



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**01 LUGLIO 2022**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## “Ti abbiamo a cuore”, consegnati dalla Seus 301 defibrillatori in Sicilia

*L'ultimo del progetto, coordinato dall'assessorato regionale della Salute, è andato al Comune di Castrolibero (AG). Il presidente ff Pietro Marchetta: «L'obiettivo raggiunto è la diffusione delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare».*

1 Luglio 2022 - di [Redazione](#)

L'ultimo del progetto è stato consegnato al Comune di **Castrolibero** in provincia di Agrigento: sono in tutto 301 i **defibrillatori** collocati in altrettanti luoghi pubblici della Sicilia grazie all'iniziativa “**Ti abbiamo a cuore**”, coordinata dall'assessorato regionale della Salute e gestita ed attuata dalla Seus, la società partecipata della Regione cabbogestore del 118 in Sicilia. A margine della consegna al sindaco Franco Badalamenti, il presidente ff della Seus, **Pietro Marchetta**, ha sottolineato: «L'obiettivo raggiunto dal progetto è la diffusione delle **tecniche di rianimazione cardiopolmonare** in aree di aggregazione cittadina, di grande frequentazione e afflusso turistico e in luoghi isolati e zone disagiate. La Seus, in sinergia con l'assessorato regionale alla Salute, conferma la propria mission aziendale: i defibrillatori, infatti, possono **salvare la vita**, così come fanno quotidianamente tutti gli operatori dell'emergenza-urgenza siciliana di cui siamo orgogliosi». **Oltre alla distribuzione dei 301 Dae** (148 esterni con teca e 153 interni con borsa da trasporto) c'è la formazione del personale: in genere 5 soggetti per ogni defibrillatore posizionato, ma con variabilità da caso a caso, al fine di poter disporre di almeno un operatore formato nella maggior parte del tempo nel quale il Dae è disponibile per un elevato numero di persone.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

I defibrillatori sono stati consegnati in tutte e 9 le province siciliane: **Agrigento** (39), **Caltanissetta** (21), **Catania** (37), **Enna** (18), **Messina** (59), **Palermo** (76), **Ragusa** (13), **Siracusa** (16) e **Trapani** (22). Quasi la metà, cioè 150, sono andati ad Amministrazioni Comunali sul cui territorio non c'è una postazione del 118. Altri 44 sono stati consegnati a scuole e Università, 18 a case circondariali, 17 a parchi archeologici e teatri, 17 a farmacie, 16 alla Protezione Civile e alle Forze dell'Ordine, 15 alle isole minori, 15 ai Dipartimenti della Regione, 7 ad altri enti e 2 al settore dei trasporti. L'Assessorato regionale della Salute- Servizio della Formazione del Dipartimento Assistenza Sanitaria ed Osservatorio Epidemiologico (DASOE), insieme alle Centrali operative del 118 si è adoperato ad elaborare i programmi formativi, il materiale didattico e ha individuato docenti e sedi degli eventi.

È stato realizzato il portale del **Registro Regionale dei defibrillatori** ([www.daesicilia.it](http://www.daesicilia.it)) per consentire la gestione dell'archivio dei DAE (dati identificativi, collaudi e scadenze, allocazione, interventi effettuati) e dell'anagrafica di Operatori DAE. Il Sistema prevede la georeferenziazione dei dispositivi, consentendo agli Operatori delle **Centrali Operative del 118** l'individuazione della collocazione dei DAE più prossimi al luogo dell'intervento. Il portale è stato sviluppato dall'Asp di Ragusa e chiunque abbia un DAE può registrarlo. Il riferimento normativo regionale in materia è contenuto nelle linee guida della Regione Siciliana pubblicate nella *GURS 56/2016*.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA .it

PANDEMIA

## Covid in Sicilia, estate anomala: contagi e ricoveri in aumento, cosa è cambiato rispetto a un anno fa

di Luca La Mantia — 01 Luglio 2022



Il confronto con il 30 giugno del 2021 è impietoso. E sottintende un dato: l'impennata di contagi Covid registrata all'inizio di questa estate non ha precedenti. È un'anomalia. Un anno fa esatto la Sicilia abbandonava le restrizioni che avevano segnato il periodo precedente con un'ordinanza del presidente della Regione, Nello Musumeci, che revocava le ultime due zone rosse: Santa Caterina Villarmosa, nel Nisseno, e Valguarnera Caropepe, in provincia di Enna. **Tutta la Sicilia tornava in zona bianca, libera di affrontare l'estate con la speranza di essersi messa alle spalle il periodo più buio.** Il bollettino del 30 giugno 2021 registrava appena 142 nuovi casi Covid individuati su 15.381 tamponi analizzati. Il tasso di positività si attestava allo 0,9%. **Un anno dopo (bollettino di ieri, 30 giugno 2022) solo a Palermo i nuovi contagi sono stati più di duemila, in Sicilia 6.723 con un indice di positività schizzato al 25%.**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

C'è da dire che rispetto a un anno fa è molto cambiato il nostro rapporto col virus, con cui ormai da separati in casa si cerca la forzata convivenza, che l'occupazione delle terapie intensive (nonostante la crescita esponenziale dei contagi) è tutto sommato in linea con lo scorso anno. Ma il confronto tra i dati di un anno fa (quando si veniva fuori da un periodo di restrizioni) con i dati di oggi (quando invece obbligo di mascherina e divieti sono un lontano ricordo) fa emergere in tutta la sua brutalità quanto il virus sia ancora prepotentemente tra noi. E lo dimostrano anche i numeri che arrivano dagli ospedali. **Dopo settimane in cui l'occupazione delle terapie intensive è rimasta ancorata al 3%, da ieri in Sicilia il dato è salito al 4%**, secondo il report di Agenas, l'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali. Un aumento lieve, senza dubbio, ma è comunque un campanello d'allarme. Che si affianca al numero dei ricoveri nei reparti ordinari: in Sicilia da 3 giorni è al 21% (valore che in Italia è battuto solo dall'Umbria con il 24%) contro il 10% circa della media nazionale e contro il 5% circa di un anno fa. Sono numeri che hanno spinto il commissario straordinario per l'emergenza Covid a Catania, Pino Liberti, a dire di tenere alta l'attenzione per vedere se gli ospedali continuano a reggere o se sarà il caso di riaprire nuovi reparti destinati al Covid, soprattutto in provincia di Palermo che è quella col maggior numero di contagi e di ricoverati. Lo stesso Liberti ha sottolineato che un tale aumento di casi nelle estati scorse non si era mai verificato. **Insomma, il Covid che dilaga a tal punto tra giugno e luglio è un caso anomalo, ma è figlio dell'addio alle restrizioni e dell'alta contagiosità di omicron 5.** Ecco perché adesso dagli esperti arriva l'appello a utilizzare sempre la mascherina al chiuso. Le prime contromisure sono state già prese: nei giorni scorsi, per esempio, un reparto di medicina interna con 30 posti all'ospedale Civico di Palermo è stato convertito per accogliere i nuovi pazienti positivi che hanno problemi respiratori. E adesso anche all'ospedale "Vittorio Emanuele II" di Castelvetro c'è un reparto, in locali che erano in disuso, per accogliere positivi asintomatici, ovvero pazienti che hanno il Covid, ma principalmente sono in ospedale per altri motivi.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Intanto, dal monitoraggio settimanale di Iss e ministero della Salute sull'andamento dell'epidemia di Covid-19, anche stavolta, come sette giorni fa, nessuna regione è classificata a rischio basso, mentre crescono ancora l'indice di trasmissibilità e l'incidenza dei casi Covid. Nel periodo 7-20 giugno, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,30, in aumento rispetto all'1,07 della settimana precedente ed oltre la soglia epidemica. Balzo dell'incidenza settimanale a livello nazionale: 763 ogni 100.000 abitanti per il periodo 24-30 giugno contro il precedente dato di 504 ogni 100mila (17-23 giugno).

Cresce anche l'incidenza dei casi di Covid che sale sopra i 700 per 100mila abitanti in 13 regioni (8 la scorsa settimana). I valori più alti (oltre 900) si registrano nel Lazio, in Sardegna e in Veneto. **La Sicilia è tra le regioni sorvegliate speciali con 772,6 casi**, insieme a Campania (872,1), Abruzzo (870,4), Emilia Romagna (772,9), Friuli Venezia Giulia (762,4), Marche (744,1), Molise (727,4), Puglia (788,4), Toscana (716,3) e Umbria (898,7).





Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA **.it**

## Parodontite, potrebbe pure aumentare il rischio tumore bocca

01 Luglio 2022



(ANSA) - ROMA, 01 LUG - La parodontite, malattia gengivale e più in generale dei tessuti di supporto dei denti e principale causa di perdita dentale nell'adulto, se non ben curata potrebbe anche aumentare il rischio di sviluppare un cancro della bocca, indipendentemente da altri fattori noti per essere collegati al tumore orale, come ad esempio il tabacco, l'abuso di alcolici, l'infezione da papillomavirus. Lo rivela una ricerca pubblicata sulla rivista Evidence Based Dentistry e condotta presso la Division of Periodontics, Centre for Dental Education and Research, dell'All India Institute of Medical Sciences, a Nuova Delhi.

Secondo dati Oms nel mondo i tumori del labbro e del cavo orale, colpiscono oltre 377.000 persone ogni anno. In Italia ogni anno ne vengono diagnosticati circa 4.000 nuovi casi e si registrano oltre 3.000 decessi. Purtroppo questo tipo di cancro viene di solito diagnosticato in fase già avanzata,



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

quando la massa tumorale si è ingrandita al punto da richiedere interventi mutilanti, spesso con scarsi risultati. Il tumore della bocca colpisce gli uomini in percentuale tripla rispetto alle donne.

