



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

20 Giugno 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Spingeva minorenni ad anoressia, denunciato falso medico

20 Giugno 2022



(ANSA) - TRIESTE, 20 GIU - Aveva agganciato decine di ragazze minorenni su una nota piattaforma social e dopo averne carpito la fiducia le aveva indotte a pratiche pericolose di dimagrimento e autolesionismo e al raggiungimento dell'anoressia. Per questo un libero professionista di quaranta anni residente in centro Italia, già condannato per pornografia minorile, il quale sui suoi profili social e sul proprio blog si presentava come medico pur non avendo mai conseguito il titolo di studio e si definiva coach pro-Ana, è stato denunciato dalla Polizia di Stato.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Ictus. In Italia mancano 100 unità Stroke Unit. Solo il 37% dei pazienti è trattato con tecniche all'avanguardia. L'allarme dei cardiologi del Gise

Servirebbero 300 Centri, ce ne sono solo 190 e per l'80% si trovano al Nord. Così oggi meno della metà delle persone colpite da ictus riceve cure adeguate e tempestive e meno del 40% viene trattato con la trombectomia intracranica, l'intervento più all'avanguardia per la riapertura dei vasi occlusi da eseguire fino a 16/24 ore dall'esordio clinico



20 GIU - Si chiama 'trombectomia intracranica' ed è una tecnica all'avanguardia, sicura e in grado di ridurre la disabilità residua dopo un ictus. Questo sistema 'libera' i vasi ostruiti attraverso una procedura percutanea, ed è oggi una valida alternativa alla trombolisi con farmaci anche perché ha una finestra di intervento più lunga, fino a 16/24 ore dalla comparsa dei sintomi in pazienti adeguatamente selezionati con studio di perfusione, contro le 4,5-9 ore al massimo della trombolisi endovenosa. Una differenza di tempo fondamentale per i pazienti. Purtroppo però, oggi, in Italia, vengono sottoposti all'intervento meno di 4 pazienti su dieci, fra coloro che ne avrebbero l'indicazione, perché sono ancora troppo poche le Unità Neurovascolari dove è possibile utilizzare la trombectomia: per garantire terapie adeguate a tutti i pazienti servirebbero 300 Stroke Unit in tutta Italia, ma tuttora ce ne sono soltanto 190. Lo denunciano gli esperti della **Società Italiana di Cardiologia Interventistica - Gise** durante la prima edizione del convegno Rome Peripheral Intervention a Roma, sottolineando che c'è anche una distribuzione molto disomogenea dei Centri Ictus presenti in Italia: l'80% si trova al Nord, una situazione che penalizza i pazienti del Centro e Sud Italia e che contribuisce a spiegare perché oggi meno della metà delle vittime di riceva un trattamento



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

empestivo e adeguato. “L’ictus cerebrale rappresenta la prima causa di invalidità nel mondo, la seconda causa di demenza e la terza causa di mortalità nei paesi occidentali – spiega **Giovanni Esposito**, presidente Gise –. In Italia si registrano ogni anno poco più di 100 mila casi di ictus, dei quali circa un terzo porta al decesso nell’arco di un anno e circa un terzo a invalidità seria o significativa: oggi quasi un milione di italiani convive con le conseguenze invalidanti di un ictus cerebrale, sempre più irreversibili e gravi all’aumentare del tempo trascorso prima di un intervento che elimini l’occlusione di un’arteria cerebrale. Questo evento, che interrompe il flusso di sangue a un’area più o meno vasta del cervello ed è causa di circa l’80% dei casi di ictus, può essere risolto con una trombolisi, ovvero con farmaci specifici che ‘sciogliono’ il coagulo, o con la trombectomia, un intervento di rivascolarizzazione che si esegue per via percutanea, attraverso l’inserimento di speciali cateteri per via femorale”.

Nella trombectomia il catetere viene fatto arrivare nel punto dove si è verificata l’occlusione così da rimuoverla meccanicamente. La procedura oggi è sicura e garantisce una riduzione significativa della disabilità residua dopo l’ictus, inoltre la trombectomia si mantiene efficace se praticata dalle 6 fino alle 24 ore dopo la comparsa dei sintomi; quindi, più a lungo rispetto alla trombolisi con la quale occorre agire entro al massimo 9 ore. “Questo allunga la finestra temporale entro la quale intervenire, un vantaggio non da poco considerando che molti pazienti non vengono soccorsi in tempi brevi – puntualizza **Eugenio Stabile**, primario di cardiologia all’Ospedale San Carlo di Potenza –. Purtroppo, però, in Italia è comunque difficile garantire la trombectomia ai tanti pazienti per i quali ve ne sarebbe indicazione perché colpiti da ictus della carotide interna o dell’arteria cerebrale media, che hanno una patologia più grave e con sequele di disabilità maggiori: in tutto il Paese solo il 37% dei pazienti candidabili a trombectomia intracranica viene sottoposto al trattamento endoarterioso. Questo dipende in buona parte dalla carenza di Stroke Unit: ne servirebbero almeno 300 in tutta Italia e ce ne sono solo 190, distribuite a macchia di leopardo e per l’80% al Nord: la maggioranza dei trattamenti è effettuata in pochi centri, anche perché una presenza di specialisti h24 è assicurata solo in una minoranza delle strutture”. “Dunque – concludono Esposito e Stabile – potenziare la rete e consentire a tutti gli italiani, ovunque, di poter essere sottoposti a terapie tempestive e adeguate a limitare le devastanti conseguenze di un ictus deve essere un obiettivo irrinunciabile del prossimo futuro”.

«Rsa escluse dalla sanità che verrà» Anziani, i rischi che il Pnrr non basti

PAOLO VIANA

Il mondo delle Rsa critica il Pnrr. Siamo di fronte a uno dei protagonisti dell'emergenza Covid-19, ma è stato tagliato fuori dagli investimenti. Franco Massi, presidente di Uneba, una delle rappresentanze più forti del settore, ha esposto le critiche al ministro della Salute, in occasione di Exposanità. Contesta la scelta di porre l'assistenza domiciliare in alternativa alla residenzialità. Porta ad esempio il caso dei malati di Alzheimer, i quali non sempre possono essere assistiti a casa. Ma non è un problema solo loro. Su una popolazione di 6,9 milioni di anziani, oltre 2,7 milioni (39,1%) presentano malattie e disabilità motorie e visive, non sono autonomi; tra questi, 1,3 milioni (18,8%) non ricevono alcun aiuto; tra questi ultimi, circa 1 milione (14,4%) vive solo o con altri anziani. Esiste cioè un *cluster* di anziani che vive al proprio domicilio, in condizioni di criticità e solitudine; s'impone una riflessione sulla dimensione territoriale della presa in carico, da cui non possono essere escluse le Rsa. Oggi, in Italia, il 15% dei loro posti letto sono pubblici, il 25% è gestito dal privato profit, l'8% da cooperative e

il 52% dal non profit, in maggioranza Uneba e Aris. «Il privato, e in modo particolare il privato non profit – è dunque l'analisi di Massi – è indispensabile per garantire il complesso delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nelle strutture residenziali e a domicilio. Purtroppo il privato non è adeguatamente riconosciuto, tutelato né finanziato e le risposte fornite dal Pnrr non sono sufficienti. La "missione 6-Salute" stanziava cospicue risorse per la sanità territoriale (case della comunità e ospedali di comunità), ma sono risorse per costruire nuovi spazi o per recuperare edifici esistenti. Una grande operazione "a pioggia", o meglio una grande operazione "mattone". E come potranno funzionare? Con quale personale, già scarso per i servizi attuali?». Accuse molto simili a quelle che vengono da medici e infermieri e che *Avvenire* ha già raccolto.

Dove sta l'errore? Secondo il presidente di Uneba Marche Giovanni Di Bari «il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha una forte connotazione di *governance* pubblica e centralista. Anche il tassello sulla non autosufficienza sembra rispettare questa matrice; ma ciò non deve necessariamente implicare l'esclusione o la marginalizzazione del

privato sociale (Terzo settore) che, dal punto di vista delle pratiche di cura,

ricopre una posizione non certo secondaria quando si passa dall'ospedale al territorio o al domicilio». La preoccupazione è «che tale impianto possa reggere nel tempo. L'iniezione di risorse finanziarie effettuata dall'Unione europea deve seriamente essere interpretata e agita in maniera generativa (di sistemi economici che divengano autonomi)». In altre parole, non c'è investimento che abbia un futuro se non viene sostenuto da un'adeguata spesa corrente. Anche in questo caso il Pnrr viene accusato di pensare solo al mattone.

Aggiungiamoci che il personale andrà formato. «Con il Pnrr serviranno ancora più infermieri in vista dell'introduzione della nuova figura di infermiere di comunità che prevede un infermiere ogni 3mila abitanti, quindi, con 59,5 milioni di abitanti in Italia. E questo si-

gnifica quasi ventimila nuovi infermieri – segnala il vicepresidente di Uneba Nazionale, Fabio Toso –. Inoltre, si prevede una casa di comunità hub ogni 50mila abitanti, e in ogni casa di comunità dai 7 agli 11 infermieri. Con 1.200 nuove case di comunità, quindi, serviranno almeno altri diecimila nuovi infermieri. La richiesta totale sale quindi a trentamila nuovi infermieri, in un momento in cui si registra un'emergenza infermieristica già molto preoccupante».

A Bologna, ad Exposanità, il ministro Roberto Speranza ha rivendicato con orgoglio i 4 miliardi che il piano investirà su assistenza domiciliare e telemedicina. «L'Italia – ha detto –, che fino a pochi mesi fa aveva una percentuale di copertura dell'assistenza domiciliare del 4% a fronte di una media Ocse del 6%, pur avendo una delle popolazioni più anziane del mondo punta a diventare il primo Paese nella Ue per l'assistenza agli over 65 arrivando al 10% di copertura». Uneba ricorda tuttavia che l'Italia è in fondo alle classifiche in Europa per i posti letto in residenza sanitaria assistenziale – Francia e Germania ne hanno

quasi il triplo – e che il Pnrr, mentre investirà per trasformare le Rsa in alloggi protetti, non metterà risorse sulle residenze né risolverà la già grave carenza di personale.

