsioni - si legge nel report - stimano che Pfizer/BioNTech possa produrre circa 400 milioni di vaccini specifici per Omicron nel 2022. Moderna potrebbe produrne 113 milioni di dosi». Dalle aziende, però, 24 paesi più l'Unione Europea si attendono la consegna di 1,6 miliardi di dosi per il 2022. «I contratti stipulati da molti Paesi con queste aziende prevedono l'accesso a vaccini di seconda generazione. Ma non ce ne

sarà abbastanza per tutti» conclude *Airfinity*. Il gap previsto è pari a oltre un miliardo di dosi e secondo la previsione potrebbe scatenare una nuova corsa a chi offre di più per un vaccino.



L'hub vaccinale vuoto al Lingotto di Torino foto Ansa



«IL VIRUS È TRA NOI, NON È ANCORA FINITA»

«PER CAPIRE DAVVERO LA SITUAZIONE DOBBIAMO GUARDARE AL MONDO: CIÒ CHE ACCADE IN CINA E GLI STUDI DI ISRAELE CI DICONO CHE BISOGNA PROTEGGERE GLI ANZIANI E TENERE ALTA L'ATTENZIONE»

di Elisa Chiari

Ogni volta che **Giuseppe Remuzzi**, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano, parla di scienza, di medicina, di Covid in pubblico, sui giornali, in Tv ripete a chi lo ascolta:

«Attenzione, quello che vi dico adesso vale per adesso. Potrebbe non valere per sempre perché il quadro può cambiare e la scienza vive di conoscenze che progrediscono man mano».

Tenerne conto è decisivo per il pubblico che sente gli esperti comunicare: serve a non fraintenderne i messaggi e anche a scegliere i comportamenti da adottare per rischiare di meno in base alla situazione presente. Non per caso a questo tema dell'evoluzione delle conoscenze in relazione al Covid Remuzzi ha appena dedicato un libro, *Quando i medici sbagliano. E come discuterne in pubblico* (Laterza), dove sbagliare non è una questione di malasanità, per dirla con una parola antipatica e corriva, ma il percorso complesso che la comunità scientifica ha fatto, anche attraverso errori e correzioni, e ancora sta facendo a confronto con una patologia sconosciuta appena due anni e mezzo fa e che tuttora interessa il mondo, anche se il conflitto in Ucraina ha spostato il faro dell'attenzione.

La guerra ha di fatto sostituito il Covid sui media. È un problema?

«È sbagliato perché il virus è tra noi e dobbiamo fare sì che quanto abbiamo imparato continui a proteggerci. Per capire a che punto è la circolazione dobbiamo guardare non solo a noi ma al mondo: Omicron 4 e 5, varianti che non potevamo prevedere poche settimane fa e di cui sappiamo ancora poco,

ora circolano in molti Paesi. L'Ema si dice preoccupata».

Nel libro si parla anche della Cina. Che cosa ci insegna la sua situazione?

«Intanto che lo stato della pandemia non è lo stesso ovunque e che la "strategia Covid zero" adottata dalla Cina non funziona perché un virus così contagioso non si riesce a fermare: non solo, lì si era scelto di vaccinare prima le persone produttive e ora gli anziani; meno vaccinati e con un vaccino meno efficace di quelli a mRNA usati in Europa fanno prevedere un rischio da 1,5 milioni di morti. Ma la soluzione non è chiudere tutto, serve bilanciare misure di controllo con l'impatto sulla società, perché dove l'impatto sull'economia è troppo forte si genera povertà, che è un fattore di rischio per ogni tipo di malattia».

Quali tra le cose che abbiamo imparato ci devono guidare ora?

«Primo, proteggere gli anziani e i vulnerabili con vaccini a mRNA, terapie domiciliari, antivirali e mascherine. Secondo, i comportamenti individuali sono fondamentali: la mascherina non è più d'obbligo al chiuso, ma in un supermercato affollato secondo me va messa. Terzo, va posta molta più attenzione alla chiusura delle scuole: si deve fare quando serve, nei momenti in cui il picco di diffusione del contagio è più alto, ma non va prolungata troppo per limitare l'impatto sulla socialità dei ragazzi. Quarto, dal momento che ormai si sa che il virus si diffonde soprattutto per aerosol e il contagio avviene respirando aria ➔ ➔ contaminata in ambienti chiusi, dobbiamo insistere perché mezzi pubblici, scuole e luoghi di lavoro siano dotati di sistemi di ricambio d'aria. È vero che hanno un costo, ma meno che tenere in rianimazione molte persone per settimane o mesi».

Con la fine dello stato d'emergenza e del Green pass molti hanno pensato: liberi tutti. È davvero così?

«Si è salutata la fine del Green pass e dell'obbligo di mascherina come una liberazione, invece sono strumenti importanti. Il tanto criticato Green pass è servito non solo a convincere a vaccinarsi persone che non l'avrebbero fatto, ma anche a ridurre le occasioni di incontro tra non vaccinati e vaccinati al chiuso. Una cosa ancora importante per ridurre il rischio».

Quanto sono importanti la terza dose e la quarta per gli ultraottantenni?

«Molto, la terza è l'unica che protegga da Omicron. Circa la quarta, uno studio fatto in Israele e appena pubblicato sul *New England Journal of Medicine* dimostra che la quarta dose riduce in modo importante malattia severa e mortalità. Dobbiamo concludere che bisogna essere vaccinati tutti con tre dosi, che la quarta è importante subito per over 80 e fragili e un richiamo in autunno sarà importante anche per gli over 60 e forse per tutti, vedremo con quale vaccino».

Nel libro cita la storia dei vaccini come fondamentale per la salute pubblica e l'allungamento della vita. Perché allora tanta diffidenza?

«In realtà la maggior parte delle persone è favorevole ai vaccini, una piccola parte contraria per ragioni ideologiche c'è stata fin dall'inizio. Ora una difficoltà in più viene dalla quantità di informazioni accessibili a tutti e dalla difficoltà nel distinguere fonti affidabili o meno. I talk show, cercando il contraddittorio a tutti i costi, non sempre aiutano».