L'incidenza in Italia è di 3 casi ogni 100.000 abitanti (quindi 6 casi ogni 100.000 maschi e 2,3 casi ogni 100.000 femmine). L'incidenza aumenta con l'età: il tumore è rarissimo nei giovani e raggiunge un picco dopo i 70 anni. L'età media alla diagnosi di un tumore del cavo orale è di 64 anni e il 95 per cento insorge dopo i 40 anni. I parodontologi indiani hanno voluto vedere se la parodontite fosse in qualche modo collegata al rischio di tumore. Gli esperti hanno arruolato un campione di 200 individui, 100 con diagnosi accertata di tumore. Per tutti è stato fotografato lo stato di salute orale (placca, carie, presenza di parodontite e relativo livello di gravità). Complessivamente è emerso che il 72,1% dei pazienti con tumore aveva anche una parodontite di elevata gravità, mentre il 51,6% degli individui del gruppo di controllo (senza tumore) presentava parodontite lieve. Quindi sembrerebbe esistere una correlazione significativa tra il livello di parodontite e il rischio di ammalarsi di tumore, a sostegno dell'ipotesi che la parodontite sia un fattore di rischio indipendente per il cancro del cavo orale.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## IL VIRUS CORRE LE REGOLE

# Covid, altri 83mila casi Mascherine al lavoro

Servizio a pagina 10



### IL PUNTO SULLA PANDEMIA

## Covid, altri 83mila casi. Al lavoro mascherine «raccomandate»

**S**ono tra i pochi luoghi dove le mascherine ancora si vedono, ed ecco perché la raccomandazione di mantenerle potrebbe non influire affatto sull'impennata dell'epidemia da Covid in corso nel nostro Paese. Ma tant'è: il virus, ormai è chiaro, ci accompagnerà fino all'autunno e molto oltre, è bene attrezzarsi salvando il salvabile. E in questa direzione s'è mosso il tavolo tra i ministeri di Lavoro, Salute, Sviluppo economico, l'Inail e le parti sociali riunitosi ieri con l'obiettivo di mettere a punto un testo aggiornato del Protocollo sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Mascherine Ffp2, dunque, incentivo allo smart working (ritenuto «utile per contrastare la diffusione del contagio, soprattutto con riferimento ai lavoratori fragili, maggiormente esposti») e misurazione della temperatura all'ingresso, che non deve superare i 37 gradi e mezzo: queste le misure – rac-

comandate – che secondo gli esperti serviranno a contrastare il virus alla luce dell'attuale andamento della pandemia.

Le mascherine filtranti Ffp2, in particolare, restano un punto di riferimento fondamentale, come era stato già stabilito per i lavoratori nel pubblico, anche per i dipendenti del settore privato. Il datore di lavoro dovrà assicurarne la disponibilità e l'utilizzo «nei contesti a maggior rischio». Previste, poi, la sanificazione periodica dei locali e delle postazioni di lavoro, la necessità di ingresso e uscite scaglionate se possibile e la ventilazione continua dei locali. Nessun cambiamento invece per le norme contro il Covid e la tutela dei lavoratori fragili nella pubblica amministrazione. «Le indicazioni non sono infatti cambiate», ha fatto sapere in una nota il ministero guida-

to da Renato Brunetta. E per il futuro il ministro del lavoro Andrea Orlando, ha spiegato di ri-

tenere che «lo smart working non sarà usato come nei mesi del lockdown», ma che comunque sarà utilizzato più di quanto avveniva prima.

Le misure aggiornate, s'inseriscono in un contesto profondamente mutato rispetto a qualche settimana fa, che non interessa solo l'Italia. Tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) si aspetta «alti livelli» di Covid-19 quest'estate in Europa e ha chiesto un attento monitoraggio del virus dopo che i casi giornalieri sono triplicati nell'ultimo mese. Nel nostro Paese gli indici sono tutti in rialzo. Il nuovo monitoraggio della Fondazione Gimbe rileva «un'impennata» di nuovi casi settimanali, che in 7 giorni è stata del 50,4%, andata di pari passo a una crescita del 24% dei tamponi effettuati. Una crescita che si riflette sul fronte ospedaliero, facendo segnare un rialzo settimanale del 25,7% dei ricoveri in area medica e del 15% in terapia intensiva. Ma a

crescere, del 16,3%, sono anche i decessi. E resta elevato anche il numero dei casi giornalieri: 83.274 in 24 ore, rilevati per mezzo di 296.030 tamponi tra antigenici e molecolari, con il tasso di positività al 28,1%. Non è mai stato così alto.

**Siglato e condiviso il Protocollo di sicurezza per i dipendenti privati. Il virus corre: tasso di positività oltre il 28%**





LA LOTTA AL COVID

# Mascherine, cade l'obbligo "Ma l'azienda potrà imporle"

di Michele Bocci

Le mascherine non saranno più obbligatorie nei luoghi di lavoro privati. I datori, però, potranno decidere di imporle ai loro dipendenti se ritengono, insieme al medico competente aziendale, che ci sia una situazione di rischio per alcuni lavoratori.

Le parti sociali, rappresentanti dei datori e sindacati dei lavoratori, hanno firmato ieri la nuova versione del "Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Sars-Cov2 negli ambienti di lavoro". È il paragrafo 6 a contenere le indicazioni sulle protezioni al lavoro e a segnare uno dei cambiamenti più importanti rispetto alle regole valide fino ad oggi. L'obbligo di usare la mascherina era infatti la regola. Quel dispositivo di sicurezza resta fondamentale, vista anche la fase epidemica e infatti «anche se attualmente obbligatorio solo in alcuni settori quali, ad esempio, trasporti, sanità, rimane un presidio importante per la tutela della salute dei lavoratori», è scritto nel testo. Poi si spiega che la mascherina serve «ai fini della prevenzione del contagio nei contesti di lavoro in ambienti chiusi e condivisi da più lavoratori o aperti al pubblico. O dove comun-

que non sia possibile il distanziamento interpersonale di un metro per le specificità delle attività lavorative». Per questo motivo il datore di lavoro deve assicurare la disponibilità di Ffp2 (la sola tipologia ammessa) «al fine di consentirne a tutti i lavoratori l'utilizzo». Come si vede, non si parla più di obbligo generalizzato, ma di lavoratori maggiormente a rischio e di imposizione al datore di dare mascherine ai suoi dipendenti.

L'obbligo però può essere introdotto dalle singole aziende. E infatti il datore, su indicazione del medico competente, «sulla base delle specifiche mansioni e dei contesti lavorativi sopra richiamati, individua particolari gruppi di lavoratori ai quali fornire adeguati dispositivi di protezione individuali, che dovranno essere indossati, avendo particolare attenzione ai soggetti fragili».

La responsabilità di stabilire l'obbligo passa dunque alle aziende e ai loro medici competenti. Dovranno valutare i soggetti a rischio, cioè come si spiega nel protocollo, coloro che lavorano al chiuso con più colleghi, al pubblico, o in ambienti dove non si rispetta la distanza minima di un metro. In questi casi, come quando ci sono soggetti fragili, si potrà mettere l'obbligo. E molto probabil-

mente, riflettono nei ministeri del Lavoro e della Salute, saranno tante le aziende che manterranno l'obbligo alla luce del nuovo regolamento e della grande circolazione del coronavirus in questo periodo.

Sempre a causa della situazione epidemiologica si chiede di prorogare la legge sullo smart working, che ha dimostrato di essere uno strumento utile per contrastare il virus e proteggere in particolare i fragili. Sempre il datore dovrà dare informazioni sui rischi legati al coronavirus e su come ridurli e potrà prendere la temperatura ai dipendenti e a coloro che entrano in azienda. Deve anche mettere a disposizione prodotti per disinfettare, visto che «è obbligatorio che le persone presenti nel luogo di lavoro adottino tutte le precauzioni igieniche, in particolare per le mani». Inoltre si favoriscono gli ingressi e le uscite scaglionate per evitare assembramenti. Infine «l'accesso agli spazi comuni, comprese le mense aziendali, le aree fumatori e gli spogliatoi è contingentato, con la previsione di una ventilazione continua dei locali e di un tempo ridotto di sosta all'interno di tali spazi». Il protocollo resterà questo, a meno che non ci siano cambiamenti epidemiologici importanti, fino al 31 ottobre. REPRODUZIONE RISERVATA

**Le restrizioni**

**Dagli Usa alla Grecia le misure in vigore**



**Regno Unito**

È stato tra i primi ad aver tolto le restrizioni. Dal 24 febbraio scorso l'obbligo di usare le mascherine è sparito ovunque, dai mezzi pubblici ai luoghi di lavoro. Sui trasporti è rimasto solo il suggerimento di usare le protezioni



**Germania**

Sui mezzi pubblici e in limitati ambienti chiusi, a seconda dei Länder, è previsto l'obbligo di indossare di mascherina Ffp2. Le aziende possono continuare a chiedere la mascherina o il rispetto di altre misure di sicurezza ai lavoratori



**Francia**

Dal 16 maggio la mascherina non è più obbligatoria nemmeno a bordo dei trasporti pubblici: serve solo per gli ospedali. Da marzo sono decaduti i pass vaccinali. I non vaccinati positivi devono fare 10 giorni di isolamento, i vaccinati 7



**A Parigi**

Un gazebo per fare i tamponi



**Stati Uniti**

La mascherina è obbligatoria nelle strutture sanitarie. Gli Stati poi decidono in autonomia. A New York è richiesta nella metropolitana. L'isolamento dei positivi dura 5 giorni e dopo, senza sintomi, si può tornare al lavoro.



