



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

16 GIUGNO 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

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Covid in Sicilia, per la prima volta dopo due mesi aumentano le nuove infezioni

16 Giugno 2022

Nella settimana dal 6 al 12 giugno si assiste in Sicilia, per la prima volta dopo due mesi, ad un **incremento delle nuove infezioni da Covid-19**. L'incidenza di nuovi positivi è pari a 17316 (+21.9%), con un valore cumulativo di 360.64/100.000 abitanti. Il dato emerge dal bollettino settimanale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (Dasoe) della Regione.

Il tasso di nuovi casi più elevato rispetto alla media regionale si è registrato nelle province di **Catania** (424/100.000) e **Siracusa** (415/100.000). Le fasce d'età maggiormente a rischio risultano quelle tra i 60 e i 69 anni (401/100.000), tra i 45 ed i 59 anni (495/100.000) e tra i 70 ed i 79 anni (386/100.000). I **nuovi ricoveri**, invece, si riducono lievemente. I dati relativi alla campagna vaccinale fanno riferimento alla settimana dall'8 al 14 giugno. Nella fascia d'età 5 - 11 anni, i vaccinati con almeno una dose si attestano al 27,58% del target regionale. Hanno completato il ciclo primario 73.110 bambini, pari al 23,72%.

Gli over 12 anni vaccinati con almeno una dose si attestano al 90,56%. Ha completato il ciclo primario l'89,28% del target regionale. Complessivamente i vaccinati con terza dose sono 2.734.514 pari al 73,23% degli aventi diritto. Sono 999.582 i cittadini che possono effettuare la somministrazione booster, ma non l'hanno ancora fatta.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Dal primo marzo è iniziata la somministrazione della quarta dose nei soggetti over 12 con marcata compromissione della risposta immunitaria e che hanno già completato il ciclo vaccinale primario con tre dosi da almeno 120 giorni. Dal 12 aprile la somministrazione della quarta dose è stata estesa agli over 80, ospiti dei presidi residenziali per anziani e ai soggetti tra i 60 e 80 anni affetti da condizioni di particolare fragilità che abbiano effettuato la terza dose da oltre 120 giorni senza intercorsa infezione da Covid-19. Dal 1 marzo sono state effettuate complessivamente 28.726 somministrazioni di quarta dose di cui 20.726 ad over 80.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Sanità pubblica, firmato il rinnovo del contratto per 550mila dipendenti

L'aumento minimo medio lordo mensile è di 90 euro, ma sono anche previste specifiche indennità di categoria.

16 Giugno 2022 - di [Redazione](#)

Rinnovato il **contratto di lavoro** dei circa 550 mila dipendenti della **Sanità pubblica** del Servizio sanitario nazionale. È stata sottoscritta l'ipotesi di rinnovo del contratto nazionale dei lavoratori del comparto sanità, dagli **infermieri** ai **radiologi** al personale **amministrativo**, oltre, tra gli altri, a ostetriche e ricercatori. Il primo risultato raggiunto, affermano i sindacati, è un riconoscimento sul fronte economico: **l'aumento minimo** medio lordo mensile è infatti di 90 euro, ma sono anche previste specifiche indennità di categoria.

Il contratto ha una vigenza 2019/2021 e interessa precisamente 545 mila lavoratrici e lavoratori. L'accordo è stato firmato da Aran e dalle organizzazioni sindacali Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, Fials, Nursind e Nursing Up che esprimono «grande soddisfazione per un risultato importante e atteso da tempo. A fronte delle risorse stanziare dal governo riconosciamo salario, diritti e tutele a lavoratrici e lavoratori che in questi anni difficili hanno affrontato l'emergenza pandemica garantendo la tenuta del Servizio sanitario e la salute dei cittadini. Il contratto rappresenta un **punto di partenza** per un effettivo rilancio del Servizio sanitario, che dovrà passare adesso da maggiori risorse e da assunzioni stabili».

Le risorse per il rinnovo del contratto ammontano a 241,6 milioni, che finanzieranno l'indennità del personale assegnato ai servizi di pronto soccorso, il trattamento accessorio e il nuovo ordinamento professionale. Ciò comporterà un aumento economico per i dipendenti. Ora il contratto sarà trasmesso dall'Aran al Comitato di Settore per il parere, al Governo per eventuali osservazioni e alla Corte dei conti per la certificazione dei costi.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il contratto prevedrà pure **'incarichi di posizione elevati'** con bonus di indennità da 10 a 20mila euro. Tali posizioni saranno assegnate tramite concorso pubblico.

Questi i punti principali del nuovo contratto: Riforma dell'ordinamento professionale e nuovo sistema di classificazione; nuovo sistema degli incarichi; differenziali stipendiali; miglioramento e qualificazione del sistema indennitario e rafforzamento delle relazioni sindacali; regolamentato il ricorso al lavoro agile e lavoro da remoto nelle sue articolazioni e migliorate sensibilmente le modalità di fruizione di permessi e congedi. (ANSA).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Rinnovo del contratto, ecco aumenti e novità per gli infermieri

Antonio De Palma, Presidente Nazionale del Nursing Up commenta a caldo la firma del nuovo CCNL Sanità 2019/21.

16 Giugno 2022 - di [Redazione](#)

«Visti i risultati ottenuti, alla luce di quelle che ad un certo punto sembravano le non edificanti premesse, siamo soddisfatti del lavoro svolto in questi mesi». Così **Antonio De Palma**, presidente nazionale del **Nursing Up**, Sindacato Nazionale Infermieri, commenta la firma del nuovo CCNL Sanità 2019/21, aggiungendo: «Per la prima volta siamo di fronte a un contratto in cui gli stipendi mensili degli infermieri e delle altre professioni sanitarie sono superiori rispetto alla media degli altri dipendenti del comparto».

Infermieri e professioni sanitarie: ecco il ruolo contrattuale sanitario

Continuando a lavorare per ottenere una legge sull'area autonoma che possa risolvere le sperequazioni tra professioni sanitarie esistenti, gli infermieri e professioni sanitarie hanno visto riconosciuto, finalmente, un alveo proprio contrattuale. Si tratta di un ruolo distinto, quello sanitario a loro dedicato, rispetto agli altri ruoli nei quali confluisce il resto del personale, che sono il ruolo socio sanitario, amministrativo, tecnico e professionale, della ricerca sanitaria e supporto alla ricerca. Viene riconosciuta una collocazione identitaria per i professionisti ex legge 42/1999, un primo e fondamentale passo verso un sempre più caratterizzato ed autonomo alveo di contrattazione.

Addio alle vecchie Categorie, ora si parla di Aree

Vengono superate le vecchie categorie. Il personale ex D/DS transita nella nuova area Professionisti Sanitari e funzionari, quello ex "C", transita nell'Area degli Assistenti, quello ex B/BS transita nell'area degli operatori e così via. **In totale le aree sono cinque:** professionisti sanitari e funzionari, assistenti, operatori e personale di supporto. Sventato il rischio, almeno per il momento, che il contratto nazionale preveda eventuali riclassificazioni automatiche (o



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

promozioni di massa), solo per certe categorie. Tuttavia, le aziende potranno utilizzare le progressioni verticali per portare alcuni dipendenti all'area superiore (ferma la presenza di certi requisiti) e che, come lamentato dal Nursing Up, potrà riguardare tutte le aree sottostanti rispetto a quella degli infermieri e delle professioni sanitarie. «Gli incarichi dureranno 5 anni, come noi abbiamo chiesto nella piattaforma, e sono di tre tipologie: base, media ed elevata complessità. Tra questi trovano riconoscimento gli incarichi di esperto, specialista, coordinamento, le posizioni organizzative, ecc.».

Le indennità relative agli incarichi di media ed elevata complessità, sono state integrate, ed il loro valore economico aumentato considerevolmente. In ogni ruolo possono essere attribuiti i seguenti **incarichi**: incarico di posizione, per il solo personale inquadrato in area elevata qualificazione. Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nelle aree dei professionisti della salute e funzionari, incarico di funzione professionale, per il personale delle aree dei professionisti della salute e dei funzionari, degli assistenti e degli operatori.

Gli incarichi di organizzazione e professionali attribuiti con il vecchio contratto e non ancora scaduti, o quelli riconosciuti in virtù di una procedura già avviata alla data di sottoscrizione dell'ipotesi di CCNL 2019/21, sono collocati, con il medesimo valore già attribuito, all'interno delle nuove fasce (media e/o elevata complessità), senza necessità di ripetere alcuna procedura.

Arriva l'incarico di base

Il personale dell'area professionisti Sanitarie e dei Funzionari (quindi tutti gli infermieri e le altre professioni sanitarie) si vede riconosciuto, automaticamente e senza selezioni, un incarico di base, che coincide con le funzioni che svolge quotidianamente (simile, per struttura, a quello dei medici), composto da una parte fissa, e da una variabile. Anche il personale delle aree sottostanti potrà ottenere un incarico di base, questo è stato chiesto dai sindacati generalisti, ma non automaticamente e solo in presenza di specifici requisiti, tra i quali almeno 10 anni di servizio.

Tale novazione, proposta nella propria piattaforma, e fortemente sostenuta dalla delegazione del Nursing Up nelle trattative contrattuali, consente finalmente di affermare la sussistenza di un vero e proprio diritto al riconoscimento delle funzioni delle quali si parla, espresso dall'attribuzione automatica di un incarico di base, sulla scia di quanto già accade per i medici.

Ne deriva, finalmente, un meccanismo di formale riconoscimento, di quelle che Nursing Up ha chiamato, nella propria piattaforma contrattuale, funzioni valorizzanti la qualità e l'assistenza, e che è stato deciso di estendere anche ad altre categorie di operatori del comparto sanitario,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

seppur con alcune limitazioni, e solo al verificarsi dei presupposti temporali e qualitativi specificati (tempo minimo di anzianità, valutazione positiva-assenza di provvedimenti di demerito etc). Ovviamente, oltre agli incarichi di base, sono previsti anche incarichi di media ed elevata complessità, attribuibili al verificarsi dei presupposti indicati dal CCNL, nei quali si troveranno anche i precedenti incarichi di specialista ed esperto e le funzioni organizzative.

Indennità per il pronto soccorso

Per il pronto soccorso, come previsto dalla legge 234/2021, una nuova indennità. Si inizia con 40 Euro in più al mese a titolo di anticipazione, che potrà arrivare, a conguaglio, fino a 100 euro. Quella già esistente, invece (art. 86 comma 6 CCNL vigente), di malattie infettive, terapie sub intensive e servizi di nefrologia e dialisi e pronto soccorso, viene estesa anche alle unità operative/servizi di emergenza/urgenza.

Lavoro straordinario

Finalmente viene previsto che le aziende sanitarie debbano pagare il lavoro straordinario, salvo che il dipendente non chieda il recupero o che opti per la banca delle ore. Fino ad ora non vi era norma che lo prevedesse, e gli enti lasciavano accumulare centinaia di ore di straordinario non pagate.

Altre novità:

I percorsi di master con titolo legittimamente rilasciato dalle Università sono tutti validi, ferma la coerenza con le funzioni specialistiche da esercitare. Si applica la legge n. 43/2006, come richiesto dal Nursing Up. Scompare l'elenco dei famosi 91 Master individuati dall'Osservatorio Nazionale Professioni Sanitarie previsti dall'attuale CCNL. Si parla di una limitazione che Nursing Up ha contestato sin dall'inizio.

Con questo contratto, vengono introdotti i differenziali economici di stipendio, che subentrano alle ex fasce economiche. Al personale dell'area professioni sanitarie e funzionari è stato riconosciuto un differenziale in più rispetto a quello delle altre aree. «Lo abbiamo chiesto per compensare temporaneamente il fatto che, tale personale, ritrovandosi nell'area più alta (eccezione per quella di elevata qualificazione che è soggetta a norme speciali), non può beneficiare della mobilità verticale, se non di quella legata all'attribuzione degli incarichi» sottolineano dal Nursing Up.

Arriva finalmente la mobilità. Come richiesto dal Nursing Up, ogni anno gli enti sanitari dovranno mettere a bando i posti disponibili per i trasferimenti, e dovranno privilegiare, tra le domande ricevute quelle per gravi e documentate esigenze di salute, per ricongiungimento del coniuge o per l'assistenza dei figli minori o inabili, dei genitori etc. etc. Tante famiglie potranno finalmente ricongiungersi!



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

E' passata, finalmente, la norma che agevola la **funzione genitoriale** e introduce una priorità nell'impiego flessibile dei genitori di figli minori che lavorano e che sono entrambi turnisti, consentendo ai medesimi, ove non ostino particolari ragioni organizzative, lo svolgimento di turni di servizio opposti.

Perfezionata, finalmente, la norma che riconosce i festivi infrasettimanali anche al personale **turnista**, e questo nonostante la forte opposizione di ARAN. In sostanza è stato deciso di applicare in via generale, i contenuti della famosa Sentenza di Cassazione a beneficio anche del personale turnista, ottenuta dopo un ricorso promosso da dipendenti sostenuti dal Nursing Up.

