



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**21 Luglio 2022**

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

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Medici aggrediti, il Policlinico di Palermo corre ai ripari: regole rigide per gli accessi

21 Luglio 2022

*Il commissario straordinario Caltagirone elenca i provvedimenti da adottare per rendere inaccessibili i padiglioni agli estranei, dal cambio delle serrature alla nomina di responsabili delle chiavi. E a una certa ora anche gli specializzandi e gli studenti fuori dall'ospedale*



Il Policlinico Paolo Giaccone di Palermo corre ai ripari **contro le aggressioni ai medici**. Il commissario straordinario Alessandro Caltagirone ha scritto al rettore dell'Università Massimo Midiri, proponendo una serie di misure per **regolare gli accessi** ai padiglioni dell'azienda ospedaliera. «Già a marzo – spiega Caltagirone – dopo avere eseguito la mappatura di tutti i varchi presenti all'interno del Policlinico, avevamo chiesto ai direttori di dipartimento di chiarire le modalità di accesso alle cliniche e ciò al fine di scongiurare eventuali ingressi di personale non autorizzato. **Non abbiamo avuto alcun riscontro** e per tale ragione ho dovuto agire oggi, proponendo modifiche sostanziali capaci di coniugare sia interventi tecnici, sia un richiamo alla **responsabilità precisa di figure deputate al controllo** e all'acquisizione delle chiavi degli accessi».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

A indurre il commissario straordinario ad agire con celerità è stato il clima di paura nato dopo l'ultima aggressione, quella avvenuta una decina di giorni fa ai danni di un gastroenterologo. Il medico aveva invitato la figlia di una paziente a lasciare il reparto alla fine dell'orario delle visite, quando per tutta risposta in ospedale sono piombati il padre e il fratello della donna ed hanno picchiato selvaggiamente il professionista. Nella sua lettera Caltagirone coinvolge i direttori di dipartimento, ai quali, spiega, ha chiesto «di farsi parte attiva per assicurare il rispetto delle norme per tutto ciò che concerne il personale presente all'interno degli spazi aziendali». **Sono 28 i varchi** che consentono di entrare nelle cliniche, sono stati identificati nella mappatura eseguita a marzo dal servizio di prevenzione e protezione dell'azienda. La proposta formulata ai direttori di dipartimento prevede interventi tecnici per effettuare, per ogni varco, **il cambio delle serrature** o quanto meno dei cilindri. Sarà, inoltre, identificato il personale specializzato dei **servizi di vigilanza** che avrà l'incarico di gestire gli accessi principali. In ogni unità operativa verrà individuato un responsabile a cui saranno **consegnate formalmente le chiavi**. Particolare attenzione viene posta agli accessi nella fascia post meridiana e notturna. Potranno entrare per ragioni di servizio **solo soggetti legittimati a farlo: medici, infermieri, operatori socio-sanitari, ausiliari, portieri e custodi**. Per quanto riguarda il personale equiparato - come **specializzandi, dottorandi, tirocinanti, studenti e volontari** - l'ingresso potrà essere consentito esclusivamente nel rispetto delle leggi e dei regolamenti universitari. «L'intento della proposta formulata - prosegue ancora Caltagirone - è quello di richiamare ciascuno alle proprie responsabilità, anche di controllo, rispetto ad abitudini – non conformi alle regole – che nel tempo sono spesso diventate consuetudini. Ho chiesto di porre particolare attenzione al personale che vive la nostra azienda ospedaliera universitaria in virtù della sua peculiarità, come specializzandi, dottorandi, tirocinanti e studenti, confidando che l'accesso e la presenza siano consentiti esclusivamente nel rispetto dei tempi, degli orari di lavoro e formazione, delle leggi e dei regolamenti specifici, garantendo, in tal modo, la sicurezza degli stessi in presenza del tutor, del direttore o del responsabile di riferimento».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Asp di Caltanissetta, il nuovo direttore amministrativo è Salvatore Iacolino

*La nomina è stata formalizzata dal Direttore Generale Alessandro Caltagirone. Proviene dall'Asp di Agrigento e ha una lunga esperienza.*

21 Luglio 2022 - di [Redazione](#)

CALTANISSETTA. **Salvatore Iacolino** è il nuovo direttore amministrativo dell'ASP di Caltanissetta. La nomina è stata formalizzata il 20 luglio dal direttore generale **Alessandro Caltagirone**. Proveniente dall'Asp di Agrigento dove fino ad ora ha diretto la struttura amministrativa area territoriale, dalla fine del 2019 ai primi mesi del 2021 è stato anche direttore amministrativo presso l'Asp di Siracusa.

**Nel suo percorso professionale** un'ampia esperienza manageriale nella gestione dei principali settori amministrativi con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Dal 2005 al 2009 è stato direttore generale dell' Asp di Palermo.

«Auguro al dott. Iacolino **buon lavoro** all'interno dell'Asp di Caltanissetta - dichiara il manager Alessandro Caltagirone - Sono certo che saprà mettere a frutto anche nella nostra azienda tutte le competenze acquisite in questi anni all'interno di realtà sanitarie territoriali". Iacolino sarà in servizio dal 25 Luglio.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Asp di Catania, la guardia medica di Camporotondo Etneo ritorna operativa

*Ultimati i lavori per la ristrutturazione e la riqualificazione energetica del presidio sanitari, dove è già attivo anche il Ser.T. del Distretto di Gravina di Catania.*

21 Luglio 2022 - di [Redazione](#)

CATANIA. Ultimati i lavori per la ristrutturazione e la riqualificazione energetica del **Presidio Sanitario di Camporotondo Etneo**: da oggi 21 luglio la **Guardia Medica** ritorna operativa nella sua sede. Già attivo nei locali ristrutturati anche il **Ser.T.** del Distretto di Gravina di Catania. «Voglio ringraziare tutti gli Uffici e i Servizi per il grande lavoro svolto. La comunità attendeva da tempo questo traguardo, grazie al quale miglioriamo standard di accoglienza, livelli di sicurezza della struttura e performance sanitarie- spiega il direttore sanitario dell'Asp di Catania, **Antonino Rapisarda**– La struttura è stata interamente riqualificata, soprattutto sotto il profilo energetico, rappresentando per l'edilizia sanitaria un esempio di conversione verde». **Il progetto dei lavori** è stato curato dall'UOC Tecnico, diretto da **Francesco Alparone** (progettista e rup, **Danilo Catania**; direttore dei lavori, **Daniele Antonino Famoso**), d'intesa con la Direzione del Distretto Sanitario di Gravina di Catania, guidato da **Carmelo Sambataro**. Le procedure per l'acquisto di attrezzature e arredi sono state definite dall'UOC Provveditorato, diretta da **Pietro Galatà**. L'intervento edile, per un importo di poco inferiore a 325.000 euro, è stato avviato nel mese di luglio 2021. **Realizzati**: l'installazione di un impianto **fotovoltaico** da 6 kW per la produzione di energia elettrica; la posa in opera, al piano terra e al piano primo, di un **coibente** termico; la



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

sostituzione di tutti i **serramenti** esterni che hanno delle caratteristiche fotometriche e di trasmittanza tale da migliorare il confort ambientale all'interno dei locali. Sotto il profilo strutturale, inoltre, sono stati: realizzati due **WC** per disabili, uno dedicato al Ser.T. e uno dedicato alla Guardia Medica; ristrutturati i servizi igienici esistenti; installate nuove porte interne; abbattute le **barriere architettoniche**. Nuovi anche gli impianti elettrici e di climatizzazione, la pavimentazione, la facciata e i controsoffitti. Tinteggiati tutti gli ambienti. Nuovi anche arredi e attrezzature. **Invariati gli orari di servizio** e le utenze telefoniche di Guardia Medica: 095.520749 – 335.7861009. Ser.T. del Distretto di Gravina di Catania: da lunedì a venerdì, dalle ore 8 alle 14. Martedì e giovedì, dalle ore 16 alle 19.

**Telefono:** 095.7502555/56/51. **mail:** sert.gravina@aspct.it; sert.camporotondo@pec.aspct.it.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

# quotidiano**sanità**.i

## Crisi Governo e fine legislatura. Ecco tutte le riforme sanitarie che restano al palo

di Luciano Fassari

***La fine dell'Esecutivo segnerà anche la conclusione della legislatura con nuove elezioni in autunno. Per la sanità molte incompiute (riforma medici di base, riforma Irccs, riforma Aifa, ddl Concorrenza, riforma Dm 70, tariffe Ssn...) e poi la grande incognita della manovra finanziaria annuale (legge di bilancio) che spetterà al Governo che verrà sul filo dell'esercizio provvisorio.***



**21 LUG** - La fine del Governo Draghi segna l'epilogo della XVIII legislatura e proietterà molto probabilmente l'Italia in inedite elezioni autunnali. I temi in ballo a livello macro sono enormi per quantità e importanza (inflazione, guerra in Ucraina, attuazione Pnrr solo per citarne alcuni) ma anche per quanto riguarda la sanità le questioni che rimarranno appese o senza immediata soluzione sono parecchie.