**Spagna**

Da aprile in Spagna l'obbligo di mascherina vale solo sui mezzi di trasporto e nelle strutture sanitarie (non nelle scuole). Inoltre, spetta alle aziende stabilire se i propri dipendenti devono indossarle sul luogo di lavoro



**Grecia**

Dal primo giugno le mascherine sono obbligatorie solo sui mezzi pubblici (salvo quelli con posti numerati come treni e bus). Nei traghetti devono essere usate solo all'interno. L'isolamento dei positivi dura cinque giorni

83.274

**I contagi**

Sono i casi registrati ieri in Italia: mercoledì erano stati 94.165

59

**I decessi**

Sono le vittime del Covid di ieri: una in meno di mercoledì

Il nuovo protocollo per gli uffici privati: la protezione sarà solo raccomandata



L'INTESA AZIENDE-SINDACATI

## Covid, le regole: Ffp2 in ufficio e smart working per i più fragili

di **Fiorenza Sarzanini**

L'uso della mascherina resta «un presidio importante per prevenire i contagi» da Covid e negli uffici al chiuso «si raccomanda di indossare la

Ffp2». Avanti anche con lo smart working fino a fine ottobre per i più fragili. Firmato il protocollo con le nuove regole.

alle pagine **18 e 19**



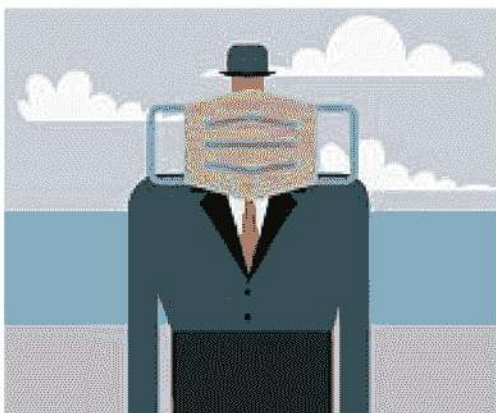
# Regole per aziende e negozi tra controlli e protezioni

di **Monica Guerzoni e Fiorenza Sarzanini**





Fino al 31 ottobre



## La disponibilità delle Ffp2 va garantita

Secondo il protocollo approvato, in vigore fino al 31 ottobre, «l'uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo facciali filtranti Ffp2, anche se attualmente obbligatorio solo in alcuni settori (quali, ad esempio, trasporti, sanità), rimane un presidio importante per la tutela della salute dei lavoratori ai fini della prevenzione del contagio nei contesti di lavoro in ambienti chiusi e condivisi da più lavoratori o aperti al pubblico o dove comunque non sia possibile il distanziamento interpersonale di un metro per le specificità delle attività lavorative. A tal fine, il datore di lavoro assicura la disponibilità di Ffp2 al fine di consentirne a tutti i lavoratori l'utilizzo. Inoltre, il datore di lavoro, su specifica indicazione del medico competente o del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, sulla base dei contesti lavorativi, individua particolari gruppi di lavoratori ai quali fornire adeguati dispositivi di protezione individuali (Ffp2), che dovranno essere indossati, avendo particolare attenzione ai soggetti fragili. Analoghe misure sono individuate anche nell'ipotesi in cui sia necessario gestire un focolaio infettivo in azienda».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'opportunità



## Smart working per i fragili, scatta la proroga

Nel caso dei lavoratori fragili l'accordo prevede che le regole rimangano in vigore fino al 31 dicembre 2022. E dunque «pur nel mutato contesto e preso atto del venir meno dell'emergenza pandemica, si ritiene che il lavoro agile rappresenti, anche nella situazione attuale, uno strumento utile per contrastare la diffusione del contagio da Covid-19, soprattutto con riferimento ai lavoratori fragili, maggiormente esposti ai rischi derivanti dalla malattia». Ecco perché «in coerenza con l'attuale quadro del rischio di contagio» è prevista la proroga «per ricorrere allo strumento del lavoro agile emergenziale». Dunque «il datore di lavoro stabilisce, sentito il medico competente, specifiche misure prevenzionali e organizzative per i lavoratori fragili».

Per la pubblica amministrazione la circolare consente a «ogni amministrazione di programmare il lavoro agile con una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile con ampia flessibilità, anche modulandolo affinché la prevalenza del lavoro in presenza potrà essere raggiunta anche nella media della programmazione plurimensile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## La prevenzione



## Con febbre a 37,5° sarà vietato entrare in ufficio

**I**l nuovo protocollo conferma le regole già in vigore per l'accesso e per la sanificazione dei locali. In particolare «il personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro potrà essere sottoposto al controllo della temperatura corporea. Se tale temperatura risulterà superiore a 37,5°C, non sarà consentito l'accesso ai luoghi di lavoro. Le persone in tale condizione saranno momentaneamente isolate e fornite di mascherina Ffp2 ove non ne fossero già dotate, non dovranno recarsi nelle infermerie in sede ma dovranno contattare nel più breve tempo possibile il proprio medico curante e seguire le sue indicazioni».

Spetta al datore di lavoro «assicurare la pulizia giornaliera e la sanificazione periodica dei locali, degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni e di svago», mentre «è obbligatorio che le persone presenti nel luogo di lavoro adottino tutte le precauzioni igieniche, in particolare per le mani». Per questo «il datore di lavoro mette a disposizione idonei e sufficienti mezzi detergenti e disinfettanti per le mani, accessibili a tutti i lavoratori anche grazie a specifici dispenser collocati in punti facilmente accessibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Spazi comuni



ILLUSTRAZIONI DI PAOLA PARRA

## Mense e spogliatoi Accessi scaglionati e ventilazione

**I**l protocollo fissa le regole anche per «l'accesso agli spazi comuni, comprese le mense aziendali, le aree fumatori e gli spogliatoi» e prevede che sia «contingentato, con la previsione di una ventilazione continua dei locali e di un tempo ridotto di sosta all'interno di tali spazi». Per questo si sottolinea che «occorre provvedere all'organizzazione degli spazi e alla sanificazione degli spogliatoi, per lasciare nella disponibilità dei lavoratori luoghi per il deposito degli indumenti da lavoro e garantire loro idonee condizioni igieniche sanitarie» ma anche «garantire la sanificazione periodica e la pulizia giornaliera, con appositi detergenti, dei locali delle mense, delle tastiere dei distributori di bevande e snack».

Per evitare «gli assembramenti nelle zone comuni (ingressi, spogliatoi, sale mensa)» è stato anche stabilito che è necessario «favorire orari di ingresso/uscita scaglionati», e per questo, con attenzione particolare ai negozi e ai luoghi molto affollati «laddove possibile, occorre dedicare una porta di entrata e una porta di uscita da questi locali e garantire la presenza di detergenti segnalati da apposite indicazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## ABORTO

# Ricentrare il dibattito sulla persona

**GIUSEPPE LORIZIO**

Né stracciarsi le vesti né vittoria dopo la sentenza della Suprema Corte Usa.

A pagina 3

Diritto, coscienza e legge: prospettive fondamentali su un crinale delicato

## LUCIDITÀ E CORAGGIO PER RICENTRARE SULLA PERSONA IL TEMA DELL'ABORTO



**GIUSEPPE LORIZIO**

Sarebbe stupido da un lato stracciarsi le vesti, dall'altro cantare vittoria di fronte alla sentenza della Suprema Corte degli Usa in materia di aborto. Chi si straccia le vesti stenta a comprendere che la morte non può mai, dico mai, essere un diritto, perché i diritti si generano dalla vita. Chi canta vittoria non comprende aspetti della questione, che devono comunque interpellare il legislatore laico. Ecco perché, come è stato detto subito su queste pagine e come viene argomentato da più parti in campo cattolico italiano, vanno aperti dialogo e dibattito, a partire da alcune prospettive fondamentali, che interpellano la legge 194 (22 maggio 1978) e ne propongono una attenta verifica.

C'è una sorta di "sapienza" umanistica anche dietro quella legge che cerca di contemperare accoglienza e tutela della vita nascente e depenalizzazione della pratica abortiva, la stessa che sta a base della nostra amata Costituzione: e si tratta del tema della persona, che per noi non corrisponde né al soggetto, né all'individuo così come la modernità liberistica li pensa. La gerarchia cattolica e la maggior parte dei militanti (associazioni, gruppi, movimenti...) a suo tempo hanno ostacolato la legge stessa, come quella sul divorzio, rilevando in esse uno scricchiolio non solo della cristianità ma anche dei valori pure laici che da essa promanano. Certo, i credenti non demorderanno mai dall'affermare che l'uomo non è il Signore della vita e della morte. E nel dare valore pieno a ogni vita continueranno a trovare interlocutori e compagni di strada e

d'impegno anche di altra cultura, come a suo tempo Norberto Bobbio. Tuttavia, oggi possiamo ulteriormente comprendere che il diritto che sinora si è affermato, attraverso questa o analoghe legislazioni, non è stato il "diritto all'aborto", ma il diritto alla tutela della salute, perché, se di vita si tratta, non è in gioco solo quella del nascituro, ma anche quella della donna, che non può essere costretta a ricorrere a pratiche clandestine, che ne mettano a rischio la sopravvivenza. In ultima analisi si è almeno stabilito che non si possono criminalizzare (col carcere o simili sanzioni) le donne che, non sappiamo con quanti margini di consapevolezza e libertà autentica, decidano di porre fine alla loro gravidanza.

Chi crede sa bene che non ogni peccato è reato. Se così fosse, saremmo tutti in carcere, proprio perché siamo tutti peccatori. In questa prospettiva, una legge che non riconosca il diritto alla morte (e vale sia nel caso dell'aborto sia in quello dell'eutanasia), ma depenalizzi, ovvero non colpevolizzi penalmente, chi compie o aiuta a compiere tali deprecabili gesti, dal punto di vista della morale cristiana, non può essere semplicemente e ideologica-







mente avversata. Ma appunto si tratta di "legge", ovvero del potere legislativo, e non di quello giudiziario, chiamato a prendersi cura di tali drammatiche situazioni. E qui, nella situazione degli Usa, entrano in gioco gli Stati e i Parlamenti. Non possono stare a guardare e aspettare che le Corti si esprimano o comunque delegare a esse su tematiche così decisive e pregnanti, a meno che non intendano ridurre il loro ambito a quello meramente economico.

«Morte e Vita si sono affrontate in un prodigioso duello. Il Signore della vita era morto, ma ora, vivo, trionfa». Così cantiamo e crediamo a Pasqua, nella convinzione che non ci si possa arrendere nel tentativo di affermare, ad esempio, che l'aborto non è un diritto, ma un dramma e così l'eutanasia. Ma, dentro questo dramma, non possiamo neppure aggiungere morte a morte: a quella del nascituro quella della donna. Infatti, la mia esperienza non solo teologica, ma pastorale, in ascolto delle donne che hanno preso la decisione di abortire, mi dice che insieme all'embrione è morta parte di loro stesse. E al tempo stesso ci sono persone, tra le quali una che mi è molto cara, che, in presenza di una gravidanza indeside-

rata, che avrebbe compromesso la propria carriera universitaria e il proprio successo professionale, non hanno avuto dubbi. La vita viene prima del successo, del profitto, dell'economia e della finanza: di fronte alla testimonianza di una donna, che non è neppure sposata in chiesa, posso solo chinare il capo, così come al cospetto di tante altre persone che con coraggio hanno anteposto la vita del nascituro alla propria.