Chi vince un concorso pubblico avrà diritto di conservare il vecchio impiego per tutta la durata del periodo di prova. Il numero massimo di turni di pronta disponibilità passa a 7 al mese. Altro cavallo di battaglia Nursing Up: l'indennità "**oraria del lavoro notturno**" passa da euro 2,74 ad euro 4.00, ma molte altre novità potranno essere lette con riferimento al sistema indennitario. Tre minuti in più, a disposizione per la contrattazione integrativa in relazione ai tempi di vestizione ed alle consegne.

I turnisti potranno beneficiare dei permessi "ad ore" della **Legge 104**. Il personale interessato dovrà effettuare una programmazione mensile delle giornate e/o degli orari di fruizione di tale permesso; nel caso di personale turnista la comunicazione va effettuata entro il giorno 20 del mese precedente.



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

Comparto sanità: è fumata bianca. Aran e sindacati firmano ipotesi di contratto 2019-2021. Aumento mensile da 90 euro lordi

Dopo una trattativa serrata arriva la firma sul rinnovo 2019-2021 che riguarda circa 550 mila lavoratori della sanità (dagli infermieri ai radiologi al personale amministrativo, oltre, tra gli altri, a ostetriche e ricercatori). Soddisfatti i sindacati: “Con questo rinnovo, a fronte delle risorse stanziare dal governo, riconosciamo salario, diritti e tutele a lavoratrici e lavoratori che in questi anni difficili hanno affrontato l'emergenza pandemica garantendo la tenuta del Servizio sanitario nazionale”. Le Regioni: “Un passo in avanti importante per il servizio sanitario”.



16 GIU - Firmata in serata dall'Aran e a dalle organizzazioni sindacali **Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, Fials, Nursind e Nursing Up**, l'ipotesi per rinnovo del contratto per il personale del comparto della sanità (triennio 2019-2021), dopo che il Comitato di Settore Regioni-Sanità il 6 giugno aveva definito l'Atto di Indirizzo Integrativo necessario per la chiusura del negoziato. Ora il contratto sarà trasmesso dall'Aran al Comitato di Settore per il parere, al Governo per eventuali osservazioni e alla Corte dei conti per la certificazione dei costi.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il rinnovo riguarda circa 550 mila professionisti del Ssn e arriva dopo una lunga trattativa che si è sbloccata solo in serata e che vedrà un aumento medio mensile di 90 euro lordi. Tra le novità la cancellazione delle vecchie categorie. Nascono 5 aree: professionisti sanitari e funzionari, assistenti, operatori e personale di supporto. Previsto poi che l'indennità oraria per il lavoro notturno passi da euro 2,74 a 4 euro. Per il pronto soccorso, come previsto dalla legge 234/2021, una nuova indennità. Si inizia con 40 Euro in più al mese a titolo di anticipazione, che potrà arrivare, a conguaglio, fino a 100 euro. Previsto anche un nuovo sistema degli incarichi e un nuovo sistema per i congedi. Arrivano poi i differenziali stipendiali in sostituzione del precedente modello delle fasce che consente di valorizzare l'esperienza, di aumentare il valore economico stipendiale. "Grande soddisfazione per un risultato importante e atteso da tempo – scrivono i sindacati in una nota unitaria- "Con questo rinnovo, a fronte delle risorse stanziare dal governo, riconosciamo salario, diritti e tutele a lavoratrici e lavoratori che in questi anni difficili hanno affrontato l'emergenza pandemica garantendo la tenuta del Servizio sanitario nazionale e la salute dei cittadini. Il contratto riconosce a queste lavoratrici e lavoratori un importante riconoscimento del valore e dell'impegno profuso, sia sul fronte del salario che su quello dei diritti, e rappresenta un punto di partenza per un effettivo rilancio del Servizio sanitario, che dovrà passare adesso da maggiori risorse e da assunzioni stabili", concludono i sindacati. "Ringrazio per la proficua collaborazione le organizzazioni sindacali e l'Aran, ed il suo Presidente Antonio Naddeo, perché la firma dell'ipotesi di contratto del comparto sanità – ha sottolineato il presidente della Conferenza delle Regioni, **Massimiliano Fedriga** – è un passo in avanti importante per il servizio sanitario e rappresenta un riconoscimento dovuto a categorie professionali, come infermieri e operatori socio sanitari che rappresentano uno dei pilastri su cui si basa l'organizzazione e la qualità del lavoro della nostra sanità". "Grazie alla collaborazione Governo-Regioni – ha spiegato **Davide Caparini**, Assessore al Bilancio della Regione Lombardia e presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità – sono state individuate le risorse necessarie per il rinnovo del contratto, complessivamente a 241,6 milioni, che finanzieranno l'indennità del personale assegnato ai servizi di pronto soccorso, il trattamento accessorio e il nuovo ordinamento professionale. Ciò comporterà un aumento economico per i dipendenti del comparto, riconoscendo così la dedizione e la professionalità di chi, fra l'altro, ha dato un contributo fondamentale per fronteggiare l'emergenza Covid-19".

16/06/2022

È VITA

L'Italia che invecchia alla prova Alzheimer

Negrotti nell'inserto centrale



Italia pronta all'esame di Alzheimer?

Un Paese in rapidissimo invecchiamento deve adeguare strutture e servizi all'estendersi delle demenze. Uneba fa il punto su esigenze e ritardi

ENRICO NEGROTTI

inviato a Gazzada (Varese)

La concretezza e la dedizione sono cruciali per «prenderci cura della persona», specie in presenza di gravi patologie, come la malattia di Alzheimer e le demenze. Quelle persone – con le loro famiglie – che sono rimaste più danneggiate dalla gestione dell'emergenza pandemica. Sono temi emersi al convegno nazionale «Alzheimer: prendersi cura della persona, uno sguardo tra presente e futuro» svoltosi martedì e ieri a Villa Cagnola di Gazzada (Varese) organizzato da Uneba, Fondazione Molina e Fondazione Don Gnocchi. Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) rappresenta quasi mille enti sociosanitari in Italia, tutti non profit di radici cristiane. La Fondazione Molina offre – a Varese e provincia – servizi assistenziali e sociosanitari a persone anziane e fragili. E la Fondazione Don Gnocchi è presente con 27 Centri in nove regioni e una trentina di ambulatori.

A sottolineare il ruolo delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) è intervenuto **Franco Massi** (presidente nazionale Uneba): «Le demenze senili richiedono una presenza costante: non si può curare l'Alzheimer con poche decine di ore di assistenza domiciliare integrata all'anno». «Servizi istituzionali e domiciliari devono essere conviventi e coordinati – ha aggiunto don **Vincenzo Barbante**, presidente di Fondazione Don Gnocchi – con in più un impegno importante a garantire adeguata formazione agli operatori. E invece mi sembra che sui temi della formazione ci sia un esteso silenzio». «Manca sinergia tra ospedali e le nostre strutture» ha lamentato **Carlo Maria Castelletti**, presidente della Fondazione Molina, mentre Franco

Massi ricordava: «Anche noi siamo servizio pubblico. Nelle Rsa il 15% dei posti letto è dei Comuni o comunque pubblico, il 25% è del privato profit, l'8% della cooperazione: il resto è rappresentato anzitutto da Uneba e da Aris (Associazione religiosa istituti sociosanitari, ndr)». A preoccupare gli enti è la declinazione del Pnrr solo in termini di costruzione di luoghi (case e ospedali di comunità): «Impossibile – puntualizza Barbante – trovare il personale necessario per le 28mila nuove strutture assistenziali previste dal Pnrr».

In più, nei prossimi 50 anni la composizione della popolazione nel nostro Paese è destinata a un cambiamento epocale: gli over80, over90 e persino i centenari sono destinati ad aumentare di 2, 3 o anche 5 volte secondo diverse proiezioni, ha rimarcato **Fabrizio Giunco** (Fondazione Don Gnocchi). Un fenomeno che obbliga a cercare di dare risposte a termine anche pluridecennale. Non solo: «Contemporaneamente ci sarà la riduzione delle classi di età più giovani». Che renderà ancora più acuto il bisogno di «professionisti dell'assistenza, già oggi carenti: dai medici agli infermieri, a tutte le professioni di terapia e riabilitazione». Giunco ha infine rimarcato che occorre partire «dai bisogni delle famiglie, i veri esperti di *long term care*», alle prese con gli ostacoli della burocrazia.

«Di fronte alla prospettiva di un grande aumento degli anziani

e delle fragilità – ha aggiunto **Valeria Negrini**, portavoce del Forum del Terzo settore – e alla carenza di programmazione accumulatasi negli anni, rispondere solo con le unità d'offerta è impossibile. Dobbiamo invece costruire, e stringere più forte, alleanze politiche e operative tra gli enti del Terzo settore

per portare proposte. E dobbiamo lavorare sui territori, per coltivare cultura di solidarietà». Il consiglio del geriatra **Marco Trabucchi** a Uneba è quello di «proporre modelli innovativi e di fare sperimentazione. C'è molta più tecnologia a disposizione di quella che viene utilizzata». Uno sguardo alle difficoltà dei Centri diurni Alzheimer in epoca di pandemia è stato of-

ferto dal geriatra **Enrico Mossello** (Università di Firenze). «Circa un terzo dei Centri diurni Alzheimer indagati ha interrotto in modo persistente l'attività a seguito della pandemia. Il numero degli ospiti si è ridotto in molti Centri e ad aprile 2021 era inferiore al 50% rispetto alla capienza pre-pandemia». Peccato che i bisogni fossero cresciuti: con il lockdown, si è assistito all'insorgenza o al peggioramento di una quota elevata di disturbi comportamentali». Senza dimenticare, ha rimarcato **Carla Pettenati** (neurogeriatra, direttore scientifico del convegno) che i disturbi del comportamento sono anche espressione del dolore fisico.

Il lato positivo è la creatività che l'emergenza ha stimolato: «L'80% dei Centri diurni

Alzheimer indagati ha attivato modalità di assistenza alternative durante il lockdown, soprattutto assistenza a distanza (prevalentemente via telefono) e assistenza domiciliare» ha riferito Mossello. Così come una rimodulazione degli spazi: un esempio virtuoso viene dal Giardino Alzheimer alla casa di cura Buoncammino di Altamura (Bari). Interessante anche il lungo percorso che ha portato all'abolizione della contenzione nella Rsa Casa Livia Ieralla a Trieste.



**600mila malati
55 milioni
nel mondo**

Si stima che in Italia ci siano 600mila malati di Alzheimer, e complessivamente 1,4 milioni di malati di demenza. Nel mondo 55 milioni di persone soffrono del morbo: tra 20 anni il loro numero potrebbe perfino raddoppiare, secondo valutazioni dell'Associazione internazionale Alzheimer. Un recente studio ha stimato in 416 milioni il numero di persone nel mondo «a rischio di sviluppare forme di demenza».

16/06/2022

Ieri a Roma la Asl di Viterbo ha sottoscritto il documento insieme a istituti religiosi, Unindustria e Associazione ospedali privati Firmato protocollo contro gli abusi e la violenza sugli anziani

ROMA

■ Un protocollo d'intesa per la valorizzazione della cultura e delle competenze professionali nella prevenzione degli abusi e della violenza sull'anziano. È stato firmato ieri mattina, presso la sala Tevere della Regione Lazio, tra la Asl Viterbo, l'associazione religiosa istituti sociosanitari (Aris), l'associazione italiana ospedalità privata (Aiop) e Unindustria, in occasione della Giornata mondiale contro l'abuso sugli anziani. Il protocollo, in particolare, si pone come obiettivo la collaborazione tra le associazioni tutte, i medici di medicina generale e i cittadini nell'ambito della prevenzione di abusi e forme di violenza

sull'anziano, dell'individuazione precoce dei fattori di rischio e della strutturazione di specifici percorsi formativi e informativi. Presente alla firma l'assessore alla Sanità della Regione Lazio, Alessio D'Amato.

L'abuso sugli anziani, intanto, è un problema "molto diffuso in maniera direttamente proporzionale al declino delle condizioni cliniche, pur se poco considerato" ha commentato il direttore generale della Asl di Viterbo, Daniela Donetti. È un fenomeno multidimensionale che racchiude maltrattamenti fisici o psicologici, incuria o sfruttamento economico dell'anziano. È importante che gli opera-

tori siano in grado di riconoscere i fattori di rischio e i segni anche lievi di abuso per prevenirne l'accadere delle varie forme più gravi di abuso. Tale riconoscimento, ad esempio, può avvenire attraverso specifici strumenti di screening. Questa è una delle motivazioni principali alla base del protocollo che abbiamo siglato oggi".

B. D.

Per arginare il fenomeno

aperto anche un tavolo dalla direzione generale Asl



La cerimonia ieri la firma del protocollo nella sala Tevere della Regione, era presente anche l'assessore regionale alla sanità Alessio D'Amato

COVID, I TIMORI DI UN'ONDATA ESTIVA

Mascherina via in aereo, resta su treni e bus Ma i casi risalgono: è la nuova variante

Brusafiero: "Dalla prossima settimana in Italia BA.5 di Omicron sarà dominante"

di **Michele Bocci**

La mascherina resterà obbligatoria nelle strutture sanitarie e sui trasporti locali e nazionali, ma non sugli aerei. Per il resto, dai cinema agli esami di maturità fino alla messa, sarà solo raccomandata.