La risposta del Pnrr per la fragilità e la non autosufficienza passa attraverso il rafforzamento dei servizi sociali territoriali – finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento di una dimensione autonoma (Missione 5) – e il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto quella radicata sul territorio (Missione 6). Il Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti introdurrà un sistema organico di interventi mentre le Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale definiranno un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria. Ma è un progetto

che, secondo gli enti, taglia fuori la residenzialità non profit. Sul tavolo del governo, però, c'è da mesi la

proposta per l'introduzione del Sistema nazionale di assistenza anziani (Sna) che prevede l'integrazione tra domiciliarietà e residenzialità. A firmarla è il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che raggruppa 48 organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza agli anziani non autosufficienti (tra cui la stessa Uneba). La proposta – racconta Di Bari – si articola in 4 sezioni: percorso unico, rete integrata delle risposte, programmazione e governance, modalità di finanziamento. Attraverso il punto unico di accesso, che si trova all'interno delle Case della comunità, ogni persona può accedere alla valutazione nazionale di base, grazie alla quale viene definito con criteri unici e omogenei su tutto il territorio nazionale il grado di salute dell'anziano e la possibilità di accedere al Sistema nazionale di assistenza anziani. Attraverso i passaggi successivi si decide quali interventi debbano essere erogati. Viene ipotizzata anche una Rete nazionale per l'assistenza integrata alle persone anziane non autosufficienti (Ministeri, Regioni, Comuni e Inps), che

ha il compito di elaborare il Piano nazionale integrato per la non autosufficienza. Concorreranno a questo sistema le attuali fonti di finanziamento delle misure per la non autosufficienza (Lep e Lea), ma sarà necessario individuare delle ulteriori risorse a carico della finanza pubblica. «In occasione di questo passaggio, dovranno essere ridefinite anche le rette dei presidi semiresidenziali e residenziali. Si promuove, inoltre, lo sviluppo di un secondo pilastro integrativo con funzione complementare alle prestazioni assicurate dal sistema statale» spiega infine Di Bari.

La proposta del Terzo settore sulla non autosufficienza: integrare i servizi territoriali e le strutture
Il ministro Speranza: «Puntiamo a diventare primo Paese in Ue per l'assistenza agli over 65»

Massi (Uneba): «Nel Piano di resilienza una grande operazione “mattone” per costruire case e ospedali di comunità in nuovi spazi o per recuperare edifici già esistenti. Ma senza personale come potranno funzionare?»

L'ALLARME

L'atto di accusa del mondo non profit: «Un errore porre l'assistenza domiciliare in alternativa alla residenzialità»
Il nodo delle malattie che non possono essere curate a casa

Rsa private, contratto fermo da 14 anni. Cgil e Cisl: "Chiediamo rispetto"

Oltre un migliaio i lavoratori coinvolti in provincia, tra infermieri, operatori socio sanitari, addetti alla logistica, ai servizi alberghieri, amministrativi.

19 Giugno 2022

Condizioni di lavoro sempre più gravose, nessun avanzamento professionale, riposi che saltano. E in più, stipendi fermi da 14 anni, a quando risale l'ultimo rinnovo contrattuale. Per questo motivo anche a Cremona i lavoratori delle case di riposo private con contratto Aris – Aiop rsa, partecipano alla vertenza che si apre oggi a livello nazionale per chiedere il nuovo contratto. Una vertenza che chiama in causa direttamente il territorio cremonese, dove le rsa che applicano questo contratto sono numerose e anche molto significative per il ruolo sociale che svolgono. Oggi pomeriggio davanti alla fondazione La Pace di Cremona sono comparse le bandiere di Cgil e Cisl Funzione Pubblica, con i segretari provinciali Sabrina Negri e Roberto Dusi, per sollecitare che anche a livello locale le case di riposo interessate si mostrino sensibili all'appello.

La situazione è diversificata, in quanto in alcune di queste strutture – e in particolare: Vismara de Petri di san Bassano, Ss. Redentore di Castelveverde, villa Sacro Cuore – coniugi Preyer di Casalmorano, fondazione Soldi di Vescovato, Germani di Cingia de Botti – sono stati sottoscritti accordi coi sindacati e le Rsu che vanno nella direzione di fidelizzare il personale, con il riconoscimento anche economico dell'aggravio di lavoro durante l'emergenza Covid. Ma, per l'appunto, si è trattato di azioni decise a livello di singolo istituto, con risorse proprie, senza l'apporto di fondi regionali e nazionali, come successo invece nel pubblico e in assenza di un rinnovo contrattuale che a questo punto le stesse strutture sollecitano.

“E' una questione di dignità, qui si parla di un lavoro sempre più gravoso e che non viene riconosciuto in maniera adeguata né sul piano retributivo né su quello professionale”, affermano i sindacalisti. “Chiediamo che vengano mantenute le promesse fatte a luglio 2020 quando c'è stato il rinnovo della sanità privata”, aggiunge Negri. “Nel nostro territorio il settore socio assistenziale è un valore aggiunto. Riteniamo che questi lavoratori abbiano il diritto a un rinnovo che dia loro dignità e valorizzazione. Stiamo parlando di un lavoro usurante: turni di 24 ore su 24, 7 giorni alla settimana, spesso con rinuncia ai riposi e alcune volte anche alle ferie; non è più sopportabile, soprattutto considerando l'apporto fondamentale che questi lavoratori hanno saputo offrire in occasione della pandemia”.

Oltre un migliaio i lavoratori coinvolti in provincia, tra infermieri, operatori socio sanitari, addetti alla logistica, ai servizi alberghieri, amministrativi.

“Tanti lavoratori, appena possono, cercano posti di lavoro migliori – afferma Dusi – Le strutture che applicano questo contratto sono perlopiù di ispirazione religiosa; i lavoratori chiedono rispetto e dignità per la competenza che esprimono ogni giorno, in un lavoro difficile, spesso invalidante, pagato con stipendi che si aggirano sui 1200 euro. Non bastano per arrivare a fine mese, magari dovendosi pagare la benzina per raggiungere il posto”.

“Chiediamo – è l'appello finale – che i vertici delle strutture si facciano carico, pressol'Aris di Roma, di queste istanze, per avere un rinnovo del contratto definitivo che dia dignità e speranza ai lavoratori”.

I numeri del ministero della Salute

In calo contagi e decessi, salgono i ricoveri

■ L'Italia alle prese con 30.526 nuovi contagi stride con la Cina che ieri al mondo ha comunicato un solo caso di positività registrato grazie ad uno screening comunitario nel distretto di Changping, caso che ha costretto in quarantena 34 contatti stretti dell'ammalato e segno di come nel luogo dove tutto ha avuto origine prosegue la politica della "tolleranza zero". In ogni caso, nel nostro Paese, l'epidemia si sta espandendo con una crescita in percentuale positivi-test molecolari che è al 12% rispetto al 5% di due settimane fa. Un andamento che, dicono gli esperti, potrà essere ben quantificato soltanto fra circa due

settimane, dal momento che è dallo scorso 15 giugno che è caduto l'obbligo delle mascherine ad eccezione dei mezzi di trasporto, e nemmeno tutti.

Tornando ai numeri, dall'inizio della pandemia in Italia si sono contati 17.879.160 di contagi. Mentre nella lista dei morti, nell'ultimo bollettino, sono stati aggiunti 18 decessi che portano a 167.721 il totale di quanti non ci sono più. I tamponi effettuati ieri sono 160.211, si legge nel quotidiano bollettino del ministero della Salute, contro i 193.040 di ieri, con un rapporto tamponi-positivi al 19 per cento, contro il 18,1

per cento di sabato. Gli attualmente positivi 593.348. Le persone in terapia intensiva sono 199, sei in più rispetto all'altro ieri. I pazienti con sintomi nei reparti ordinari sono 4.398 (+67). A livello territoriale, le Regioni con i maggiori incrementi in termini di contagi sono il Lazio (4.807), la Lombardia (4.253), la Campania (3.189) e il Veneto (3.078), ma restano sotto "osservazione" anche Marche, Toscana e Umbria.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL BOLLETTINO

18 VITTIME
Nelle ultime
24 ore

Vittime totali
da inizio pandemia
167.721



NUOVI
CONTAGI

30.526

nelle ultime 24 ore



TAMPONI TOTALI
ESEGUITI

160.211



TASSO
POSITIVITÀ

19,05%



GUARITI DA INIZIO
PANDEMIA

17.118.091



RICOVERI IN TERAPIA
INTENSIVA

199



RICOVERATI NEI REPARTI
ORDINARI

4.398



CASI
TOTALI

17.879.160



FONTE: Ministero della Salute - ISS (aggiornamento ore 18 del 19 giugno)

L'EGO - HUB



COVID, LA NUOVA ONDATA Torna ma è influenza

L'infettivologo Giovanni Di Perri: «L'ultima variante non scende quasi mai ai polmoni. Viene dal Portogallo, dove sta passando senza danni»

CLAUDIA OSMETTI

«È improbabile che il virus muti riacquistando una maggiore capacità di ledere. Non gli conviene, anche per lui è meglio rimanere un addizionale. È una buona notizia perché non dobbiamo preoccuparci troppo, nemmeno delle nuove varianti».

Giovanni Di Perri è un signore sulla sessantina che ha una pazienza infinita. Te le spiega con grande chiarezza, le cose. È il direttore del dipartimento di Malattie infettive

dell'ospedale Amedeo di Savoia di Torino, Di Perri. Il sars-cov-2 e i suoi effetti, lui, li ha studiati sul campo. (...)

segue → a pagina 7

Stop al panico

«Il Covid è diventato un'influenza»

L'infettivologo Di Perri: «Omicron e le sue varianti sono più contagiose, ma con meno capacità di generare infezioni polmonari»

segue dalla prima

CLAUDIA OSMETTI

(...) «Adesso ha senso fare la distinzione tra chi è morto di covid e chi è morto col covid», continua, la voce disponibile e precisa, perché in medicina si fa così. L'approssimazione serve a niente: «Io al momento ho nove pazienti. A tutti ho fatto la tac polmonare perché se c'è anche solo un sospetto bisogna agire in fretta. Lo sa quanti hanno un'infezione da coronavirus?».

Quanti, dottor Di Perri?

«Uno. Su nove. Non è un numero allarmante, le pare?».

Quello no, ma ce ne sono altri che ci fanno dor-

mire poco. Posso elencarglieli? 30.526 nuovi contagi in ventiquattr'ore, 18 morti, il tasso di positività in aumento al 19,1%. Sono quelli del bollettino di ieri. Davvero possiamo stare tranquilli?

«Prenda il Portogallo: è stato il primo Paese a registrare un aumento dei casi con le sottovarianti di Omicron e comincia a scendere».

Mi scusi se insisto, ma ci sono regioni da noi, come la Sicilia o la Valle d'Aosta, che hanno già superato la soglia di allarme dell'occupazione ospedaliera nei reparti ordinari covid. Di qualche decimale (la Sicilia è al 15,5% e la Val d'Aosta al 15,3%), pe-

rò il muro è sfondato e...

«Alt. Non cada in un errore che commettiamo da troppo tempo. Quei parametri sono stati tarati su Delta. Da dicembre in avanti, con Omicron, è cambiato tutto: ora è almeno dieci volte meno. Quei criteri lasciano il tempo che trovano».

Voi virologi parlate sempre di Omicron come se



fosse una benedizione... Ma perché?

«Omicron e le sue sottovarianti, compresa l'attuale Ba 4 o 5, hanno una capacità minore di dar luogo a infezioni polmonari. Posso aggiungere un dato?».

Prego.