E tuttavia, si tratta di questioni in cui entra in gioco la nostra "coscienza". Inutile sbandierare la dottrina morale cattolica, se essa non penetra nelle persone, se rimane lontana e lettera morta. Se le coscienze di tutti fossero adeguatamente formate alla cultura della vita, la presenza o meno di una legge che depenalizzi l'aborto, risulterebbe irrilevante. Ma di fronte a quanti non hanno nel loro cuore e nella loro mente radicata una profonda cultura della vita, non possiamo che chiedere allo Stato laico di esprimersi, perché non si moltiplichi la morte. Con l'ulteriore consapevolezza derivata dalla necessità di garantire sempre e comunque, insieme al diritto alla salute delle donne, quello all'obiezione di coscienza degli operatori sanitari, co-

me appunto accade nel nostro Paese, che, come patria del diritto e del pensiero credente, forse ha ancora qualcosa da insegnare al mondo.

Dirò di più: non è un problema dei vescovi e dei dicasteri pontifici, che pure si sono pronunziati a riguardo nell'esercizio delle loro competenze, ma dei laici, più o meno credenti, ma comunque impegnati nelle istituzioni, in quanto dovrebbero essere capaci di mettere in campo una visione antropologica, politica e teologica, che si ispiri sempre e comunque alla cultura della vita. Il Papa e i vescovi, col contributo dei teologi, sono chiamati a dirci cosa è peccato dove si annida il male e stanno assolvendo il loro compito con profondo senso pastorale, ai laici politici il compito di individuare i reati e formulare leggi a servizio della persona, che, come insegnava il beato Antonio Rosmini, è «il diritto sussistente».





## La polemica

### I farmacisti contro i test fai-da-te: «Fanno saltare la tracciabilità»

Con i test sul Covid effettuati a casa «è saltata la tracciabilità e questo rappresenta un grosso rischio». Ad affermarlo è Roberto Tobia, segretario nazionale di Federfarma e presidente del Pgeu, il raggruppamento di cui fanno parte tutte le Federazioni degli Ordini dei farmacisti e le Associazioni nazionali delle farmacie europee. «Le farmacie sono ancora in prima linea in questa emergenza Covid - spiega - La variante Omicron 5 ha incrementato la propagazione virulenta del

virus aumentando in maniera esponenziale il numero dei contagi. E così sono aumentati anche i test che sono fatti in farmacia. C'è stata una grande richiesta da parte degli utenti che trovano un porto sicuro per avere certezze, ma le stesse certezze non possono venire dagli autotest. Il dato sulla tracciabilità di fatto è saltato ed è legato solo al senso di responsabilità dei cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## LA NUOVA ONDATA È IN CORSO QUARTA DOSE PER I FRAGILI

ANTONELLA VIOLA

**S**i ricomincia a discutere di mascherine mentre la curva dei contagi continua a salire in maniera impressionante. E, se avessimo accesso ai numeri reali, capiremmo che siamo nel pieno di un'ondata ancora più importante di quanto appaia. — PAGINA 28



## NUOVA ONDATA, QUARTA DOSE PER I FRAGILI

ANTONELLA VIOLA



**S**i ricomincia a discutere di mascherine mentre la curva dei contagi continua a salire in maniera impressionante. Se avessimo accesso ai numeri reali, capiremmo che siamo nel pieno di un'ondata più importante di quanto appaia. Molte persone effettuano i tamponi in casa e non comunicano la propria positività all'azienda sanitaria. Abbiamo quindi una visione parziale di quanto le nuove varianti di Omicron si siano diffuse, ma ne vediamo sempre di più gli effetti: aumento dei ricoveri sia nei reparti ordinari sia nelle terapie intensive. E gli effetti sono visibili anche sul lavoro, dove le assenze per malattia rallentano o bloccano le attività. La gestione di un'epidemia che non dà tregua è estenuante per tutti, cittadini e governi. Mentre il sacrificio di pochi mesi è accettabile, gestibile ed è stato accolto con grande responsabilità, uno stato di emergenza perpetuo, che non si risolve e che costringe a mantenere restrizioni nel tempo è difficile da imporre e sopportare. Non credo che l'Italia abbia sbagliato eliminando l'obbligo di mascherine e riaprendosi alla normalità. Dopo due anni di Covid, la speranza è che le persone abbiano capito l'importanza delle misure di protezione e che siano in grado di scegliere se usarle. Non a caso moltissime persone non giovanissime continuano a indossare le FFP2 al chiuso o nei luoghi a rischio, anche se l'obbligo non c'è più. La responsabilizzazione fa parte del superamento dell'emergenza e della convivenza con il virus. Quello che invece il governo dovrebbe fare è permettere ai soggetti fragili di

proteggersi da questa ondata attraverso la quarta dose del vaccino. Nonostante io abbia apprezzato l'aper-

tura del direttore dell'Aifa alla quarta dose per gli over 60 che vogliono vaccinarsi, non posso capire quale sia la ragione per non normare l'autorizzazione e consentire ai medici di lavorare in serenità. Se il motivo è l'arrivo del nuovo vaccino anti-Omicron a settembre, non è un motivo valido. Prima di tutto perché proteggere adesso, durante un'ondata di contagi, chi ha fatto

la terza dose ad dicembre è fondamentale per ridurre ricoveri e decessi. Inoltre, i dati ancora preliminari circa l'efficacia di questo nuovo vaccino anti-Omicron mostrano una protezione ridotta nei confronti delle varianti in circolazione. E non sappiamo che varianti circoleranno durante l'autunno-inverno prossimi e se queste saranno ancora più immunoevasive di BA.4 e BA.5. Insomma si sta puntando tutto sul nuovo vaccino lasciando scoperte persone vulnerabili, col rischio che comunque il virus che affronteremo questo inverno non riesca ad essere bloccato dagli anticorpi che riconoscono Omicron BA.1. La buona notizia, in questo quadro demoralizzante, è che Pfizer ha annunciato la sperimentazione di un vaccino diverso, che dovrebbe interrompere questo inefficace inseguimento delle varianti. Si tratterebbe, secondo la casa farmaceutica, di un vaccino pan-coronavirus, in grado di attivare il sistema immunitario in risposta a tutti i tipi di varianti. Se funzionasse, sarebbe davvero una svolta. Intanto, bisogna usare gli strumenti che abbiamo; e usarli al meglio nell'interesse della collettività. Senza obblighi e forzature, vista la situazione completamente diversa rispetto alle ondate passate, ma anche senza sottovalutare il virus e le sue conseguenze. —





CHIAREZZA SU CIÒ CHE È SUCCESSO NEL «LABORATORIO ITALIA»

## COVID, È L'ORA DELLA RESA DEI CONTI

In questi due anni e mezzo, chiunque sollevasse dubbi sulla gestione dell'emergenza si è preso del cattivo maestro o dell'assassino Piano piano però molte «fake news» su cure, vaccini, lockdown, green pass si stanno dimostrando verità. E qualcuno deve pagare

di **MARIO GIORDANO**



■ Qual è la verità su Ursula von der Leyen e i suoi rapporti con le case farmaceutiche?

Che cosa diceva nei messaggi con i manager della Pfizer? Perché sui contratti siglati dall'Unione europea con Big Pharma è stata stesa una coltre di silenzio? E Domenico Arcuri? Qual è la verità sulla

sua gestione della pandemia? Perché gli è stato affidato quel potere immenso? Come l'ha gestito? Fa un certo effetto leggere in queste ore le notizie che riguardano due volti simbolo dell'emergenza Covid. Entrambi non se la passano bene, anche se in modo diverso. La presidente Ue, seppur in imbarazzo, resta saldamente al suo posto. L'ex commissario straordinario, invece, sta per essere silurato anche dalla poltrona (che gli era rimasta rigorosamente attaccata al fondoschiena) di amministratore delegato di Invitalia. Un'epoca, in ogni caso, sembra sul punto tramontare. (...)

segue a pagina 5

## Sulla pandemia è tempo della resa dei conti

Da Von der Leyen ad Arcuri, cadono gli «eroi» del virus, cui «La Verità» rimproverava errori marchiani quando tutti li incensavano. Anche molti altri dubbi sulla gestione dell'emergenza, da bufale, sono diventati senso comune. Perciò è ora che chi ha sbagliato paghi

Segue dalla prima pagina

di **MARIO GIORDANO**

(...) Ricordo quando Arcuri era potentissimo. E sui giornali comparivano editoriali che elogiavano lui e Rocco Casalino come i giganti della lotta al coronavirus. Fu proprio in quel periodo che, prima su questo giornale e poi in pochissime trasmissioni tv, si cominciò a mettere in discussione la magnifica opera del commissario straordinario raccontando gli spericolati acquisti di mascherine con la mediazione di Benotti & C Ebbene: ci fu una sollevazio-

ne generale. Una pioggia di sopraccigli sollevati. Non si fa. Non dovete farlo. Non dimenticherò mai le telefonate di quelle ore. «Attaccate Ar-

curi? Siete pazzi? L'uomo che ci sta salvando dal Covid? Lui che è così indispensabile?». Evidentemente non era così indispensabile. Per nulla. Anzi. E ora fa sorridere che, come sempre succede, i suoi ex cantori sono i primi a infierire sull'ex idolo. Se mai uscissero gli sms della von der Leyen sono sicuro che anche il ritornello «viva l'Europa che ci ha salvato durante la pandemia» si spegnerebbe in un attimo. E i suoi intonatori sarebbero, come d'abitudine, i primi a spiegarci i clamorosi errori di Bruxelles nell'acquisto dei vaccini.

Non vogliamo dire che avevamo ragione. È sempre brutto. Ma non si possono nemmeno dimenticare gli insulti e i veleni che hanno circondato, in questi due anni e mezzo, ogni tentativo di sollevare qualche lembo di verità. Non si può dimenticare che si veniva bollati come complottisti, cattivi maestri e financo assassini se si provava soltanto a dare notizie che gli altri oscuravano. Non si poteva parlare dei medici di base che curavano i malati (pensate





# VERITÀ

che cosa strana: dei medici che curavano i malati!) perché si rischiava di mettere in dubbio le mitiche circolari «tachipirina e vigile attesa» del ministro **Speranza**. Non si poteva parlare della cura del plasma del professor **De Donno** o dei farmaci monoclonali perché si rischiava di mettere in discussione l'onnipotenza e l'unicità del Dio Vaccino. Non si poteva parlare delle persone vittima di effetti avversi. E ovviamente non si poteva criticare il green pass, eletto strumento di salvezza a furor di mainstream, perché si rischiava di sollevare qual-

che dubbio sul modo in cui era gestita la pandemia.