Ieri scadeva il decreto sull'obbligo di indossare i dispositivi medici negli ambienti chiusi e il governo ha deciso di prevedere poche, ma importanti, eccezioni. Fino al 30 settembre, infatti, su autobus, tram, treni, pullman, bus e così via si dovrà tenere la mascherina. Sugli aerei no, è stato chiarito dall'esecutivo nel tardo pomeriggio dopo ore di confronto, con la Lega che avrebbe voluto togliere ovunque le protezioni. Mantenere la mascherina sui voli avrebbe portato a un problema di disomogeneità con le norme di altri Stati, che le hanno tolte. Inoltre l'Ecdc, il Centro europeo per il controllo delle malattie. Gli aerei sono i trasporti con il miglior sistema di ricambio d'aria.

Ma la decisione di mantenere la misura probabilmente tiene anche conto della recente risalita dei casi, in costante aumento, di circa il 25%. ormai da una deci-

na di giorni. A trainarla è la sotto-variante Omicron 5, che già in altri Paesi ha fatto alzare i numeri in modo importante. Il presidente dell'Istituto superiore di sanità Silvio Brusafiero ieri ha spiegato che la prossima "flash survey", cioè l'analisi dei dati raccolti dai laboratori regionali, rivelerà «che la variante Ba.5 è dominante in Italia». In poco tempo la sua circolazione è crescita tantissimo, visto che all'ultima rilevazione era la causa di meno dell'1% dei casi.

Anche nelle strutture sanitarie, dagli ospedali alle Rsa, si dovrà indossare la mascherina almeno fino alla fine dell'estate. Per il resto, l'obbligo di usare le protezioni scompare da cinema, teatri ed eventi sportivi al chiuso, ad esempio nei palasport. Sull'esame di maturità e di terza media la decisione era stata annunciata un paio di giorni fa ma comunque da oggi per gli studenti la protezione sarà solo raccomandata. E ieri la Cei ha mandato una lettera a vescovi e sacerdoti per sottolineare che a messa la mascherina è raccomandata. Nel giro di qualche giorno, infine, si saprà se cambiano le regole anche per il lavoro privato, dove per ora in base ai protocolli

delle parti sociali la mascherina deve essere messa se c'è il rischio di contatti troppo ravvicinati tra colleghi.

Da oggi decade anche l'obbligo di vaccinazione per gli over 50, per i lavoratori della scuola, delle forze dell'ordine e militari. Circa 3,3 milioni di persone, il 12% non lo hanno rispettato rischiano la sanzione da 100 euro. Le notifiche delle multe sono ancora indietro e proseguiranno ancora almeno fino alla fine di luglio. Per i lavoratori della sanità invece l'obbligo resta almeno fino al 31 dicembre. Medici e infermieri non in regola con le tre somministrazioni perdono il lavoro e vengono sospesi dal loro Ordine.

E a proposito di allentamenti, ieri il capo della Prevenzione del ministero alla Salute, Gianni Rezza, ha detto che «in una prospettiva futura l'obbligo di isolamento dei positivi dovrà diventare pure quello una raccomandazione. Se normalizzazione significa che tratteremo questa infezione come altre, bisognerà basarsi sulla responsabilità individuale».

I punti

1 Mascherine
Restano obbligatorie su tutti i mezzi, locali e nazionali, tranne che sugli aerei

2 Cinema e teatri
Nei cinema al chiuso, come negli impianti sportivi, le mascherine sono solo raccomandate

3 Ospedali e Rsa
I visitatori delle strutture sanitarie dovranno sempre indossare le mascherine



Via le mascherine in aereo, non sui treni. Speranza positivo

Ridefinite le regole, proteste dei vertici di Italo. C'è il vaccino Pfizer per le varianti: in valutazione

ROMA Niente mascherine in aereo. Da oggi l'obbligo decade anche in Italia, che si uniforma a quanto già disposto a livello europeo dal 16 maggio. La misura resta, invece, per gli altri mezzi di trasporto: in attesa che il decreto venga pubblicato, un'ordinanza ponte del ministro della Salute, Roberto Speranza, ne garantirà la permanenza in vigore. Su bus e metro, treni e navi, come per accedere a ospedali e Rsa, la mascherina Ffp2 rimane obbligatoria almeno per tutta l'estate: la prossima scadenza è il 30 settembre.

È invece il giorno della liberazione dalle protezioni individuali, oggi, in molte altre situazioni: la mascherina non è più necessaria per cinema, teatri, palazzetti dello sport, lo-

cali al chiuso in generale, per i lavoratori degli uffici pubblici (in quelli privati, invece, resta fino a fine mese), e per gli studenti che sono impegnati negli esami di licenza media e a breve di maturità. Anche i parlamentari da oggi non dovranno più indossarla per partecipare ai lavori d'aula o di commissione. Infine da oggi decade l'obbligo vaccinale per gli over 50.

L'allentamento, in gran parte previsto e da tanti sollecitato, provoca però le proteste del vicepresidente e dell'amministratore delegato di Italo, Flavio Cattaneo e Gianbattista La Rocca: «Siamo l'unico Paese al mondo che ancora impone le mascherine, in alcuni settori e non in altri, creando confusione tra i

cittadini e senza alcun risultato tangibile», lamenta il primo. «È una tegola che si abbatte sul nostro settore, nel momento in cui stiamo per rialzare la testa», pronostica La Rocca.

Con il ministro Speranza costretto a casa proprio per aver contratto il Covid, è il sottosegretario Pierpaolo Sileri a spiegare la nuova fase: «Andiamo verso un abbandono pressoché completo delle mascherine, tranne nelle situazioni di rischio. Infettarsi con la sottovariante di Omicron in circolazione è veramente facile, se si è contagiato anche il ministro che è scrupolosissimo... Usiamo cautela, ma senza ossessioni». Lancia un allarme, invece, il consulente scientifico del ministro, Wal-

ter Ricciardi: «I governi occidentali sembra si siano arresi e abbiano lasciato cadere la minaccia del Covid, ma i numeri stanno crescendo». I casi, dopo l'impennata in Portogallo, Germania e Regno Unito, sono in aumento anche in Italia (32 mila i contagiati di ieri, con l'Rt a 1,3). Risalgono i ricoveri: in terapia intensiva più 6%. Dati che fanno temere una nuova ondata in autunno. Dall'Emm, però, la notizia che si attendeva: è iniziata la valutazione di un nuovo vaccino Pfizer, adattato alle varianti.

Adriana Logroscino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

32

mila

nuovi contagi in Italia secondo i dati di ieri della Protezione civile. I ricoveri in terapia intensiva salgono del 6%

La scheda

● Con un'ordinanza subito esecutiva il ministro della Salute ha modificato le regole vigenti

● Nei luoghi di lavoro privati, per esempio, la mascherina è obbligatoria fino al 30 giugno



Covid addio mascherine

Rimane solo per ospedali
Rsa e mezzi di trasporto
E presto sparirà l'obbligo
di isolamento per i positivi

PAOLO RUSSO

Con la Lega che voleva togliere qualsiasi restrizione e il Ministro Speranza a casa positivo al Covid a difendere almeno le mascherine sui mezzi di trasporto alla fine è passata la mediazione che le toglie da tutti i voli nazionali e internazionali, ma le lascia su bus, metro, treni e navi fino al 30 settembre. Ma la tortura delle mascherine a 40° verrà risparmiata ai ragazzi agli esami di terza media e di maturità, così come si sta-

rà senza in cinema, teatri, sale da concerto, palestre e piscine, mentre l'addio ai luoghi di lavoro sembra solo rinviato a fine mese. Passi decisi verso la normalizzazione, che potrebbe compierne a breve un altro ancora più importante: la fine dell'obbligo di isolamento domiciliare dei positivi, se all'aumento dei contagi continuerà a non fare da contraltare la crescita di ricoveri e decessi. L'apertura non viene da uno qualsiasi ma dal direttore della prevenzione del ministero della Salute, Gianni Rezza. «È l'ultimo residuo. Penso - ha detto ieri - che anche quest'obbligo in una prospettiva futura potrebbe diventare una raccomandazione, perché se normalizzazione

significa che noi tratteremo questa infezione come le altre, allora in uno scenario futuro non avremo bisogno ancora di obblighi e tutto sarà basato sulla responsabilità individuale». A beneficio dell'economia, perché già oggi bloccati in casa ci sono 603 mila italiani, destinati a salire di numero nei prossimi giorni. Mentre almeno gli asintomatici potrebbero tornare alle loro attività. —

LAVORO

Nel privato avanti fino al 30 poi niente più dispositivi

Fino al 30 giugno nei luoghi di lavoro privati resta l'obbligo di mascherina previsto dai protocolli di sicurezza aggiornati il mese scorso, in base ai quali se ne può comunque fare a meno quando si lavora soli in stanza. Negli uffici pubblici la mascherina è invece soltanto raccomandata dalla circolare Brunetta del 29 aprile scorso. Ma se nonostante l'aumento dei contagi la pressione sugli ospedali rimarrà sui livelli attuali e così anche la mortalità, da luglio le mascherine potrebbero essere riposte in tasca anche nelle aziende private, così come in negozi, bar, ristoranti, alberghi e supermercati. Probabile vengano invece mantenute le altre, meno seccanti, misure di sicurezza, come il controllo della temperatura con divieto di ingresso quando supera la soglia di 37,5°, la pulizia dei locali a fine turno e la sanificazione di tastiere, schermi touch e mouse. **PA.RU.** —



VACCINI

Over 50, militari e docenti fine dell'obbligatorietà

Da domani decade anche l'obbligo vaccinale per gli over 50. E questo vale anche per le forze dell'ordine i militari, gli insegnanti e il personale scolastico Ata. Per il personale di ospedali ed Rsa resta invece sia l'obbligo di vaccinazione che di mascherina fino al 31 dicembre. Chi non si è messo in regola nei tempi dovuti continuerà a ricevere a casa la multa di 100 euro prevista per gli inadempienti. Che sono all'incirca due milioni di over 50. Ma 800 mila di loro non hanno fatto il richiamo solo perché si sono contagiati negli ultimi mesi, trovandosi quindi nell'impossibilità di sottoporsi subito ad una nuova puntura. Persone che stanno comunque ricevendo la multa e che ora avranno solo 10 giorni per comunicare alla loro Asl di essere in regola, che ne ha altrettanti per trasmettere l'errata corrice all'Agenzia di riscossione. Che altrimenti procederà d'ufficio. **PA.RU.** —



ALL'ESTERO

Pass, liberi (quasi) tutti è richiesto in pochi Paesi

Gli italiani che rientrano dall'estero che vogliono passare le vacanze in Italia non sono più obbligati a mostrare all'ingresso il Green Pass in regola, come già previsto dall'Ordinanza del Ministro Speranza in vigore da fine maggio. Ma per chi va all'estero Paese che vai regole che trovi. La maggior parte dei Paesi appartenenti all'Unione Europea ha revocato le restrizioni di viaggio e si presume che i pochi che ancora non l'hanno fatto si muoveranno a breve in questa direzione. Per ora comunque il certificato vaccinale in ordine è ancora richiesto dalla Francia, così come da Belgio, Malta, Portogallo e Finlandia. Chi è senza certificato deve fare il tampone 24 ore prima della partenza se rapido, 48 se il test è molecolare. Per andare negli Usa non serve più il certificato vaccinale. Richiesto invece per andare in Thailandia e nella maggior parte dei Paesi africani e sudamericani dove però non c'è più la quarantena. PA.RU. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRASPORTI

Stop alle Ffp2 sugli aerei ma restano su treni e bus

A bordo di bus, metro e tram, così come su pullman, treni pendolari, Intercity, frecce, navi e traghetti fino al 30 settembre si continuerà a viaggiare con la Ffp2 alzata a coprire naso e bocca. E chi trasgredirà rischierà ancora la multa che va da 400 a mille euro. Da oggi invece via la mascherina da tutti i voli nazionali e internazionali. Decisione assunta a Palazzo Chigi dopo ore passate a verificare che la cancellazione dell'obbligo fosse in linea con il nuovo protocollo di sicurezza aerea dell'Ecdc europeo. Si mette così fine alla giungla che obbligava a indossare la mascherina nei voli nazionali e non in quelli internazionali se la compagnia aerea apparteneva a un Paese dove l'obbligo era stato già cancellato. Imbufalito l'Ad di Italo, Gianbattista La Rocca che parla di discriminazione del settore ferroviario «foriera di ingenti danni economici per il settore». PA.RU. —

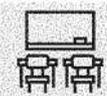


© RIPRODUZIONE RISERVATA

SCUOLA

Esami a volto scoperto test in vista di settembre

Niente esami boccheggianti a quaranta gradi con naso e bocca coperti dalla mascherina. Il testo del provvedimento prevede infatti che «per lo svolgimento degli esami di Stato conclusivi del primo e del secondo ciclo di istruzione, nonché degli esami conclusivi dei percorsi degli istituti tecnici superiori, per l'anno scolastico 2021-2022 non si applica la misura di sicurezza di cui all'articolo 3, comma 5, lettera a), del decreto-legge n. 52 del 2021». Tradotto: gli esami di terza media e di maturità si svolgeranno a volto scoperto. Una fine anticipata dell'obbligo, in questo caso previsto fino alla fine dell'anno scolastico, che i presidi avevano però richiesto a gran voce fosse ratificata da un dispositivo di legge anziché essere lasciata alla discrezionalità dei commissari d'esame. Se non ci sarà un'impennata dei contagi anche a settembre le lezioni riprenderanno a volto scoperto. PA. RU. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA

TEMPO LIBERO

Cinema, locali e palazzetti la protezione non serve più

Da oggi cade l'obbligo di mascherina al cinema come al teatro, ma anche nelle sale da concerto, nei palazzetti dello sport, così come «nei locali di intrattenimento, di musica dal vivo e in altri locali assimilati», recita la versione emendata del decreto sulle riaperture che ne aveva prorogato l'uso obbligatorio. Un liberi tutti che fa cadere qualsiasi restrizione per assistere agli spettacoli al chiuso, dopo che dal primo maggio si era scritta la parola fine all'obbligo di mostrare il Green Pass nei luoghi dello svago all'aperto. I gestori sperano che senza più mascherine riprendano ossigeno anche loro oltre che gli spettatori, visto che durante la pandemia nel nostro Paese hanno chiuso circa 400 sale cinematografiche, mentre le altre hanno visto assottigliarsi sempre più i loro incassi. Niente più mascherina anche nelle palestre, nelle piscine al chiuso e nelle spa. PA.RU. —



© RIPRODUZIONE RISERVATA



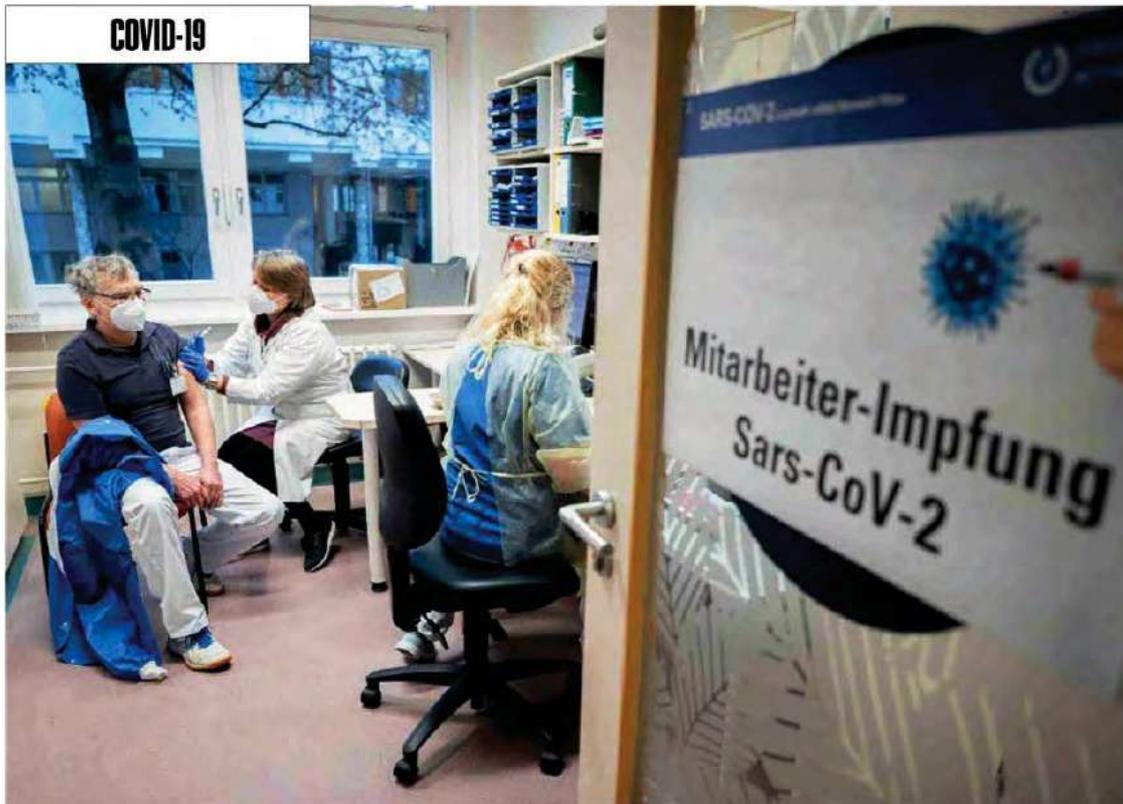
Anche in Germania scoppia l'ondata estiva E il 22% dei tedeschi non si è mai vaccinato

Le nuove varianti *Ba.4* e *Ba.5* di Omicron sono ancora minoritarie in Germania, ma le infezioni sono in aumento e non sembra ci sia modo di contenerle. Erano il 5% la settimana scorsa e sono il 10 oggi. Il ministro della Salute, Karl Lauterbach, ha detto al quotidiano *Rheinische Post*: "Sfortunatamente, l'annunciata ondata estiva è diventata realtà. Ciò significa poco relax per le prossime settimane". Le vacanze estive sono già iniziate per gli studenti tedeschi e con la chiusura delle scuole sono state allentate le ultime restrizioni, rimane in vigore (fino a fine mese) solo l'uso delle mascherine sui mezzi pubblici e in alcune aree degli ospedali.

"Poiché l'attuale variante del virus è facilmente trasmissibile - ha spiegato Lauterbach nella stessa intervista - e poiché quasi tutte le misure precauzionali sono scadute, l'effetto estivo (senza contagi, ndr) della pandemia svanirà quest'anno". Secondo i ricercatori del ministero le due nuove varianti *Ba.4* e *Ba.5* si trasmettono velocemente perché sono in grado di saltare senza difficoltà le difese immunitarie attivate con l'infezione *Ba.1*. Anche per questo sono stati ordinati nuovi vaccini aggiornati, quelli in uso finora hanno una limitata capacità di contenimento per il virus in circolazione. Poco meno del 5% della po-

polazione tedesca non può essere vaccinata per patologie pregresse o perché troppo giovane, ma i mai vaccinati sono oltre il 22%. A cui si aggiunge il 2% che ha fatto solo una dose. L'allarme lanciato dal ministero della Salute è rivolto a loro. Un tedesco su quattro non ha alcuna protezione immunologica specifica anti-Covid. Il Robert Koch Institute ha fissato l'incidenza settimanale a 472 per ogni 100mila abitanti, la settimana scorsa era 238. Ma l'Istituto fa sapere che considera i casi reali molto più alti, poiché buona parte delle persone infettate non si sottopongono a un test. La Germania aveva allestito un sistema di diagnosi capillare che è stato smantellato negli ultimi mesi. Ogni tedesco ha a disposizione un test antigenico gratuito al giorno che può fare in centri privati. Sono poi i *test center* a inviare fattura allo Stato per il pagamento della prestazione. Oggi buona parte di questi *test center* sono stati smantellati, in caso le infezioni cominciassero a salire ci vorranno settimane per rimettere in piedi la macchina diagnostica. L'andamento dei contagi in Italia sembra seguire a ruota quello tedesco.

COSIMO CARIDI



COVID-19



Sanità, firmato il contratto Arrivano gli aumenti

IL NEGOZIATO

ROMA Firma nella notte tra l'Aran guidata da Antonio Naddeo e i sindacati, per il rinnovo del contratto di lavoro dei 600mila dipendenti della sanità pubblica (comparto sanità), dagli infermieri ai radiologi al personale amministrativo, oltre, tra gli altri, a ostetriche e ricercatori. L'accordo prevede aumenti medi di 90 euro lordi mensili, ai quali vanno aggiunti per gli infermieri fino ad altri 72 euro per la cosiddetta in-

dennità specifica, una voce extra finanziata con l'ultima manovra di Bilancio. Sarà inoltre normato lo smart working. Il contratto prevedrà anche incarichi di posizione elevati con indennità da 10 a 20 mila euro (una parte variabile e una parte fissa). Tali posizioni saranno assegnate tramite concorso pubblico. Gli incarichi di posizione potranno essere attribuiti soltanto a chi farà parte della nuova area delle elevate professionalità. Per le altre aree, saranno previsti degli incarichi di "funzione", che per gli

infermieri potranno arrivare fino ad un massimo annuo lordo di 13.500 euro. Arrivano anche gli scatti orizzontali, aumenti di stipendio legati all'anzianità e alla valutazione. A seconda dell'area di appartenenza oscilleranno tra 600 e 1.100 euro lordi annui e potranno essere ottenuti sei volte nella carriera per operatori e assistenti e sette volte per l'area delle elevate professionalità.

A. Bas.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER GLI INFERMIERI
VERSO INCREMENTI
DA 170 EURO LORDI
E INDENNITÀ
DI POSIZIONE FINO
A 20 MILA EURO**



Con la riforma
da poco approvata
i servizi dovrebbero
diventare sempre
più accessibili:
aperture 24 ore
al giorno, 7 giorni
su 7, in strutture
nelle quali i diversi
professionisti
lavoreranno in team

La nuova sanità «territoriale»

A chi ci rivolgeremo e per quali necessità (mediche e sociali)

di **Chiara Daina**

Aperte 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, con medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri e as-

sistenti sociali che lavorano in rete. Entro il 2026, le Case di comunità saranno il nuovo luogo di riferimento sul territorio per l'assistenza sanitaria integrata a quella sociale, come pre-



visto dal decreto del ministero della Salute di aprile che riforma l'organizzazione delle cure di prossimità.

Ne sorgeranno una ogni 40-50mila abitanti e altre satelliti in base al fabbisogno. «I servizi territoriali saranno organizzati come un ospedale, sempre accessibili, con una presa in carico non a compartimenti stagni ma che tiene conto di tutti i bisogni, sia clinici sia sociali ed economici, per garantire la salute della persona privilegiando il domicilio come sede di cura, allo scopo di evitare accessi impropri al Pronto soccorso e ricoveri inutili e generando un risparmio per la sanità pubblica» spiega Domenico Mantoan, direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali che ha concluso una convenzione con il Politecnico di Milano per realizzare un logo unico in tutta Italia che identifichi queste strutture (anche se la Lombardia ha già il suo).

Medici in rete

I medici di medicina generale nella Casa di comunità condividono su piattaforma informatica le cartelle cliniche dei loro assistiti in modo da assicurare in qualsiasi momento visite, consulti e compilazione di ricette,

anche quando il medico di un assistito non è di turno. Emilia Romagna e Toscana stanno sperimentando il nuovo modello implementando le vecchie Case della salute. In quella di Castelfranco Emilia (Ausl Modena) ci sono 5 medici di famiglia stanziali, dalle 7.30 alle 19.30, dal lunedì al venerdì. In quella di Abbadia San Salvatore (progetto pilota dell'Usl Toscana Sudest) 7, di cui 3 una volta alla settimana, e un pediatra di libera scelta. Ma qui nelle ore notturne e nei weekend non è ancora attiva la continuità assistenziale (ex guardia medica), altro requisito della casa di comunità, presente invece nella struttura modenese, o a Villa Marelli (Asst Niguarda) a Milano (la Lombardia ha già inaugurato una ventina di case). Un servizio di segreteria gestisce gli appuntamenti e le prenotazioni di

esami e visite specialiste ospedaliere tramite collegamento al Centro unico di prenotazione (Cup).

In Veneto esistono già le medicine di gruppo integrate, con medici in rete, infermiere h12, punto prelievi e segreteria, che saranno l'incubatore delle Case di comunità.

Specialisti

Diabetologo, cardiologo, pneumologo, urologo, oculista, ortopedico, geriatra, otorino, allergologo, reumatologo, dermatologo, neurologo: sono gli specialisti ambulatoriali che si possono trovare all'interno della Casa di comunità e che si avvalgono di tecnologie diagnostiche, come Tac, radiografo, ecografo, mammografo, spirometro, elettrocardiogramma, endoscopio. «Per gli assistiti più fragili in carico a tutti i medici di base del distretto ci sono dei posti riservati e le visite sono erogate entro 72 ore. La possibilità di accertare sospetti con un esame strumentale consente di ridurre i tempi della diagnosi» dice Simona Girolidi, direttrice sociosanitaria della casa a Villa Marelli.

Monitoraggio

Gli infermieri monitorano a cadenza regolare i pazienti con patologie croniche stabilizzate o a rischio insorgenza. Rilevano glicemia, peso, pressione, andamento del battito del cuore, valutano l'efficacia della terapia, prevenendo le complicanze e rinviano al medico per accertamenti. Eseguono medicazioni, iniezioni e pronto intervento per i codici bianchi.

L'infermiere può anche intercettare i bisogni di salute (piede diabetico, gambe gonfie da scompenso cardiaco, malnutrizione) e di assistenza sociale al domicilio (scarsa igiene personale e dell'ambiente, solitudine), controllare l'aderenza terapeutica, supportare i caregiver, anche nell'uso dei presidi, promuovere corretti stili di vita per tutti i componenti della famiglia (dissuasione dal fumo, invito a fare screening oncologici, vaccinazioni, attività sportiva).

I tre infermieri di famiglia della casa

di Abbadia San Salvatore hanno un cellulare dedicato per i pazienti e ambulatori di riferimento in ogni distretto periferico.

Servizi sociali

Ai servizi sociali invece spetta il compito di occuparsi delle richieste di assistenza domiciliare (pasti, igiene personale, pulizia domestica, trasporto, contributi economici) a non autosufficienti, allettati, anziani soli, in caso di abitazione inagibile o indigenza.

Uno spazio è dedicato alle associazioni di cittadini e di pazienti che offrono orientamento all'utenza e attività di benessere: gruppi di mutuo aiuto per caregiver, gruppi di cammino, corsi antifumo, per la memoria, l'attività fisica per disabili, di cucina, trasporto.