C'è chi tra i giovani pensa: ora rischio poco, tanto vale prendere il Covid. Che cosa replicare?



«Che potrebbe avere una logica se il Sars-Cov-2 fosse un virus stabile e invece muta moltissimo: un contagio può proteggermi da Omicron 2, ma mi lascerà esposto alla 4 e alla 5, senza contare il fatto che il Covid può lasciare conseguenze a lungo termine anche su chi non ha sintomi gravi: stanchezza, mancanza di fiato, depressione, difficoltà di concen-

trazione e di memoria colpiscono il 10-30% di chi si ammala. Senza contare le conseguenze cardiovascolari. Calcolare di prenderselo non pare un buon affare». ●



QUARTA DOSE AL VIA

Sopra, il professor Giuseppe Remuzzi, 73 anni, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri. A sinistra, turisti in Galleria Vittorio Emanuele a Milano. A destra, l'avvio della campagna per la quarta dose di vaccino agli over 80.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Trapianto addio per la cornea Arriva la svolta

Ogni anno vengono eseguiti in Italia 5.000 trapianti di cornea. In quasi la metà, basterà un'iniezione di cellule al posto dell'intervento chirurgico. Questo nuovo approccio semplifica l'intervento, accelera il recupero e consente di trattare con una sola cornea da donatore da 300 a 500 occhi. A illustrare la novità, la Società italiana di Scienze oftalmologiche. Il metodo ha già consentito il recupero visivo in oltre 300 pazienti in Giappone e in El Salvador. I risultati, pubblicati sul *New England Journal of Medicine* e su *Ophthalmology*, hanno aperto la strada alle sperimentazioni in corso negli Usa, mentre la prima europea partirà dall'Italia nel 2023.



Un'iniezione di giovinezza per il cervello

DI ANDREA BRENTA

Una scoperta che potrebbe aprire la strada a nuove terapie contro il declino cognitivo, la demenza senile e altre malattie neurovegetative. Topi anziani (18 mesi) ai quali è stato iniettato fluido cerebrospinale prelevato da topi giovani (circa 10 settimane di vita) hanno visto migliorare la propria memoria.

Era già noto come il liquido cerebrospinale riuscisse a fornire alle cellule cerebrali sostanze nutritive, molecole di segnalazione e fattori di crescita, ma il suo ruolo nell'ambito dell'invecchiamento cerebrale non era stato ancora ben analizzato.

Un'équipe internazionale coordinata da ricercatori dell'università di Stanford ha chiarito, in uno studio pubblicato sulla rivista *Nature*, il meccanismo con cui l'iniezione di liquido cerebrospinale modificava l'espressione dei geni a livello dell'ippocampo, uno dei centri della memoria del cervello, responsabile della creazione, conservazione e richiamo dei ricordi.

I ricercatori hanno riscontrato un'attivazione dei geni degli oligodendrociti, cellule cerebrali che producono la mielina, la sostanza che protegge e isola le fibre nervose permettendo il passaggio dei segnali nervosi. Gli scienziati hanno potuto dimostrare che questo potenziamento di attività era legato all'accresciuta produzione

di un fattore di crescita, noto come Fgf17, la cui espressione diminuisce nei topi anziani. L'infusione del fattore di crescita in questi ultimi ha riprodotto gli effetti osservati con l'infusione di liquido cerebrospinale giovane, inducendo la proliferazione delle cellule precursori degli oligodendrociti e migliorando la funzione di memoria. Ø

Questi risultati identificano dunque il Fgf17 come un potenziale fattore di ringiovanimento per il cervello ed è proprio su questa proteina che puntano i ricercatori per poter invertire il decadimento della memoria negli esseri umani. L'infusione del liquido cerebrospinale è infatti una procedura troppo complessa: la raccolta del liquido deve essere eseguita con estrema precisione per evitare contaminazioni. L'infusione poi deve essere lenta per non compromettere il delicato equi-

librio della pressione cerebrale e va effettuata in una specifica area all'interno del cervello: il ventricolo cerebrale. Resta ora da stabilire se il Fgf17 possa diventare un bersaglio terapeutico per lottare contro il declino cognitivo.

Recenti studi, effettuati sempre su topi, sono riusciti a riportare indietro le lancette dell'orologio grazie al sangue o a cocktail di molecole, agendo su diverse parti dell'organismo come muscoli e pelle.

— © Riproduzione riservata — ■

Memoria mi



Memoria migliorata nei topi



L'ipertensione non dà sintomi e quindi molte persone ignorano di soffrirne. Gli effetti negativi si manifestano su tutto l'organismo e ora si sa che l'irrigidimento dei vasi sanguigni può favorire l'insorgere di demenza

La pressione alta a lungo andare danneggia il cervello

di **Elena Meli**

Venti, venticinque, perfino trent'anni passati con la pressione del sangue alta. Magari all'inizio è solo al limite, ma pian piano sale, spesso senza che lo si sappia o che vi si ponga un argine con le terapie. Dopo tre decenni trascorsi con i vasi sanguigni sotto pressione, però, il cervello non è più lo stesso: la materia bianca, cioè la parte che contiene le fibre nervose, ha un volume anomalo e il flusso sanguigno al suo interno è ridotto. Lo hanno dimostrato ricercatori statunitensi del National Institute of Aging di Baltimora, dopo aver seguito dal 1985 al 2016 oltre 800 persone fra i 18 e i 30: in questo tempo i partecipanti sono stati visitati fino a 8 volte registrando la loro pressione arteriosa, poi nell'ultimo controllo, a 25 o a 30 anni dall'ingresso nello studio, sono stati sottoposti anche a una risonanza magnetica del cervello. I dati raccolti, pubblicati su *Jama Network Open*, mostrano che avere per decenni una pressione arteriosa moderata o elevata cambia il cervello, specialmente se negli anni la tendenza è al rialzo; un bel guaio perché, secondo gli autori, i cinquanta-sessantenni che al termine dell'indagine hanno registrato un volume di materia bianca anomalo hanno anche un maggior rischio di andare incontro a disturbi cognitivi. Chi ha seguito le terapie antipertensive se l'è cavata un pochino meglio, perché pur ritrovandosi con un volume di materia bianca irregolare non ha mostrato alterazioni nel flusso di sangue cerebrale, elemento che fa sperare di poter evitare almeno in parte deficit cognitivi nella terza età; di certo però lasciare la pressione alta «a briglia sciolta» un anno dietro l'altro fa decisamente male al cervello.