Per un certo periodo le campane dei palazzi avevano fatto addirittura risuonare la parola d'ordine dell'Italia come esempio mondiale nella lotta al Covid. Ricordate? E ovviamente la parola d'ordine veniva rilanciata a giornali e reti unificate. Se qualcuno osava dissentire veniva additato come traditore sulla pubblica piazza. Senza mai rispondere alle domande. Perché non avevamo un piano pandemico pronto? Perché a Bergamo sono stati mandati i militari per fare la zona rossa

e poi sono stati ritirati? Chi ha deciso? E perché? Chi spingeva il sindaco di Milano **Beppe Sala** a urlare «Milano non si ferma» e il segretario del Pd **Zingaretti** a spargere aperitivi in pieno focolaio? In questi giorni mi hanno girato un documento riservato di Confindustria Lombardia datato 11 marzo 2020: si sosteneva che le fabbriche avevano già «adottato tutte le misure di prevenzione per la tutela della salute». Davvero? L'11 mar-

zo? Com'è possibile? «Tutte le misure»? Ma se in quei giorni non si trovavano nemmeno le mascherine? A chi è

stato girato quel documento? Quali decisioni ha influenzato?

Non solo l'Italia non è stata un esempio nella gestione della pandemia. Ma è stata un esempio di confusione. Di indicazioni sbagliate. Di costi scaricate su piccole imprese e cittadini senza un perché. Di lockdown eccessivi. Di norme assurde. Di multe pazze. E di falsità di Stato. Siamo il Paese in cui il presidente del Consiglio, un anno fa, in una conferenza stampa ufficiale disse che «chi si vaccina non si contagia». La stessa frase («Ho sentito dire che i vacci-

nati si prendono il virus e lo trasmettono: è una falsità») l'ha detta il sottosegretario **Pierpaolo Sileri** in Parlamento. Siamo il Paese in cui l'Aifa non ha voluto le monoclonali gratis per non disturbare il manovratore vaccinale (è in corso l'indagine della Corte dei conti). E in cui il coordinatore del Cts **Franco Locatelli** si è preso il lusso di dare numeri palesemente sbagliati sui ricoverati in terapia intensiva per accreditare la bufala istituzionale della «pandemia dei non vaccinati».

Una cosa che non è mai esistita.

Ora su tutto questo bisogna fare chiarezza. Non si tratta di rivendicare l'«avevamo detto». Non si tratta di bearsi con l'«avevamo ragione». Tutti quelli che, come noi, fin dall'inizio non hanno mandato il cervello all'ammasso, non se ne fanno niente della soddisfazione di averci visto giusto. Però non si può più prescindere da una gigantesca operazione di verità. Questi due anni e mezzo di pandemia vanno completamente rivisti e riscritti, alla luce di quello che oggi sappiamo. E chi ha sbagliato deve essere inchiodato alle sue responsabilità. Non è possibile che **Arcuri** perda l'ultima poltrona e non ci spieghi la verità sui contratti ancora avvolti dal mistero. Non è possibile che **Ursula von der Leyen** se la cavi smarrendo gli sms. Non è possibile che al ministero della Salute ci sia ancora colui che ha avalato la circolare «tachipirina e vigile attesa» e ha tenuto fuori dalla sua porta, senza pietà, le vittime di effetti avversi. Bisogna capire cosa è successo e chi ha sbagliato. E chi ha sbagliato deve pagare. Ce lo chiedono migliaia e migliaia di morti per i quali per due anni e mezzo ci è stato chiesto di essere responsabili. Noi lo siamo sempre stati. E voi?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**BIG BANG**

MARCO CATTANEO

+

## COVID E OLFATTO CHI HA FIUTO RISOLVA IL MISTERO

**L**a perdita dell'olfatto è stata uno dei primi sintomi caratteristici, e strani, di Covid-19. E, anche se con l'emergere di nuove varianti si va facendo sempre più rara, la ricerca medica sta sperimentando una moltitudine di farmaci per cercare di vincerla. Anche perché, secondo una ricerca pubblicata in maggio e condotta su oltre seicentomila pazienti negli Stati Uniti, una frazione significativa di coloro che si sono contagiati all'inizio della pandemia continua a soffrire di questo fastidioso disturbo.

Il problema è che il meccanismo che permette al virus di inibire le sensazioni olfattive è intricato. Fin dalle prime fasi della pandemia, si sa che Sars-CoV-2 attacca particolari cellule del naso che danno nutrimento e supporto ai neuroni olfattivi. I quali, si è scoperto di recente, restano intatti, ma perdono in parte i recettori degli odori. Da altri studi è emerso che una specifica variante genetica è associata a una maggiore propensione alla

perdita dell'olfatto. Infine, uno studio pubblicato su *Nature* ha evidenziato cambiamenti duraturi nei centri olfattivi cerebrali: interrotto il flusso di segnali olfattivi dal naso, il cervello si atrofizza.

Di fronte a un quadro così complesso, ha commentato Michael Marshall su *Nature*, ancora oggi la terapia più diffusa è rieducare l'olfatto, ma sembra funzionare su appena un terzo dei pazienti. Per gli altri, si stanno sperimentando trattamenti a base di steroidi, che riducono l'infiammazione, ma i primi risultati sembrano scoraggianti. Una speranza viene dal plasma ricco di piastrine, che sembra avere qualche efficacia, ma i trial condotti finora hanno coinvolto un piccolissimo numero di persone. E qui c'è forse l'ostacolo più serio. A differenza dei trial clinici sui vaccini, svolti in tempi rapidi anche grazie ai finanziamenti pubblici e ai volontari, quelli sulla perdita dell'olfatto procedono a rilento. A danno dei pazienti.



+

**Neurone olfattivo**  
ripreso  
da un microscopio  
elettronico





Dopo la stretta dei giudici americani è sempre più difficile trovare compresse anticoncezionali nelle farmacie

## Facebook si adegua alla Corte Suprema rimossi i post sulla pillola abortiva

**LA STORIA**  
**SIMONA SIRI**  
NEW YORK

**N**eanche 24 ore dopo la decisione della Corte Suprema che ribaltava la sentenza Roe vs Wade rendendo l'aborto non più garantito a livello federale, il procuratore generale Merrick Garland dichiarava: «Gli Stati non possono vietare il mifepristone sulla base di un disaccordo con il giudizio degli esperti della Food and Drug Administration sulla sua sicurezza ed efficacia». Un modo per annunciare la prossima battaglia, quella sulla pillola abortiva. Il mifepristone, noto anche come RU-486, è il farmaco usato in combinazione con misoprostolo per provocare un aborto farmacologico entro le prime dieci settimane della gravidanza. Approvato negli Usa dalla FDA nel 2000, si può ottenere attraverso la telemedicina, con un consulto virtuale con un medico. La pillola viene poi spedita a casa in forma anonima. Nel 2020 il 54% degli aborti Usa è avvenuto così. Il giorno dopo la decisione della Corte Suprema, Ju-

st the Pill un'organizzazione senza scopo di lucro che fa in modo che i pazienti ottengano pillole abortive in diversi Stati, è stata sommersa di richieste. Le leggi sull'aborto che stanno iniziando a entrare in vigore in numerosi Stati conservatori vietano tutte le forme di aborto, compreso quello farmacologico. Ma un conto è chiudere una clinica, un conto è tracciare l'invio per posta o impedire che le donne si spostino fuori dal confine, facciano la visita on line o tramite telefono essendo fisicamente in uno Stato pro aborto. Difficile anche impedire che si rivolgano all'estero: Aid Access è un fornitore internazionale di telemedicina fondato dal medico olandese Rebecca Gomperts. I suoi medici europei forniscono consulenze online e scrivono prescrizioni per pillole abortive che vengono poi spedite dall'India. Aid Access ha detto alla CNBC che continuerà a rifornire le donne in tutti gli stati Usa.

In questo complesso intrigo ci sono in mezzo anche Facebook e Instagram che hanno incominciato a rimuovere post in cui comuni cittadini di Stati in cui l'aborto è ancora legale si rendevano disponibili a farsi spedire a ca-

sa il mifepristone e poi rispedirlo a chi ne ha bisogno. Una giornalista della AP che ha scritto su Facebook che era disponibile a mandare pillole abortive ha visto il suo post cancellato nel giro di un minuto e il suo account messo in stato di «allerta». La motivazione è che aveva violato gli standard su «armi, animali e altri beni regolamentati». La portavoce di Meta Andy Stone ha confermato che la società non consentirà alle persone di regalare o vendere prodotti farmaceutici sulla piattaforma, ma consentirà contenuti che condividono informazioni su come procurarsi. La deputata Alexandria Ocasio-Cortez ha postato su Instagram una specie di manuale con tanto di disegni su come procurarsi e usare il mifepristone, con link che rimanda a [plancpills.org](http://plancpills.org), il sito della campagna di informazione gestito da attivisti e operatori sanitari. La cofondatrice e direttrice Elisa Wells ha detto di aver assistito a una impennata di richieste già da maggio, quando era circolata la bozza della decisione della Corte Suprema. Sebbene la maggior parte dei servizi fornisce solo alle persone in gravidanza, alcuni come Aid Access e Forward Midwifery, offrono un servizio chiamato «fornitura anti-

pata», in cui le pillole vengono prescritte in modo preventivo, da tenere lì in caso di necessità. «Le donne devono fare incetta di pillole abortive?» si è chiesto il New York Magazine, sottolineando come tenerle nel proprio armadietto dei medicinali non sia di per sé illegale, ma regalarle alle amiche potrebbe esserlo per il reato di «pratica della medicina senza licenza». Usare carte di credito prepagate, cancellare la cronologia sul computer, lasciare il minor numero possibile di tracce digitali sono gli altri accorgimenti per evitare guai con la giustizia. Intanto, di pari passo con la ricerca della pillola abortiva cresce anche quella per la pillola del giorno dopo, il contraccettivo di emergenza da banco conosciuto come Plan B. —



**VIA DAI SOCIAL**  
Facebook e Instagram stanno velocemente rimuovendo i post che offrono pillole abortive. E le farmacie americane limitano gli acquisti di pillole del giorno dopo.