«Da Natale a oggi abbiamo avuto tre volte i casi che abbiamo registrato prima. Però gli ospedali non sono andati gambe all'aria e non c'è stato un aumento esponenziale dei decessi. Il tutto in un momento in cui si sono pure allentate le misure anti-contagio».

Ho capito. Significa che il covid è meno aggressivo. Però c'è ancora chi finisce in terapia intensiva... A proposito, di chi si tratta?

«Al 90% di soggetti anziani o con gravi problematiche pre-esistenti. Insufficienze cardiache, obesità, patologie croniche. Il coronavirus sta diventando l'equivalente dell'influenza, ed è un bene».

Anche questo continuerà a ripetercelo. Cosa vuol dire?

«Il virus è mutato così tanto con lo scopo di aumentare la sua contagiosità che ha perso sul lato della patogenicità. In termini semplici, non fa più così male».

Anche grazie ai vaccini. O no?

«Sicuramente. I vaccini han-

no ridotto il rischio, ma col tempo il sars-cov-2 è stato meno capace di lederci. Con Omicron abbiamo registrato almeno dodici milioni di infezioni. Sono quelle ufficiali, il numero reale è presumibilmente molto più alto. Questa "lenzuolata", mi passi il termine, ha prodotto un'immunità spontanea che è migliore rispetto a quella vaccinale perché è

più fresca e riguarda le varianti che circolano adesso».

Allora che senso ha parlare di quarta dose in vista dell'autunno?

«Ha un senso, anche con i vaccini di cui disponiamo adesso, cioè quelli prodotti sul ceppo originario di Wuhan, per i soggetti deboli. Gli immunodepressi o i fragili.

Per tutti gli altri l'ipotesi migliore sono le fiale aggiornate alla nuova variante. Ma se ci pensa non è tanto diverso da quel che accade con l'influenza. Ogni anno ci facciamo un vaccino che ogni anno è preparato sul tipo che circola».

Una differenza con l'influenza, tuttavia, esiste. Il raffreddore è stagionale, in pochissimi lo prendia-

mo in estate. Il covid no. Guardi ora...

«Questo è vero. Ma è più un problema organizzativo. Omicron Ba 4 o 5, come abbiamo detto, non è una variante molto violenta. Si lega all'epitelio delle vie aeree superiori. Causa tonsilliti, naso che cola, queste cose qui. Difficilmente attacca i polmoni. Ma quando lo fa, la Sanità deve garantire i posti letto, per esempio. Invece sprechiamo un sacco di risorse».

Cioè?

«Circa la metà del personale assunto lavora in ambito amministrativo. Sono indispensabili anche loro, per carità. Ma sarebbe meglio tornare a una mentalità più anni Sessanta. Quando l'ospedale era solo un centro che dava assistenza».

Senta, come andranno i prossimi mesi?

«Assisteremo a una oscillazione dei casi, ma con uno scarso impatto sulla gravità clinica. Per cui non facciamoci la testa anzitempo».

Ho ancora due domande. La prima: si sta discutendo se togliere l'isolamento per i positivi. È una sciocchezza?

«No. Negli ospedali è un tema, anche perché spesso sono strutture datate. Io ho delle stanze a due posti con bagno privato che posso riconvertire facilmente, ma pensi alle cliniche di una

volta. Quelle con gli stanzoni da sei o otto. Se ognuno potesse gestirsi come conviene di più, ci guadagneremmo».

Giusto, ma a casa...Chi è in quarantena nel proprio appartamento mica blocca un reparto intero. No?

«Non lo fa, ma torniamo al punto di prima. Dobbiamo imparare a trattare il covid come un'influenza. Se lei ha il raffreddore, manda i suoi famigliari a dormire alla casa al mare? Immagino di no. Sarà così anche per il coronavirus».

La seconda: le mascherine. Croce e delizia. Più croce o più delizia? E come dobbiamo comportarci?

«Stiamo uscendo da un'ottica collettiva ed entrando in una individuale. Ai soggetti a rischio consiglio di portarla ancora, male non fa. D'altronde per ridurre i contagi dovremmo mettere in campo delle misure talmente restrittive che nessuno è più disposto a sobbarcarsi e che sarebbero inutili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovanni Di Perri



Soldi, macchinari e vaccini: viaggio tra le macerie Covid

STASERA A REPORT *Che fine han fatto i fondi per potenziare la rete ospedaliera? E perché Philips ha richiamato indietro milioni di respiratori (anche in Italia)?*

» **Alessandro Mantovani**

Se siete preoccupati nel vedere che la sanità pubblica soccombe alla logiche del business, stasera non guardate *Report*. Vi fareste il sangue amaro. Claudia Di Pasquale è andata a vedere che fine hanno fatto le risorse stanziare due anni fa, in piena emergenza Covid, per potenziare la rete ospedaliera, aumentare i posti letto di terapia intensiva e subintensiva e migliorare le condizioni nei pronto soccorso. Su un miliardo e 400 milioni di euro le Regioni hanno chiesto appena 335,5 milioni e la struttura commissariale anti-Covid ne ha trasferiti 250.

Il servizio è un viaggio angosciante nei pronto soccorso di Napoli dove i pazienti aspettano giorni e i medici scappano (come anche altrove), nel gigantesco trasferimento di risorse pubbliche attuato nel Lazio (due miliardi di euro solo nel 2020) a favore degli ospedali privati che hanno fatto la parte del leone nella gestione del Covid e non solo, nei ritardi della Lombardia che dopo tre-quattro ondate è ancora in fase di progettazione per alcuni degli interventi finanziati a suo tempo, nel disastro delle cure non Covid rimandate per l'emergenza che chissà quando saranno recuperate.

ALTRETTANTO inquietante è la vicenda degli apparecchi respiratori della Philips uti-

lizzati da chi soffre di apnee notturne e di sindromi respiratorie varie, anche nelle terapie intensive e subintensive Covid almeno durante la prima ondata in Italia. Ne hanno venduti almeno 15 milioni, forse 25 considerando la Cina e il mercato asiatico. Nel 2021 sono stati oggetto del più grande richiamo di dispositivi medici della storia perché, come raccontano Cataldo Ciccolella e Giulio Valesini, si è scoperto che potrebbero essere pericolosi: i pazienti intervistati da *Report* lamentano irritazioni e bruciori, da anni dicono, ma non li hanno presi sul serio. Dopo un'ispezione della Fda statunitense nella fabbrica del colosso tedesco in Pennsylvania è emerso che contengono una schiuma fonoassorbente che può rilasciare particelle potenzialmente tossiche, l'agenzia Usa parla di rischi mortali, la Francia ha ordinato la sostituzione del 75 per cento delle macchine di quel tipo entro un mese mentre l'Italia ha alzato a voce per velocizzare le sostituzioni solo quattro giorni dopo la sollecitazione di *Report* al ministero della Salute.

Secondo Fda le segnalazioni di incidenti sono state oltre 21 mila e quelle di decessi 124 solo nell'ultimo anno negli Stati Uniti, ma la correlazione con le sostanze emesse dai respiratori è ancora in

corso di verifica e l'indagine, spiega la collaboratrice del *British Medical Journal* Jeanne Lenzer, tocca proprio a Philips, cioè il produttore. *Report* ha scoperto che le prime segnalazioni al gruppo tedesco risalgono al 2015, ma erano "solo richiami minori" secondo il responsabile medico di Philips, Jan Kimpen.

I primi risultati delle analisi in corso non sono incoraggianti ma è il sistema stesso di richiamo dei dispositivi pericolosi a mostrare scarsa efficacia, per non dire dei conflitti di interessi di chi si trova a fare il controllore dopo aver lavorato per il controllato.

Farà discutere, infine, il servizio di Manuele Bonaccorsi e Lorenzo Vendemiale che sono riusciti a sapere, con l'accesso agli atti, quante dosi di vaccino anti-Covid ha comprato l'Italia: sono ben 138 milioni di dosi solo nel 2022, in aggiunta a 180 milioni di dosi acquistate nel 2021. Ne avanzano parecchie se consideriamo 138 milioni di dosi somministrate dall'inizio della campagna vaccinale nel nostro Paese, più quelle donate e quelle scadute su cui *Report* non ha ottenuto risposte dal



governo, come se si trattasse di notizie riservate.

INSOMMA potremmo rivaccinare più di due volte tutti gli italiani dai neonati in su, per quanto non si ancora raccomandata la quarta dose alla popolazione più giovane e in buona salute. Sono in larga parte vaccini vecchi, di cui tutti attendono la versione aggiornata alle varianti oggi più diffuse. Alcuni poi non sono ancora approvati come quelli di Sanofi e Valneva o possono essere usati solo come prime o seconde dose.

Gran parte di quelle fiale scadranno, non è nemmeno così facile mandarle in Africa o in altri Paesi poveri perché i contratti capestro firmati dall'Unione europea prevedono l'accordo con le aziende produttrici. Sui prezzi secretati abbiamo solo indiscrezioni non smentite e con 20 euro a dose, calcola Sigfrido Ranucci, siamo sopra i 2,5 miliardi di euro solo nel 2022. Sarebbero stati utili negli ospedali.

Dosi in eccesso L'Italia ne ha acquistate più di 318 mln ma ne ha somministrate "solo" 138. E ora che ne sarà di questa eccedenza?

Macchinari difettosi

I respiratori Philips sarebbero dannosi per la salute
FOTO LAPRESSE

IL BOLLETTINO

30.256

CONTAGI I nuovi casi nelle ultime 24 ore, +63,4% rispetto a domenica scorsa. Il tasso di positività sale al 19,05% (+30,3%) rispetto a sette giorni fa

18

MORTI Le vittime nelle ultime 24 ore. Il 12 giugno erano state 26

+73

RICOVERI Torna a salire il numero di posti letto occupati in terapia intensiva (+6, 199 ricoverati in totale) e nei reparti di area medica (+67, 4.398 pazienti)



Eresie digitali

Mascherine, il compromesso batte la demagogia

di **Edoardo Segantini**



Raccomandata, non obbligatoria. Cade l'obbligo di portare la mascherina agli esami di maturità,

che inizieranno dopodomani con la prima prova, lo scritto di italiano. Ma l'uso della protezione anti-contagio da parte degli studenti e dei professori resta solo raccomandato.

È la soluzione di compromesso concordata dai ministri Patrizio Bianchi (Istruzione) e Roberto Speranza (Salute), dopo il via libera del presidente dell'Istituto superiore di sanità Silvio Brusaferro. Il compromesso, e non solo in politica, è un fatto positivo: significa due parti che si avvicinano e trovano un accordo.

Meno soddisfacente è il fatto che nella gestione della pandemia si inseriscano, molto spesso,

comportamenti che hanno a cuore soprattutto il consenso politico a breve termine. Tipico l'atteggiamento del leader della Lega Matteo Salvini, che non ha esitato a contrastare le restrizioni quando erano giustificate dal contagio, ma disturbavano la sua base elettorale. Così pure le posizioni del Movimento 5 Stelle, più preoccupato di evitare tensioni con i propri elettori che di rallentare la diffusione del virus. Il

quale virus peraltro è tutt'altro che sconfitto.