La prima questione impellente riguarda le risorse, dato che visti i tempi ristretti tra le prossime elezioni e la formazione del Governo (si parla di ottobre) il tutto in uno scenario di crisi economica è molto probabile in **Manovra** ci sarà poco spazio per interventi corposi come chiesto dalle Regioni. C'è poi tutta la **partita Covid** con l'ondata estiva che sta terminando ma con l'incognita di una prossima sfuriata autunnale del virus che potrebbe nuovamente colpire il Paese con tutto ciò che potrebbe comportare a partire dalla campagna vaccinale. È chiaro che in piena campagna elettorale sarà complicato prendere decisioni di qualsiasi tipo senza scatenare polemiche.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Questione delicata sarà poi l'attuazione del **Dm 77** dove manca all'appello un tassello decisivo per far decollare la misura: la **riforma dei medici di famiglia** senza la quale l'intero progetto rischia di franare prima d'iniziare il suo percorso.

Rischia di sparire dai radar anche il **Decreto Tariffe**. Il provvedimento è atteso da oltre 5 anni quando fu emanato il Dpcm di aggiornamento dei Lea. Il tema è molto complesso e infatti dopo la pubblicazione di alcune bozze e le successive polemiche il Ministero si era di nuovo messo al lavoro per una nuova stesura. Ora tutto inevitabilmente si fermerà di nuovo così come anche i nuovi criteri per il **riparto del Fondo sanitario**.

Altro tema che finirà nel cassetto è quello della nuova **convenzione con le farmacie** così come il nuovo payback sui dispositivi medici. Una norma presente da molti anni ma mai di fatto applicata. Al palo resterà anche **l'aggiornamento del Dm 70** sugli standard ospedalieri.

Probabilmente sarà accantonata anche l'idea di rivedere il **tetto di spesa per il personale** che nonostante le piccole modifiche degli ultimi anni rappresenta un ostacolo per superare la carenza ormai cronica di operatori sanitari. E sempre sul personale è molto probabile che la fine del Governo comporterà un ritardo sul rinnovo del **contratto della dirigenza medica e sanitaria**.

Quanto al Parlamento, c'è da vedere che fine farà l'iter di conversione in legge del **Ddl concorrenza** approvato dalla Camera e non ancora al Senato e sui cui c'è stata grande bagarre anche nella giornata di crisi a Palazzo Madama. Ricordiamo che l'approvazione di questo provvedimento può infatti considerarsi in un certo senso propedeutica per l'accesso ai fondi del Pnrr. Sul binario morto rischia anche di restare il **riordino degli Irccs** già approvato in prima lettura dalla Camera. Dubbi che possa vedere la luce anche il provvedimento sul **fine vita**.

Lo stop al Governo rischia poi di posticipare l'emanazione anche di molti decreti attuativi come quello per i **ristori** per i familiari del personale sanitario deceduto a causa del Covid o quello

In stand by anche il **Sunshine Act** per cui mancano i decreti attuativi per la creazione del registro telematico dove raccogliere le erogazioni in beni o denaro da parte delle imprese nei confronti del personale della sanità.

Dubbi anche sulla **riforma di Aifa** dato che il 15 ottobre scade la proroga di Cts e Cpr, organi senza i quali di fatto l'Agenzia del farmaco si blocca. E ancora: potrebbe saltare poi anche la nuova **riorganizzazione del Ministero della Salute**.

Insomma, come al Monopoli si riparte dal via: altro Governo altro giro di dadi.

**Luciano Fassari**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## PANDEMIA

### Il Covid ora rallenta ma l'Oms non si fida

Salinaro a pagina 13

#### L'ANDAMENTO DELLA PANDEMIA

# Il Covid rallenta ma l'Oms non si fida

*L'ufficio europeo dell'Organizzazione: dall'autunno prepariamoci ad aumento dei casi*

#### VITO SALINARO

Il contagio da Sars-CoV-2 rallenta. Rispetto a martedì, ieri erano in diminuzione i decessi, passati da 176 a 157, il tasso di positività, dal 23,2 al 22,6%, i letti occupati nelle terapie intensive, da 413 a 410, mentre i 62 pazienti in più ricoverati nei reparti ordinari (11.037) rappresentano una crescita di molto contenuta. Anche l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) conferma che nell'arco di 24 ore è calato di un punto la percentuale di occupazione in terapia intensiva, tornando al 4%, mentre resta stabile, al 17%, la quota di letti occupati per Covid-19 negli altri reparti.

Come anticipato nei giorni scorsi, continua a tenere una posizione di estrema cautela, sulla pandemia, l'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che prevede un «aumento di infezioni, ricoveri e decessi» nei mesi autunnali e invernali, «con la riapertura delle scuole, le persone che

tornano dalle vacanze e lo spostamento della socializzazione al chiuso con il clima più freddo». Per bocca del direttore regionale per l'Europa, Hans Kluge, l'Oms indica le misure per contenere la pandemia: si va dall'aumento delle coperture vaccinali nella popolazione generale alla quarta dose ai gruppi a rischio una volta passati tre mesi dall'ultima dose; dalla promozione dell'utilizzo della mascherina nei luoghi chiusi alla ventilazione degli spazi pubblici come le scuole, fino all'utilizzo di tutte le armi terapeutiche disponibili, per esempio gli antivirali.

Dal punto di vista sanitario, la priorità è tenere in vita ed efficiente il sistema di sorveglianza. L'ultimo studio Oms consiglia, però, anche di prevenire la sofferenza dei servizi sanitari assumendo, con forme flessibili, nuovo personale. Tra le altre misure, l'Oms chiede di prestare attenzione al long-Covid. Occorrerà iniziare ad adottare questi accorgimenti da subito: «Aspettare l'autunno sarà troppo tardi», conclude Kluge.

Intanto, Pfizer e BioNTech hanno completato la procedura di richiesta di approvazione all'Agenzia europea dei medicinali (Ema) per il vaccino aggiornata

contro Covid-19. Il vaccino è bivalente e, oltre a contrastare il vecchio virus, è stato adattato anche alla sottovariante Omicron Ba.1. La domanda di approvazione riguarda per ora le somministrazioni alle persone con età pari o superiore ai 12 anni. I dati resi disponibili nelle scorse settimane dall'azienda e sottoposti a Ema mostravano che il nuovo vaccino induceva una risposta immunitaria superiore contro Omicron Ba.1 rispetto al vaccino attualmente in commercio. Il quale però, secondo uno studio pubblicato da *Science* e guidato dall'Università di Washington, con il contributo del Policlinico di Milano, resta un presidio importante contro la malattia grave.

In calo decessi, tasso di positività e pazienti in rianimazione. Pfizer completa la richiesta all'Ema per utilizzare il vaccino aggiornato



# Covid, ospedali ancora in difficoltà al Sud E i medici avvertono: “Morti in aumento”

**P**er il secondo giorno consecutivo, l'Organizzazione mondiale della sanità ha manifestato allarme per la sottovalutazione di questa fase della pandemia da Covid-19. Martedì aveva parlato il direttore dell'ufficio europeo, Hans Kluge, ieri il direttore generale, Tedros Adhanom Ghebreyesus: “Possiamo aspettarci di vedere più ricoveri e morti nelle prossime settimane”, ha detto, sottolineando che “i Paesi che hanno smantellato alcune parti dei loro sistemi di risposta alla pandemia si stanno assumendo un rischio enorme”, in particolare in vista dell'autunno e dell'inverno che potrebbero portare chissà quale variante.

In Italia assistiamo a una lenta discesa dei nuovi casi rilevati (ieri 86.067, la media mobile settimanale è passata da oltre 100 mila a meno di 90 mila al giorno) mentre i ricoveri sono sostanzialmente stabili attorno al 4% e al 17% di letti occupati da pazienti Covid rispettivamente nelle terapie intensive e nei reparti ordinari, ma con profonde differenze tra le Regioni. Alcune, specie al Centro-Sud, sono in difficoltà. La Fiaso, Federazione delle aziende sanitarie, calcola un aumento dei ricoveri nell'ordine del 17% nella settimana fino al 19 luglio, circa la metà rispetto al 35% della precedente (35%), e stima al 42% i pazienti che soffrono di gravi sindromi respiratorie da Sars-Cov2 mentre gli altri sono in ospedale per altre patologie. Sono cresciuti del 12% i riko-

veri pediatrici. Il conto dei morti ieri si è fermato a 157, sopra la media se si considera che negli ultimi sette giorni sono stati 874, in aumento del 20,4% rispetto alla precedente.

“Purtroppo il numero dei decessi nelle prossime settimane dovrebbe aumentare, per poi avere una riduzione nel mese di agosto, e avviarci verso una più accettabile coesistenza con il virus”, ha detto ieri Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo). Lo stesso Anelli ha dato manforte al ministro Roberto Speranza, che nei giorni scorsi si è opposto all'idea di eliminare l'isolamento per i positivi, ammettendo però la possibilità di interromperlo prima dei 7 giorni con tampone negativo. Resta in campo l'ipotesi di portarlo a cinque giorni, ma non prima di una settimana o due. Intanto Pfizer e Biontech hanno completato la documentazione per la richiesta di approvazione del nuovo vaccino bivalente, più efficace almeno contro la variante Omicron 1. Ora tocca all'Emma, l'agenzia del farmaco europea, decidere anche sul vaccino aggiornato di Moderna.