La spada di Damocle della demenza potrebbe rivelarsi la chiave giusta per convincere anche i più restii a misurarsi la pressione e prendere le contromisure per tenerla sotto controllo perché, come osserva Claudio Borghi, direttore del Centro Ipertensione del Policlinico Universitario S.Orsola di Bologna, «Le persone più di tutto temono i deficit cognitivi, perché sanno che poi la qualità di vita non sarà più la stessa e potrebbero perdere l'autonomia. Un'eventualità terrorizzante: quando scoprono di essere ipertesi, la prima domanda di molti pazienti è "dottore, mi verrà l'Alzheimer?". La correlazione fra demenze e ipertensione è forte, è stata finalmente compresa e può essere un grosso incentivo a monitorarsi e curarsi. L'infarto, per esempio, è anch'esso molto più probabile negli ipertesi ma fa un po' meno paura proprio perché si pensa che intercettandolo in tempo si possa risolvere, riaprendo le coronarie con gli stent, e che poi la vita possa continuare quasi come prima; con i deficit cognitivi di certo non succede». La pressione alta tuttavia non danneggia solo il cervello e il cuore:

tutte le arterie perdono elasticità e si induriscono, tutti gli organi ne risentono e sale anche il rischio di disfunzioni renali e di lesioni alla retina. Con l'età per esempio l'attività di filtro dei reni fisiologicamente peggiora, in chiunque, ma in caso di ipertensione la velocità con cui si perdono questi organi raddoppia. Ecco perché gli



specialisti insistono sull'importanza di monitorare il danno d'organo in chi ha scoperto di avere la pressione alta. «Occorre farlo con regolarità in chi è iperteso ma anche nelle persone con preipertensione, specialmente se giovani: quando la pressione supera i 135/85 mmHg è già opportuno iniziare a valutarne gli effetti sui principali organi bersaglio, ripetendo i test una volta all'anno se qualcosa non va o se l'entità dell'ipertensione è considerevole. Negli altri casi si può lasciar passare un po' più tempo fra un controllo e l'altro», interviene Guido Grassi, docente di medicina interna dell'Università di Milano Bicocca e presidente della Società Italiana dell'Iipertensione Arteriosa (SIIA). «Gli esami da fare sono semplici: si tratta di misurare con un'analisi del sangue elementi indicativi della funzione renale, come l'azotemia e la creatininemia, e parametri che mostrano se e quanto sia alterato il profilo metabolico complessivo, come la glicemia, il colesterolo, l'insulinemia. Un'analisi delle urine è utile per valutare la microalbuminuria (cioè la presenza della proteina albumina nell'urina, che indica un allentamento della capacità di filtro dei reni tale da lasciar passare ciò che andrebbe trattenuto, ndr). Infine, è bene sottoporsi a un'ecocardiografia con la misurazione dello spessore delle pareti cardiache e a un ecodoppler delle carotidi, le arterie del collo che portano il sangue al cervello». Questi due test servono a capire come sta il cuore, perché se le pareti sono spesse significa che l'organo fa troppa fatica a pompare il sangue in circolo, e a stimare il rischio di ictus, un'altra conseguenza fre-

quente dell'ipertensione il cui pericolo sale se le carotidi sono parzialmente occluse e/o irrigidite. Resta però il fatto che spesso tutto questo non si fa perché non si sa di essere ipertesi: «La con-

Oggi esistono strumenti per l'automisurazione, utili agli anziani e a chi ha già una diagnosi e deve valutare l'effetto della terapia

sapevolezza è cresciuta ma si stima che un terzo dei pazienti non sappia di esserlo», dice Grassi. «Gli adulti dovrebbero misurare la pressione una volta all'anno, in farmacia o dal medico di famiglia che può tenere traccia dei valori nella cartella clinica. Oggi ci sono molti strumenti per monitorarla da soli, a casa: sono utili per chi ha già una diagnosi e deve valutare l'effetto della terapia o negli anziani, ma bisogna scegliere dispositivi automatici o semi-automatici approvati dalle società scientifiche; inoltre una volta all'anno o ogni 18 mesi vanno controllati in farmacia, perché si starano. La misurazione però non deve diventare una malattia, non serve farla di continuo». Almeno una volta all'anno tuttavia è doveroso, perché come dice Borghi «La pressione alta non dà sintomi, è possibile avere valori pericolosi stando benissimo: non controllarla è rischioso». «Per capire se c'è la probabilità consistente di diventare ipertesi può servire misurare la frequenza cardiaca: se il cuore fa più di 80/85 battiti al minuto, il rischio cardiovascolare e quello di ipertensione è maggiore ed è il caso di misurare più spesso la pressione», conclude Grassi.