A Milano se n'è vista una rapida crescita nei giorni del Salone del Mobile, seppur con sintomi abbastanza lievi, nella maggioranza dei casi, e con una presenza minoritaria di pazienti ricoverati nelle terapie intensive solo a causa del Covid. I medici esprimono un cauto ottimismo anche per il futuro, nella speranza che l'impatto del virus sia sempre più leggero e che sia presto disponibile un vaccino specifico per Omicron e le sue varianti.

Non si può insomma pensare

che la maggioranza delle persone, giovani o no, siano disponibili a indossare la mascherina a vita. Ma gli esperti ci dicono che è ancora bene portarla al chiuso e in situazioni di affollamento. Inoltre si può fare di più per esortare anziani e fragili a fare la quarta dose di vaccino, le percentuali di adesione sono ancora piuttosto basse.

E i leader politici? Dovrebbero mettere da parte l'auto-promozione e sostenere il governo nei suoi sforzi. Forse, in una fase tanto critica, gli elettori preferiscono i compromessi ragionevoli alla demagogia.

edoardosegantini2@gmail.com

 @Segantini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Covid, contagi e reinfezioni Perché il virus adesso corre

VIVIANA DALOISO

Col tempismo, in fatto di gestione della pandemia, il nostro Paese deve senz'altro ancora fare i conti. E così succede – niente di sorprendente, visto quello che ormai da un paio di settimane si registrava nel resto d'Europa – che proprio nei giorni in cui sono venute meno anche le ultime restrizioni, prima fra tutte l'obbligo di mascherina nei luoghi al chiuso, il virus s'è rimesso a correre. I dati parlano chiaro e ripetono un copione già visto e rivisto nel corso degli ultimi due anni: dopo due mesi di sostanziale calo dei contagi, con una bocca di ossigeno per il sistema sanitario, ecco i parametri risalire a vista d'occhio. Proprio a cominciare dai nuovi contagi, che negli ultimi sette giorni sono lievitati di oltre il 47%, tornando a segnare un tasso di positività medio del 18%. Alto, per la stagione estiva, che ci aveva abituati (complice la vita all'aperto) a valori decisamente più contenuti. Il Covid non è cambiato, e per fortuna verrebbe da dire, visto che le sot-

tovarianti di Omicron ormai dilaganti (Ba.4 e Ba.5 in particolare) si presentano con sintomi decisamente meno preoccupanti, anche grazie alla percentuale altissima di persone vaccinate. Sono però, ormai lo abbiamo imparato, più contagiose e nella graduale perdita di efficacia di quegli stessi vaccini che le rendono meno temibili trovano – sembra una beffa – il loro principale punto di forza. È utile, da questo punto di vista, far un quadro della situazione: nel nostro Paese risultano vaccinate quasi 50 milioni di persone, ovvero l'84% della popolazione. Il numero scende a 39 milioni se si considera anche la terza dose (il 67% della popolazione), che la stragrande maggioranza ha ricevuto tra la fine del 2021 e i primi due mesi del 2022. Ovvero oltre 120 giorni fa. Tutto bene sul fronte della protezione da casi di malattia severa, visto che l'efficacia del vaccino antiCovid nel prevenirli viaggia all'87% nei vaccinati che hanno ricevuto il booster da oltre 120 giorni e al 71% in quelli che hanno ricevuto solo due dosi (i dati sono quelli diffusi proprio ieri nel Report settimanale dell'Istituto superiore di sanità). Nel prevenire l'infezione, tuttavia, i vaccini mostrano qualche limite in più, fermandosi al 55% dei casi oltre 120 giorni nei soggetti con booster e al 46% in quelli con due dosi. Come dire: il contagio da Covid, seppur non severo grazie ai vaccini, può attingere in questo momento a una platea di quasi la metà dei vaccinati. Tra i 20 e i 25 milioni di italiani, a cui vanno aggiunti i non vaccinati (oltre 5 milioni) e una parte crescente di chi il Covid lo ha già fatto, in un'altra variante, e con Omicron 5 si reinfecta (questa settimana è successo in oltre il 7% dei casi). Non stupisce, dunque, che si torni a

bollettini da oltre 30 mila casi al giorno (ieri 34.978) e che nei prossimi giorni questi numeri possano salire anche di molto, complice il ritorno alla normalità nella vita sociale, i numerosi eventi che comportano assembramenti (feste, concerti, eventi sportivi, matrimoni) e ora la quasi scomparsa delle mascherine. Il parametro "osservato speciale" resta come sempre quello delle ospedalizzazioni, segnale della pressione a cui è sottoposto il sistema sanitario nazionale: i numeri per ora restano sotto controllo (le terapie intensive restano sotto quota 200, i ricoveri ordinari appena sopra 4 mila) e gli esperti sono ottimisti, nonostante la quarta dose per i fragili e gli anziani (quelli più a rischio di contrarre una forma grave e di morire) sia ferma al palo dell'1,92% della popolazione. L'incognita vera, invece, è l'autunno. Non così lontano. Servirà arrivare preparati, con un sistema di tracciamento in ripresa dopo la "pausa estiva" (i tamponi sono ai minimi ormai da giorni, sotto quota 200 mila) e una risposta sul nuovo vaccino a cui quasi sicuramente dovremo sottoporci: ci sarà? Quale? Sarà proposto o imposto? E in che tempistiche?

IL PUNTO

L'effetto delle sottovarianti di Omicron si fa sentire anche nel nostro Paese, complice la perdita di efficacia dei vaccini nel prevenire le infezioni. Ospedali sotto controllo ma la vera incognita ora è l'autunno



La lotta al Covid

Bus, scuole, medici cosa fare in estate per evitare il picco in autunno

di **Alessandra Ziniti**

ROMA — Gli interventi strutturali da fare in estate per arrivare preparati al terzo possibile autunno in compagnia di un Covid meno pericoloso, ma che comunque rischia di continuare a condizionare la vita del Paese, sono da tempo nell'agenda del governo. Ma la loro realizzazione continua a essere assai lontana. Sono sei i fronti aperti che potrebbero cambiare la prospettiva di una convivenza con un virus

endemico senza dover ricorrere a nuove restrizioni o a strumenti come il Green Pass.

Decisamente al palo sono gli interventi sull'areazione delle aule scolastiche: nuovi impianti con un ricambio d'aria continuo potrebbero abbattere dell'80% i contagi. Insufficiente e vetusta resta la flotta del trasporto pubblico locale: i fondi del Pnrr per la mobilità sostenibile ci sono, ma ci vorrà del tempo.

Negli ospedali mancano medici e infermieri e la sanità territoriale ha rimesso in evidenza i gap da una Regione all'altra, mentre la campagna vaccinale si è fermata, i

fragili e gli anziani sono di nuovo a rischio, e resta inutilizzata e in scadenza la gran parte dei farmaci anti Covid.

La ventilazione nelle aule Accelerare sull'aerazione abbatte i contagi dell'80%

Il primo e al momento unico progetto pilota sulla ventilazione meccanica nelle aule scolastiche, effettuato nelle Marche, ha dimostrato che basta questo ricambio di aria per abbattere dell'80% il rischio di contagio da Covid a scuola. È la terza estate ormai avviata senza che di quel fondamentale intervento



strutturale, che sono nuovi impianti di aerazione negli edifici scolastici, non si veda neanche l'ombra. Per mettere in

sicurezza le 370.000 aule italiane e affrontare il nuovo anno scolastico senza lo spettro della Dad, occorrerebbero 2 miliardi di euro. I 350 miliardi stanziati con il decreto Sostegni bis sono stati già quasi tutti utilizzati e non sono mai arrivate neanche le linee guida sugli impianti di aerazione e sugli standard minimi di qualità dell'aria nelle scuole.

Gli ospedali senza turnover Fine dei contratti a tempo mancano dottori e infermieri

Negli ospedali e nelle aziende sanitarie locali — che al momento mantengono in piedi le Usca, le unità speciali di continuità assistenziale — mancheranno medici e infermieri. Le emergenze e il caos registrati a maggio in molti pronto soccorso italiani sono stati solo un campanello d'allarme. Due



anni e mezzo di pandemia hanno messo alle corde gli organici già insufficienti dei sanitari italiani. Solo nella

medicina d'urgenza, l'avamposto che ha affrontato il Covid, mancano 5.000 medici e nel 2022, per stanchezza, se ne sono dimessi più di 600. I contratti a tempo, stipulati per l'emergenza Covid, scadranno a fine anno. Grave anche la carenza di infermieri: la media in Italia è 5-6 ogni 1.000 abitanti, ne servirebbero subito almeno 70 mila.

Gli antivirali in farmacia Curati solo 47mila malati e scadono 600mila pillole

Se il Covid è diventato, o sta per diventare, un virus endemico, il protocollo di cura a casa e il reperimento dei farmaci nel frattempo immessi sul mercato dovrebbero essere alla portata di tutti. Ma così non è: al momento sono solo 47.000 gli italiani che sono stati curati a domicilio



con le pillole antivirali e di questi solo 2.200 le hanno potute ritirare in farmacia. Numeri molto bassi a fronte dei quali — è la

denuncia del professore Guido Rasi, microbiologo di Tor Vergata a Roma — ci sono 600.000 dosi di Paxlovid (uno dei due antivirali in pillole) inutilizzati e che stanno per scadere a dicembre. «L'approccio per curare il Covid — spiega Rasi — cambia ogni 2-3 mesi, non siamo stati in grado di comunicarlo e formare gli operatori sanitari».



Il trasporto pubblico

I mezzi sono pochi e vecchi il Pnrr per la nuova flotta

Le speranze sono riposte tutte nei fondi del Pnrr per la mobilità sostenibile. Molte grandi città, da Roma a Milano, da Firenze a Bologna, hanno in programma il rinnovo e l'ampliamento della flotta di trasporto pubblico locale con i nuovi mezzi a emissioni zero. Ma i tempi sono lunghi, gli autobus e i treni — come ribadiscono gli



amministratori locali — non si comprano da un giorno all'altro. E l'Italia si appresta ad affrontare a settembre il ritorno in classe e al lavoro

con mezzi vetusti e del tutto insufficienti: autobus, metropolitane, anche questi senza sistemi di aerazione efficaci, dove studenti, pendolari e lavoratori torneranno ad ammassarsi con tutti i rischi che ne derivano. In queste condizioni il governo dovrà decidere se abolire le mascherine al momento obbligatorie fino al 30 settembre.