# Terapie avanzate La ricerca in aiuto dei nonni

La leucemia mieloide acuta viene diagnosticata ogni anno in Italia a 3mila persone, in età più matura. Il lavoro in laboratorio sta facendo passi da gigante. I nuovi farmaci danno risultati superiori a quelli ottenuti con la chemioterapia tradizionale

Ogni anno circa tremila italiani ricevono una diagnosi di leucemia mieloide acuta, una patologia tipica dell'anziano. L'età mediana della diagnosi è 67 anni. Significa che oltre il 50% dei malati ha oltre questa età. La malattia si affaccia in modo subdolo. Possono comparire una gran debolezza (per l'anemia), l'affanno anche dopo uno sforzo lieve, febbre, dolori alle ossa e dei puntini rossi sulla pelle (petecchie, segno di un abbassamento delle piastrine). Altre volte l'esordio può essere drammatico, con emorragie urinarie o anche cerebrali. In genere è per questi insoliti stanchezza e malessere che una persona si reca dal medico il quale, allertato dal suo pallore, chiede delle analisi di controllo. «L'emocromo – spiega il professor Felicetto Ferrara, direttore della Divisione di Ematologia, Ospedale Antonio Cardarelli di Napoli – presenta gravi alterazioni, con globuli bianchi aumentati o diminuiti e una riduzione importante di globuli rossi e piastrine. Il midollo osseo non riesce più a produrre cellule del sangue normali, perché è "invaso" dalle cellule leucemiche ("blasti"). Per la diagnosi della malattia spesso basta osservare al microscopio il sangue del paziente (esame morfologico), che consente di evidenziare le cellule leucemiche».

## LE INDAGINI

Su queste cellule poi vengono effettuate dallo specialista ematologo indagini particolari, come l'immunofenotipo, la citogenetica e analisi di biologia molecolare. «Alcuni di questi esami – commenta il professor Ferrara – oggi sono irrinunciabili, perché abbiamo a disposizione farmaci a bersaglio molecolare, che funzionano però solo se il paziente ha un'anomalia particolare (ad esempio una mutazione del gene FLT3). Queste analisi ci permettono di definire la migliore terapia per quel determinato paziente e molte di queste terapie a bersaglio molecolare danno risultati nettamente superiori a quelli ottenuti con la chemioterapia tradizionale».

Molto importante in questi pazienti è anche lo studio della cosiddetta "malattia minima residua". Dopo aver somministrato le prime terapie (chemioterapia e/o terapie a bersaglio molecolare), la malattia del paziente può andare in remissione completa, cioè lo studio del suo midollo osseo non consente di evidenziare più i blasti, le cellule leucemiche.

«Ma quello che osserviamo al microscopio – spiega il professor Ferrara – è solo una parte della storia, perché alcune cellule leucemiche possono sfuggire a questo esame. È necessario dunque approfondire le indagini perché la presenza di malattia minima residua indica che la popolazione leucemica non è stata completamente debellata e questo influenza il comportamento terapeutico successivo, portando ad esempio al trapianto allogenico (trapianto di midollo), anche nelle forme cosiddette a prognosi favorevole».

## IL BERSAGLIO

La leucemia mieloide acuta resta ancora una malattia molto grave; il tasso di guarigione nei pazienti

con meno di 55 anni è intorno al 40-45%, ma al di sopra dei 65 anni è ancora inferiore al 20%. Ma la ricerca sta facendo passi da gigante. «Oggi con la terapia moderna (senza chemio) – ricorda il professor Ferrara – riusciamo a guarire oltre il 90% dei pazienti affetti da leucemia acuta promielocitica, una malattia considerata incurabile fino a qualche tempo fa». Quasi tutte le altre forme di leucemia necessitano ancora di una fase iniziale di chemioterapia (induzione) per ottenere una remissione completa, cui fa seguito una terapia di consolidamento, seguita o meno da trapianto di midollo. Molti anziani però sono particolarmente fragili, anche per la presenza di malattie concomitanti, e questo può precludere l'impiego di una terapia aggressiva.

«In questi casi – spiega Ferrara – usiamo dei regimi di terapia "attenuati", con ottimi risultati. E questo ci fa sperare che anche nei pazienti più anziani, nei prossimi anni la prognosi migliorerà. Nel frattempo, continuano le ricerche di terapie alternative alla chemioterapia, cioè di farmaci a bersaglio molecolare. Ce ne sono tanti nuovi, che stiamo sperimentando anche al Cardarelli. È il futuro del trattamento. Ma siccome questa è una malattia multigenica (cioè nello stesso paziente possono essere presenti diverse mutazioni) spesso un farmaco da solo non ce la fa. Quindi stiamo





studiando anche associazioni di più farmaci biologici tra loro o di chemioterapia e farmaci biologici, cercando di sfruttare il sinergismo tra terapie a diverso meccanismo di azione».

**Maria Rita Montebelli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Danilo Arienti, therapeutic area medical manager, area terapeutica Ematologia, della Janssen Italia**

## INUMERI

# 4

Le forme di leucemia: in Italia si contano 8.000 casi l'anno

# 26%

I casi di leucemia mieloide acuta sul totale delle leucemie



# 50%

I pazienti con leucemia mieloide acuta che hanno più di 67 anni

# 75%

I pazienti con tumori del sangue vivi a 10 anni dalla diagnosi

## IL PROFESSOR FERRARA DEL CARDARELLI DI NAPOLI: «SI PUÒ INTERVENIRE IN MANIERA PIÙ MIRATA SUI SINGOLI PAZIENTI»

Il professor Felicetto Ferrara, direttore della Divisione di Ematologia, Ospedale Antonio Cardarelli di Napoli



**L'intervista Danilo Arienti**

# «Monoclonali contro mieloma l'obiettivo è renderlo curabile»

**J**anssen ha una lunga e solida tradizione nel campo della ricerca farmacologica per i tumori del sangue e ha messo a segno una serie di terapie innovative. Ma la ricerca non si ferma perché ci sono ancora tanti unmet need (bisogni insoddisfatti) terapeutici in quest'area. E anche l'informazione su queste patologie poco conosciute ha bisogno di essere alimentata. Ne abbiamo parlato con il dottor Danilo Arienti, therapeutic area medical manager della Janssen Italia.

**Arienti, come azienda siete molto impegnati nell'informazione per il paziente. Quali modalità?**

«Da sempre cerchiamo di fornire ai pazienti informazioni chiare per guidarli e aiutarli ad affrontare malattie spesso lunghe e difficili da trattare, come quelle ematologiche. Per questo abbiamo realizzato il portale LMcome.it, ricco di informazioni, testimonianze video di esperti e podcast dove da poco è stata lanciata la seconda edizione della campagna "Diamo voce al futuro" sviluppata con AIL, dedicata alle patologie ematologiche più rare. Il pubblico potrà trovare dei podcast e video-podcast realizzati dal divulgatore scientifico Massimo Temporelli che racconta i percorsi di due delle malattie affrontate in

quest'edizione, cioè l'amiloidosi da catene leggere e la macroglobulinemia di Waldenström. In più, la sezione "Io non ho paura" contiene storie di pazienti e la loro esperienza con la malattia».

**L'impegno nel mieloma multiplo è uno dei vostri punti di forza. Cos'è all'orizzonte?**

«L'impegno di Janssen nella lotta al mieloma è iniziato tanti anni fa con l'inibitore del proteasoma (bortezomib). Poi la nostra ricerca ha sviluppato una pipeline molto ricca, fornendo il primo anticorpo monoclonale anti-CD38 utilizzato nel trattamento del mieloma multiplo, il daratumumab, che ha dato grandi risultati in termini di miglioramento della sopravvivenza. Stiamo sviluppando una CAR-T mirata contro il BCMA (B Cell Maturation Antigen) da usare nei pazienti con mieloma che abbiano fallito tutte le terapie disponibili. I risultati sono sorprendenti, finora non si era mai vista una risposta così profonda e duratura alla terapia in una fase avanzata di malattia. A due anni dal trattamento, oltre il 70% dei pazienti è ancora libero da malattia. Abbiamo inoltre in sviluppo due anticorpi bispecifici (talquetamab e teclistamab), con risultati preliminari interessanti. Tutte queste terapie ci permette-

ranno di perseguire la nostra missione di rendere questa malattia curabile».

**E sul fronte delle leucemie?**

«Nel campo della leucemia linfatica cronica (LLC) siamo molto presenti con l'ibrutinib: il primo inibitore della BTK (inibitore della tirosin chinasi di Bruton) che ha cambiato il paradigma terapeutico della LLC perché siamo passati dalla chemio-immunoterapia, a una terapia "chemio-free" con ottimi risultati anche nel lungo termine (abbiamo un follow-up di 8 anni) e percentuali di sopravvivenza molto alte. La leucemia mieloide acuta (LMA) è una patologia più complessa da trattare perché ha tempi di progressione molto rapidi. Per questa patologia il nostro farmaco è la decitabina, attualmente riservata ai pazienti portatori di LMA non candidabili alla chemioterapia intensiva».

M.R.M.