Prelievi e consultorio

Nelle Case di Comunità sono obbligatori il punto prelievi e l'assistenza domiciliare, supportata da un'Unità di continuità assistenziale (Uca), formata da un medico e un infermiere, per dare risposte rapide in caso di focolai epidemici o di instabilità clinica in zone disagiate scoperte dai servizi. Facoltativi il consultorio familiare, gli screening oncologici, la profilassi vaccinale.

Piccoli interventi

Nella casa di Castelfranco Emilia c'è anche una palestra per la riabilitazione (come nella casa milanese), un centro per la terapia del dolore, per la dialisi, la farmacia (come nella casa toscana), un ambulatorio di chirurgia per piccoli interventi (ginecologici, dermatologici, di cataratta), il Dipartimento di salute mentale e per le dipendenze (raccomandato dal decreto, come la Medicina dello sport). Nella casa milanese e in quella toscana è presente un servizio di Medicina riabilitativa per la prescrizione e valutazione di ausili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1.350

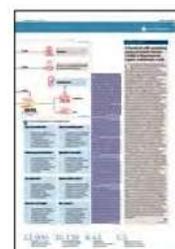
Le Case di comunità previste, una ogni 15mila-25mila abitanti (Fonte: Agenas)

400

Gli Ospedali di comunità: corrispondono a 0,2 posti letto ogni mille abitanti

600

Le Centrali operative territoriali, una ogni 1-2 milioni di abitanti



I nodi da sciogliere

L'incertezza sulle assunzioni: manca personale formato I dubbi su finanziamenti, regime contrattuale e ruoli

Case e ospedali di comunità sono finanziati con tre miliardi di euro, fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza post Covid. Per far funzionare queste strutture, le Centrali operative territoriali e le Unità di continuità assistenziale, Agenas ha stimato un fabbisogno minimo di 35.130 infermieri (di cui 19.880 di famiglia), 1.600 operatori sociosanitari, 600 medici, 1.350 assistenti sociali e quasi 8mila unità di altro personale sanitario e amministrativo, per un costo totale di 1,5 miliardi che fino al 2026 verrà coperto dalle risorse stanziare nell'ultima legge di Bilancio e nel decreto 34/2020 (1,7 miliardi). L'assistenza medica nelle Case di comunità (h12, 6 giorni su 7) sarà fornita attraverso la presenza di 42mila medici di medicina generale afferenti al distretto, «che svolgeranno attività aggiuntiva rispetto a quella svolta ai propri assistiti» precisa Agenas. Secondo la Federazione italiana dei medici di medicina generale, nel 2021 i pensionamenti hanno lasciato vacanti quasi 1.800 ambulatori. Il ministero nel frattempo ha assegnato 2.700 borse aggiuntive per il corso di formazione entro il 2026. «Nei prossimi 4 anni andranno in pensione tra 3.500 e 5.000 medici. Servirà aumentare ulteriormente i posti nelle scuole e investire sulla motivazione dei laureati in Medicina, che oggi preferiscono iscriversi ad altre specialità» commenta Silvestro Scotti, segretario generale del sindacato. Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche incalza: «Anche la professione dell'infermiere ha perso attrattiva, tanti posti messi a bando vanno deserti perché non c'è possibilità di carriera. Bisogna garantire il riconoscimento delle competenze specialistiche a livello giuridico per una valorizzazione economica del lavoro». «La riforma dell'assistenza territoriale è un traguardo storico, atteso da tempo, e le carenze organizzative sono state oggetto di costante segnalazione da parte dei cittadini dopo le liste di attesa — dichiara Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva

— Per mantenere a regime il nuovo assetto sarà fondamentale assicurare una spesa sanitaria pubblica adeguata in futuro, finalizzata anche alla formazione del personale, che deve maturare competenze digitali, di leadership e di lavoro integrato». Il Fondo sanitario nazionale continuerà ad aumentare come ogni anno di almeno due miliardi annui. Ma il vero rebus per i camici bianchi è la definizione del rapporto di lavoro (di convenzione o dipendenza) con la Casa di comunità e il tipo di attività che il clinico dovrà svolgere qui. «Nessuno ci ha chiarito che cosa faremo — sottolinea Scotti —. Se devo indirizzare il paziente alla casa di comunità per una prestazione aggiuntiva è un conto, se invece devo interrompere la mia attività per andare ad assistere altri pazienti in questa struttura togliendo tempo di cura ai miei non ha senso. Inoltre vanno salvaguardati i comuni più piccoli, sotto i 5mila abitanti, da cui queste strutture disteranno fino a 20 chilometri. In queste aree va favorita la medicina di gruppo con 7-8 medici e il supporto di telemedicina e infermieri. Gli ambulatori già esistenti se rafforzati in questo modo potranno funzionare da centro periferico collegato alla casa hub». Critico il presidente della Società italiana di medicina generale, Claudio Cricelli: «Lo studio del singolo medico di famiglia nella frazione del paesino rimane o verrà inglobato nella medicina di gruppo? I pazienti cronici verranno seguiti dalla Casa di comunità o anche dal proprio medico? Non lo sappiamo e le Regioni finora non ci hanno interpellato».

C.D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le Centrali operative territoriali faranno da ponte tra i reparti «tradizionali» e i servizi sanitari locali per garantire continuità di assistenza a chi ha superato la fase critica della malattia ma ha ancora bisogno di terapie o aiuto prima di tornare alla normalità. Il personale infermieristico ha un ruolo fondamentale

Strutture intermedie dopo la dimissione dall'ospedale

L'ospedale diventa il presidio di riferimento solo per i casi acuti più complessi e le dimissioni saranno più precoci (con vantaggi sia clinici, perché si attenuano le conseguenze dell'allettamento, sia economici) se si potrà contare, come stabilito dal Decreto di riforma dell'assistenza territoriale del ministero della Salute, sulle Centrali operative territoriali (Cot).

Si tratta di una struttura ponte tra l'ospedale e i servizi sanitari locali, gestita da infermieri *case manager*, che garantisce la continuità di assistenza a chi è stato dimesso dall'ospedale e ha superato la fase critica, ma ha ancora bisogno di cure o aiuto sociale e a chi è in cura a domicilio e ha subito un peggioramento o è ospite di una struttura intermedia e ha esigenza di interventi di intensità diversa (ricovero ospedaliero, cure domiciliari).

Le Cot sono già presenti in alcune regioni. Come in Veneto. Quella dell'Ulss 6 Euganea della provincia di Padova nel 2021 ha preso in carico complessivamente 12.969 segnalazioni. Tra i pazienti in «dimissione protetta» dagli ospedali (cioè che necessitano di interventi sul territorio), per 4.830 sono state attivate le cure domiciliari, altri 795 sono stati

collocati nell'ospedale di comunità, 248 in un centro riabilitativo, 300 in hospice, 422 in Rsa, 481 inviati a un'altra Asl (di residenza) o azienda ospedaliera e 35 in strutture extra-regionali.

La Cot, operativa h24, 7 giorni su 7, ha quindi il compito di coordinare il passaggio da un luogo di cura a un altro a seconda del bisogno del malato, evitando fai da te e abbandoni.

«Entro tre giorni dall'ingresso in ospedale il referente del nucleo per la continuità delle cure misura l'indice di fragilità del paziente attraverso

la scala di Brass, la sua autonomia, e su piattaforma informatica inoltra una proposta di presa in carico post ricovero che dovrà essere rivalutata prima della dimissione e verificata dal nostro team, che deve approvarla, organizzare l'eventuale trasferimento presso la struttura intermedia e richiedere la presa in carico al distretto locale, che definirà un piano personalizzato di assistenza concordato con il paziente o i familiari e il suo medico di medicina generale, avvisato in tempo reale tramite piattaforma del ricovero e dei bisogni dell'assistito» spiega Paolo Ciorli, responsabile della Cot padovana.

In Toscana si chiama ancora Acot (Agenzia di continuità ospedale-territorio) mentre in Emilia Romagna è identificata da diversi acronimi, ma ogni azienda ne ha una e svolge la stessa funzione. L'ospedale di comunità è un'altra novità della riforma della sanità territoriale.

Dotato di norma di 15-20 posti letto, per brevi ricoveri (meno di 30 giorni), a conduzione infermieristica, offre un'assistenza intermedia tra l'ospedale e il domicilio. Il medico è presente solo per 4 ore e mezza al mattino, domenica esclusa.

«Accogliamo i casi che dopo la dimissione ospedaliera devono terminare l'iter riabilitativo, a seguito di ictus o trauma ortopedico soprattutto, come la frattura di femore, e a chi dopo un evento acuto richiede il monitoraggio della terapia» dice Barbara Borelli, direttrice del distretto di Castelfranco Emilia (Ausl Modena), dove l'Ospedale di comunità, da 20 posti, è situato nello stesso edificio della Casa di comunità, che mette a disposizione i suoi medici di medicina generale per i degenti.

Garantiti fisioterapista per 6 ore al giorno e operatori sociosanitari h24 (come gli infermieri).

Il paziente può arrivare anche dal domicilio su richiesta del suo medico o della Cot «se ha un aggravamento della patologia o per dare sollievo al badante o consentire alla famiglia di attrezzare l'ambiente domestico



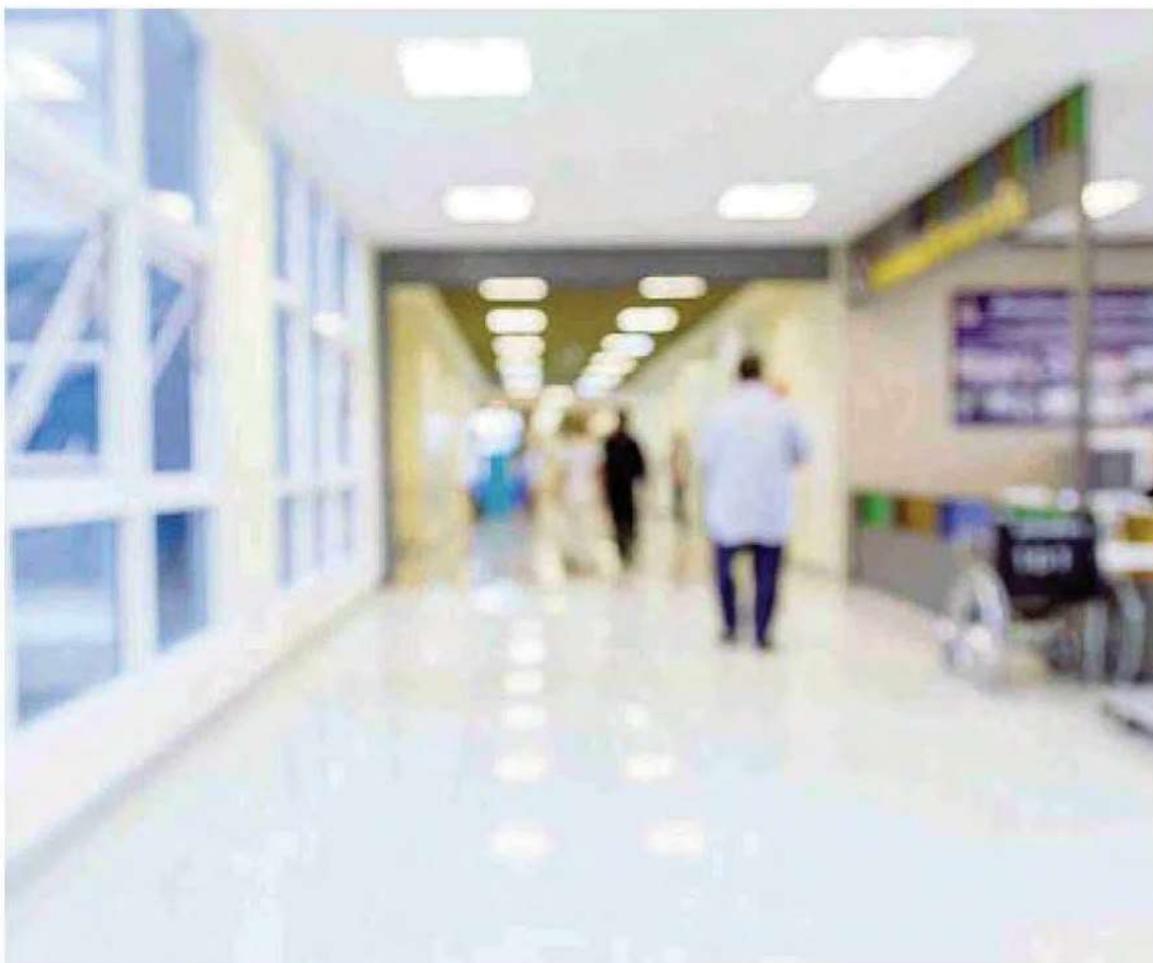
CORRIERE SALUTE

in base alle nuove necessità» conclude Borelli.

«Il 90% degli accessi è inviato dai reparti — fa il punto Francesco Venica, coordinatore della Casa e Ospedale di comunità di Abbadia San Salvatore (Usl Toscana Sudest), 8 posti all'interno dell'ospedale cittadino —. Devono completare il ciclo di antibiotici in vena, fare la riabilitazio-

ne, iniziare la nutrizione artificiale e richiedono sorveglianza costante. Li teniamo 10-15 giorni in media e lo specialista ospedaliero che dimette il paziente può continuare a seguirlo nelle successive 48 ore».