Lo Stato e le Regioni

Venti miliardi dal governo per la sanità territoriale

La struttura commissariale affidata al generale Figliuolo si è sciolta ormai da molti mesi e i gap nella sanità pubblica tra le Regioni sono tornati in tutta la loro evidenza: basta guardare i comunque scarni dati sulle quarte dosi per notare le profonde differenze nelle risposte delle Regioni. Il potenziamento della sanità



territoriale è la scommessa del ministro della Salute, Roberto Speranza, che conta su venti miliardi previsti dal Pnrr per non

sprecare un'occasione che difficilmente si ripresenterà in tempi brevi. Un accordo siglato tra ministero della Salute e Regioni prevede un primo intervento per finanziare 1.350 case di cura e 400 ospedali. Ma il gap più profondo sta nei medici di base: ne mancano circa 4.000, oltre 1 milione di italiani sono rimasti senza.

La campagna vaccinale

Fuga dal secondo booster l'ha fatto un over 80 su 5

Le vaccinazioni sono sostanzialmente ferme: si naviga sotto quota 20.000 al giorno. Ma a preoccupare, in presenza di una inversione della curva dei contagi ad estate non ancora iniziata, è la bassissima percentuale di fragili e over 80 (uniche categorie per le quali l'Italia ha previsto al momento la quarta dose) che hanno fatto il secondo booster: meno del 20% tra gli ultraottantenni. In attesa di sapere se in autunno sarà disponibile un vaccino aggiornato alle nuove varianti



da proporre ad altre fasce di popolazione, salta all'occhio come, in assenza del coordinamento fin qui assicurato dalla struttura commissariale, le risposte dei servizi sanitari regionali sono molto diverse: Piemonte ed Emilia Romagna ben al di sopra della percentuale nazionale; Calabria, Basilicata, Sicilia fanalino di coda.



▲ **Mascherine in aeroporto** Volti coperti negli scali contro i contagi



Le novità previste dal decreto legge approvato la scorsa settimana dal consiglio dei ministri

Iva al 10% ed esenzione estesa per i pazienti della sanità privata

Pagine a cura

DI FRANCO RICCA

Iva più leggera per i pazienti della sanità privata: le prestazioni di ricovero e cura presso cliniche non convenzionate pagheranno l'aliquota ridotta del 10% e fruiranno dell'esenzione sulla componente sanitaria in senso stretto, ad esempio il costo del chirurgo e dell'anestesista. Le importanti novità sono state introdotte dal dl sulle semplificazioni fiscali approvato la settimana scorsa dal governo.

Ampliamento dell'esenzione. Il dl ha integrato il numero 18) dell'articolo 10 del dpr 633/72, che esenta dall'imposta le prestazioni di diagnosi e cura alla persona rese nell'esercizio delle professioni sanitarie soggette a vigilanza, disponendo che «l'esenzione si applica anche se la prestazione sanitaria costituisce una componente di una prestazione di ricovero e cura resa alla persona da un soggetto diverso da quelli di cui al numero 19, quando tale soggetto a sua volta acquisti la suddetta prestazione sanitaria presso un terzo e per l'acquisto trovi applicazione l'esenzione di cui al presente numero; in tal caso, l'esenzione opera per la prestazione di ricovero e cura fino a concorrenza del corrispettivo dovuto da tale soggetto al terzo».

Per illustrare meglio la portata dell'innovazione, occorre ricordare che il regime di esenzione dall'Iva del settore sanitario discende da due distinte dispo-

sizioni dell'art. 10, dpr 633/72, che si integrano a vicenda in modo da coprire le varie situazioni in cui sono erogate le prestazioni dirette alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie delle persone:

- quella del punto 18) sopra riportato, che esenta le prestazioni rese dagli esercenti le professioni sanitarie soggette a vigilanza (medici, odontoiatri, infermieri, ecc.)

- quella del punto 19), che esenta le prestazioni di ricovero e cura (che ovviamente includono, sotto il profilo oggettivo, anche le prestazioni del punto 18), comprensive della somministrazione di farmaci e vitto, «rese da enti ospedalieri o da cliniche e case di cura convenzionate nonché da società di mutuo soccorso con personalità giuridica e da enti del Terzo settore di natura non commerciale»; la stessa disposizione esenta inoltre le prestazioni di cura rese da stabilimenti termali.

L'esenzione non copre, invece, le prestazioni di ricovero e cura erogate da cliniche e case di cura non convenzionate (in buona sostanza, rese a costi più elevati rispetto a quelli delle



corrispondenti prestazioni del servizio sanitario nazionale).

Nell'erogazione delle prestazioni di ricovero e cura, i soggetti non convenzionati spesso si avvalgono non solo di propri dipendenti, ma anche di liberi professionisti sanitari, non di rado contattati dallo stesso paziente, i quali fatturano le proprie prestazioni esenti ai sensi del n. 18) alla clinica, che a sua volta fattura al paziente, in regime di imponibilità, il prezzo complessivo del servizio di ricovero e cura, comprensivo, naturalmente, del costo sostenuto per l'acquisizione della prestazione del libero professionista; tale costo, quale componente del prezzo del servizio reso dalla clinica al paziente, viene così ad essere gravato dell'Iva che colpisce il prezzo complessivo della prestazione di ricovero e cura unitariamente considerata.

Ovviamente questa problematica non si pone nel caso in cui il rapporto economico intercorra direttamente tra il paziente e il medico operante all'interno della clinica, il quale, in tal caso, fattura la propria prestazione sanitaria al paziente, indipendentemente dall'applicazione del meccanismo della cosiddetta «riscossione accentrata» di cui alla legge n. 296/2006.

Al fine di risolvere la suddetta criticità (riconducibile, invero, al sistema dell'imposta), la modifica apportata dal decreto al numero 18) dell'art. 10 consente di isolare, nell'ambito della prestazione unitaria di ricovero e cura resa dalla clinica non convenzionata, la componente riferibile alla prestazione sanitaria acquistata presso terzi (il professionista) e di assoggettarla al regime di esenzione come se fosse stata resa da questi direttamente al pa-

ziente; ciò, ovviamente, nei limiti dell'importo dovuto dalla clinica al professionista.

Pertanto, ad esempio, se la clinica riceve una parcella di 15.000 euro dal chirurgo che ha eseguito l'intervento e richiede 25.000 euro al paziente quale prezzo complessivo della prestazione di ricovero e cura, fatturerà in regime di esenzione 15.000 euro e in regime di imponibilità i restanti 10.000 euro.

Questa scissione delle componenti della prestazione di ricovero e cura, probabilmente motivata, sul piano sistematico, con la valorizzazione del principio di oggettività delle esenzioni, suscita qualche perplessità di ordine sovranazionale.

Essa parrebbe infatti contrastare:

- da un lato, con i principi stabiliti dalla Corte di giustizia Ue in merito alla determinazione della portata delle prestazioni complesse, secondo cui l'operazione costituita da più elementi così strettamente connessi da formare, oggettivamente, una sola prestazione economica indissociabile (circostanze che sembrano ricorrere nel caso in esame), deve ricevere un trattamento unitario;

- dall'altro lato, con l'art. 132, lett. b), della direttiva Iva, che esenta dall'imposta «l'ospedalizzazione e le cure mediche nonché le operazioni ad esse strettamente connesse, assicurate da enti di diritto pubblico oppure, a condizioni sociali analoghe a quelle vigenti per i me-



desimi, da istituti ospedalieri, centri medici e diagnostici e altri istituti della stessa natura debitamente riconosciuti». Tale disposizione include, evidentemente, anche le «prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche quali sono definite dallo stato membro interessato», esentate dalla successiva lettera c), allorché sono erogate, appunto, da ospedali e simili ed esulano, quindi, dalla previsione della predetta lettera c), riconoscendole esenti, ma solo alla condizione che siano rese da enti di diritto pubblico o a condizioni sociali analoghe. La modifica normativa in esame, sganciando le prestazioni mediche da quelle di ricovero e cura, parrebbe sostanzialmente aggirare detta condizione ed estendere indebitamente la portata dell'esenzione.

È da osservare, infine, che, per effetto dell'esenzione delle prestazioni in esame, le cliniche e case di cura registreranno una contrazione del prorata di detrazione, che potrà riflettersi sulla determinazione del prezzo dei servizi.

Estensione dell'aliquota del 10%. Le altre novità per il comparto sanitario introdotte dal dl derivano dalla sostituzione del n. 120) della tabella A, parte III, allegata al dpr 633/72, che assoggetta(va) all'aliquota ridotta del 10% le prestazioni alberghiere e le prestazioni di maggior comfort alberghiere rese a persone ricove-

rate in istituti sanitari. Il nuovo testo della disposizione, oltre alle prestazioni alberghiere, menziona ora:

- le prestazioni di ricovero e cura, comprese le prestazioni di maggior comfort alberghiere, non rientranti nelle esenzioni di cui ai nn. 18) e 19) dell'art. 10

- le prestazioni di alloggio rese agli accompagnatori dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie, convenzionate e non

- le prestazioni di maggior comfort alberghiere rese a persone ricoverate presso strutture sanitarie convenzionate.

In questo contesto, la novità di maggiore impatto consiste nell'assoggettamento all'aliquota ridotta delle prestazioni di ricovero e cura non rientranti nelle esenzioni di cui ai numeri 18) e 19) dell'articolo 10. Viene così più che dimezzata l'imposizione sulle prestazioni di ricovero e cura rese da soggetti non convenzionati, che divengono imponibili all'aliquota del 10% anziché del 22%.

La disposizione appare in linea con la normativa unionale, poiché l'allegato III alla direttiva Iva, sia nel testo attualmente applicabile che in quello modificato dalla direttiva 2022/542 con effetto dal 1° gennaio 2025, consente agli stati membri di assoggettare ad aliquota ridotta le prestazioni di cure mediche e odontoiatriche e trattamenti termali, nella misura in cui non siano esenti in virtù dell'art. 132, lettere b) e



c), della direttiva Iva.

È da osservare, peraltro, che questa previsione della direttiva accresce i dubbi espressi poc'anzi sulla compatibilità unionale dell'estensione del trattamento di esenzione alle prestazioni sanitarie rese dalle cliniche non convenzionate; il legislatore dell'Ue, infatti, consapevole che tali prestazioni non possono essere esentate, ha consentito di assoggettarle ad imposizione ridotta.

Le altre novità derivanti dal-

la riformulazione del n. 120) consistono:

- nell'assoggettamento all'aliquota ridotta del 10% delle prestazioni di alloggio rese agli accompagnatori dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie, convenzionate e non

- nell'esclusione dall'aliquota ridotta delle prestazioni di maggior comfort alberghiero rese ai pazienti ricoverati in strutture non convenzionate, che divengono quindi imponibili ad aliquota ordinaria, poiché la dispo-

sizione menziona ora solamente le prestazioni rese a persone ricoverate presso strutture convenzionate.