Ma un controllo adeguato dei valori scongiura il pericolo



Meno sale, grazie

E le altre regole alimentari

Le scelte a tavola rappresentano uno dei cardini per contrastare l'ipertensione. Anche quantità e qualità degli zuccheri sono importanti

L'ipertensione non è un destino ineluttabile, man mano che l'età avanza. La maggioranza crede che sia così, ma come spiega Claudio Borghi, direttore del Centro Ipertensione del Policlinico Universitario S.Orsola di Bologna, si può fare parecchio per spostare in avanti il problema: «Con l'invecchiamento inevitabilmente i vasi sanguigni diventano più rigidi, perché aumenta la quota di tessuto fibroso nelle pareti e perché ci sono più depositi di calcio: così, per mantenere il flusso di sangue contro una resistenza maggiore, la pressione deve necessariamente salire. Tuttavia è possibile mantenere l'elasticità dei vasi molto a lungo, ritardando o anche evitando che si arrivi a una vera e propria ipertensione anche durante la terza età: basta seguire le regole della prevenzione». Che sono le stesse da mettere in pratica anche in caso di diagnosi di ipertensione ma richiedono costanza per avere un risultato, come osserva Guido Grassi, docente di medicina interna dell'Università di Milano Bicocca e presidente SIIA: «È necessario astenersi dal fumo, perché le sigarette di per sé inducono un incremento della pressione arteriosa; altrettanto fondamentale il controllo del peso, associato a un'attività fisica regolare: una camminata veloce di mezz'ora almeno tre volte alla settimana è indispensabile. Per dimagrire o

mantenere il peso forma serve anche fare attenzione alla dieta, che per prevenire o trattare l'ipertensione non deve abbondare di sale». «L'alimentazione anti-ipertensiva è ricca di pesce, frutta e verdura», spiega Borghi. «Bisogna fare attenzione agli zuccheri, perché l'eccesso influenza la pressione arteriosa; in particolare è bene evitare il fruttosio come dolcificante, che viene trasformato in acido urico, una sostanza anch'essa coinvolta nello sviluppo di ipertensione. Con il fruttosio nella frutta invece non ci sono problemi, perché è bilanciato dalle fibre contenute nell'alimento. Quanto al sale, l'obiettivo è una dieta normosodica, che ne introduca circa 5 grammi al giorno: non c'è consenso sui vantaggi di una dieta iposodica per tutti, ma di certo è bene evitare cibi come patatine e noccioline che in una piccola quantità di peso concentrano tantissimo sale e fanno sballare il conto quotidiano». Che è già fuori controllo per moltissimi: le stime indicano che il 90 per cento degli italiani mangia troppo salato, con gli uomini che si attestano sui 10 grammi di sale al giorno e le donne intorno agli 8. Per intendersi, 5 grammi di sale corrispondono a un cucchiaino da tè ma esagerare è



CORRIERE SALUTE

facile, perché la maggior parte dell'introito quotidiano arriva da alimenti «insospettabili» già preparati, in cui il sale viene aggiunto: si trova per esempio in biscotti, dolci, cereali per la prima colazione ma soprattutto in salse e condimenti, pane e crackers, formaggi spalmabili e fusi a fette, verdure in scatola. Abbonda poi in salumi, carni e pesce in scatola o pasti pronti: appena un etto di prodotti impanati, da cuocere in forno o friggere, contiene da tre a cinque volte il tetto massimo di sale quotidiano. Contenerne l'utilizzo è perciò di grande aiuto, così come togliere la saliera dal tavolo

(solo questo gesto pare possa far risparmiare un grammo di sale al giorno) e fare attenzione all'introito di potassio. Se infatti il sodio contenuto nel sale da cucina è il principale responsabile dell'incremento della pressione, il potassio è indispensabile per l'equilibrio degli elettroliti e come contraltare del sodio: in caso di carenza di potassio si modificano gli scambi renali e cresce il pericolo di ipertensione, perciò è bene introdurre a sufficienza con l'alimentazione portando spesso in tavola i cibi che ne sono ricchi come frutta secca, banane, legumi, patate, funghi, carne fresca e

cioccolato. O magari usando per condire il sale di potassio anziché il normale cloruro di sodio, per avere al contempo entrambi i minerali.

Elena Meli



Etichette

Leggere le etichette con attenzione serve a evitare anche i tanti cibi che contengono sodio (sale) sotto forma per esempio di *glutammato di sodio*, ingrediente principale dei dadi da brodo, *benzoato di sodio* (si trova in salse, condimenti e margarine) o *citrato di sodio* (usato per esaltare il sapore nei dolci, gelatine e in alcune bevande)



Il problema dell'abbandono delle cure

Le medicine funzionano (se si prendono)

La maggioranza degli italiani ha capito che la pressione alta è dannosa, ma tanti non fanno il necessario passo in più di misurarla e ancora meno quello successivo e indispensabile quando si scopre di essere ipertesi: secondo le stime, appena un paziente su quattro segue davvero e con costanza le terapie. E la situazione è se possibile peggiorata durante la pandemia perché, come spiega Claudio Borghi presidente del Comitato Scientifico SIIA,

«Molti hanno pensato che stare a casa, lontani dallo stress dell'ufficio, fosse sufficiente a tenere bassa la pressione, ma non è così. Tanti hanno sospeso le cure, per altri ha prevalso la preoccupazione per la pandemia e quella per l'ipertensione è passata in secondo piano: il risultato è che i livelli pressori medi sono peggiorati rispetto al periodo pre-Covid». «Adesso occorre recuperare ancor di più i pazienti, ma in generale non è facile riuscire a tenere sotto controllo la pressione negli ipertesi», ammette Guido Grassi, presidente SIIA. «La maggior parte prende i farmaci per poco e poi li sospende appena vede scendere un po' la pressione, magari smettendo pure di controllarla: il primo passo è capire che l'ipertensione non è co-

me una malattia infettiva, ma un problema cronico. Poi accade anche che i medici di famiglia si accontentino di arrivare a valori soltanto vicini all'obiettivo di 140/90, oppure che non trattino persone giovani con pre-ipertensione (cioè valori fra 130-140 e 80/90 per la massima e la minima rispettivamente, ndr) o ancora che non usino le terapie di combinazione temendo di abbassare troppo la pressione. Questo può capitare solo in chi ha una pressione borderline, ma in un paziente con 170/110 mmHg, magari giovane, le terapie in associazione sono raccomandabili perché riducono i danni d'organo e il rischio cardiovascolare, in più grazie alla semplicità di assunzione aiutano a mantenerli in cura». Nelle «polipillole» ci sono in genere tre principi attivi scelti fra le cinque classi di farmaci antipertensivi a disposizione e la loro efficacia è ormai ben dimostrata: uno studio uscito ad aprile scorso su *JAMA Cardiology*, per esempio, ha verificato che con la «tripletta» di farmaci in una sola pillola il doppio dei pazienti riesce a mantenere la pressione sotto controllo per oltre metà delle 24 ore, in confronto a chi si cura con farmaci differenti.