**IL THERAPEUTIC AREA  
MEDICAL MANAGER:  
IL DURATUMUMAB  
È STATO IL PRIMO  
E HA DATO  
GRANDI RISULTATI**





## ARCHIVIAZIONE RESPINTA “Sul Covid al Pat indagare ancora”

MILOSA A PAG. 6



### L'INCHIESTA

MILANO “NEGLIGENZE E DECESSI SPROPOSITATI NEL 2020”, RESPINTA RICHIESTA DEI PM

# Morti al Pio Albergo Trivulzio, il gip dice no all'archiviazione

» Davide Milosa

MILANO

**E**ra il 21 febbraio 2020, una mattina a Codogno. Sars-Cov 2 stava già mordendo da gennaio e nessuno lo immaginava, nemmeno i cronisti arrivati lì. Pochi giorni dopo il virus entrerà a Milano. Nella sua Rsa per eccellenza. Al Pio Albergo Trivulzio, la “baggina” per i milanesi: circa 400 morti. La Procura indaga il direttore generale Giuseppe Colicchio. Eppure non trova il reato. I pm scrivono che al Trivulzio c'era stata una “sottovallutazione iniziale del rischio” e una “carezza oggettiva (...) per evitare il diffondersi dell'epidemia”. La Procura così chiede l'archiviazione. Bocciata ieri dal giudice per le indagini preliminari Alessandra Ceccheli

per il quale i fatti emersi dalle indagini evidenziano “negligenze della dirigenza del Pat segnalate dallo stesso personale sanitario, pur allo stato delle conoscenze disponibili nei mesi in cui si è verificata” la diffusione del Covid all'interno del Pio Albergo Trivulzio, dove “per ammissione” degli stessi consulenti della Procura “si è verificato il decesso di un numero evidentemente spropositato di ospiti”. Scritto questo, il gip ha dato alla Procura altri sei mesi per indagare e effettuare “una più articolata perizia” sulle morti che erano state circa 400 in quel periodo. Nonostante la richiesta di archiviazione, per la Procura era accertato il fatto che la direzione si oppose “nei primi giorni di marzo” del 2020 “all'utilizzo di mascherine”. Allo stesso tempo, secondo i pm, in quel periodo i criteri di “tracciamento e contenimento” del virus sconosciuto, non erano stati ancora nemmeno “adeguatamente

introdotti, sviluppati e articolati dalle disposizioni delle autorità sanitarie nazionali e regionali” e c'era “una drammatica insufficienza” di “Dpi e tamponi”. In un quadro del genere dal punto di vista penale ciò che manca, per l'aggiunto Siciliano e i pm Clerici e De Tommasi, sono le prove di un “nesso causale” fra le condotte dei dirigenti della struttura e le morti. A ciò va aggiunta la condotta solo politicamente criticabile della giunta regionale lombarda. Davanti alla richiesta dei pm, il ragionamento del giudice è del tutto diverso. Se-



dici pagine in cui si parla di “formazione” dei dipendenti “carente” ed una “governance” sulle visite dei parenti non in linea “con le disposizioni”. Fatti, secondo il tribunale di Milano, verificati quando “il fenomeno pandemico e le più elementari misure da adottare” in termini di distanziamento e gestione “dei contagi erano già ampiamente note”. Continua l’ordinanza di 16 pagine: “A maggior ragione dovevano essere applicate a tutela dei soggetti deboli ospitati”. Una nuova “perizia più articolata” da ieri dovrà tenere conto “dell’intero arco

temporale” senza fermare “le valutazioni a metà aprile 2020”. E, secondo il tribunale, dovrà stabilire “il numero effettivo delle infezioni e dei decessi”. Solo dopo questo, si potrà valutare il “nesso causale” tra le condotte e le morti. Letta l’ordinanza in serata, Alessandra Azzoni, che rappresenta i familiari degli anziani morti al Pio Albergo Trivulzio e che si era opposta alla richiesta di archiviazione dei pm milanesi, dice: “Da oggi possiamo dire che a Milano esiste un giudice. Come a Berlino. Accogliamo con favore la decisione del Gip

che ha rigettato la richiesta di archiviazione per le indagini relative ai fatti avvenuti all’interno del Pio Albergo Trivulzio durante la pandemia”.

## ANZIANI LE VITTIME DELLA PRIMA ONDATA FURONO 400





# I pannoloni contro il Covid

Chiusi i reparti per i positivi, gli ospedali del Lazio sperimentano una nuova strategia "Ai ricoverati è vietato andare in bagno per evitare il contagio". I sindacati: "Ormai è un'abitudine"

**Ricciuto: "Basta con gli spezzatini, servono strutture dedicate"**

Quando mercoledì sera, alla signora Domenica, ricoverata in neurologia al San Giovanni, è stato proposto di indossare un pannolone per la notte, inizialmente l'85enne non ne ha capito il motivo. «Ma se sono auto-sufficiente e il medico mi ha detto che posso alzarmi per andare in bagno!» ha replicato la signora, sentendosi umiliata. L'incontinenza notturna non c'entra niente: dall'altro ieri nel reparto è scoppiato un mini-cluster, che ha colpito 6 persone tra pazienti e operatori sanitari, e la paziente zero è proprio la vicina di letto di Domenica. Ma l'ospedale non ha più posti Covid dove isolare i positivi, né riesce a trasferirli.

Non resta che la convivenza promiscua. Con misure raffazzonate: sponde contenitive del letto rialzate per tutti i pazienti, mascherina e pannolone, per evitare il più possibile movimenti, anche il solo alzarsi per andare nel bagno in comune.

**Di Cori** ● alle pagine 2 e 3

## L'EMERGENZA

# "Chiusi i reparti Covid" Pannoloni antiviruses negli ospedali del Lazio

Ai pazienti negativi viene vietato di andare in bagno per evitare il contagio con i positivi. Al San Giovanni una 85enne è stata lasciata nel letto tutta la notte. "Non sapevamo che fare"

**di Arianna Di Cori**

Quando mercoledì sera, alla signora Domenica, ricoverata in neurologia al San Giovanni, è stato proposto di indossare un pannolone per la notte, inizialmente l'85enne non ne ha capito il motivo. «Ma se sono auto-sufficiente e il medico mi ha detto che posso alzarmi per andare in bagno!» ha replicato la signora, sentendosi umiliata. L'incontinenza not-

turna non c'entra niente: dall'altro ieri nel reparto è scoppiato un mini-cluster, che ha colpito 6 persone tra pazienti e operatori sanitari, e la paziente zero è proprio la vicina di letto di Domenica. Ma l'ospedale non ha più posti Covid dove isolare i positivi, né riesce a trasferirli.

Non resta che la convivenza promiscua. Con misure raffazzonate: sponde contenitive del letto rialzate per tutti i pazienti, mascherina e

pannolone, per evitare il più possibile movimenti, anche il solo alzarsi per andare nel bagno in comune. Intanto, il virus si propaga e il cluster si allarga.

«Non sappiamo che fare – si sfoga





la figlia della signora, Cinzia Sgheri – abbiamo parlato con i medici, non ci sono soluzioni se non quella di dimettere i pazienti negativi». È quello che avverrà con la signora, rea di non essere positiva in un reparto diventato Covid nel giro di una notte. «La dottoressa con cui ho parlato mi ha detto che l'avrebbe tenuta ancora sotto osservazione – prosegue la donna – dato che ha avuto un'ischemia. È una situazione straziante e assurda. Dovremo tenerla a casa, isolata e controllata, anche perché il rischio che si positivizzi è molto alto».

La tempesta perfetta annunciata ieri dai medici sulle pagine di *Repubblica* è già realtà. I pazienti Covid sono più che raddoppiati in una settimana. Si tratta perlopiù di persone affette da tutt'altra patologia che inoltre hanno contratto il virus, che necessitano di cure specialistiche ma anche di un isolamento non più possibile.

Tanti si positivizzano una volta entrati in ospedale, a causa della grandissima contagiosità di Omicron 5. E quando succede sono dolori, perché la rete Covid, concluso lo

stato di emergenza, non ha più una regia unica. Agli ospedali è stato richiesto di trovare soluzioni in autonomia, ma ogni posto per un positivo equivale a toglierne il doppio per i negativi, a fronte di personale sanitario sempre più scarno.

«Non c'è disponibilità di posti Covid, non solo da noi, ma in tutti gli ospedali, e a neurologia il personale è ridotto ai minimi termini – conferma una fonte interna del San Giovanni- non resta che gestire positivi e negativi insieme, nelle stesse stanze». Una missione naturalmente impossibile. «Siamo passati da 100 posti Covid ai 20 attuali – prosegue il camice bianco – ma sono tutti già occupati. Per non parlare del Pronto Soccorso. I posti Covid sono sei, ma già hanno una ventina di pazienti».

L'ospedale ammette che «i pazienti positivi, ma anche quelli che si positivizzano in ospedale sono in grande aumento», e rassicura che «il sistema a fisarmonica è in grado di assorbire i pazienti Covid». Ma nei corridoi dell'ospedale si respira tutta un'altra aria. «Abbiamo un ambiente di osservazione nel Pronto Soccor-

so dove vengono trattenuti i pazienti in attesa di tampone – prosegue un'infermiera – per il resto è un continuo di contagi: anche nei blocchi operatori si vedono barelle di contenimento con i positivi vicine a pazienti negativi». Una sorta di nuova routine. «Stiamo messi così in tutti gli ospedali, con contagi elevatissimi anche tra operatori sanitari – tuona Stefano Barone, segretario provinciale del Nursind, il sindacato degli infermieri – sembra che stia diventando un'abitudine lasciare i positivi nei reparti ordinari e trattare il virus come un'influenza».