—© Riproduzione riservata—■

Le novità sull'Iva

Esenzione per le prestazioni sanitarie acquisite dalle case di cura non convenzionate e riaddebitate ai pazienti

Aliquota agevolata del 10% sulle prestazioni di ricovero e cura rese da soggetti non convenzionati

Esclusione dall'esterometro degli acquisti extraterritoriali di importo fino a 5.000 euro

Differimento dal 16 a 30 settembre del termine di presentazione della Lipe del secondo trimestre

Differimento alla fine del mese successivo al periodo di riferimento del termine per la presentazione dei modelli Intrastat

A decorrere dalle fatture emesse dal 2023, elevato da 250 a 5.000 euro l'importo entro il quale il versamento dell'imposta di bollo sulle fatture elettroniche può essere differito al trimestre successivo

Prorogato al 31 dicembre 2026 il meccanismo dell'inversione contabile su telefoni, pc, tablet, microprocessori, gas ed energia, quote di emissione, certificati verdi



LOTTA AL COVID

Arriva il vaccino «modificato» ma la sperimentazione è diventata un optional

DI GIANLUIGI PARAGONE

Quello che sta accadendo nel mondo di Big Pharma ormai sfugge a qualsiasi radar che abbia seriamente a che fare con la medicina e la scienza. L'errore più grossolano che è stato commesso all'inizio della fase vaccinale e che reiteriamo in maniera acritica attiene alla sovrapposizione - incauta a dir poco - tra le cure e gli interessi delle multinazionali che hanno gestito il grande affare dei vaccini, con profitti inversamente proporzionali alle responsabilità da reazioni avverse.

È di queste ore un'intervista rilasciata al *Financial Times* dal fondatore e amministratore delegato della BioNTech's, Ugur Sahin. Il senso è che il tempo stringe, le varianti incombono, i vaccini finora usati non generano protezione, quindi bisogna accelerare con sieri appositamente modificati. Anche a costo di bypassare i dati clinici e correre spediti verso le autorizzazioni alla commercializzazione. Insomma, siamo alle solite: creare o consolidare l'emergenza e poi far calare dall'alto la «soluzione miracolistica».

L'intervista è davvero un caso da studiare perché replica lo schema della prima campagna vaccinale contro il Covid, quella dove non si doveva perdere tempo contro un virus misterioso, quella dove i vaccini in fase sperimentale avrebbero salvato vite e evitato lo stop all'economia e avanti di questo passo senza che vi fosse alcun confronto di dati trasparente: l'emergenza incombeva. La comunità deve solo fidarsi, ciecamente, perché altrimenti le varianti prendono il sopravvento. Come evitare tutto questo dunque? Facendo prevalere l'utilità della soluzione rispetto alle lungaggini della sperimentazione. In sostanza, evidenzia il guru di BioNTech's, basterebbe un ritocco minimo con una modifica di alcuni aminoacidi nella proteina che combatte il Covid.

Ugur Sahin ovviamente parla al quotidiano della City in concomitanza con i report e gli incontri che la Food and Drug Administration americana sta avendo con le aziende farmaceutiche rispetto all'aumento dei contagi e alla psicosi montante sulle varianti. In poche parole, Big Pharma è pronta ad un'altra grande

abbuffata di profitto e si sta posizionando su chi arriva prima degli altri senza pagare dazio, non solo rispetto alla neutralizzazione delle responsabilità per le reazioni avverse ma anche circa la scarsissima efficacia delle terze e delle quarte dosi ancora oggi promosse dai governi.

Il dibattito sulla ennesima velocizzazione delle procedure di autorizzazione in nome dell'emergenza al momento stenta a decollare, soffocato dai timori della guerra e dal pallottoliere dei contagi. In Italia il governo balla sulle mascherine e pensa di riproporre la carta green pass per autorizzare al lavoro, e non dà risposte alle domande sempre più diffuse: perché tra i vaccinati aumentano gli infettati? Perché nessuno ha parlato della scarsa efficacia dei vaccini rispetto alle varianti? Perché non si affrontano, carte alla mano, le reazioni avverse causate dalle vaccinazioni? Nei giorni scorsi intervistato da Panorama il dottor Galli, riferendosi al proprio caso personale, ha posto il dubbio su come il suo corpo stava reagendo al contagio da omicron preso dopo la terza dose: perché non si discute del monito lanciato? Così come non c'è una presa di posizione rispetto all'aumento delle dilazioni dei richiami a seguito della esposizione di cartelle mediche che raccontano di danni da vaccino. Va sempre tutto bene? Non credo, tant'è che i richiami ormai vanno a rilento. Tutti no vax?

A settembre la campagna di Speranza e soci ripartirà. Ancora una volta nell'arroganza di chi nega la trasparenza dei dati e imporrà leggi per lo meno assai discutibili, che stavolta provocheranno grandi ribellioni. Alla luce di tutto questo la decisione della Consulta sulla conformità dell'obbligo vaccinale sarà un grande momento di maturità del diritto rispetto all'emergenza perenne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dopo oltre due anni di Covid-19 salute degli italiani più precaria

Secondo il rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni

Dopo oltre due anni di pandemia, la salute degli italiani appare sempre più precaria: hanno giocato un ruolo chiave nell'indebolirla diversi fattori, da un lato il fatto che ci si è recati meno alle visite di controllo e specialistiche, dall'altro il peggioramento, per molti versi, degli stili di vita degli italiani 'sopraffatti' dalla pandemia: per esempio dal 2019 al 2020 si è assistito a 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. L'emergenza Covid-19 ha avuto un impatto molto forte sulle strutture sanitarie, il rischio del contagio, il rinvio delle attività chirurgiche programmate e di quelle ambulatoriali, la riorganizzazione delle strutture di assistenza e la riallocazione del personale, nonché l'assorbimento pressoché totale delle risorse territoriali nella lotta alla pandemia hanno determinato una riduzione della presa in carico e della continuità assistenziale per i pazienti con patologie acute e croniche, con conseguenze in termini di salute ancora poco conosciute e quantificabili, ma i cui effetti si paleseranno sulla società e sui servizi sanitari probabilmente

nei prossimi anni. I dati parlano chiaro, si sono ridotte le visite specialistiche, infatti, 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, ammontando a circa 17 milioni e 700 mila. Sempre nel 2019, sono state erogate circa 32 milioni e 700 mila visite di controllo. Nel 2020, anche le visite di controllo sono diminuite di circa un terzo, ammontando a circa 22 milioni e 500 mila. È quanto emerge dal 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, frutto del lavoro di 240 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Istat.

FABRIZIA MASELLI



Il commento

Ma la scienza non predice il futuro

di **Roberto Burioni**

l'immunologia e più in generale la
scienza hanno acquisito
un'importanza estrema.

● a pagina 25

Stiamo vivendo tempi molto difficili dal punto di vista emotivo: dal marzo del 2020 la nostra salute è stata minacciata in una maniera senza precedenti da un nuovo agente infettivo e di colpo la virologia, l'epidemiologia,

Propaganda e pandemia

Ma la scienza non predice il futuro

di **Roberto Burioni**

Stiamo vivendo tempi molto difficili dal punto di vista emotivo: dal marzo del 2020 la nostra salute è stata minacciata in una maniera senza precedenti da un nuovo agente infettivo e di colpo la virologia, l'epidemiologia, l'immunologia e più in generale la scienza hanno acquisito un'importanza estrema perché dal loro responso dipendeva, letteralmente, la nostra vita e la qualità dei nostri giorni. Però la scienza è metodo, osservazione di dati, rigorosa significatività statistica: in altre parole cose per nulla semplici che richiedono tempo. Se oggi – per esempio – descriviamo una nuova variante la notizia apparirà immediatamente ma per capire la pericolosità del nuovo virus ci vorranno almeno alcune settimane. Comprensibilmente la gente, che vede il proprio futuro, i propri interessi e soprattutto la salute propria e dei propri cari messa in pericolo vorrebbe avere subito maggiori informazioni, ma queste informazioni subito non ci sono. Il massimo che si può fare è una previsione ragionata, ma anche la più ragionata delle previsioni, in una situazione completamente nuova come quella in cui ci troviamo, può risultare completamente sbagliata. Un caso esemplificativo è quello che è successo qualche mese fa quando è stato segnalato nel Regno Unito un apparente eccesso di casi di epatite molto gravi – alcuni tanto gravi da richiedere il trapianto – in bambini. Gli elementi per provocare panico c'erano tutti: la malattia gravissima, la causa sconosciuta, il rischio notevole per i più piccoli. Sono cominciati i titoloni nei giornali e allo stesso tempo le ipotesi. È stato tirato in ballo un virus chiamato "adenovirus 41" (virus



conosciuto da tanti anni, che mai ha causato epatite), molti hanno ipotizzato un legame con Covid 19 (legame ipotetico), per fortuna siccome nessuno dei bambini che si erano ammalati era vaccinato ci è stata risparmiata l'altrimenti inevitabile speculazione contro la vaccinazione dei soliti No Vax. Alcuni hanno lanciato grida di allarme, altri hanno dato per sicura una causa che era tutta da dimostrare, altri ancora hanno pronosticato scenari terribili che hanno spaventato i genitori. Altri – e tra questi c'era chi vi scrive – vi hanno invece detto che era presto per trarre conclusioni e che bisognava fare quello che fanno i giocatori di biliardo davanti a un tiro particolarmente impegnativo: calma e gesso. Per capire cosa stava succedendo bisognava prima di tutto non farsi prendere da un panico ingiustificato e bisognava – questo è il “gesso” applicato sulla punta della stecca – continuare a osservare e a studiare con rigore il fenomeno. Non abbiamo ancora risposte definitive, ma nei giorni scorsi è uscito un articolo scientifico estremamente interessante che ha tentato di fare chiarezza su un punto fondamentale: questo aumento delle epatiti nei bambini c'è stato o no? Per dare una risposta a questa domanda dei ricercatori hanno paragonato quello che è successo nei bambini da zero a 9 anni negli Usa nel periodo ottobre 2021-marzo 2022 (il periodo delle epatiti in Regno Unito) con quello che è successo negli stessi mesi degli anni 2017, 2018 e 2019. Il risultato è stato molto chiaro. Il numero di visite in pronto soccorso di bambini fino ai 9 anni è risultato invariato nel tempo, così come il numero dei ricoveri dovuti a epatiti. Non vi stupirà a questo punto sapere che anche il numero di trapianti di fegato in bambini sotto i 9 anni non è cambiato da

un anno all'altro. I ricercatori sono anche andati a contare quante volte il famigerato adenovirus 41 era stato isolato: anche in questo caso, nessun aumento tra gli anni scorsi e il periodo più recente. Insomma, la questione non è conclusa, ma questi dati sono molto tranquillizzanti e suggeriscono in maniera molto convincente che, quantomeno negli Usa, questo aumento di epatiti nei bambini non c'è stato. Certo, la situazione è lontana dall'essere chiarita in maniera definitiva e dobbiamo ovviamente continuare a osservare con attenzione l'andamento dei casi perché quello che non è successo negli Usa potrebbe essere successo altrove, ma questi dati ci permettono di tirare un sospiro di sollievo. Detto questo, dovremmo trarre da questa esperienza un insegnamento molto importante. La scienza non ha tra i suoi compiti quello di predire il futuro. La scienza è osservazione rigorosa dei fenomeni, analisi puntuale dei dati, interpretazione il più possibile imparziale e attenta della realtà. Per fare tutto questo ci vuole del tempo. Dobbiamo accettare che non tutte le nostre domande possono avere una risposta immediata e precisa. Detto questo, la scelta è tra attendere risposte circostanziate e basate sui dati (come queste che vi ho appena esposto) oppure abbandonarsi a previsioni che come unico effetto certo hanno quello di garantire visibilità a chi le diffonde, e magari vi tolgono il sonno per la preoccupazione che i vostri bambini possano essere in pericolo a causa di una epidemia di epatite che non c'è.