FQ



**Il bollettino**

## Covid, giù i casi «Meno vittime fra venti giorni»

**C**ontinua il calo dei contagi in Italia. Il bollettino del ministero della Salute ha registrato 86.067 nuovi casi Covid contro i 120.683 di ieri. I tamponi effettuati sono stati 380.121 (rispetto ai 519.284 del giorno precedente) con un tasso di positività che scende dal 23,2% al 22,6%. I decessi sono stati 157 (in calo rispetto ai 176 registrati martedì). «Nell'ultima settimana abbiamo registrato un -7,5% dei casi», spiega il

virologo Pregliasco, mentre per avere un «calo delle vittime dovremo aspettare 2 o 3 settimane». In calo i pazienti in terapia intensiva, con tre ricoverati in meno rispetto a ieri. Ora il numero totale è a quota 410. Continua a crescere, invece, il numero di quelli ordinari: sono 62 in più (il giorno prima +127) per un totale di 11.037. Intanto, sul fronte dei vaccini arriva l'annuncio di Pfizer e BioNTech che hanno chiesto l'approvazione

all'Ema per il vaccino aggiornato per gli over 12: si tratta di uno bivalente che oltre a contrastare il vecchio virus è stato adattato alla sotto-variante Omicron BA.1.

**Va. San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## **OMS: PREPARARSI ALL'AUTUNNO E AI PICCHI DI INFEZIONI**

La pandemia non è finita; in autunno e inverno ci si attende un nuovo «aumento di infezioni, ricoveri e decessi» da Covid-19 e si devono mettere subito in atto misure per ridurre i rischi. Lo dice un documento pubblicato dall'ufficio europeo dell'Oms che indica le misure per contenere la pandemia: aumento delle coperture vaccinali, somministrazione della quarta dose ai gruppi a rischio, promozione dell'utilizzo della mascherina nei luoghi chiusi



## TEST DOPO CINQUE GIORNI DALLA POSITIVITÀ ACCERTATA

### Gli Ordini dei medici: «Si a diminuire i giorni di quarantena»

■ «Quello che vediamo è che in alcune persone la variante Omicron che circola non dà sintomatologia o dà una sintomatologia molto scarsa», e il paziente «si negativizza anche in quinta giornata. Forse, dunque, la possibilità di verificare anche in quinta giornata» che il test sia negativo, invece degli attuali 7 giorni obbligatori di attesa, «si può accettare. Naturalmente sarebbe utile che l'Istituto superiore di sanità (Iss) facesse un approfondimento su questa questione. Se i dati in letteratura sono sufficienti, si può autorizzare una riduzione» della quarantena «o un'anticipazione del test per uscire dall'isolamento». È la visione di Filippo Anelli, presidente della Fe-

derazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo). Alleggerire l'isolamento sì, eliminare l'obbligo di farlo in presenza dell'infezione no, precisa Anelli: «chiunque ha una malattia infettiva dovrebbe evitare di andare in giro. Noi non permetteremo mai a nessun ragazzo con il morbillo di andare a scuola o di frequentare una palestra o di andare al cinema. Questi sono gli strumenti che i medici hanno per ridurre la diffusione di qualsiasi malattia infettiva».



## LA LOTTA A OMICRON 5

# Liberi di girare con i tamponi fai-da-te sono 1,5 milioni i fantasmi del Covid

La metà non sa di avere il virus, l'altra evita i test ufficiali e si cura da sola. Quali sono i rischi per sé e per gli altri. Dalla moltiplicazione dei contagi alle terapie inappropriate e al mancato aggiornamento del passaporto sanitario

di **Michele Bocci**

Sanno, o sospettano fortemente, di essere positivi ma non vanno a fare il tampone in farmacia, dal medico oppure alla Asl. In questo modo evitano l'obbligo di quarantena ma, se non sono attenti, rischiano di essere contagiosi, si precludono la possibilità di affrontare eventuali cure rapide con gli antivirali e rischiano di restare senza Green Pass, se questo documento, che per ora serve solo nelle strutture sanitarie, verrà di nuovo richiesto per svolgere alcune attività.

In Italia ci sono circa 1,5 milioni di fantasmi del Covid. La metà sono asintomatici e quindi non consapevoli di essere stati infettati. L'altra metà, circa 750 mila, sono risultati positivi al tampone ma solo a casa, con il test fai-da-te. I calcoli sono di Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'Università di Milano. «In questo momento ci sono 1 milione e 460 mila persone in isolamento perché infette – spiega – Ebbene, altrettante sono quelle contagiate ma che non rientrano nei dati ufficiali». L'ondata di Omicron 5 ha ormai preso la strada della discesa. Il picco è stato martedì 12 luglio e ieri ci sono stati circa 86 mila casi, cioè il 22% in meno del mercoledì precedente. I numeri dei contagi però continuano a essere alti.

Visto che per gli asintomatici, che ci sono sempre stati, non c'è niente da fare, gli esperti dibattono su chi si fa il tampone da solo. Si tratta di tantissime persone, che acquistano i kit al supermercato, in farmacia o su internet. Fausto Baldanti, responsabile del laboratorio di virologia molecola-

re del San Matteo di Pavia, spiega che «è la prima volta nella storia dell'umanità che un'infezione respiratoria viene così capillarmente esaminata. E questo non è un male». Un primo problema riguarda però l'efficacia dei tamponi fai-da-te. «Il prelievo è fastidioso e chi se lo fa da solo tende a non andare molto in profondità. Per questo i risultati dei test sulla stessa persona possono essere diversi». Come aggiunge La Vecchia, è lo stesso test ad avere una sensibilità ridotta e quindi nel 30-40% dei casi non funziona anche se fatto bene.

Finisce che qualcuno pensa di essere negativo, magari quando ha i sintomi, e a un successivo tampone risulta positivo. «Questo può essere dovuto anche al fatto che a casa non si utilizzano certo test molecolari e anche quelli rapidi maggiormente diffusi non sono i più recenti, quelli di terza generazione». Così l'errore è dietro l'angolo. «Inoltre c'è qualcuno che fa l'esame troppo presto, magari subito dopo un contatto a rischio, quando è impossibile che l'infezione si sia già manifestata».

Quando arriva la positività in molti non cercano una conferma ufficiale del tampone. Così evitano l'isolamento obbligatorio di una settimana (che a breve dovrebbe essere ridotto ma che per essere interrotto richiederà sempre un test negativo) ma possono andare incontro a problemi. Intanto, se vanno in giro, possono essere fonte di contagio per altre persone. «Si blocca la catena di controllo del contagio», e i dati sulla circolazione del virus sono

sottostimati. Cosa che si sta verificando anche adesso.

Chi risulta positivo con un test fai-da-te dovrebbe andare in farmacia, dal medico o alla Asl a fare un tampone per avere la conferma. «Altrimenti – dice il virologo – può anche esserci un problema legato alle cure. Si può cioè saltare la finestra terapeutica, entro la quale assumere certe terapie. I fragili possono accedere agli antivirali, se il medico lo ritiene necessario. Ma bisogna muoversi prima possibile e quindi bisogna essere in possesso del risultato di un test ufficiale».

Poi c'è anche un tema legato ai vaccini e (potenzialmente) al Green Pass. Le regole prevedono infatti che debbano passare 120 giorni dall'infezione prima di ricevere una somministrazione. Ma se il contagio non risulta, non si ha titolo per chiedere, magari il prossimo autunno, di posticipare l'iniezione. E se il Green Pass dovesse essere reintrodotta per svolgere alcune attività (cosa al momento non scontata), chi non ha segnalato l'infezione non avrà il documento o dovrà fare il vaccino prima che siano passati 120 giorni dalla positività.

**La Vecchia: "Con kit casalinghi alta la probabilità di errore"**



**DICHIARAZIONE DI VAIA**

**Pure lo Spallanzani bocchia le mascherine a scuola  
Ma per i ventilatori è tardi**

**PATRIZIA FLODER REITTER a pagina 10**

# «Con la ventilazione bambini a scuola senza le mascherine»

**Vaia seppellisce il modello Speranza e chiede investimenti per ammodernare le aule. Ma, per colpa della politica, è tardi**

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ Nelle aule scolastiche, la ventilazione meccanica controllata (Vmc) è un requisito indispensabile per la sicurezza degli studenti. **Francesco Vaia**, direttore dell'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, lo va ripetendo da due anni: «Questi impianti hanno un'efficacia tre volte superiore alle mascherine nel proteggere dal contagio da Sars-CoV-2». Mesi fa, dall'Inmi era partito un appello: «Auspicichiamo che il governo predisponga un "Piano Marshall" triennale per la messa a norma e l'adeguamento degli edifici scolasti-

ci».

Ieri, nell'ennesimo invito a non perdere altro tempo, il professore ha detto: «Dimostriamo ancora una volta di essere un grande Paese, destiniamo una parte del Pil per una grande campagna d'autunno che ci consegni la ventilazione meccanica nelle scuole e liberi i bambini dalle mascherine».

Resterà inascoltato, come ha scritto pochi giorni fa *La Verità*. Nella bozza delle linee guida fornite al Miur, il ministro della Salute **Roberto Speranza** ha fatto mettere che «l'utilizzo dei purificatori d'aria/sanificatori/igienizzatori non può sostituire i ricambi dell'aria esterna/ventilazione, l'uso della mascherina, il distanziamento fisico e le altre misure di barriera». Il messaggio da lungotevere Ripa è chiarissimo: non imputateci ritardi, tanto i dispositivi di protezione facciale resteran-

no.