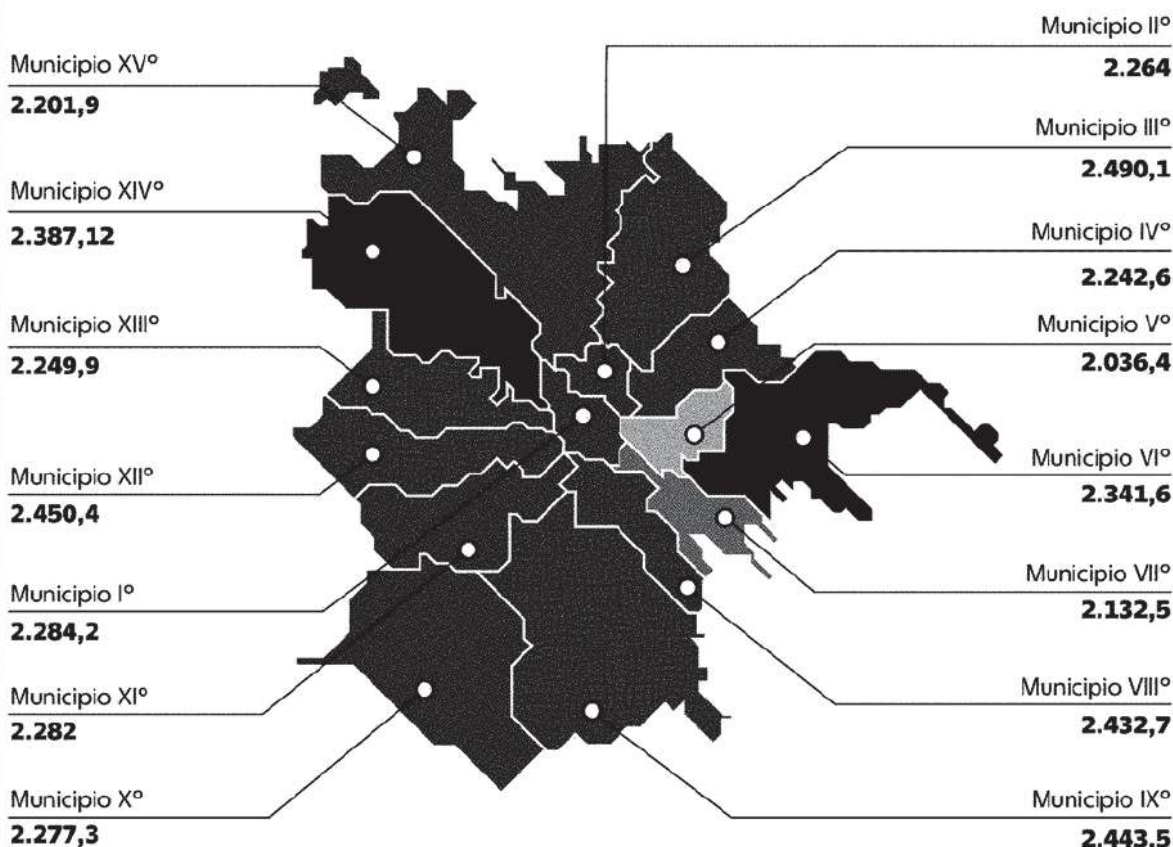
## Omicron nei Municipi

Tasso di casi x 10.000 abitanti

INFOGRAFICA DI CARLO ROSSI

### Casi per 10 mila abitanti

■ dai 2.000 ai 2.100   ■ dai 2.100 ai 2.200   ■ dai 2.200 ai 2.300   ■ dai 2.300 ai 2.400   ■ oltre i 2.400



FONTE: SALUTE LAZIO, DATI 22 GIUGNO 2022

*“Siamo messi così in tutte le strutture. Ormai è diventata un'abitudine”*





L'intervista

# Ricciuto "Variante più contagiosa e assenza di programmazione"

«Tutti gli ospedali hanno pazienti nei reparti che si sono positivizzati durante la degenza, che restano insieme ai negativi per mancanza di posti dove isolarli. Inevitabile: tutti entrano nelle strutture, con e senza mascherina, senza alcun controllo. Il virus è tornato tra i più fragili». Per Giulio Maria Ricciuto, presidente della Simeu Lazio, la società dei medici di emergenza-urgenza, in prima linea al Pronto Soccorso, quanto sta avvenendo è la naturale conseguenza del combinato disposto della variante più contagiosa di sempre e di un'assenza di pianificazione».

## Cosa sta succedendo?

«Abbiamo un numero esponenzialmente in crescita di pazienti cosiddetti "con" Covid, che arrivano in ospedale per un altro motivo, e poi scoprono di essere positivi. Ma per loro non c'è un posto letto».

## Cosa intende?

«I grandi ospedali con i reparti di malattie infettive - Spallanzani, l'Umberto I, Tor Vergata - hanno spazi dedicati a pazienti con patologie polmonari legate al virus. Questi ricoveri vengono gestiti attraverso una piattaforma dedicata regionale. Ma non

esistono indicazioni per i pazienti "con" Covid. Anzi, in call la Regione ha messo in chiaro che tutti gli ospedali devono gestire i propri "con" Covid da sé».

## Come si può arginare il problema?

«Intanto ripristinare il tampone obbligatorio a 24/48 ore per tutti coloro che vengono in ospedale, anche chi deve fare visite ambulatoriali e parenti».

## Al San Giovanni i posti Covid sono finiti. Bisogna riaprire grandi reparti per i positivi in tutte le strutture?

«Assolutamente no. Per quanto ci riguarda continuare a trattare i pazienti Covid così è anacronistico e insufficiente».

## Cosa fare quindi?

«Basta con lo "spezzatino" di mini reparti Covid ovunque. L'unica soluzione, adesso, è creare 3, 4 ospedali Covid a Roma, e un paio in provincia, in grado di trattare tutte le patologie che può avere un positivo, dalla frattura al problema cardiaco e dove vengono trasferiti tutti i positivi, sia "per" che "con" Covid. Dopo due anni e mezzo dovrebbe essere chiaro che è l'unica strada. Bastava avviare la programmazione nei mesi di quiete che abbiamo appena

vissuto».

## Perché reputa che aumentare i posti letto Covid in tutti gli ospedali sia errato?

«Un reparto Covid ha bisogno di personale dedicato, per evitare che gli stessi operatori sanitari facciano la spola tra un reparto "pulito" e uno "sporco", trasportando il virus. Ma il personale è in cronica carenza: farlo è impossibile, se non togliendo risorse, spazi, e cure a tutti i negativi. Inoltre la promiscuità obbliga a sanificazioni continue: sprechi di tempo e di risorse che nemmeno abbiamo. Una scelta irrazionale».

## Oggi come viene gestito il "surplus" di pazienti Covid che arrivano in ospedale?

«Rimangono in Pronto Soccorso per giorni. Ho colleghi con 10 posti letto Covid che devono gestire fino a 25 positivi. Il nostro è un monito: non siamo disposti, per l'ennesima volta a trasformare il Pronto Soccorso in una discarica Covid. Stavolta, se non vengono prese delle decisioni tempestive, siamo pronti a richiedere un trasferimento in massa».



Giulio Maria Ricciuto

“  
Occorre  
ripristinare  
il tampone  
obbligatorio  
Poi basta  
con gli  
spezzatini.  
Servono 3  
o 4 ospedali  
riservati  
agli infetti





SANITÀ/«TORNARE A LIVELLI PRE-COVID»

## Zingaretti: «48 milioni per ridurre le attese su esami e interventi»

Quasi 685 mila prestazioni ambulatoriali, 15.725 interventi chirurgici e oltre 430.662 screening oncologici: sono i numeri delle liste d'attesa del Lazio. Per recuperare entro il 31 dicembre, la Regione lancia un piano da 48 milioni «per tornare almeno ai livelli pre pandemia», come ha spiegato il governatore Nicola Zingaretti. I fondi saranno erogati alle Asl, che potranno destinare fino a un massimo del 20% delle risorse anche al sistema privato accredi-

tato. Il piano prevede presidi sanitari di sera e nei fine settimana, più turni del personale medico e sanitario e ottimizzazione degli spazi, delle tecnologie e delle attrezzature.

a pagina 4 **Monforte**

# Sanità, piano da 48 milioni per ridurre le liste d'attesa

Zingaretti vuole tornare entro il 2022 « ai livelli pre pandemia »

di **Luisa Monforte**

Presidi sanitari di sera e nei fine settimana, più turni del personale medico e sanitario e ottimizzazione di spazi, tecnologie e attrezzature: con un piano straordinario da quasi 48 milioni la Regione punta a abbattere le liste d'attesa e tornare, entro fine anno, almeno ai livelli pre-pandemia. Il sovraccarico causato dal Covid, sommato al deficit pregresso, ha portato nel Lazio oltre un milione e centomila persone nell'inferno di interminabili attese per una visita o intervento. In tutto a oggi nel Lazio vanno recuperate 684.890 prestazioni ambulatoriali, 15.725 interventi chirurgici e oltre 430.662 screening oncologici entro il 31 dicembre. I fondi saranno erogati alle Asl, che potranno destinare fino a

un massimo del 20% delle risorse anche al sistema privato accreditato. Lo stanziamento sarà suddiviso per attività: oltre 35,3 milioni per le visite specialistiche ambulatoriali; più di 9,9 milioni per gli interventi chirurgici; oltre 2,6 milioni per gli screening oncologici. L'obiettivo è recuperare almeno il 90% del gap entro dicembre e così tornare ai livelli del 2019.

Il piano straordinario, presentato ieri, «è dedicato a tutti ma soprattutto a chi è in lista d'attesa ed è preoccupato per la propria malattia e per i tempi», ha detto il governatore del Lazio Nicola Zingaretti. «Le onde pandemiche dal 2020 purtroppo hanno coinciso con il rallentamento delle prestazioni tra cui quella delle analisi, degli screening e delle liste d'attesa. Siamo in una nuova ondata ma acceleriamo e apriamo una nuova guerra alle liste d'attesa», ha aggiunto. Le risorse saranno

destinate a un ampliamento degli orari e del numero di servizi offerti dal sistema sanitario regionale, all'ottimizzazione dei turni del personale ma anche dell'uso degli spazi e delle strumentazioni. Le Aziende sanitarie locali potranno avvalersi delle prestazioni aggiuntive di medici e operatori già inseriti nelle strutture sanitarie ma anche ricorrere a strutture private accreditate per erogare di una parte delle prenotazioni sospese. Un ulteriore aiuto per abbattere le liste d'attesa, infine, potrebbe arrivare da nuove assunzioni. L'assessore alla Sanità, Alessio D'Amato, ha ricordato che negli ultimi 2 anni sono stati innestati nel servizio sanitario regionale oltre 6 mila operatori. Tuttavia resta il nodo del vincolo sulla spesa per il personale cui sono sottoposte le strutture sanitarie pubbliche in Italia. «Abbiamo chiesto al governo di togliere il vincolo sulla spesa o di rimodi-



ficarlo - ha spiegato D'Amato - Altrimenti è difficile muoversi in autonomia perché è un vincolo che se non rispettato, crea anche problemi sanzionatori alle regioni. Credo che il governo ci stia lavorando attentamente e che nelle prossime settimane andrà a rivedere un limite di 17 anni fa. Ne ho parlato anche col ministro Speranza».

# 15,7

E' in migliaia il numero degli interventi chirurgici da recuperare: oltre alle 684 mila prestazioni ambulatoriali

## La vicenda



● Zingaretti: «Piano da 48 milioni per recuperare l'enorme lista di prestazioni sanitarie bloccate dal Covid»

Ambulanze in coda davanti all'ospedale Sandro Pertini, in attesa di far ricoverare i malati: immagine simbolo dei ritardi provocati dal Covid (foto Ansa)