«Le polipillole, di cui ora si stan-

no studiando associazioni con quattro principi attivi, consentono di ridurre il dosaggio di ciascun farmaco e quindi anche gli effetti collaterali», aggiunge Borghi. «Non contano quindi sulla forza del singolo medicinale ma sulla combinazione dei diversi meccanismi d'azione, che in sinergia portano a un miglior risultato. Basta ricordarsi di prendere una sola pillola e poi si è a posto, perciò la terapia è più semplice, l'aderenza aumenta e la pressione scende. Anche misurare regolarmente la pressione e vedere l'effetto positivo delle cure può aiutare i pazienti a restare in terapia, a patto di chiarire che è proprio la cura a consentire il risultato: se si smette, tutto torna come prima».

E. M.



eHealth

Il Fascicolo sanitario elettronico comincia a essere usato dagli italiani

di **Ruggiero Corcella**



Ora gli italiani usano molto di più il Fascicolo sanitario elettronico

C'è una maggiore conoscenza della cartella sanitaria digitale

E la pandemia ha dato un impulso decisivo a servirsene

di **Ruggiero Corcella**

Finora è stata una delle grandi incompiute (forse la più grande) della sanità digitale in Italia. Per il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), tuttavia, sembra essere suonata l'ora della riscossa. Istituito con il Decreto legge «Crescita 2.0» nel 2012, di fatto non è mai decollato.

«Invece può essere una risorsa fondamentale per abilitare la raccolta e la gestione del dato sanitario, migliorare la cura, il governo e la ricerca, ma fino a oggi non sono ancora state sfruttate appieno le sue potenzialità» sottolinea Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano.

Il Pnrr

Che cosa è accaduto di nuovo, per giustificare un certo ottimismo sulle sorti del Fse? Certo gli investimenti dedicati dal Piano nazionale di ripresa e resilienza: 1,38 miliardi di euro, al fine di



garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari. Ma anche, il mutato atteggiamento nei suoi confronti da parte degli italiani, registrato dalla ricerca effettuata ogni anno dall'Osservatorio del Politecnico. Nel 2021 l'indagine aveva rilevato livelli di conoscenza del Fascicolo sanitario elettronico piuttosto limitati e, di conseguenza, un utilizzo minimo da parte della popolazione. La rilevazione 2022, che sarà presentata il 19 maggio a Milano nel corso del Convegno «Sanità digitale: ora serve un cambio di marcia!», ha evidenziato parecchie sorprese in positivo.

La ricerca ha coinvolto un campione di 1.000 persone, statisticamente rappresentative della popolazione italiana, in collaborazione con Doxapharma, e circa 400 pazienti affetti da malattie croniche o gravi problemi di salute, in collaborazione con alcune associazioni di pazienti (Aisc, Amr, Apmarr, Fand, FederAsma, Onconauti e Ropi).

I risultati

Dalla ricerca emerge che il 55% della popolazione ha sentito parlare del Fse, con un aumento di 17 punti percentuali rispetto a quanto rilevato nel 2021. In forte crescita anche la quota di chi afferma di averlo utilizzato, che arriva al 33% nel 2022, e che nella maggior parte dei casi ha iniziato a farlo proprio dall'inizio della pandemia.

Anche sul fronte dei pazienti si osserva un aumento di conoscenza e utilizzo del Fascicolo. In questo caso, proprio per il fatto che si tratta di malati con forme di cronicità o con gravi problemi di salute, che quindi fanno più spesso accesso a servizi sanitari, emergono livelli di conoscenza e di utilizzo molto elevati: l'82% del campione coinvolto nella ricerca ha affermato di conoscere il Fse e il 54% di utilizzarlo.

Le motivazioni

Lo studio ha sondato anche le motivazioni che hanno accelerato il primo accesso al Fascicolo.

La spinta all'utilizzo, soprattutto per i cittadini, è arrivata sicuramente dalla situazione pandemica. Infatti, gli intervistati dichiarano che hanno fatto il primo loro accesso principalmente per scaricare il Green Pass (32%) e il certificato vaccinale (30%).

Il 10% ha iniziato a usare il Fse perché aveva la necessità di scaricare referti (principalmente di tamponi) e un altro 10% perché voleva accedere alle ricette elettroniche.

Da parte dei pazienti le principali motivazioni sono state la possibilità di scaricare un referto (30%), di avere sotto controllo i propri documenti clinici (24%) e di accedere a una ricetta elettronica (16%).

Si tratta, infatti, di documenti che ovviamente chi è affetto da qualche patologia si trova a gestire con frequenza più elevata rispetto alla media della popolazione generale.

«Ora che è aumentata la consapevolezza anche da parte di cittadini e pazienti circa l'esistenza del Fse — sottolinea la direttrice dell'Osservatorio —, sarà importante rendere questo strumento davvero utile per loro, ma anche per i professionisti sanitari che li hanno in cura e per altri attori del sistema, come le farmacie e le Istituzioni.

Per raggiungere gli obiettivi definiti dalle recenti Linee guida per l'attuazione del Fse, Regioni e Province Autonome dovranno attuare un deciso cambio di passo rispetto a quanto fatto negli anni scorsi».

I limiti delle Regioni

Infatti se da un lato ormai il Fascicolo è stato attivato per tutti i cittadini, il livello di alimentazione dei documenti del nucleo minimo è ancora molto limitato nella gran parte delle Regioni.