Chiara Daina





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

CONFCOOPERATIVE SANITÀ

Disuguale anche la salute nel post-pandemia

CINZIA ARENA

La pandemia ha accentuato un processo che era già in atto rendendolo drammatico. L'ultima frontiera della povertà in Italia è quella sanitaria. Con una famiglia su due che rinuncia alle cure perché non può permetterselo o per indisponibilità delle strutture sanitarie. La salute diventa un lusso di pochi ricchi, è la denuncia che arriva da Giuseppe Milanese, confermato presidente di Confcooperative-Sanità dall'assemblea che si è svolta a Roma, mentre il solco delle disuguaglianze si allarga. Ma c'è la possibilità, grazie al Piano nazionale di ripresa e resilienza di invertire la marcia e riscrivere il servizio sanitario nazionale alla luce dell'invecchiamento della popolazione e creando 100mila nuovi posti di lavoro. «Nel 2021 metà delle famiglie italiane hanno rinunciato a prestazioni sanitarie e cure per problemi economici, indisponibilità del servizio e inadeguatezza dell'offerta. E nel 13,9% dei casi le rinunce sono state rilevanti» ha sottolineato Milanese citando il bilancio di Welfare delle famiglie i-

taliane fotografato dal Cerved. Il primo nodo da affrontare è quello degli ospedali che da soli non bastano. A oltre quarant'anni dalla sua istituzione il Servizio sanitario nazionale sta vivendo una crisi senza precedenti. Il risultato è l'intasamento

delle strutture ospedaliere dove un ricovero costa non meno di 700-800 euro al giorno. Con quella stessa cifra si potrebbero assistere, quotidianamente, dieci persone fuori dall'ospedale. Con 15-20 ore al mese di assistenza domiciliare si potrebbe rispondere alle necessità degli anziani e dare lavoro a tanti giovani. Il Pnrr è una straordinaria opportunità per riscrivere e riorganizzare la sanità.

Non è una questione di spesa, ma di riorganizzare i servizi in un paese che cambia e che invecchia. Nel Rapporto Bes 2022 dell'Istat emerge come la metà degli anziani sia in cattive condizioni di salute. Gli over 75 sono oltre 7 milioni (erano circa 5,9 milioni nel 2010), pari all'11,9% del totale della popolazione. Quasi la metà ha tre o più patologie croniche o gravi limi-

tazioni nel compiere le attività quotidiane. Tale quota è più elevata per chi vive nel Mezzogiorno (55,2% rispetto al 44,1% nel Nord e al 45,2% nel Centro) e tra le donne (52,4% rispetto al 40,9% tra gli uomini) e raggiunge il 59,4% tra le persone di 85 anni e più. Il ritardo nella gestione della non autosufficienza è enorme. I posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono meno di 300mila, un quarto rispetto alla Germania e un terzo rispetto alla Francia. Anche in questo caso la spaccatura geografica del Paese è netta. Il 67% delle residenze sociosanitarie sono al Nord, solo l'8% al Sud, dove molti servizi di welfare vengono erogati direttamente dalle famiglie, ma non basta a far fronte alla domanda. «È su questi squilibri che dobbiamo intervenire. Non spendendo di più – è l'appello che Milanese fa alla politica – ma spendendo meglio». Per far sì che l'Italia non sia un Paese dove solo i ricchi hanno il diritto a curarsi e ad invecchiare bene.

La metà delle famiglie
rinvia esami e visite
per problemi economici
Il Pnrr occasione per rifomare
il servizio sanitario nazionale





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'INTERVISTA

Massimo Antonelli, direttore di Anestesia del «Gemelli» di Roma

Sedazione profonda, più chiarezza

ELISABETTA GRAMOLINI

Chiarezza, a cominciare dai termini. Per Massimo Antonelli, direttore del dipartimento di Scienze dell'emergenza e dell'Unità di anestesia, rianimazione, terapia intensiva e tossicologia clinica del Gemelli di Roma, è importante non generare confusione quando c'è in ballo la sofferenza della persona.

In cosa consiste la sedazione profonda, di cui molto si è parlato in questi giorni?

Meglio definirla sedazione palliativa, una pratica accorta per indurre la mancanza o la diminuzione dello stato di coscienza, con l'intento di alleviare la sofferenza che altrimenti non sarebbe trattabile. La richiesta non è di eutanasia ma di interruzione delle terapie futili.

È una pratica consolidata?

Anche nelle terapie intensive si sospendono le terapie futili oppure non vengono iniziate, procedendo con la sedazione palliativa. Quando si interrompe la cura sproporzionata la morte accelera il cammino ma la prospettiva è diversa: si accetta l'inevitabile. C'è molta confusione fra eutanasia, suicidio assistito e desistenza terapeutica anche fra quanti dovrebbero essere esperti.

Facciamo chiarezza, allora. Quali sono le differenze?

L'eutanasia è un comportamento attivo,

quando un medico somministra una sostanza letale che induce la morte a una persona che richiede l'interruzione della vita. Nel suicidio assistito è il medico che assiste il paziente nel perseguire il percorso verso la morte. Il medico aiuta la persona competente a porre fine alla propria esistenza e il paziente fa una auto-somministrazione del farmaco. Cosa totalmente diversa è la sospensione o il non inizio dei trattamenti medici per una persona per cui le terapie sono futili o non possono apportare beneficio: l'idea è di evitare la cura sproporzionata, perché la possibilità di risoluzione del quadro clinico non sussiste.

Nel 2018 ha firmato con altri autori di varie parti del mondo un articolo sul «Journal of Palliative Care» che chiarisce le definizioni.

È una pubblicazione redatta con colleghi di varie confessioni religiose contrari al suicidio medicalmente assistito e all'eutanasia. Riteniamo che tali pratiche contraddicano l'essenza del rapporto fra medico e paziente. Molte delle persone che lo richiedono non ricevono cure palliative congrue, che potrebbero offrire un degno conforto. Spesso i pazienti che richiedono questa procedura non hanno un reale desiderio di morire ma semplicemente di alleviare le sofferenze fisiche e psicologiche, che significa migliorare le cure palliative e le condizioni sociali che determinano la richiesta del suicidio assistito. Il paziente può sentirsi abbandonato nella sua sofferenza, è nostro compito sostenerne il percorso della malat-

tia senza mai lasciarlo solo, assicurando un accesso universale ai servizi di cure palliative, alle terapie analgesiche specifiche, al sostegno psicologico per lui e la famiglia, con un'adeguata organizzazione sanitaria territoriale e sociale, a volte insufficienti

La sedazione palliativa non va contro il Catechismo?

No. Nel Catechismo è ben definita la condizione in cui le procedure mediche sono futili, cioè sproporzionate rispetto ai risultati attesi. In questi casi è legittimo interrompere qualsiasi forma di «accanimento terapeutico». Nel Catechismo si legge che «non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire». Le decisioni vanno prese dal paziente e dai familiari con i medici. La sedazione palliativa non abbandona il paziente ma lo accompagna legittimando appieno l'alleanza fra lui e il medico. Il nostro compito è la cura, evitando dolore e sofferenza.

In pandemia avete provveduto alla sedazione palliativa in terapia intensiva?

In alcuni casi sì, quando non c'era strada per recuperare i pazienti. Non ci siamo mai sottratti nel somministrare le cure più avanzate, come la circolazione extra-corporea, per salvare i nostri pazienti.



Medicina

Affrontare
i disturbi
che restano dopo
aver avuto il Covid

di **Vera Martinella**

La pandemia di Sars CoV-2 in oltre il 30 per cento degli ex malati continua a risentirne a lungo dopo la fase acuta
Una sindrome di cui si sa ancora poco e che può coinvolgere praticamente tutti gli organi e gli apparati
al punto di spingere l'Oms ad avviare una raccolta di dati per studiare in modo approfondito il problema

Gli effetti del Post Covid

Così i disturbi continuano per mesi dopo la guarigione

di **Vera Martinella**

Di Long Covid continueremo a parlare perché più passa il tempo dall'inizio della pandemia di Sars-CoV-2 più scopriamo gli effetti inattesi a lungo termine del virus e il loro impatto sulle nostre vite. Un impatto che rischia di abbattersi anche sul benessere di tutta la collettività, fino a mettere a rischio il Servizio sanitario nazionale stesso. Quasi tutti Paesi occidentali hanno lanciato progetti speciali per raccogliere dati e analizzarli per capire come e dove curare e gestire i nuovi malati. L'Organizzazione Mondiale di Sanità ha deciso di chiamarla ufficialmente «post Covid-19 condition»: è la condizione di persistenza di segni e sintomi che continuano (o si sviluppano) oltre le 12 settimane dal termine della fase acuta di malattia. Una sindrome di cui ancora si sa poco, perché serve tempo per raccogliere dati sufficienti a trarre delle conclusioni e perché a complicare il lavoro dei ricercatori ci sono due ostacoli. Il primo è che gli organi interessati sono diversi e i sintomi non facili da inquadrare. Il secondo è che a varianti del

virus differenti (Delta, Omicron, ecc.) potrebbero corrispondere distinte conseguenze sul lungo periodo. Sono milioni le segnalazioni raccolte dai medici per problemi più o meno severi che perdurano a distanza di mesi dalla fine di Covid-19: dalla stanchezza cronica alla nebbia cerebrale, dai danni cardio-polmonari a quelli gastroenterici, passando anche per disturbi che riguardano, reni, fegato, pelle e capelli. Non sempre c'è una correlazione con il grado di severità della malattia sofferta in fase acuta e non sempre sono chiari i meccanismi all'origine. È un fatto certo che siano moltissime le persone che ne soffrono sebbene sia



impossibile per ora dare numeri certi. Alcune statistiche indicano la presenza di sindrome Long Covid in circa il 30 per cento di chi si è infettato, ma esistono stime molto superiori. Si può già dire che ci sono fattori associati a un maggior rischio di sviluppo di una condizione post Covid: sesso femminile, età avanzata, obesità o sovrappeso, diabete, ipertensione arteriosa, asma e l'essere stati ricoverati in ospedale (specie se in terapia intensiva) dovuto per un'infezione da SARS-CoV-2 grave. Le cause? Ancora in gran parte sconosciute, anche se il potente stato infiammatorio determinato dal virus sembra essere il principale indiziato e il comune

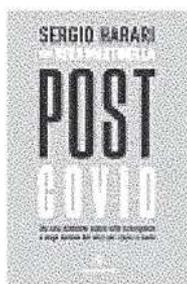
denominatore di tanti disturbi diversi associati alla sindrome post-Covid. La ricerca scientifica si sta concentrando da una parte sui meccanismi alla base dello sviluppo delle diverse manifestazioni di malattia e dall'altro sulle possibili cure. Al momento le terapie sono per lo più basate sull'esperienza che i vari specialisti costruiscono con il passare del tempo e, per ora, puntano soprattutto ad alleviare i sintomi lamentati dai pazienti.

Un ultimo grande capitolo quando si parla di post Covid è quello relativo al suo impatto psicologico sulle persone più «fragili» (come chi già era in cura per disturbi psi-

chiatrici, gli anziani, le persone sole) e su bambini e adolescenti, che stanno pagando un prezzo molto alto anche a livello di benessere mentale. Lo dimostrano i numeri crescenti di disturbi d'ansia, dell'alimentazione e problemi del sonno. In Italia come nel resto del mondo.

Le difficoltà ad arrivare a una diagnosi In un libro, le conseguenze e i sintomi da non sottovalutare

Che cos'è la sindrome Long Covid o Post Covid? Come si diagnostica? Come affrontare sintomi respiratori, cardiovascolari, neurologici o di altra natura conseguenti al Coronavirus? Chi è a maggior rischio? Come curarsi? In questo libro Sergio Harari, direttore di Pneumologia all'Ospedale San Giuseppe di Milano, offre un primo bilancio di ciò che la scienza ha appurato finora, una guida per le persone che continuano ad accusare disturbi dopo l'infezione, per aiutarle a capire e interpretare i sintomi. Con un'attenzione speciale anche al disagio psichico causato dalla pandemia e ai problemi di bambini e adolescenti.