L'idea Arriva la super bio-stampante 3D: riproduce tessuti compatibili con l'uomo

Si chiama Electros spider, la prima stampante 3D che usa come materiali cellule, hydrogel e biopolimeri, per realizzare costrutti tridimensionali che mimano la complessità e le funzioni dei tessuti dell'organismo umano e animale.

LA RICERCA

«L'idea è il risultato di un incontro tra la ricerca del centro E. Piaggio dell'Università di Pisa ed il gruppo SolidWorld, che insieme hanno dato vita alla startup Bio3DPrinting - spiega Roberto Rizzo, fondatore di SolidWorld Group - con una stampante pronta a rivoluzionare il settore medicale». La biostampa in 3D su tessuti umani, infatti, costituisce un'evoluzione epocale nei campi della medici-

na rigenerativa, della ricerca farmacologica, cosmetica e nei processi di testing e produzione di farmaci.

«In ambito biomedico - spiega Rizzo - l'obiettivo a lungo termine è di ricostruire organi

e tessuti da trapianto, partendo dalle cellule del paziente stesso, in modo da ridurre i tempi di ospedalizzazione e i rischi di rigetto, eliminando i tempi di attesa per un donatore compatibile. Al momento possiamo realizzare strutture di tessuto o pezzi di organo molto più piccoli, che replicano le funzionalità umane e ci consentono di testare la terapia, in particolare oncologica, personalizzarla sul paziente e ottimizzarla per aumentarne l'efficacia e ridurre gli effetti collaterali negativi».

PELLE PER LA MODA

Electros spider, inoltre, nel settore farmacologico e cosmetico, replicando i tessuti consente di testare farmaci e prodotti non più sull'animale, rendendoli sicuri per l'uomo, mentre nel settore moda, sarà possibile produrre pelle per borse e scarpe partendo dalla biopsia di un animale, ad esempio un bovino, senza la necessità di sacrificarlo.

P.T.



La nuova stampante 3D Electros spider. A destra, Roberto Rizzo, fondatore di SolidWorld Group



Le parole del futuro

Eros Pasero, professore di elettronica al Politecnico di Torino, è a capo del team che utilizza l'intelligenza artificiale per riconoscere le malattie cardiache: «Riusciamo a capire chi rischia una patologia mortale»

«Problemi al cuore, per la prevenzione ora c'è l'algoritmo»

Riuscire a capire da un elettrocardiogramma l'aspettativa di vita di un paziente quando è stata diagnosticata la rara sindrome cardiaca di Brugada, utilizzando l'intelligenza Artificiale. Questa sindrome è un disturbo dell'attività elettrica del cuore che può provocare episodi di aritmia ventricolare anche letali, ed è nota per essere una delle principali cause di morte cardiaca improvvisa e, purtroppo, non prevedibile. Soprattutto persone giovani muoiono senza nessuna sintomatologia particolare. L'obiettivo del gruppo di ricerca del Politecnico di Torino, coordinato da Eros Pasero, docente del Dipartimento di Elettronica e Telecomunicazioni, è mettere a disposizione dei cardiologi gli strumenti dell'Intelligenza artificiale (Ia) per estrarre informazioni nascoste negli elettrocardiogrammi.

L'Ia è la nuova frontiera tecnologica in molti campi, in medicina sta assumendo un ruolo di grande valore. Perché?

«Il ruolo dell'IA è quello di vedere cose che non si vedono. La nostra cultura ci porta a ragionare su ciò che facciamo, ma alle volte l'informazione è all'interno dell'informazione stessa, quindi il successo dell'applicazione dell'IA in medicina, nel nostro caso, è di riuscire a fare diagnosi e scovare patologie all'interno di dati sommersi».

Come nasce la collaborazione

tra un gruppo di ricercatori in elettronica del Politecnico di Torino ed i cardiologi?

«Nel 2015, ho inventato il primo elettrocardiografo da polso, quando ancora non c'era l'Apple Watch, ma purtroppo l'università non è stata in grado di trasferire questa tecnologia all'industria italiana, altrimenti saremmo arrivati prima di Apple. Però ora abbiamo trovato un partner italiano e faremo un elettrocardiografo da polso. Questo per dirle che da molti anni, il mio gruppo di ricerca ha interesse nelle applicazioni in ambito cardiologico. Il professore Fiorenzo Gaita, un aritmologo di fama internazionale, stava cercando un esperto di Ia perché voleva trovare delle incognite nelle diagnosi di pazienti affetti dalla sindrome di Brugada, che muoiono all'improvviso senza spiegazioni. Venne fatto il mio nome, così è iniziato il progetto».

Che prevede anche una partnership con Israele. Di che tipo?

«C'era un progetto di scambio culturale tra Italia ed Israele, ed abbiamo chiesto di collaborare con l'università di Tel Aviv, perché sono all'avanguardia nella tecnologia nel settore elettronico per ovvi motivi militari e hanno un'ottima reputazione anche nel settore medico».

Come lavorerà l'IA che avete sviluppato?

«La sindrome di Brugada è anco-

ra poco conosciuta, ci sono poche migliaia di casi e raramente è mortale, quindi il primo passaggio è riuscire a capire dall'analisi di un elettrocardiogramma quando un paziente ne è affetto, ed interpretare se in quei dati si nascondono sintomi forieri di una prossima mortalità. Infatti, se la sindrome è scoperta in tempo, si può intervenire con l'ablazione o impiantando un defibrillatore; l'Ia che abbiamo già sviluppato ha esaminato i dati contenuti nell'elettrocardiogramma di persone decedute, riscontrando delle

similitudini nei 40 casi di pazienti deceduti, con una percentuale di successo del 100%. Il problema è che i casi documentati con elettrocardiogrammi archiviati sono molto pochi, quindi è difficile sperimentare l'IA su più casi».



In assenza di dati sufficienti, cosa pensate di fare?

«Se le persone credono nella nostra innovazione, si potrà comunque applicare sul paziente con la sindrome, a cui daremo

un'opportunità gratuita di diagnosi precoce».

E come applicherete la vostra "invenzione" sugli elettrocardiografi tradizionali?

«Vorremmo aggiungere un dispositivo esterno con l'algoritmo che abbiamo elaborato sul device attualmente in uso, oppure, dove possibile, effettuare un upgrade software sulle macchine usate per l'elettrocardiogramma. Una volta identificata la sindrome, il secondo passaggio è far elaborare i dati ad una seconda Ia che possa stabilire una percentuale di mortalità su base temporale».

E come è in grado di predire la mortalità?

«Allo stato attuale la nostra intelligenza artificiale, addestrata sulla base dei dati disponibili, è in grado di dirci se il paziente affetto dalla sindrome è a rischio morte oppure no. Insieme agli scienziati dell'Università di Tel Aviv stiamo ulteriormente addestrandolo il sistema neurale affinché si possa stabilire con un certo grado di certezza oltre alla mortalità della patologia, l'arco temporale, in modo da poter comunicare al paziente di sottoporsi all'intervento entro un periodo di tempo massimo. Il problema è la mancanza di dati che rende difficile questa ricerca, perché la sindrome di Brugada è stata ampiamente sottovalutata, solo ora se ne è compresa l'importanza».

Lei è un esperto di IA. In che direzione sta andando?

«Le reti neurali sono nate nel 1942 quando due biologi scoprirono il modello elementare del neurone e delle sinapsi, mentre l'ia nasce in America quando un gruppo di scienziati ha creato gli algoritmi con l'obiettivo di simu-

lare il cervello umano. Questa è un'illusione, però sei anni fa ci fu una rivoluzione importante, quando tre scienziati americani non si occuparono più di replicare il funzionamento del cervello umano, ma solo delle sue parti, le cosiddette reti neurali profonde; questo è l'approccio giusto, meno presuntuoso, ma più orientato all'industria. Mi è venuta in mente una cosa, che può far sorridere, ma rende l'idea di quanto questi device di Ia possano salvarci la vita».

Prego, dica pure.

«Stavo facendo lezione ed indossavo l'elettrocardiografo di mia invenzione per mostrare agli studenti il funzionamento proiettando sullo schermo i valori del mio cuore; ho detto, vedete questo è un tipico caso di fibrillazione atriale, poi mi fermo un attimo. E mi son detto, ma ce l'ho io al polso, così sono andato in ospedale per fare degli accertamenti».

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«ESAMINANDO I DATI DELLE PULSAZIONI VERIFICHIAMO QUANDO UN PAZIENTE È AFFETTO DALLA RARA SINDROME DI BRUGADA»

I NUMERI

24

in mesi, la durata del progetto finanziato dal Ministero degli Affari Esteri

300

in migliaia di euro, i fondi alla ricerca che prevede collaborazione con Tel Aviv

100%

percentuale di successo dei casi analizzati dall'Ia del Politecnico di Torino

40

i casi di pazienti deceduti di cui è stato preso in esame l'elettrocardiogramma

1942

l'anno dell'articolo di Warren McCulloch e Walter Pitts sulle reti neurali

«UNA VOLTA STAVO FACENDO LEZIONE CON L'ELETTROCARDIOGRAFO DI MIA INVENZIONE, CHE MI AVVISÒ DI AVERE UNA FIBRILLAZIONE»



Eros Pasero, 67 anni, docente al Politecnico di Torino, studia l'intelligenza artificiale applicata alla medicina



Il rapporto speciale fra madre e bambino passa dall'abbraccio

Le reazioni neuropsicologiche viaggiano nelle due direzioni
Lo sviluppo della personalità è legato all'affetto ricevuto

LA RICERCA PUBBLICATA NEGLI STATI UNITI

Federico Mereta

I loro cuori battono all'unisono. Il ritmo guida arriva dalla mamma, poi il bambino adatta la propria frequenza cardiaca a quella materna. Senza farmaci. La "terapia" se così vogliamo chiamarla, si chiama amore. E si somministra con un caldo abbraccio. Così quando il piccolo appare angosciato, basta davvero poco per farlo sentire di nuovo bene. È sufficiente il contatto con la mamma per indurre una serie di reazioni neuropsicologiche davvero affascinanti.