Dopo aver perso quasi quattro mesi per definire le specifiche tecniche degli impianti, e scaricando sui dirigenti scolastici l'ennesima incombenza, ovvero la verifica delle condizioni di quelli esistenti, **Speranza** pensa di cavarsela mantenendo comunque l'obbligo dei bavagli. Malgrado le evidenze scientifiche sull'importanza della ventilazione meccanica controllata e nonostante uno studio, condotto per la Regione Marche in collaborazione con la Fondazione Hu-



# VERITÀ

ne presieduta da **Luca Ricolfi**, abbia dimostrato che «per il rischio di trasmissione la Vmc ha una capacità di “contenere” il virus almeno doppia rispetto a quella del vaccino».

Per il direttore dello Spallanzani è «ora di dire basta ai bambini con la mascherina, uno spettacolo che non vogliamo più vedere», invece per il ministro della Salute «è una valutazione che potremo fare solo quando avremo più chiaro il quadro epidemiologico». Si vive alla giornata, senza programmazione. Eppure la riapertura delle scuole è a settembre, impensabile proseguire con il protocollo «finestre aperte» e bavaglio in classe cercando di contenere in questo modo varianti e nuovi contagi. «Toglieremo le mascherine quando riterremo che il nostro vicino sarà al sicuro», è l'indefinita promessa

del ministro dell'Istruzione, **Patrizio Bianchi**, convinto che la mascherina non sia «un'imposizione, ma un atto di rispetto reciproco».

E dov'è finito l'interesse per gli studenti italiani, proclamato con grande impeto dal premier **Mario Draghi** nel giorno in cui chiedeva la fiducia al Senato? Era il 17 febbraio 2021, l'ex governatore Bce sosteneva che «il ritorno a scuola deve avvenire in sicurezza». Istruzione e giovani sono i due principali investimenti produttivi da compiere, aveva dichiarato nel settembre 2017 al Trinity

college di Dublino. «Vogliamo un'Italia sempre più aperta, soprattutto per i nostri ragazzi», comunicava nel febbraio di quest'anno. Giovani che hanno bisogno di istituti scolastici sicuri, quindi con impianti di ventilazione adeguati, per non restare chiusi a casa a seguire la didattica a distanza.

«Capisco che voi abbiate sofferto tantissimo con la mascherina in classe. Soffro regolarmente quando me la metto», disse ai ragazzi della scuola media nel Veronese, durante la visita dello scorso maggio in cui la protezione facciale, invece, lui se l'era tolta. Aggiunse: «Avete rispettato le regole e grazie anche al vostro rispetto delle regole, ma anche soprattutto ai vaccini, spero proprio che con l'anno prossimo non ci sia più bisogno di mascherine. Spero proprio che la pandemia non ritorni».

Ieri **Draghi**, nel suo discorso al Parlamento non ha riservato nemmeno due parole alle problematiche della scuola. Nessun cenno agli investimenti urgenti, alle migliorie necessarie per non tornare a settembre in aule troppo affollate, con l'incubo del distan-

ziamento, delle mascherine che tolgono ossigeno e concentrazione agli studenti. «Dalle ferrovie alla banda larga, dagli asili nido alle case di comunità, dobbiamo impegnarci per realizzare tutti i progetti che abbiamo disegnato con il contributo decisivo delle comunità locali», è stata l'unica frase con almeno un riferimento ai servizi per l'infanzia, che sarebbe tra gli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

La parola scuola è stata pronunciata solo per autocompiacersi: «La mobilitazione di questi giorni da parte di cittadini, associazioni, territori a favore della prosecuzione del governo è senza precedenti e impossibile da ignorare. Ha coinvolto il Terzo settore, la scuola e l'università, il mondo dell'economia, delle professioni e dell'imprenditoria, lo sport. Si tratta di un sostegno immeritato, ma per il quale sono enormemente grato», ha chiosato con falsa modestia.

**Francesco Vaia**, invitando a stanziare investimenti massicci per dotare tutte le scuole italiane di impianti di aerazione, ventilazione e sanificazione, ha mandato ben altro messaggio. Sarebbe «Un bel segnale per un Paese che riparte», l'ha definito. «Sono sicuro che gli italiani sarebbero ben felici di contribuire». Il governo non sembra interessato e tace.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## L'onda lunga dei ricorsi

# Medici no vax, reintegro o no? Ormai nei tribunali è un caos

In Sardegna un giudice riammette in ospedale una dottoressa che aveva rifiutato di vaccinarsi. Altre sentenze, così come pure Consiglio di Stato e Tar, avevano disposto in senso contrario

**SERENELLA BETTIN**

■ Chi ha progettato le nostre aule di giustizia partiva certo da nobili intenzioni. Appena entri nel luogo dove si celebrano le sentenze, balza agli occhi quella famosissima massima a caratteri cubitali: "La legge è uguale per tutti". Poi, quando entrano i giudici, ti rendi conto che quel brocardo di derivazione latina rimane una presa per i fondelli. Codesto, infatti, sta alle spalle di chi giudica e non davanti. Orbene. Partiamo dai fatti.

Ieri a Sassari una dottoressa no vax, che si era rifiutata di sottoporsi alla vaccinazione anti Covid, è stata reintegrata dal giudice della sezione civile del tribunale di Tempio Pausania. La dottoressa - dirigente medico, tra l'altro - era stata sospesa dal servizio il 26 aprile scorso. La misura era stata decisa dalla azienda sanitaria di Olbia e dal Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici chirurghi.

Dopo un mese esatto, lei, assistita dal suo avvocato, aveva presentato ricorso urgente. Tra le motivazioni figurava l'impossibilità di mandare avanti la famiglia, in quanto il mari-

to è dipendente di una società in crisi e lei è madre di quattro bimbi piccoli fra i 5 e gli 11 anni.

### STIPENDI ARRETRATI

Ieri il giudice ha stabilito che la donna dovrà essere reintegrata in servizio e l'azienda sanitaria dovrà anche corrisponderle stipendi e contributi arretrati. Nell'ordinanza il giudice non argomenta con la presunta incostituzionalità dell'obbligo vaccinale, come in altre pronunce analoghe dei tribunali italiani - e già qui rende bene l'idea del caos che, su questo argomento, regna nel nostro Paese - ma fa riferimento alla carenza d'organico nell'ospedale e, si badi bene, al fatto che la dottoressa, avendo contratto il Covid, avrebbe avuto 12 mesi di tempo per vaccinarsi e non tre, secondo le disposizioni ministeriali. Indi per cui la sospensione è illegittima.

Il 18 giugno scorso, invece, il tribunale del lavoro di Brescia ha disposto che a una dipendente di una azienda sanitaria venisse concesso l'assegno alimentare «in misura non superiore alla metà dello stipendio». Anche lei sospesa e non vaccinata.

Immagini che rendono bene lo stato attuale delle cose, dove sostanzialmente fa quello che gli pare. Solo che quando il caos regna tra i giudici, c'è da aver paura.

Non solo alcune pronunce sono totalmente diverse, ma anche tra pronunce simili, le motivazioni sono più disparate. A volte anche spiritose.

Sentite quest'altra. Pochi giorni fa, il 15 luglio, una psicologa no vax sospesa è stata reintegrata dal tribunale civile di Firenze e ora potrà esercitare la propria professione «in qualunque modalità (sia in presenza che da remoto) alla stessa stregua dei colleghi vaccinati». Ma tra le motivazioni del decreto, il giudice ritiene che i vaccini possano alterare il Dna e siano pericolosi. Li ha definiti «trattamenti iniettivi sperimentali talmente invasivi da insinuarsi nel Dna alterandolo». La cosa ovviamente ha ingenerato violente polemiche.

A giugno scorso invece, sempre in Sardegna, un giudice del lavoro ha dato ragione a un medico non vaccinato, ma a condizione che si sottoponesse a proprie spese al test molecolare ogni 72 ore o ogni 48 all'antigenico



in laboratorio o all' antigenico rapido.

Verdetti diversi anche rispetto ad altre pronunce del Consiglio di Stato e dei Tar regionali. A novembre 2021, proprio il Tar del Lazio aveva infatti respinto il ricorso del medico di base Mariano Amici, sospeso dall'azienda sanitaria Roma 6, e lui era rimasto senza stipendio e senza lavoro. Così come il Tar Puglia che ad agosto scorso aveva confermato la sospensione senza retribuzione per una dottoressa no-

vax.

## MOTTO DA CAMBIARE

Idem la pronuncia del Consiglio di Stato del 3 dicembre 2021, che aveva respinto il ricorso di un medico abruzzese che aveva rifiutato il vaccino sulla «base di dubbi scientifici non dimostrati», facendo leva sul fatto che i medici «per legge e ancora prima per il giuramento di Ippocrate» non possono «creare o aggravare il pericolo di contagio».