Post Covid
Sergio Harari
Vera Martinella
Solferino
Pagine 240, Euro 16,50

Una grande stanchezza, insieme a dolori muscolari e articolari, possono persistere dopo la fase acuta

In quest'ambito i sintomi più diffusi post Covid sono il dolore muscolare e articolare (mialgie e artralgie) spesso uniti a grande stanchezza. I problemi possono persistere dopo la fase acuta (pochi giorni, ma per una quota di pazienti sembrano diventare cronici, di intensità più o meno severa), ma è improbabile che compaiano all'improvviso in seguito alla guarigione dall'infezione. A rendere ancora più grave il danno a carico di muscoli e ossa è il frequente calo di peso che si accompagna a sarcopenia (ovvero la perdita di massa e forza muscolare), soprattutto nei pazienti reduci da lunghi ricoveri e da un prolungato allettamento. Il problema può riguardare tutti: bambini e anziani, soggetti magri ma anche sovrappeso e obesi, causando ulteriore debolezza e difficoltà a svolgere le normali attività quotidiane. Uno specialista (internista o fisiatra), dopo aver valutato il singolo caso, può consigliare la cura, inclusi esercizi da eseguire in palestra o a casa o cicli riabilitativi da fare in regime ambulatoriale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Non sempre
c'è correlazione
con il grado
di severità
della malattia
È invece un fatto
certo che siano
moltissime
le persone
che ne soffrono**



I polmoni restano il bersaglio principale del virus: frequenti i casi di tosse persistente e asma

A ffaticamento respiratorio e mancanza di fiato (dispnea), senso di peso al torace o di costrizione, tosse che non se ne va, sono sintomi estremamente frequenti nei pazienti che soffrono di post Covid-19. Le difficoltà respiratorie possono essere conseguenti a polmoniti conclamate causate dal virus (come quelle che hanno portato ai ricoveri ospedalieri) o a polmoniti non riconosciute in pazienti che sono stati gestiti a domicilio, ma anche ad altri fattori. Fra questi l'asma post-infettivo che il Sars-CoV-2 (come molti altri virus respiratori) può causare e che spesso riconosce come primo sintomo la tosse stizzosa e persistente. La valutazione della compromissione respiratoria prevede uno studio sia radiologico (radiografia del torace e, in casi selezionati, Tac ad alta risoluzione senza contrasto) sia della funzione respiratoria (con spirometria e altri test), a cui si aggiungono esami del sangue completi ed eventualmente una valutazione cardiologica. Bisogna rivolgersi a uno pneumologo che decide la terapia più idonea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Molti dei guariti dall'infezione riferiscono successivamente affanno e «cardiopalmo»

F in dalle prime fasi della pandemia è stato chiaro che le persone con precedenti malattie cardiache o fattori di rischio cardiovascolari presentano in media quadri clinici più complessi quando entrano in contatto con l'infezione da Sars-CoV-2 e questo vale anche per il Long Covid. I problemi più diffusi sono la dispnea (mancanza di fiato, che può avere una componente cardiologica oltre che respiratoria) e il conseguente affanno, dolore al petto e cardiopalmo (percezione del ritmo cardiaco irregolare). Se persistono oltre 2-3 tre settimane dopo la guarigione da Covid-19 è bene consultare un cardiologo che potrà richiedere eco ed elettrocardiogramma, esami del sangue e il test da sforzo cardiopolmonare, utile per valutare con precisione la performance del sistema cardio-polmonare. Il rischio è quello di sviluppare infiammazioni del muscolo cardiaco (miocarditi) o una progressiva dilatazione e disfunzione del cuore e andare dunque incontro a scompenso cardiaco, oltre che aritmie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un senso di stanchezza molto marcato è uno dei segnali più comuni, insieme alla perdita di forza

S tanchezza e debolezza muscolare sono stati i sintomi perduranti nel tempo documentati con maggiore frequenza fra le persone che hanno contratto il virus: se ne lamentano, in media, 6 pazienti su 10. E sono anche fra i disturbi più comuni dopo Covid-19. Chi lo prova descrive uno stato di debolezza innaturale e profondo, fisico e mentale, per il quale si fa fatica a compiere le normali attività quotidiane. Spesso, ma non sempre, si accompagna a un affanno respiratorio o a dolori muscolo-scheletrici. In pratica mancano le energie e a questo di frequente si associa la perdita di massa e forza muscolare. Nella maggior parte dei casi si tratta di problemi che perdurano dopo essersi già manifestati durante l'infezione acuta, raramente compaiono in una fase successiva. Non esistono, purtroppo, terapie specifiche per ridurre o alleviare questi disturbi, che non di rado durano diversi mesi. Alimentazione equilibrata, riabilitazione motoria e regolare attività fisica sono di grande aiuto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gusto e olfatto tardano a ricomparire, talvolta, persino dopo un anno. Dipende anche dalla variante

L e alterazioni del gusto e dell'olfatto sono molto variabili anche nella loro durata. Hanno accompagnato le prime manifestazioni di Covid, ma sono diventati meno frequenti con le successive varianti come Omicron. Si stima che nelle prime fasi della pandemia fino al 65-70% di chi contraeva Covid sviluppasse i disturbi dell'olfatto che si distinguono in: parosmia (alterata percezione), cacosmia (abnorme percezione di cattivi odori), fantosmia (percezioni di odori non presenti), iposmia (riduzione della percezione degli odori), anosmia (assenza completa dell'olfatto). Perdita o alterazioni nella percezione di sapori e odori possono persistere nel tempo con grande variabilità (anche per mesi, a volte un anno), è però difficile che compaiano ex novo dopo la guarigione dalla fase acuta. Spesso si risolvono entro due settimane dall'esordio acuto o vanno incontro a un progressivo miglioramento e in oltre il 90% dei casi regrediscono del tutto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per le eruzioni cutanee e la perdita di capelli può essere necessario rivolgersi a un dermatologo

I problemi cutanei nei pazienti Long Covid possono essere distinti in lesioni insorte nella fase acuta della malattia che persistono nel tempo e condizioni che invece si manifestano successivamente. Durante la malattia iniziale possono verificarsi eruzioni cutanee simili a orticaria, morbilli o varicella. Molto spesso queste «lesioni» si associano a prurito e interessano tronco, addome, arti superiori, mani o piedi. Compaiono con più frequenza in pazienti con forme moderate o gravi di Covid-19 e generalmente si risolvono in fretta (nel giro di una-quattro settimane). Sempre in fase acuta, soprattutto in persone giovani e con Covid lieve, possono comparire lesioni simili ai geloni da freddo che tendono a durare in media due settimane. La caduta dei capelli si verifica invece dopo settimane o mesi (in media 2 o 3) e, come i problemi cutanei, tende a risolversi da sola. L'attesa può essere lunga, si può parlarne con il medico di famiglia o uno specialista dermatologo che, se lo ritiene necessario, può prescrivere una terapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Comuni la difficoltà a concentrarsi, il pensiero più lento e l'affaticamento mentale

Difficoltà di concentrazione, confusione, pensiero più lento, dimenticanze, affaticamento mentale. Un insieme di sintomi viene usato per descrivere una delle manifestazioni più diffuse e debilitanti del Long Covid, battezzata con un termine non medico: in inglese *brain fog*, per lo più tradotto letteralmente come «nebbia mentale». È spesso riferito fra i tre sintomi Long Covid più debilitanti (con dispnea e stanchezza cronica). Numerose indagini, poi, hanno evidenziato complicanze psichiatriche dopo che i sintomi primari di Covid-19 acuto sono cessati: depressione e ansia, disturbo post-traumatico da stress, disturbi cognitivi, fatigue, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del sonno. Le ripercussioni «mentali» dell'infezione possono essere causate sia dalla risposta immunitaria al virus stesso, sia da fattori di stress psicologici come l'isolamento sociale, l'impatto psicologico di una nuova malattia grave e potenzialmente fatale, la preoccupazione di infettare gli altri e la stigmatizzazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Anche i disturbi gastrointestinali non si limitano alla fase acuta. Se non cessano serve uno specialista

La capacità dei coronavirus di colpire il tratto gastroenterico e il fegato era già nota dalle precedenti epidemie (la Sars del 2003 e la Mers del 2012). I disturbi gastrici e intestinali, sia in fase acuta sia a distanza di tempo, sono meno frequenti di quelli respiratori, ma interessano una percentuale non indifferente di pazienti: circa il 30% di chi contrae Covid. Oggi sappiamo da studi su ampie casistiche come il sintomo gastrointestinale più frequente nella fase acuta dell'infezione sia rappresentato dalla diarrea, ma molto diffusi sono anche nausea, vomito, dolore addominale e inappetenza. Il primo passo è parlarne con il proprio medico di famiglia, evitando di affidarsi a rimedi improvvisati. Nella maggior parte dei casi la storia clinica e pochi esami diagnostici saranno sufficienti per inquadrare il problema e risolverlo con opportuni accorgimenti dietetico-comportamentali. Se i disturbi non migliorano o su consiglio del medico, si potrà fare ricorso a una visita specialistica gastroenterologica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

16

milioni gli italiani che hanno avuto Covid-19 (conteggiati a fine aprile 2022)

50

per cento i pazienti Covid che, secondo alcune statistiche, soffrono ancora di sintomi dopo quattro settimane dall'infezione

90

per cento delle persone sopra i 16 anni ha sofferto di stress psicologico durante i lockdown



L'esperto risponde alle domande dei lettori all'indirizzo forum.corriere.it/malattie-respiratorie





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

PRESENTATO IL RAPPORTO SULLA SALUTE NELLE REGIONI DELLA CATTOLICA

Osservasalute, torna a salire l'aspettativa di vita in Italia

ALESSIA GUERRIERI

Un mare di segni più, ma non tutti sono positivi. L'unico indicatore timidamente positivo è il ritorno a crescere dell'aspettativa di vita dopo la pandemia, +0,2 anni nel 2021. Questo porta la speranza di vita alla nascita degli uomini a 80,1 anni e a 84,7 anni quella delle donne (nel 2020 gli uomini avevano perso 1,3 anni e le donne 0,9 anni), facendo comunque scendere di qualche posizione l'Italia nelle classifiche internazionali sulla longevità. Ma per il resto i segni in crescita raccontano di un Paese in cui due anni di Covid-19 hanno significato in realtà peggioramento degli stili di vita, con l'aumento del consumo di alcol, la sedentarietà e il disagio psichico degli italiani, accanto alla riduzione delle visite specialistiche e degli screening di prevenzione. Il XIX Rapporto Osservasalute 2021, curato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane che opera nell'ambito di Vihtaly, *spin off* dell'Università Cattolica, presso il campus di Roma, torna con forza a lanciare l'appello di investire sul sistema sanitario nazionale e sul suo personale sotto organico e sotto stress da anni. Soprattutto in virtù di ciò che potrebbe avvenire in au-

tunno, con una possibile recrudescenza dell'emergenza sanitaria da coronavirus.

Non a caso proprio da Walter Ricciardi, direttore di Osservasalute e ordinario di Igiene generale e applicata alla Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica, nonché consigliere del ministro della Salute per l'emergenza da coronavirus, arriva la richiesta di non abbassare la guardia vista la contagiosità delle ultime varianti. «La curva è in forte risalita», dice, da qui la necessità di mantenere le mascherine nei luoghi chiusi e sui mezzi di trasporto come annunciato dal governo. Con la pandemia, infatti, si è assistito «al peggior deterioramento della salute degli italiani dal dopoguerra. Mai c'era stato peggioramento così sia

nella qualità della vita che nella quantità della vita». Ad essere messa a dura prova, sottolinea, «è la salute mentale, ma anche la salute fisica». Ecco perché – questo il messaggio finale alla politica, soprattutto quella regionale che regola la sanità – è che «la spesa sanitaria è un motore di investimento importante, non un capitolo di spesa».

Questa nuova edizione di 655 pagine dell'Osservasalute è frutto del lavoro di 240 ricercatori distribuiti su tutto il ter-

ritorio italiano. E racconta di italiani quasi «sopraffatti» dalla pandemia e di malati cronici che sembrano aver perso la bussola delle cure. Per esempio in un anno si è assistito ad un aumento dei consumi a rischio di alcolici pari al +6,5% per i maschi e al +5,6% per le femmine. Inoltre, complici le chiusure e le restrizioni, è diminuita anche la quota di sportivi regolari; nel 2020 praticava così attività fisica più di due volte a settimana poco più di un italiano su tre sopra i tre anni di vita, appena il 36,6% della popolazione, pari a circa 21 milioni 396 mila persone (di solito si arrivava quasi al 50%). Non va meglio se si guarda all'attenzione che gli italiani hanno dedicato alla propria salute, sottoponendosi a visi-

te specialistiche. Se nel 2019 sono state erogate circa 26 milioni e 600 mila prime visite, nel corso del 2020 le prime visite sono diminuite di circa un terzo. Sempre nel 2019, sono avvenute circa 32 milioni e 700 mila visite di controllo, diminuite anche queste di un terzo nel 2020. La pandemia inoltre ha visto una contrazione anche delle coperture vaccinali (non da Covid), con l'unico dato in crescita del siero antinfluenzale per tutte le fasce d'età. Nel 2020 difatti nessuna vaccinazione obbligato-





ria raggiunge il target raccomandato dall'Oms del 95%, e preoccupa in particolare il dato relativo alla Parotite (92,47%), Rosolia (92,21%) e Varicella (90,28%).

Il quadro è in chiaroscuro anche per ciò che riguarda i ricoveri in regime ordinario e a quelli in *day hospital*. In particolare, nel 2020 il tasso di ospedalizzazione complessivo è stato pari a 103,6 per mille abitanti, in calo del 20% rispetto al 129,8 per mille del 2019 e nettamente inferiore allo standard del 160 per mille. Si vedranno solo con il tempo, a-

nalizzando i dati sulla mortalità del biennio 2020-2022, «gli effetti di questa mancata prevenzione e cura delle malattie croniche – sottolinea alla fine il direttore scientifico di Osservasalute Alessandro Solipaca – certo è che è peggiorata la tempestività di certe prestazioni, con probabili ripercussioni sulla salute e la qualità della vita soprattutto degli anziani».