Secondo la rilevazione effettuata dal Ministero per l'Innovazione tecnologica e la transizione digitale solo quattro



Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Piemonte) hanno una percentuale di alimentazione del Fse superiore al 50%, mentre quattro (Campania, Liguria, Sicilia e Calabria) hanno livelli che non superano il 5%. Inoltre, la presenza di documenti che compongono il nucleo minimo del Fse non è assicurata in tutte le Regioni e, in molti casi, i documenti non sono strutturati (sono documenti Pdf di testo) e non sono in formato «interoperabile» (HL7-CDA2).

«Le risorse per potenziare i Fse regionali però non mancano: si tratta di

610 milioni di euro, legati all' «Adozione e utilizzo del Fse da parte delle Regioni», di cui 299,6 milioni destinati al potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari e i restanti 311,4 serviranno ad aumentare le competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario», aggiunge Sgarbossa.

Il Fse europeo

Anche a livello europeo, c'è una forte spinta a creare uno spazio per la raccolta dei dati sanitari, che dovranno confluire nello *European health data space* (Ehds, lo spazio europeo di dati sani-

tari). Nei giorni scorsi, la Commissione Europea ha avanzato una proposta, che sarà poi discussa sia dal Consiglio sia dal Parlamento Europeo, per la creazione dello spazio europeo dei dati sanitari con lo scopo di facilitare le cure oltre i confini nazionali, ma anche per abilitare l'utilizzo dei dati ai fini di ricerca, innovazione, salute pubblica e governo.

Per lo sviluppo dell'Ehds, la Commissione stanzerà 810 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca

Il campione

Osservatorio Sanità Digitale Politecnico di Milano e Doxapharma hanno intervistato mille persone e 400 pazienti

La consapevolezza

Il 55% della popolazione (l'82% dei pazienti) ha dichiarato di sapere che cos'è il Fascicolo sanitario elettronico

L'impiego

Il 33% della popolazione (il 54% dei pazienti) sostiene di aver usato il Fascicolo durante la fase pandemica



I DIRITTI

L'APPELLO DI FABIO PER IL SUO FINE VITA

NICCOLÒ CARRATELLI

«Gentile Stato italiano, aiutami a morire». Va dritto al punto Fabio Ridolfi, il 46enne di Fermignano da 18 anni immobilizzato a letto a causa di una tetraparesi. - PAGINA 18



“Aiutatemi a morire”

La battaglia di Fabio, tetraplegico e immobile nel letto dal 2004
È il terzo italiano a chiedere il suicidio assistito
mentre la legge sul Fine vita rischia di bloccarsi in Senato

LA STORIA

NICCOLÒ CARRATELLI
ROMA

«Gentile Stato italiano, aiutami a morire». Va dritto al punto Fabio Ridolfi, 46enne di Fermignano (Pesaro Urbino), da 18 anni immobilizzato a letto, a causa di una tetraparesi. Poche parole, scritte attraverso un puntatore oculare, visto che l'unica parte del corpo che può muovere sono gli occhi. Comunica con quelli e bisogna guardarli bene, nel video-appello pubblicato dall'associazione Luca Coscioni: dicono molto di più delle poche frasi

che scorrono sullo schermo. Sono gli occhi di un ragazzo che ama il calcio, grande tifoso della Roma, non a caso nelle immagini si notano bandiere e sciarpe giallorosse sulle pareti della stanza. Lavorava come muratore e imbianchino, ma la sua vera passione è la musica, la chitarra, tanto da aver formato una band, negli anni '90, con gli amici e il fratello Andrea, che ora è anche il suo amministratore di sostegno. Andrea, che non nasconde «il dolore con cui si vive tutto ciò, ma rispetto la scelta di Fabio, che è una persona capace di intendere e di volere». In famiglia tutti ricordano quella domenica, il 29 febbraio 2004 (cinque giorni prima del suo 28° compleanno). Mentre sono a ce-

na, Fabio si sente male, gli gira la testa, subisce una perdita immediata dell'equilibrio, poi l'intorpidimento di tutto il lato sinistro del corpo. Dopo qualche giorno, in ospedale arriva la diagnosi: tetraparesi da rottura dell'arteria basilare, una patologia irreversibile. Inutili i tentativi di riabilitazione, gli anni di fisioterapia, alla fine Fabio si è ras-



LA STAMPA

segnato. «Da 18 anni sono ridotto così – scrive con gli occhi – ogni giorno la mia condizione diventa sempre più insostenibile». E così, dopo un confronto con i suoi familiari, lo scorso gennaio ha deciso di presentare la richiesta per il suicidio assistito: è il terzo italiano a farlo, dopo Mario e Antonio, altri due marchigiani, entrambi tetraplegici. I loro nomi, però, sono di fantasia, hanno preferito tutelare la propria privacy e quella delle loro famiglie. Fabio Ridolfi, invece, ci ha messo la faccia. Ha valutato anche la possibilità di andare in Svizzera: suo fratello ha contattato Marco Cappato, che lì aveva accompagnato dj Fabo. Ma poi ha scelto di combattere per morire nel suo Paese.

Assistito dall'associazione Coscioni, si è rivolto all'azienda sanitaria regionale delle Marche, che ha attivato le verifiche previste dalla sentenza

della Corte costituzionale proprio sulla vicenda Cappato/dj Fabo. Fabio è stato sottoposto a tutte le visite mediche del caso, ma dal 15 marzo, quando la relazione medica è stata inviata al Comitato etico della Regione, «ancora non è arrivato nessun parere, né sulle sue condizioni né sulle modalità per poter procedere con il suicidio medicalmente assistito», denunciano dall'associazione Coscioni. Due mesi di silenzio e di sofferenza. Una storia che si ripete, visto che nell'ultimo anno sia Mario che Antonio hanno dovuto ingaggiare battaglie legali, con ripetute diffide, per ottenere la verifica da parte dell'Asur delle condizioni per accedere al suicidio assistito. Nel caso di Mario, alla fine, è arrivato il parere positivo del Comitato etico regionale e sono state superate anche alcune difficoltà interpretative, legate al tipo di sostanza da utilizzare, alla quantità e alle modalità di somministra-

zione. Mario, ora, deve solo decidere quando. Antonio, invece, è ancora in attesa del parere del Comitato etico. Come Fabio, che, se non altro, ha beneficiato della giurisprudenza fatta dai casi precedenti: per lui l'azienda sanitaria si è attivata subito, senza aspettare l'ordine dei giudici. Ma ora entrambi sono in un limbo crudele, che si protrae da mesi.