È invece recente la posi-

zione del Tar Lombardia che boccia la legge che lascia senza lavoro e stipendio i sanitari che non intendono vaccinarsi. Sarà. Ma allora forse non è sbagliato il progetto delle aule di giustizia di cui parlavamo all'inizio. Basta semplicemente aggiungere un "non": "La legge non è uguale per tutti". E si aggiusta tutto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La scheda

### OBBLIGO DI LEGGE

■ Il decreto legge 1 aprile 2021, n. 44 stabilisce l'obbligo per tutti gli operatori sanitari a vaccinarsi, ai fini di «mantenere le condizioni di sicurezza nella cura e nell'assistenza» poiché la vaccinazione costituisce un «requisito essenziale» all'esercizio della professione. Il decreto coinvolge gli operatori che svolgono l'attività nelle strutture sanitarie, nelle Rsa e nelle comunità pubbliche e private, in farmacie e studi professionali.

### DEROGA PER I GUARITI

■ Il recente decreto legge "riaperture" (dl 24 marzo 2022, n. 24) ha però previsto che i sanitari non vaccinati che contraggono il Covid, una volta guariti, non siano più suscettibili di sospensione per mancato rispetto delle norme sull'obbligo «sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del ministero della Salute» (dunque fino a 12 mesi).



## MALASALUTE

GIANDOMENICO CRAPIS

# Più posti letto, medici e territorio: la riforma della Sanità è urgente

Il Sistema sanitario nazionale sta saltando in aria e le annunciate misure di riforma (di questo, come di altri governi) sono destinate a lasciare le cose come stanno. Faccio il medico dagli anni 80 e fino a una ventina di anni fa la sanità italiana, pur con tutti i limiti sul territorio, era ancora in grado di affrontare urgenze e ricoveri. La situazione da allora è andata progressivamente peggiorando fino al collasso di oggi. Per una serie di scelte sbagliate ispirate dal pensiero liberista.

La prima devastante iattura è stata quella di procedere alla chiusura di tanti ospedali e pronto soccorso. Per razionalizzare, si diceva. Ma dopo aver chiuso gli ospedali piccoli, invece di recuperare i posti letto perduti, si è proceduto a un insensato taglio dei posti letto anche nei grandi ospedali. Dall'altro lato, alla smobilitazione parallela del pronto soccorso, non si è risposto con il potenziamento dei reparti di emergenza dei nosocomi più grandi. Il risultato è stato che la domanda di salute si è concentrata sulle strutture rimaste in vita, però fortemente rimaneggiate. Questo spiega perché negli anni Duemila: a) i Pronto soccorso sono diventati un luogo infernale, dove un paziente in emergenza (se proprio non sta morendo) deve attendere ore e ore prima di essere visto; b) i posti letto sono diventati insufficienti con l'aumento dei pazienti che vengono parcheggiati su barelle o dirottati in ospedali a distanza o invitati a tornarsene a casa in attesa di sviluppi.

La crisi del sistema sta diventando drammatica perché sul territorio moltissimi medici di base sono andati in pensione senza essere sostituiti: non solo molti paesini restano scoperti, ma anche in città, per far fronte alle carenze, si autorizzano i medici di famiglia a sfiorare il tetto dei 1.500 assistiti

(già tantissimi) con le immaginabili, disastrose conseguenze sulle capacità di assistenza reali. Al ministero, dove i consulenti sono più adusi a frequentare le aule universitarie che i malati a casa, adesso è tutto un *bla bla* sulle Case della salute, la telemedicina, il potenziamento del territorio... Ma vivaddio ci saranno motivi, ministro Speranza, se le Case della salute, che esistono da molti anni in alcune Regioni, non hanno risolto né i problemi degli ospedali o dei pronto soccorso né quelli delle lunghissime liste di attesa per esami o visite?

Proviamo a uscire dalla retorica corrente per dire poche cose: 1) Il problema sono le strutture, quelle esistenti e non quelle da fare: ospedali e pronto soccorso da potenziare con più posti letto, più medici, più infermieri, più risorse; 2) occorre cancellare l'imbuto assurdo del numero chiuso alle facoltà di Medicina e quello che vieta ai neolaureati abilitati di partecipare ai concorsi ospedalieri, come accadeva fino agli anni 90; 3) è bene ripristinare la regola che fino al 2002 imponeva il tempo pieno ai medici della Sanità pubblica, pena l'impossibilità di fare carriera e di aspirare a diventare primario: norma questa, a costo zero, che renderebbe subito molto più presenti nel sistema frotte di medici ospedalieri ora a mezzo con il privato. Infine, tornando al territorio: dagli anni 80 a oggi, la medicina di base ha subito un'evoluzione. In molte città, soprattutto quelle grandi del Centro-Nord, il medico di famiglia non va più a casa, la visita domiciliare è una rarità; secondo, la spinta all'associazionismo esasperato (i poliambulatori) sta rischiando di accentrare l'assistenza e penalizzare le periferie (ma quella del medico di base è, storicamente, una assistenza di prossimità); terzo, si è diffusa nell'assistenza di base (anche questo soprattutto nel Centro-Nord) la brutta abitudine della visita in studio solo su prenotazione (quando invece proprio il medico di base dovrebbe garantire l'accesso libero ai pazienti), così se hai una sciatalgia aspetti, se va bene, sette giorni (dopo una telefonata con la segretaria) prima di essere visitato. Senza fare dei medici di base il capro espiatorio per colpe non loro, se si vuol riformare davvero la sanità occorre cambiare anche questo *modus operandi*.

**C'È SPERANZA  
BASTEREBBERO  
POCHE  
NORME PER  
POTENZIARE  
GLI OSPEDALI  
PUBBLICI**



# Fascicolo sanitario, al via i primi 610 milioni

## In vigore

Pronti linee guida, fondi  
per le infrastrutture  
e la formazione dei medici

**Marzio Bartoloni**

Trasformare finalmente il fascicolo sanitario elettronico da attuale oggetto misterioso in un passepartout per la Sanità dove ogni italiano troverà non solo la propria "storia sanitaria" e i certificati che lo riguardano ma potrà anche scaricare referti, prenotare prestazioni, pagare il ticket e magari ricevere una visita in telemedicina. Questo l'obiettivo di fondo delle linee guida sull'adozione del fascicolo sanitario elettronico (Fse) approdate in Gazzetta Ufficiale nei giorni scorsi che come da tabella del Pnrr prevedono che il Fse sia a regime entro il 2026 con l'85% dei medici che lo alimentano entro il 2025.

Portati a casa tutti target di fine giugno la missione 6 sulla Salute si porta avanti su una delle sfide più difficili, quello della Sanità digitale dove il fascicolo sanitario elettronico oggi è quasi una scatola vuota visto che viene alimentato poco dai medici e utilizzato pochissimo dai pazienti. Un percorso a tappe che passa anche per il via libera sempre nei giorni scorsi in Conferenza Stato Regioni al

decreto del ministero dell'Innovazione di concerto con Economia e Salute che stanziava i primi 610 milioni degli 1,38 miliardi destinati al Fse: metà andranno per il potenziamento dell'infrastruttura e l'altra metà per formare i medici all'impiego del fascicolo. Fondi però che non saranno distribuiti a pioggia alle Regioni, ma in varie tranches semestrali in base a target stabiliti: le risorse saranno infatti erogate solo a chi raggiungerà determinati obiettivi come un numero minimo di referti, dati sanitari caricati e percentuali sempre crescenti di medici che alimentano il Fascicolo sanitario elettronico.

In particolare secondo il decreto che contiene le linee guida pubblicate sulla Gazzetta dell'11 luglio insieme a un ulteriore decreto con «integrazioni sui dati essenziali» il Fascicolo sanitario elettronico dovrà contenere almeno i documenti relativi alle prestazioni effettuate all'interno del Ssn come visite, esami di laboratorio o radiologia, eventuali ricoveri e accessi al pronto soccorso, ma anche esenzioni dal ticket per patologia o reddito, disabilità diagnosticate,

trapianti effettuati, terapie farmacologiche e allergie.

In più in ogni Fascicolo ci dovrà essere anche un «patient summary»: in pratica un profilo sanitario sintetico redatto dal medico di famiglia o dal pediatra con le informazioni principali dell'assistito. Ora entro i prossimi tre mesi le Regioni dovranno presentare i piani di adeguamento per aggiornare i propri sistemi e ricevere così le risorse finanziarie necessarie per eseguirli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# ► COVID, LA RESA DEI CONTI

**COMPLETATA LA PROCEDURA ALL'EMA. IERI 86.000 CASI**

## Pfizer e Biontech chiedono di approvare il siero aggiornato

■ Pfizer e Biontech hanno reso noto di aver completato la procedura di richiesta di approvazione dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema) per il vaccino aggiornato contro il Covid-19. La nuova versione bivalente, oltre a contrastare il ceppo originale del virus, dovrebbe proteggere anche dalla sotto-variante Omicron ba.1. La domanda di approvazione riguarda la somministrazione del vaccino alle persone con età pari o superiore ai 12 anni. Secondo

i dati sottoposti all'Ema, che erano stati resi disponibili nelle scorse settimane, il nuovo siero dovrebbe indurre una risposta immunitaria maggiore contro Ba.1 rispetto alla versione attualmente in commercio. Una nota recita che il nuovo vaccino bivalente «è stato ben

tollerato con un profilo di sicurezza favorevole». Pfizer e Biontech hanno condiviso i dati anche con la Food and drug administration statunitense. Secondo il bollettino giornaliero, ieri ci sono

stati 86.067 i nuovi casi di Covid-19 in Italia, con 157 morti. A fronte di 380.121 tamponi effettuati il tasso di positività è al 22,6%, sostanzialmente stabile rispetto al giorno precedente (23,2%). In lieve calo le terapie intensive (-3), mentre sono cresciuti i ricoveri ordinari (11.037, 62 in più). Dal 12 al 19 luglio, negli ospedali aderenti alla rete sentinella di Fiaso il numero dei pazienti è cresciuto del 17,1%, con l'incremento più basso delle ultime tre settimane.