Peggiorano invece gli stili di vita, con l'aumento di uso di alcol e sedentarietà, e i controlli sanitari per i malati cronici. L'Italia scende in classifica Ue





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'AVANZATA DELLE PILLOLE CI MOSTRA COME SAREMO



ASSUNTINA MORRESI

I numeri sull'applicazione della legge 194 nel 2020, l'anno di arrivo del Covid, dicono come stia velocemente cambiando l'aborto in Italia.

Un calo forte rispetto al 2019: -9.3% in totale. Da 20.000 nei primi tre mesi a 15.000 nei tre trimestri successivi «verosimilmente a causa della pandemia da Covid-19». In effetti la diminuzione netta coincide con il primo lockdown, ma l'aborto non è stato un mezzo di controllo delle nascite: il calo è stato parallelo a quello dei nati, da fine dicembre 2020 a inizio 2021. Una diminuzione simile la vediamo anche nelle vendite della cosiddetta contraccezione di emergenza: sia per la pillola dei "cinque giorni dopo" (EllaOne) che quella del "giorno dopo" (Levonogestrel, o Norlevo) osserviamo un calo delle vendite nello stesso periodo – secondo trimestre del 2020. Per queste però da luglio le vendite risalgono, con massimi nei mesi estivi (luglio-settembre), e per EllaOne superano quelle degli anni precedenti. È evidente quindi che nel secondo tri-

mestre del 2020, nel periodo più cupo della pandemia, mentre si era tutti in casa, sono diminuiti nettamente i rapporti fisici potenzialmente fecondi, e quindi i concepimenti.

L'aumento della vendita della cosiddetta contraccezione di emergenza da luglio in poi, insieme alla stabilità degli aborti conteggiabili, mostra con chiarezza il ruolo significativo delle "pillole dei giorni dopo": sappiamo infatti che questi prodotti possono avere effetti sia contraccettivi – impedire la fecondazione – che antinidatori – evitare l'annidamento degli embrioni in utero – provocando quindi, in questo secondo caso, dei precocissimi aborti che non è possibile individuare (nella nuova relazione ministeriale con i dati che stiamo citando le Ivg sono quelle effettuate per via chirurgica e farmacologica dopo un test positivo di gravidanza). Se da luglio gli aborti restano costanti mentre le vendite di queste pillole aumentano è per la loro efficacia, sia anticoncezionale che antinidatoria, con un numero imprecisato di aborti precocissimi.

È infine evidente l'aumento dell'aborto farmacologico, specie dopo le

linee di indirizzo del ministro della Salute Roberto Speranza dell'agosto 2020, che ha reso possibile fino a 9 settimane di gravidanza (prima erano 7), autorizzandolo anche nei consultori, in palese violazione della legge 194: nei primi tre mesi dell'anno la pillola abortiva è stata usata nel 29,6% delle Ivg, negli ultimi tre nel 42%.

I 66.000 aborti del 2020 (un terzo dei quali di donne straniere) restano comunque troppi, una cifra inaccettabile. Il trend è però evidente: l'aborto come l'abbiamo conosciuto fino a qualche anno fa tende a scomparire, sia perché diminuisce in proporzione al calo delle nascite, sia perché tende a essere sempre meno visibile, "nascosto" dai prodotti farmacologici, sempre più concentrato nelle prime settimane di gravidanza. L'intervento del medico in ospedale probabilmente, nel giro di pochi anni, sarà riservato agli aborti tardivi, portando a compimento la privatizzazione dell'aborto, assimilato a un qualsiasi atto medico personale: l'aborto non sarà più percepito come problema sociale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SANITÀ

Sui farmaci informazione indipendente

SILVIO GARATTINI

Manca di fatto una vera e ampia informazione indipendente, che sia basata su dati scientifici e non su interessi economici, finanziari o ideologici.

A pagina 3

L'Appello di un grande medico e ricercatore a Ministero Salute e Aifa URGENTE UNA VERA INFORMAZIONE INDIPENDENTE SULLE MEDICINE



SILVIO GARATTINI

La salute è un bene fondamentale, garantito come diritto anche dalla Costituzione. Tuttavia non è un diritto per tutti, perché molti gruppi di ammalati sono abbandonati visto che la ricerca è orientata prevalentemente in aree che sono ripetitive o che danno profitto. E c'è di più: i cittadini, infatti, sono lasciati alla discrezione del "mercato della medicina", sia diagnostico sia terapeutico e riabilitativo. Manca di fatto una vera e ampia informazione indipendente, che sia basata su dati scientifici e non su interessi economici, finanziari o ideologici.

Il problema si basa, per quanto riguarda i cittadini, sulla informazione indiretta e diretta. Infatti i cittadini o gli ammalati non hanno il diritto di scegliere, ad esempio, i farmaci per la cura della propria malattia. La scelta viene fatta dal medico, e chi paga è il Servizio sanitario nazionale. Il medico riceve le informazioni fundamentalmente dall'industria farmaceutica, e questo a livello sia ospedaliero sia territoriale.

L'informazione viene veicolata dall'industria in forme diverse. Anzitutto per mezzo degli informatori farmaceutici che visitano i singoli medici per presentare i propri prodotti, ovviamente per sollecitarne la prescrizione.

Le industrie, poi, finanziano anche le Società scientifiche, sostenendo i loro congressi, nonché molte delle riunioni della cosiddetta Educazione medica continua (Ecm), per non parlare delle erogazioni alle Associazioni di pazienti. È ovvio che questo tipo di intervento è fatto fundamentalmente per decantare i benefici di dati prodotti e,

comunque, non certo per far sapere quali sono i limiti dei farmaci, la relativa efficacia e soprattutto la possibilità di effetti collaterali e tossici. A fronte di questa massiva informazione "di parte", che si ritiene assommi a più di un terzo dei ricavi industriali, manca seriamente questa benedetta informazione indipendente.

È sorprendente che gli Ordini dei medici non organizzino, e soprattutto non richiedano, una informazione che permetta di essere aggiornata sui risultati degli studi che si sommano a grande velocità. Ed è parimenti sorprendente che il Governo, e in parti-





colare il Ministero della Salute e l'Agenzia italiana per il Farmaco (Aifa), non si decidano a realizzare questo tipo di informazione.

Si potrebbero mobilitare alcuni Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) per diffondere informazioni in forma sintetica su argomenti che difficilmente l'industria farmaceutica porterebbe all'attenzione del medico. Questa informazione indipendente costerebbe poco, ma farebbe risparmiare molto, se realizzata in modo continuo e in varie forme, dirette e digitali.

Qualcuno ritiene che i politici non siano interessati a contrastare il "mercato della medicina" – non solo quello dei farmaci –, perché si genererebbe una perdita di posti di lavoro. Sarebbe bene tuttavia decidere se il Servizio sanitario nazionale è fatto per mantenere a qualunque costo posti di lavoro o se vuole essere incentrato sui diritti degli ammalati e sull'aiuto ai medici a compiere in modo corretto il proprio lavoro. Basti pensare a quanto sia irrazionale l'eccesso di farmaci (anche 10-15 al giorno) che subiscono molti am-

malati senza sapere quale sia la reale efficacia, considerando il gran numero di possibili interazioni.

Esiste poi una forma diretta di informazione, quella che si rivolge immediatamente ai cittadini e che si realizza attraverso forme di pubblicità esplicita tramite giornali, riviste, radio e televisione, ma anche, in modo poco controllabile, attraverso internet e i social network. Questa informazione "diretta" non può riguardare in Italia i farmaci prescrivibili ma è riservata ai farmaci da banco, agli integratori alimentari e alle terapie alternative. Questo tipo di pubblicità è molto spesso confondente, utilizza termini che suonano bene – tipo "naturale" – o promettono effetti su "immunità", soprattutto nell'epoca Covid-19, "anti-invecchiamento" e così via. Mancano completamente, tuttavia, studi clinici controllati a sostegno delle affermazioni fatte. Ed è incredibile che si possano ancora vendere prodotti omeopatici che non contengono nulla, o (purtroppo) nelle farmacie anche estratti di piante che non hanno alcun riconoscimento da parte dell'ente regolatorio. Per non par-

lare degli integratori alimentari, molto costosi, che contengono vitamine con aggiunta di qualche altra sostanza inutile per dare una caratteristica di diversità. Esiste un'organizzazione che difenda i cittadini da una simile pubblicità? È giusto che i cittadini siano aggrediti da un mercato che raccoglie miliardi di euro?

Le associazioni dei pazienti, come pure le organizzazioni del Terzo settore, dovrebbero alzare la voce e pretendere la difesa dei loro diritti di avere informazioni obiettive. E soprattutto bisogna insistere, unire le voci perché finalmente Ministero della Salute e Aifa si decidano a intervenire in modo preciso ed efficace.

*Fondatore e Presidente Istituto
di Ricerche farmacologiche
Mario Negri Irccs*



Cinque campioni della ricerca con 55 università e 65 imprese

Al traguardo. Il ministero dell'Università ha ripartito gli 1,6 miliardi del Pnrr: ai Centri nazionali appena costituiti vanno dai 319 ai 320 milioni, oltre il 40% al Mezzogiorno. Coinvolti anche 24 enti pubblici

Eugenio Bruno

Su un punto le analisi nazionali e internazionali sulla ricerca in Italia concordano: pur avendo un alto livello di qualità e produttività delle pubblicazioni scientifiche manteniamo un basso livello di trasferimento tecnologico. Con il risultato che tante scoperte finiscono per restare al chiuso di un ateneo o di un ente senza invece trovare uno sbocco esterno. Per invertire la rotta il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) mette in campo diverse linee di investimento.

A cominciare dagli 1,6 miliardi che il ministero dell'Università (Mur) ha appena ripartito tra 5 Centri di innovazione. Cinque campioni nazionali della ricerca in altrettanti ambiti (Simulazioni, calcolo e analisi dei dati ad alte prestazioni; Agritech; Sviluppo di terapia genica e farmaci con tecnologia a Rna; Mobilità sostenibile; Biodiversità) che vedono la partecipazione di 55 atenei o scuole superiori, 65 imprese e 25 enti pubblici. Con alcuni nomi, sia pubblici che privati, che tornano in più di un'aggregazione e che così facendo creano, di fatto, una rete nella rete. Pensiamo all'università di Firenze che è presente nell'intera cinquina finanziata dal Mur.

A presentare i risultati del bando attuativo del Pnrr - che si è chiuso il 15 febbraio scorso e che ha visto arrivare 5 domande per 2 miliardi di finanziamento complessivo - è stata la stessa ministra Cristina Messa durante il Cdm di ieri. Come abbiamo visto, i centri nazionali nascono per aggregare università, enti e

organismi pubblici e privati di ricerca, imprese presenti e distribuite sull'intero territorio nazionale e sono organizzati con una struttura di governance di tipo "Hub & Spoke", con l'Hub che svolgerà attività di gestione e coordinamento e gli Spoke quelle di ricerca.

Così facendo - ha sottolineato l'ex rettrice di Milano Bicocca - «per la prima volta, in modo così sinergico e a carattere nazionale, i sistemi pubblico e privato sono insieme per creare eccellenze e generare una crescita collettiva che accorci le distanze e colmi i divari, attraverso lo sviluppo di progetti dedicati a temi tecnologici innovativi». L'obiettivo dichiarato è dare «spazio alla creatività e alle competenze di giovani ricercatori, con particolare attenzione alla parità di genere e alla valorizzazione delle risorse del Mezzogiorno, per oltre il 40%». Con la speranza aggiuntiva - ha concluso Messa - «di competere uniti e con una nuova determinazione, a livello internazionale».

Nel complesso sono 144 i soggetti coinvolti tra università, enti di ricerca e imprese in tutta Italia. Basta leggere la distribuzione dei fondi (che arriveranno con i decreti di concessione attesi nei prossimi giorni, ndr) per rendersene conto. Si va dal *National Centre for Hpc, Big Data and Quantum Computing*, con sede a Casalecchio di Reno (Bologna), che nasce su iniziativa dell'Istituto nazionale di fisica nucleare (Infn) e mette insieme 49 partecipanti per la simulazione e l'analisi dei dati di grandi dimensioni al *National Research Centre for*

Agricultural Technologies (Agritech), promosso dall'Università Federico II di Napoli e capace di aggregarne 46; dal Centro Nazionale per la Mobilità Sostenibile (Cnms) voluto dal Politecnico di Milano e in grado di intercettare la disponibilità di 49 soggetti diversi al *National Biodiversity Future Center (Nbfc)* che vedrà la luce a Roma su input del Cnr e con la partecipazione di 48 realtà sparpagliate lungo lo Stivale.

Fino al *National Center for Gene Therapy and Drugs based on Rna Technology* di stanza a Padova per volontà dell'ateneo locale che può contare sulla collaborazione di 49 tra istituzioni e aziende.

Ogni centro nazionale riceverà in dote tra i 319,9 e i 320 milioni di euro (con una quota riservata al Sud che va dal 40 al 45%). Con i quali assumere ricercatori e personale da dedicare alla ricerca (di cui almeno il 40% donne), per creare e rinnovare le infrastrutture e i laboratori, per realizzare e sviluppare programmi di innovazione sui cinque temi prescelti, per favorire la nascita e la crescita di start-up e spin off. Così da valorizzarne i risultati e innescare il circolo virtuoso tra scoperta e applicazione pratica di cui abbiamo tanto bisogno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