Nel frattempo, guardano a quello che succederà, o non succederà, al Senato, dove è in discussione la legge sul suicidio assistito, già approvata alla Camera. Il testo, frutto di un faticoso compromesso politico, «si è già discostato in più punti dalla sentenza della Consulta e il timore è che ora venga completamente stravolto», spiega Filomena Gallo, segretaria dell'associazione Coscioni. O, peggio, affossato. Una preoccupazione acuita dalla presenza, tra i quattro relatori del provvedimento a palazzo Madama, del leghista ultra cattolico Simone Pillon, che certo non spingerà

per un esame rapido e per arrivare all'approvazione prima della fine della legislatura. Il tentativo di annacquare la legge, d'altra parte, si è già consumato a Montecitorio, dove sono stati inseriti requisiti più stringenti per poter accedere al suicidio assistito, a cominciare dal fatto di dover essere attaccati a macchine di sostegno vitale: se si può sopravvivere da soli, anche se tra atroci sofferenze e senza nessuna speranza di miglioramento clinico, non si può chiedere di morire. Inoltre, i pazienti devono essere in grado di somministrarsi da soli il farmaco letale: operazione possibile per Mario, che muove il dito mignolo della mano destra e riesce a spingere un pulsante, più difficile per Fabio, che può contare solo sui suoi occhi. —

L'associazione Coscioni: "Aspettano un parere da due mesi"

Nuovo caso ancora nelle Marche: Mario ha ottenuto l'ok Antonio ancora no

I precedenti



Piorgiorgio Welby
Colpito da distrofia, fu il primo a porre il tema della scelta sul fine vita. Morì nel 2006 con l'aiuto di un medico.



Eluana Englaro
Nel 2009 lo stop alla nutrizione artificiale: la giovane di Lecco muore dopo 17 anni in stato vegetativo.



Dj Fabo
Nel 2017, tetraplegico dopo un incidente, muore in Svizzera, dove lo aveva accompagnato Marco Cappato.



Gentile Stato italiano, da 18 anni sono ridotto così: adesso aiutami a morire

Ogni giorno che passa la mia condizione diventa sempre più insostenibile

Muove solo gli occhi Fabio Rinaldi, 46 anni, marchigiano, comunica attraverso un puntatore oculare



MALA SANITÀ

“Una Tac al cervello? Nel 2023” L’inferno delle liste d’attesa

La guerra di Zingaretti alle prenotazioni impossibili nella sanità è persa. Non funziona nemmeno la nuova app. Per una risonanza alla testa se ne riparla il prossimo anno, oppure c’è il privato

E lo Spallanzani cerca 12 autisti: “Ma devono avere un bell’outfit”

Ci vuole metodo, e anche una buona dose di pazienza. Perché già prendere la linea in tempi brevi, quando si tratta di chiamare il Recup, il numero unico regionale per le prenotazioni sanitarie, è un’impresa non da poco. Il momento migliore è all’ora di pranzo, quando la maggioranza delle persone sono impegnate in altre attività. Poi, una volta che rispondono Anna, Maurizio, Claudia, o

qualsiasi altro degli operatori, resta solo la pazienza. Troppa. «Vedo un posto, solo uno, il 5 luglio a Civitavecchia», risponde l’addetta al call center dall’altro lato della cornetta.

di **Di Cori e Pistilli**
● alle pagine 2 e 3

MALA SANITÀ

Incubo liste d’attesa La Tac? C’è posto nel 2023 E anche l’app è un disastro

Per una risonanza al cervello se ne riparla l’anno prossimo. La gastroscopia si può fare ma solo a ottobre. La guerra di Zingaretti alle “prenotazioni impossibili” è persa

di **Arianna Di Cori**

Ci vuole metodo, e anche una buona dose di pazienza. Perché già prendere la linea in tempi brevi, quando si tratta di chiamare il Re-

cup, il numero unico regionale per le prenotazioni sanitarie, è un’impresa non da poco. Il momento migliore è all’ora di pranzo, quando la maggioranza delle persone sono impegnate in altre attività. Poi,

una volta che rispondono Anna, Maurizio, Claudia, o qualsiasi altro degli operatori, resta solo la pazienza. Troppa. «Vedo un posto, solo uno, il 5 luglio a Civitavecchia», risponde l’addetta al call center



dall'altro lato della cornetta. La richiesta in questione è una risonanza magnetica encefalo e tronco encefalico, un'indagine approfondita al cervello. Un esame non da poco, di quelli che vengono prescritti quando c'è un sospetto «brutto».

Ricetta alla mano con priorità D – che prevede un'attesa massima di 30 giorni per le visite specialistiche, 60 in caso di esami che richiedono l'uso di apparecchiature, come in questo caso – un romano che intenda eseguire l'esame presso una struttura pubblica, si ritrova davanti a due scelte: accettare l'unico posto disponibile dopo un mese e mezzo a "soli" 80 chilometri di distanza e un'ora e venti di automobile, traffico permettendo, oppure attendere (e sperare). «Nemmeno le propongo l'esame a Roma», continua l'operatrice. Esita qualche istante: in quel silenzio si comprende il dramma sommerso che investe milioni di cittadini. «A Roma...la prima disponibilità che vedo è al Sant'Eugenio, ma parliamo di gennaio 2023. Provi a chiamarci un paio di volte a settimana – consiglia – ché non si sa mai, magari c'è una disdetta e si libera qualcosa». Ritenta e sarai più fortunato: la sanità è come un gioco a premi.