## POLITICA ZERO COVID

# Le varianti Omicron causano aumenti di contagi del 69%

Pechino sta registrando una recrudescenza dei casi di sotto-varianti Omicron di Covid-19. Una media di 528 casi al giorno sono stati segnalati nel Paese nell'ultima settimana. I casi sono aumentati del 69% rispetto alla media di due settimane fa. I decessi sono rimasti all'incirca allo stesso livello. Dall'inizio della pandemia, almeno un residente su 1.558 è stato contagiato, per un totale di 897.155 casi segnalati. Almeno un residente su 267.454 è morto a causa del coronavirus, per un totale di 5.226 morti.

Aprile 2022 è stato il mese con la media più alta dei casi, mentre febbraio 2020 è stato il mese con la media più alta dei decessi. Le autorità centrali non intendono transigere sulla politica "zero Covid", adottata durante l'emergenza della scorsa primavera a livello locale, con particolare riguardo alla megalopoli di Shanghai, finita in lockdown insieme al suo porto. Sono ripartiti screening di massa e quarantene su vasta scala per identificare e isolare i casi. Al momento Shanghai non sembra coinvolta da queste misure restrittive.

Di fatto la Cina all'inizio della pandemia è stata accusata di aver drasticamente sottovalutato il numero di casi di Covid e i decessi nei dati ufficiali. Oggi ogni minimo contagio locale viene subito individuato, monitorato e adeguatamente pubblicizzato anche per creare la base per l'adozione di misure di contenimento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## eHealth

Sensori  
«commestibili»  
per monitorare  
la salute

di **Ruggiero Corcella**

16

# Italiani pronti a ingerire «sensori commestibili»

È il risultato sorprendente di una ricerca del Politecnico di Milano. Oltre ad assumere questi dispositivi elettronici che misurano la salute, 6 pazienti su 10 propensi a utilizzare terapie avanzate. E 3 su 4 parteciperebbero a sperimentazioni cliniche dove sia previsto l'utilizzo di tecnologie digitali

di **Ruggiero Corcella**

**S**ei pazienti su dieci sono propensi a utilizzare terapie avanzate (come le ormai famose Car-T), se consigliate dal proprio medico. Tre su quattro, invece, sarebbero interessati a prendere parte a una sperimentazione clinica che coinvolga l'utilizzo di tecnologie digitali come i dispositivi indossabili e la tele-visita.

Non solo. Un italiano su due dichiara di voler utilizzare sensori indossabili, impiantabili o ingeribili di raccolta dei dati su parametri clinici per monitorare una patologia, sempre dietro consiglio del medico curante.

Per quanto riguarda i sensori ingeribili, la propensione è ancora più elevata e arriva al 62% da parte dei pazienti cronici o con problematiche gravi.

Sono alcuni dei risultati della ricerca dell'Osservatorio Life Science Innovation della School of Management del Politecnico di Milano, presentata durante il convegno «Life Science: cavalcare l'onda dell'innovazione» che ha coinvolto diverse associazioni di pazienti (Aisc, Alleanza malattie rare, Apmarr, Fand, Federasma, Onconauti e Ropi).

## Medicina personalizzata

«Queste innovazioni possono abilitare la raccolta di ingenti volumi di dati sul paziente», commenta Alberto Redaelli, responsabile scientifico dell'Osservatorio Life Science Innovation.

«I pazienti sono aperti alla possibilità di condividere i dati raccolti dai sensori, e da altri strumenti digitali, per scopi come la diagnostica, la ricerca clinica, la medicina personalizzata. Circa uno su quattro si dice pronto a condividere i propri dati, non solo con le strutture che li hanno in cura, ma anche con altri attori, come le aziende che producono farmaci o dispositivi medici» aggiunge. Forse a favorire questa sorprendente inclinazione dei nostri connazionali c'è pure lo zampino del Covid, che ha mostrato come sia possibile «praticare» la medicina digitale. «Ad oggi, tuttavia, il livello di utilizzo è ancora limitato perché tali innovazioni non sono ancora diffuse, soprattutto in Italia, e quando presenti sono scarsamente co-



nosciute dai pazienti stessi», sottolinea Chiara Sgarbossa, direttore dell'Osservatorio Life Science Innovation.

## Strategie e barriere

Il settore del Life Science (cioè l'industria farmaceutica, biotech e dei dispositivi medici) è in pieno fermento. Alcune innovazioni sono già entrate nelle strategie delle aziende: il 25% di quelle Pharma che operano in Italia afferma di aver già incluso nella propria offerta le terapie avanzate, mentre il 46% di aver sviluppato altri farmaci innovativi.

Alcune innovazioni si devono ancora affermare nel nostro Paese, come le terapie digitali, cioè dispositivi medici basati su app e/o videogiochi prescritte dal medico in combinazione a un farmaco o «autonome», che nel contesto italiano sono ancora in attesa di rimborsabilità e maggiore chiarezza sul percorso di validazione clinica necessario. Il 36% delle aziende del settore, le considera però tra le priorità per il futuro.

Le terapie digitali sono una delle più recenti e più promettenti tendenze di innovazione nel Life Science. Si stanno ormai affermando a livello internazionale, in particolare negli Stati Uniti e in Germania, mentre in Italia alcune barriere, anche di tipo regolatorio, non ne consentono ancora un pieno sviluppo.

## Sperimentazioni cliniche

L'emergenza sanitaria ha costretto molti centri di ricerca a svolgere alcune fasi da remoto, andando nella direzione dei Decentralized clinical trial, (sperimentazione clinica nella quale alcune o tutte le attività avvengono in una sede diversa da quella dello sperimentatore).

Come emerso dalla rilevazione svolta dall'Osservatorio in collaborazione con

alcune società scientifiche (Ame, Anmco, Fadoi, Pke e Simfer), il 25% dei medici specialisti ha già partecipato a sperimentazioni cliniche con almeno una fase decentralizzata e il 50% sarebbe interessato a farlo in futuro.

Che cosa fare, allora, per non restare travolti da questa ondata di innovazione?

«Bisogna accelerare la trasformazione culturale di questo ecosistema, creando maggiore consapevolezza e nuove competenze, sviluppare normative e regolamenti sia a livello europeo sia nazionale e favorire la condivisione di co-

noscenze, strumenti e best practice su scala almeno europea» conclude Emanuele Lettieri, responsabile scientifico dell'Osservatorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le persone  
si dichiarano  
aperte anche  
alla possibilità  
di condividere  
i dati raccolti  
dagli strumenti  
digitali, per  
scopi come  
diagnostica  
e ricerca clinica**





# Un problema che è favorito dal troppo caldo

---

Le temperature elevate facilitano la dilatazione dei vasi sanguigni e la disidratazione, entrambi alla base dell'ipotensione. Se gli episodi sono occasionali non c'è da preoccuparsi

---

**Q**uello della pressione bassa è un problema di cui, soprattutto in questo periodo dell'anno, si sente parlare spesso.

Le temperature elevate favoriscono infatti un abbassamento della pressione arteriosa che può farsi sentire con una moltitudine di sintomi. Per fortuna, diversamente della più insidiosa e diffusa ipertensione, l'ipotensione non è un fattore di rischio cardiovascolare e, in genere, con semplici accorgimenti, è possibile limitare il disagio.

## A che cosa è dovuta la pressione bassa?

«I valori di pressione di norma non sono costanti, ma espressione di un nostro specifico fabbisogno, quindi cambiano a seconda di cosa stiamo facendo — premette Alberto Cremonesi, responsabile del Dipartimento cardiovascolare dell'Istituto Humanitas Gavazzeni, Bergamo —. Nella maggior parte dei casi, valori pressori tendenti al basso sono una caratteristica costituzionale e ben tollerati. Tuttavia, talvolta, nel momento in cui la pressione scende possono comparire disturbi molto fastidiosi.

Se tali episodi sono occasionali e magari legati a particolari circostanze, per esempio la calura estiva, non c'è da preoccuparsi. Le temperature elevate favoriscono, infatti, la dilatazione dei vasi sanguigni e la disidratazione, fattori entrambi che abbassano la pressione. Ma se il fenomeno si ripete di frequente è meglio fare un controllo medico perché l'ipotensione può anche essere il campanello d'allarme di una malattia sottostante, dal diabete a disfunzioni della tiroide».

## Quali sono sintomi spia?

«Quando ci lamentiamo di avere la pressione

bassa, lo facciamo perché avvertiamo alcuni sintomi poco specifici come stanchezza, vertigini, debolezza muscolare, mal di testa o un po' di nausea. Si tratta di disturbi fastidiosi che talvolta possono essere il preludio di uno svenimento, soprattutto se il calo pressorio è repentino».