A dimostrare questa realtà e il valore del contatto e della parola è una ricerca originale pubblicata su *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. Lo studio dimostra anche che se la mamma attraversa un momento non particolarmente gioioso dopo la gravidanza, insomma soffre di quella che viene definita depressione post-partum, la trasmissione dei segnali viaggia in senso opposto. In questo caso infatti sarebbe il piccolo a "guidare" le sensazioni, con la mamma che, specie se seguita a dovere, tende ad uniformare le reazioni allo stato d'animo del

bimbo. La ricerca, coordinata da John Krzeczowski, del Dipartimento di Psicologia presso l'Università Mc Master e in collaborazione con il LaMarsh Center for Child and Youth Research, ha preso in esame coppie "madre-figlio" sia perfettamente sane sia con le donne che hanno avuto una diagnosi di depressione post-partum, proprio per valutare se le condizioni emotive della donna che ha partorito da poco potessero "modificare" il flusso impercettibile di informazioni che lega le due persone.

La ricerca ha preso in esame tre diversi momenti d'interazione tra madre e piccolo. In una si riproducevano i giochi, le parole, i canti, nell'altra le madri erano costrette ad avere un viso impassibile e senza emozioni, con una sorta di "distacco" dal piccolo. Nella terza c'era il ricongiungimento, con le mamme impegnate ad essere nuovamente prossime fisicamente e psicologicamente al bebè. Controllando le reazioni attraverso test sulla frequenza cardiaca e sul respiro, per valutare la condizione emotiva, si è visto che i segnali passavano tra madre e bambino appena si recuperava la vicinanza fisica e psicologica.

Lo studio ha preso in esame anche madri con un quadro di depressione post-partum e si è

visto che in questi casi prima era il bimbo a lanciare i segnali che progressivamente "adattavano" ritmo del cuore e respirazione anche nella mamma, ma si è notato anche che, dopo un periodo di trattamento con terapia cognitivo-comportamentale, la situazione in questi invisibili "flussi" di messaggi tendeva a tornare alla normalità, con la madre che "guidava" sul fronte delle emozioni il piccolo. Insomma: anche se non si

può dimostrare, quando un bambino è angosciato, sua madre ha il potere unico di calmare il bambino con poco più di un abbraccio amorevole e alcune parole tenere.

E aiutarla se presenta quadri di umore cupo dopo la gravidanza può essere utile per rinsaldare questo rapporto del tutto speciale.

La scienza, insomma, presenta in chiave davvero interessante la magia che si sprigiona in un abbraccio tra madre e figlio, facendo ipotizzare anche un possibile approccio per aiutare le donne a superare le difficoltà psicologiche che in qualche modo possono segui-



IL SECOLO XIX

re il parto. «Siamo davanti ad un'elegante dimostrazione sperimentale delle basi psicofisiologiche di quel cruciale fenomeno psicologico teorizzato negli anni Settanta del Novecento da John Bowlby come "attaccamento infantile"» spiega Gianluca Ficca, psichiatra e psicoterapeuta, Ordinario di Psicologia Generale al Dipartimento di Psicologia - Università della Campania Luigi Vanvitelli «Secondo questa prospettiva, la formazione e lo sviluppo di una personalità sana nell'individuo dipendono in gran parte dall'aver ricevuto

dalla madre e dalle figure che lo accudiscono affetto e cure in modo sicuro, caldo e prevedibile. In questo scenario, le emozioni materne sono determinanti, ed è questo il motivo per cui nella clinica è da tempo ben noto quanto perniciose per l'attaccamento siano delle situazioni emotive materne come quelle che si provano nei lutti gravi e nelle depressioni. Ciò che oggi sta diventando sempre più chiaro grazie ai contributi della psicofisiologia e della neuropsicologia è che sono gli scambi corporei, e

le variabili fisiologiche in essi implicate, l'elemento che media e modula la trasmissione di tali emozioni». —

Per saperne di più

1

La depressione post-partum: come si scopre?

La depressione post partum, secondo le statistiche, può arrivare a colpire circa il 10-15 per cento delle donne in gravidanza, indipendentemente dallo stato sociale e dalle condizioni economiche. Il problema è che, a fronte di terapie di vario tipo che possono aiutare la neo-mamma, solo in meno di un caso su due si arriva a riconoscere e diagnosticare la patologia, che peraltro, spesso comincia a dare segni della sua presenza già prima della fine della gravidanza

2

Come si manifesta?

La depressione post-partum si manifesta quando la donna presenta per almeno due settimane umore depresso, mancanza di piacere e interesse nelle abituali attività e almeno cinque di questi sintomi: disturbi del sonno e/o dell'appetito, iperattività motoria o blocco quasi completo dei movimenti, faticabilità o mancanza di energia, sensi di colpa, bassa autostima, sentimenti di impotenza, ridotta capacità di pensare o concentrarsi

3

A cosa fare attenzione in gravidanza?

Il percorso per identificare eventuali problemi psicologici parte già durante la gravidanza, con stati d'ansia. Queste condizioni aumentano progressivamente con il crescere della pancia e se sono presenti intorno alla trentaduesima settimana possono indicare un maggior rischio di depressione. Oltre a predisporre alla depressione post-partum possono anche indurre il ricorso al fumo, all'alcol e all'impiego di sostanze psicoattive (che agiscono sul cervello)

4

Come si può affrontare l'ansia in gravidanza?

L'ansia leggera può essere controllata con interventi di rilassamento muscolare, tecniche di controllo del corpo e del respiro con interventi preventivi sul decorso e sulla tutela del sonno in gravidanza e nel puerperio, o un approccio di psicoterapia mirato, sia individuale che di coppia. Diversa è invece la depressione in gravidanza che si manifesta con umore profondamente triste o irritabile, stanchezza e agitazione, sensazione di inadeguatezza con mancanza di fiducia in sé stesse, perdita di interesse o di piacere nelle comuni attività



L'EGO - HUB



Nella Capitale 3.109 casi

Lazio, tasso dei positivi al 25,8%

La curva della pandemia continua a innalzarsi, seguendo l'andamento preoccupante dell'ultima settimana. Nel Lazio, su 3.056 tamponi molecolari e 15.570 tamponi antigenici per un totale di 18.626 tamponi, si sono registrati nelle ultime 24 ore 4.807 nuovi casi positivi (-50 rispetto al giorno precedente) e un decesso, sono 493 i ricoverati nei reparti ordinati (-tre) e 43 quelli nelle terapie intensive (uno in più) mentre sono 2.080 i guariti. Il rapporto tra positivi e tamponi è salito al 25,8%. I casi a Roma città sono hanno toccato quota 3.109.



IL COVID: CAUDA (GEMELLI)**«Il forte aumento di casi anche per concerti e feste e il ritorno dei turisti»**

«È innegabile che ci sia un aumento dei casi Covid. Ce lo aspettavamo in autunno, sta accadendo ora»: l'infettivologo del Policlinico Gemelli, Roberto Cauda, analizza l'attuale situazione epidemiologica nel Lazio. «Nella nostra regione c'è Roma - prosegue - e da qualche tempo sono tornati i turisti. La gente ha ripreso a viaggiare e a uscire. Concerti, feste e occasioni di aggregazioni sono fonte di rischio. Ma qualcosa lo abbiamo imparato in questi due anni: contagi zero è un obiettivo irrealizzabile

e non si può continuare con le chiusure preventive. Le reinfezioni ci hanno posto davanti al fenomeno dell'immuno-evasione».

a pagina **4 Salvatori**

«Tanti turisti e feste in piazza... ma è impossibile contagi zero»

Cauda (Gemelli): in futuro periodiche ondate di cui non conosciamo l'entità

«La risalita dei casi di Covid-19, nel Lazio come d'altre regioni nel resto d'Italia, c'è ed è innegabile - ammette Roberto Cauda, direttore di Malattie infettive del Policlinico Gemelli di Roma -. L'aumento che era previsto nel prossimo autunno è stato invece anticipato all'estate. E questo ci ha un po' spiazzato».

Ma quali sono le cause di questo incremento inatteso?

«Nel Lazio c'è Roma e in questo periodo è ripreso un grande flusso di turisti nella Capitale. E poi dopo due anni difficili, alle prese con la pandemia, la gente ha ripreso a uscire e ha ricominciato a viaggiare. Ma questo è un momento diverso da quelli precedenti».

Perché? In cosa è diverso?

«Perché ormai sulla pandemia da Covid-19 abbiamo capito diverse cose. Primo: "contagi zero" è un obiettivo impossibile. Secondo: non si può continuare con misure drasti-

che e chiusure preventive. Terzo: l'alto tasso di vaccinati dà la percezione che ci si ammali di forme meno gravi, simili alle virosi più comuni. Anche se soggetti fragili continuano ad avere sintomi forti, polmoniti, e anche se i decessi continuano a esserci. Ma oggi le persone hanno meno paura e la tendenza è ad allentare le misure di sicurezza».

I grandi concerti che si stanno tenendo a Roma o altre manifestazioni e ritrovi, come per esempio quello per la vittoria della Roma, possono in qualche modo incidere su questi dati?

«Quelli sono fattori di rischio, senza dubbio, ma l'incremento dei casi è precedente e risale a oltre due settimane fa. Ciò che invece incide sono le reinfezioni, che sono circa il 7%. Con l'arrivo delle nuove varianti ci troviamo di fronte a un fenomeno di immuno-evasione per quei soggetti che sono guariti. Diverso il discorso per

chi ha fatto terza e quarta dose di vaccino: per loro la protezione sembra essere più alta».

In autunno quindi quarta dose per tutti?

«Più corretto chiamarlo richiamo su base annuale. E magari con i vaccini bivalenti che dovrebbero arrivare presto, ovvero quelli con il virus originario di Wuhan più Omicron. Dobbiamo tendere verso l'endemia del virus e la convivenza, anche se con riacutizzarsi ciclici».

Quindi il Covid non sparirà mai?

«Questo non si può dire. Nella fase attuale dobbiamo basarci su evidenze scientifiche. E quello che sappiamo è che in questa fase, con le varianti, l'immunità di gregge è impossibile e che ci saranno



periodiche riaccensioni, di cui però non possiamo conoscere l'entità».

Siamo già al limite della capienza ospedaliera?

«L'esperienza del Portogallo, che ci è passato prima dell'Italia, parla di un numero di ricoveri più basso rispetto allo scorso dicembre. Da noi siamo all'inizio di questa ondata ma speriamo vada nello stesso modo».

Fortunatamente oggi ci sono le cure.

«Oggi abbiamo i medicinali antivirali e gli anticorpi monoclonali. Ma credo che il loro utilizzo vada ampliato e le terapie vadano intensificate nei primi cinque giorni dal contagio. Questo consentirà di evitare che il virus possa colpire in modo grave».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In questa fase, con le varianti, l'immunità di gregge è impossibile: siamo all'inizio di questa ondata. Speriamo vada come in Portogallo



Non si può continuare con misure drastiche e chiusure preventive: la tendenza oggi è ad allentare le misure di sicurezza

Fontana di Trevi



Anche ieri i turisti affollavano Fontana di Trevi (foto Stefanelli/LaPresse)

Colosseo



I festeggiamenti per la vittoria della Roma in Conference League