La "guerra alle liste d'attesa", di-

chiarata dal governatore del Lazio Nicola Zingaretti e ribadita dal ministro della Salute Roberto Speranza, finora non è andata oltre la facciata. Le prestazioni perse durante i due anni di emergenza Covid ormai sono perse. C'è poco da fare. Per tutto il resto, se davvero si ha la necessità di eseguire un esame in tempi brevi, bisogna mettere mano al portafoglio. Ecco che allora, quasi per magia, le stesse apparecchiature "sold out" in regime pubblico, si liberano. Lo chiarisce un'altra dipendente del Recup: stavolta la richiesta è un'ecografia all'addome, sempre con prescrizione D. «Lei è molto fortunata, c'è una disponibilità all'Umberto I il 17 giugno», dice. Praticamente un record. Tutto il resto? «Non prima di novembre». L'operatrice controlla le disponibilità a pagamento. «Ci sono posti già dalla prossima settimana – dice – all'Ifo a 173 euro, al San Giovanni a 140 euro, allo Spallanzani a 100». Insomma, l'imbarazzo della scelta.

Gastroscopia? «La prima data disponibile su Roma è il 21 ottobre presso il Santo Spirito, la seconda il 10 novembre al San Camillo. In alternativa c'è un posto il 27 settembre a Bracciano». Visita cardiologica? «A Roma non c'è niente in nessun ospedale, solo ambulatori da

luglio in poi».

Per circa 70 prestazioni è nato persino il sistema online "smart", da poco lanciato dall'assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato. Ma non brilla per intelligenza. La macchina informatica è la stessa utilizzata per i vaccini, ed è soggetta allo stesso problema: va costantemente in tilt. Ogni volta che si tenta di selezionare una data, ecco il messaggio di errore: «L'orario selezionato è in fase di prenotazione da un altro utente». «Ci sono migliaia di persone online nello stesso momento – spiega un centralinista – per questo è così difficile». L'oggetto era una visita ortopedica alla colonna vertebrale. Ci vuole uno bravo: il primo è al Campus Biomedico. Il 5 dicembre.

Alessio D'Amato



Alessio D'Amato è assessore alla Sanità della giunta guidata da Zingaretti. Ha annunciato di voler correre alle primarie del centrosinistra per la scelta del prossimo presidente del Lazio

I numeri

Le lista d'attesa negli ospedali

1 **La pandemia**
In due anni di emergenza Covid non si contano più gli interventi saltati negli ospedali del Lazio e ormai non sembra più possibile riuscire a recuperarli.

2 **Doppio binario**
Tempi rapidi soltanto pagando gli esami. Per un'ecografia all'addome se ne parla a novembre ma con un minimo di 100 euro c'è posto pure tra una settimana.

3 **Tecnologia fasulla**
Per circa 70 prestazioni è nato il sistema online "smart" che va costantemente in tilt appena si prova a selezionare una data.



Ammassati

L'immagine di una delle corsie del San Camillo pieno di barelle dei malati. A seguito di queste immagini anche i Nas hanno avviato delle ispezioni



L'intervista

Antonio Magi
“Basta pagare
più ore di lavoro
al personale
e addio file”

» a pagina 2

L'intervista

Magi “La Regione
paghi più ore ai medici
e le file spariranno”

«Tutto quello che denunciavamo da mesi sta accadendo. O si cambia passo, adesso, o non ce la faremo». Per Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma, e segretario nazionale del Sumai (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana) quella contro le liste d'attesa è una battaglia persa. Almeno con un sistema «inadatto a venire incontro alle necessità di salute sempre maggiori dei cittadini».

Il ministro Speranza, in un'intervista a Repubblica, ha annunciato stanziamenti per un ulteriore miliardo per abbattere le liste d'attesa. Servirà a qualcosa?

«Temo di no. C'è sordità da parte dei decisori politici, sia locali che nazionali. Ci si continua a basare su modalità che appartengono al passato, non abbiamo fatto tesoro di quello che è successo».

Cosa intende?

«Abbiamo toccato con mano cosa vuol dire avere a che fare con una popolazione sempre più anziana, con tante patologie. Servono risposte rapide dal territorio, non mesi di

attesa. Il risultato lo vediamo nel sovraffollamento dei Pronto Soccorso. La gente si rivolge ai reparti di emergenza anche per fare un'ecografia, una visita specialistica».

Ma perché il sistema di prenotazione è così ingolfato, mancano gli specialisti?

«È solo una scusa. Stiamo facendo andare via i medici! Da gennaio ho firmato 500 lettere di “good standing”, le autorizzazioni richieste dai colleghi per andare a lavorare all'estero. Scappano i giovani, in particolare le donne. All'estero si guadagna il quadruplo, ci sono servizi per la maternità».

Cosa si potrebbe fare, subito?

«Solo nel Lazio abbiamo 1500 specialisti ambulatoriali interni. Medici che lavorano per le Asl, che firmano contratti anche solo per 5, 10 ore d'impiego a settimana, nonostante, per legge, potrebbero lavorarne 38. La media nella nostra regione sono 20 ore a settimana per specialista. Se solo si portassero tutti a 38 ore, sarebbe come assumere il doppio delle persone, e le liste di

attesa si dimezzerebbero. La Regione potrebbe farlo da domani».

Gli specialisti però si trovano sempre quando si paga per una prestazione.

«Certo, perché stanno svolgendo attività in libera professione: la legge lo permette, si tratta di ore fuori dall'orario di lavoro. È paradossale: le attrezzature utilizzate in intramoenia sono le stesse utilizzate per le visite in regime pubblico. Torno al punto di prima: se i medici venissero impiegati per più ore dalle aziende sanitarie, quelle stesse macchine sarebbero a disposizione della cittadinanza, solo a fronte del pagamento del ticket. E invece, si appaltano i servizi a cooperative e a privati, a caro prezzo». — **a.d.c.**