## Che cosa può indurre un calo di pressione?

«Esistono diverse forme di ipotensione, una delle più comuni è quella definita ortostatica, in genere successiva al rapido passaggio dalla posizione sdraiata a quella in piedi. Nei giovani non è rara l'ipotensione post-prandiale che si presenta subito dopo avere ingerito alimenti, soprattutto se troppo velocemente. L'ipotensione è comune anche nelle donne in età fertile, complici le fluttuazioni ormonali che avvengono durante il ciclo mestruale. Estrogeni e progesterone agiscono sui vasi sanguigni favorendone la dilatazione. Il fenomeno può essere ancora più marcato in gravidanza a causa da una parte della vasodilatazione legata alla maggiore produzione di progesterone e, dall'altra, nella fase terminale della "dolce attesa", a fattori meccanici: il peso del bambino riduce il ritorno di sangue venoso al cuore. Anche alcuni farmaci usati per curare l'ipertensione possono talora causare un eccessivo calo pressorio, specie nel periodo estivo, tant'è che in genere il medico propone di modificare la posologia».



# CORRIERE SALUTE

## Che cosa si può fare per limitare il disagio?

«Sebbene esistano farmaci vasopressori, in genere non è necessario il loro impiego, se non nelle forme gravi che non rispondono ad altri accorgimenti. In genere infatti è sufficiente modificare alcuni comportamenti e seguire alcune semplici indicazioni. Per esempio nei mesi estivi può essere d'aiuto aumentare l'apporto di acqua e sali minerali nella dieta, eventualmente con integratori specifici. Un consiglio sempre valido è quello

di praticare una moderata attività fisica: durante l'esercizio la pressione aumenta e ciò permette all'organismo di abituarsi a variazioni di pressione. Molte persone equilibrano già con questo accorgimento la loro pressione sia a riposo sia durante lo sforzo».

**Antonella Sparvoli**



L'esperto risponde alle domande dei lettori sull'ipertensione all'indirizzo <https://forumcorriere.it/cardiologia/>

**L'ipertensione: come si misura e come si cura**

**La misura**

La misura della pressione arteriale deve essere effettuata in condizioni di riposo, con il soggetto seduto o sdraiato, in un ambiente tranquillo e a temperatura ambiente. La misurazione deve essere ripetuta almeno tre volte, con intervalli di 1-2 minuti, e il valore medio è quello da considerare.

**La cura**

La cura dell'ipertensione arteriale si basa su due pilastri: la modifica dello stile di vita e l'assunzione di farmaci. La modifica dello stile di vita include: l'assunzione di una dieta sana e bilanciata, l'attività fisica regolare, il mantenimento di un peso corporeo normale, il consumo moderato di alcol e il non fumare.

**La diagnosi**

La diagnosi di ipertensione arteriale si basa sulla misurazione della pressione arteriale in diverse occasioni e in diverse posizioni (seduto, sdraiato, in piedi).

**La prevenzione**

La prevenzione dell'ipertensione arteriale si basa sulla modifica dello stile di vita e sulla regolata assunzione di farmaci.



**Alberto Cremonesi**  
Responsabile Dipartimento cardiologico, Istituto Humanitas Gavazzeni; Bergamo



# Sport e anziani

## Poche le iniziative di comunità

Uno studio europeo dimostra come, in soggetti over 70, l'esercizio fisico sia in grado di prevenire anche il rischio di disabilità motoria. In Italia, però, i programmi di sanità pubblica sono scarsi e frammentari

di **Chiara Daina**

**L'**esercizio fisico per gli anziani fa bene come una medicina. Non solo migliora la salute cardiorespiratoria e riduce l'insorgenza di malattie croniche e delle loro complicanze. Ma previene anche il rischio di disabilità motoria. Lo studio europeo *Sprintt*, pubblicato sul *British medical journal* a maggio e coordinato dall'università Cattolica e policlinico Gemelli di Roma, ne è la prova.

Un programma di attività fisica settimanale (camminata a passo sostenuto, esercizi di rinforzo muscolare, equilibrio e flessibilità) associato a una dieta personalizzata in soggetti over 70 con fragilità fisica e sarcopenia (perdita di massa muscolare) ha diminuito del 22% la probabilità di andare incontro a un declino delle capacità funzionali (camminare, sollevare pesi, fare le scale, vestirsi, lavarsi).

«Se l'esercizio motorio si dimostra così efficace in chi ha una fragilità importante, pensiamo quanto possa modificare in positivo la storia di una persona che lo pratica per tutta la vita a partire dall'infanzia — commenta Francesco Landi, tra gli esperti che hanno guidato la ricerca e presidente della Società italiana di gerontologia e geriatria —. L'attività fisica deve essere inclusa in modo strutturale nei servizi di sanità pubblica, non essere relegata a progetti locali, e serve una campagna di promozione a tappeto, come quella

vaccinale. Più movimento significa meno farmaci, meno ricoveri e risparmio per lo Stato». Ma che cosa propone la comunità alla popolazione anziana per combattere la sedentarietà? «Ancora poco e niente» rimarca Landi. Tra le poche iniziative che stanno prendendo piede un po' in tutto il Paese, c'è quella dei gruppi di cammino.

Il cittadino, a qualunque età, può partecipare gratuitamente a gruppi di persone che si ritrovano almeno due volte la settimana per camminare in compagnia (per circa un'ora) sotto la guida di un conduttore formato dall'Azienda sanitaria territoriale. Per iscriversi basta contattare il Comune o l'Asl.

### Attività fisica adattata

Indicata per tutti gli anziani, con o senza patologie croniche, e calibrata in base alle specifiche capacità motorie di ognuno. Prevede esercizi aerobici, di rinforzo muscolare degli arti superiori e inferiori e di equilibrio. «Si distingue da un'attività standard, che può risultare inefficace o addirittura dannosa. Può essere condotta da fisioterapisti o laureati in scienze motorie. È sempre richiesta la prescrizione del medico», sottolinea Marco Scorcu, vicepresidente della Federazione medico sportiva italiana. L'attività fisica adattata «è un servizio molto carente e a macchia di leopardo sul territorio nazionale e i medici di famiglia non fanno abbastanza counseling» rileva Scorcu. Viene svolta all'interno di centri autorizzati dalle Asl e di norma è a pagamento.

«Sotto un Isee di 12mila euro il programma è gratuito. Per gli altri il contributo è di 20-25 euro al mese — dice Lorenzo Sampietri, diretto-

re sociosanitario dell'Asl 3 di Genova —. Si propone un'attività mirata per le persone senza gravi limitazioni motorie, con mal di schiena o mal di collo cronici per esempio, e una per chi ha problemi di autonomia dopo un evento acuto, come ictus o frattura di femore».

### Le palestre della salute

Istituite finora in Emilia Romagna (160), Veneto (40), Umbria (1), Lazio (1). In sperimentazione in Sardegna, Lombardia e provincia di Bolzano.

Sono strutture pubbliche o private, che rispondono a requisiti individuati dalle Regioni, dove si organizza attività fisica adattata sotto la supervisione di un istruttore con laurea in scienze motorie.

Destinatari i soggetti con una qualsiasi malattia cronica stabilizzata, come in Veneto.

O, come in Emilia Romagna, che presentano una certa condizione: «Parkinson, fibromialgia, artrosi, artroprotesi d'anca, lombalgia, sclerosi multipla e post ictus. I corsi sono bisettimanali e i gruppi, di 8-12 persone, sono distinti per patologia» riferisce Laura Bernaroli, tecnico del servizio di Medicina dello sport dell'Ausl di Modena.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In alcune Asl si organizzano camminate in compagnia praticabili a qualsiasi età**



## L'India tra i Paesi più colpiti

# La tubercolosi tra malattia e stigma sociale

di ANDREA WALTON

**N**el 2021 più di cinquecentomila indiani sono morti a causa della tubercolosi. Più di un quarto dei casi mondiali di questa malattia infettiva si sono verificati in India. Nuova Delhi aveva assunto l'impegno di provare a eliminare la tubercolosi entro il 2025, cinque anni prima della scadenza fissata dalle Nazioni Unite, ma è molto lontana dal raggiungimento di questo obiettivo. Una ricerca nazionale ha evidenziato che cinque persone ogni mille soffrono di tubercolosi attiva, una proporzione più o meno invariata rispetto al dato degli anni Cinquanta, mentre la prevalenza è più alta tra anziani, malnutriti, diabetici, alcolisti e fumatori. Il dilagare della pandemia da covid-19 ha impedito, negli ultimi due anni, a molti pazienti di curarsi con gravi ricadute dal punto di vista sanitario ed economico.

La tubercolosi è una malattia infettiva e contagiosa causata da un batterio, il *Mycobacterium tuberculosis*, chiamato comunemente "Bacillo di Koch". Normalmente interessa i polmoni, ma può colpire anche altre parti del corpo e se non trattata può portare alla morte. Si trasmette per via aerea, tramite saliva, starnuto o colpo di tosse, ma devono sussistere alcune condizioni di base. Il malato deve essere affetto da tubercolosi polmonare attiva; la carica batterica deve essere molto elevata; il malato non deve essere in terapia e il ricambio d'aria deve essere scarso o assente. Solamente il 5-15 per cento di persone affette si ammaleranno, a causa dell'abbassamento delle difese immunitarie. La tubercolosi viene curata mediante la somministrazione di una combinazione di antibiotici, di solito tre, per un periodo compreso tra i sei mesi ed un anno. Il paziente inizia a sentirsi meglio alcune settimane dopo l'inizio del trattamento che,



in ogni caso, deve essere seguito scrupolosamente per evitare ricadute. Esistono forme di tubercolosi, molto pericolose, resistenti ai farmaci ed in questo caso il trattamento può raggiungere i trenta mesi ed avere più effetti collaterali.

La giornalista indiana Vidya Krishnan ha scritto, nel libro *The Phantom plague. How tuberculosis shaped history*, che «in India i pazienti affetti da tubercolosi si trovano nella stessa situazione in cui si trovavano i pazienti sudafricani a cui è stato diagnosticato l'Hiv/Aids negli anni Novanta: l'epidemia è al suo apice e i farmaci non sono disponibili. La tubercolosi è diventata una malattia del XXI secolo che viene combattuta con strumenti (per la maggior parte) del XIX secolo».

I malati di tubercolosi sono spesso oggetto di stigma e discriminazioni, come riportato dal «FirstPost», perché ritenuti molto contagiosi. La ricercatrice Beena E. Thomas, nel saggio *Tuberculosis related stigma in India: roadblocks and the way forward*, ha riferito che lo stigma in India colpisce tanto gli uomini quanto le donne, entrambi costretti ad affrontare un certo numero di problematiche. Le donne temono di avere meno possibilità di sposarsi oppure, se già coniugate, paventano la separazione, il divorzio, l'isolamen-

to e il rifiuto da parte della famiglia del marito. Gli uomini temono di perdere la propria attività lavorativa e di venire licenziati. La ricercatrice ha evidenziato la necessità di adottare interventi di tipo psicosociale, amichevoli, privi di stigma e non solamente clinici perché si tratta di una malattia anche sociale.

Meera Yadav, a cui fu diagnosticata la tubercolosi nel 2013, è stata protagonista di una storia tragica. Dopo il primo ricovero venne separata dal figlio e la relazione con il marito e la famiglia di lui si guastò. «Mi discriminavano perché avevo la tubercolosi» ricorda Yadav, come riportato da «Scientific American». Le sue condizioni non migliorarono e fu necessario un secondo ricovero, con annessa asportazione del polmone destro. A quel punto la famiglia del marito la sfrattò e assunse la custodia del figlio. La madre di Yadav morì poco dopo a causa di tubercolosi non trattata e solamente l'intervento di Medici Senza Frontiere la persuase della necessità di nuove cure, poi rivelatesi risolutive, a sei anni dalla diagnosi.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Italia in ritardo sull'uso di farmaci «equivalenti»

MARCO BENEDETTI

**P**ermettono ai cittadini di avere accesso gratuito alle cure farmaceutiche e sono un'importante leva di risparmio per il Sistema sanitario nazionale. I medicinali equivalenti nel primo semestre del 21 hanno assorbito in Italia il 22,46% del totale del mercato. Ma i margini di crescita per il loro utilizzo sono ancora alti. Basti pensare che in Europa il loro consumo arriva in media il 67%, col picco della Germania all'80%. «Senza l'arrivo della nostra industria negli anni 2000, oggi la spesa farmaceutica pubblica sarebbe stata di oltre quattro miliardi di euro in più», scrive nei suoi rapporti Egualia, l'organo di rappresentanza ufficiale dell'industria dei farmaci generici equivalenti, dei biosimilari e delle Value Added Medicines che unisce cinquanta aziende farmaceutiche del settore, ovvero la quasi totalità. I farmaci generici costano meno dei brandizzati, e garantiscono la stessa efficacia. Sono identici per principio attivo, dosaggio, forma farmaceutica, e via di somministrazione. Sono, in poche parole, la loro copia senza gli oneri di brevetto originale. Prima si chiamavano generici, poi una legge del 2005 li ha definiti equivalenti per sottolineare la loro corrispondenza ai far-

maci originatori.

Una volta che i termini del brevetto di questi sono decaduti e che l'Ema ha dato le sue disposizioni a livello europeo, in Italia è l'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco, a negoziare il prezzo dei singoli equivalenti con le case farmaceutiche. «È un lavoro di negoziazione che produce ottimi risultati – spiega Michele Uda, direttore generale di Egualia –. L'equivalente va in commercio con un prezzo inferiore in media del 60-65%, rispetto al farmaco di marca. Ben al di sotto della soglia del 20% richiesta dalla legge». Il Ssn fissa il rimborso al prezzo più basso del farmaco disponibile, che è di norma quello dell'equivalente. E poiché gli equivalenti sono al 90% di fascia A, ecco che rientrano in larghissima misura tra i medicinali rimborsabili. Il farmacista è tenuto a proporre come prima scelta l'equivalente. A quel punto è il cittadino a scegliere se prenderlo, o decidere di orientarsi sul farmaco di marca e pagare di propria tasca la differenza. Nei primi 6 mesi del 2021 i cittadini hanno versato di tasca propria 526 milioni di euro di differenziale di prezzo per ritirare il farmaco brandizzato più costoso. Il ricorso alle cure equivalenti continua ad essere privilegiato al Nord (37,9%). L'esborso maggiore per i farmaci di marca si registra in Molise (15,8% della spesa regionale SSN nel canale retail) e nel Lazio (15,7%). Quella più bassa in Lombar-

dia, dove il differenziale versato dai cittadini è del 10,6%. «La progressione dell'utilizzo degli equivalenti c'è, ma è lenta – spiega ancora Uda –. Purtroppo ci si scontra con temi duri da rimuovere», nonostante gli equivalenti a oggi garantiscano standard estremamente elevati. Lo ribadisce anche Aifa nella sua guida dedicata a questo tipo di farmaci, scrivendo che la verifica della loro efficacia e sicurezza «si arricchisce della grande quantità di dati aggiuntivi ottenuti dall'uso consolidato del medicinale di riferimento (brand) nel corso degli anni».

Per ogni scatola di equivalenti venduta, al farmacista rimane un margine fisso dell'8%, in quanto la legge prevede che per il prezzo al pubblico l'industria farmaceutica trattenga il 66,65% su un medicinale non equivalente, e il 58,65% su un medicinale equivalente. Si tratta di un'ulteriore leva, per favorire la proposta ai pazienti. «La quota che rimane al farmacista è un riconoscimento per il ruolo svolto nella diffusione degli equivalenti – spiega U-





da - Immaginiamo un anziano che si reca in farmacia con 5 ricette dove il medico ha prescritto solo il farmaco di marca. Il farmacista è chiamato a spendere il suo tempo per convincere il paziente che può prendere gli equivalenti, che gli permettono di non sborsare un euro in più. Funzionano questi incentivi? Solo in parte, perché i cittadini spendono un miliardo di euro all'anno per pagare il differenziale di prezzo».

Un rallentamento nella diffusione degli equivalenti è arrivato anche di recente, con il

mantenimento del Patent Linkage, che la Commissione industria del Senato a fine maggio ha deciso di lasciare invariata nel ddl Concorrenza. Si tratta del meccanismo sancito dalla legge Balduzzi del 2012 che allunga i tempi di copertura da brevetto, tramite il Ccp, il Certificato di protezione complementare. La normativa approvata, afferma Enrique Häusermann, presidente di Egualia, «continua a mantenere in vita i "paletti" che in un decennio hanno causato oltre 220 milioni di mancati risparmi per il servi-

zio sanitario pubblico e costi aggiuntivi per le imprese del settore». Mantenere l'allungamento dei tempi di rimborsabilità, che ad oggi possono arrivare con i Ccp a 25 anni, è una riformulazione che, per Egualia «perpetua la situazione già in essere da dieci anni, totalmente sbilanciata a favore di interessi protezionistici di alcuni comparti industriali».

## IL RAPPORTO

Rappresentano il 22% delle vendite e hanno un prezzo inferiore del 60%

Il presidente di Egualia Michele Uda: dal 2000 ad oggi quattro miliardi di risparmi per il servizio sanitario nazionale



Michele Uda, dg di Egualia



*Il caso*

## Allarme per West Nile Tre vittime in Italia

di **Elena Dusi**

Il virus West Nile trasmesso dalle zanzare ha ucciso ieri altre due persone, oltre al 73enne che ha perso la vita sabato a Piove di Sacco (Padova). Si tratta di un 88enne morto all'ospedale di Ferrara e un 77enne morto a Schiavonia (sempre Padova). In provincia di Treviso ci sono altri due decessi sospetti: si è in attesa dei risultati dei test. Se il virus fosse confermato, le vittime salirebbero a 5 in 5 giorni. Veneto ed Emilia Romagna sono le Regioni più colpite, ma due casi sono stati registrati anche in Piemonte, a Novara e Vercelli.

Il virus West Nile, o febbre del Ni-

lo, è in Italia dal 2008. Proviene dagli uccelli migratori, da lì passa alle zanzare e può essere trasmesso a uomini e cavalli. Non esiste il contagio da uomo a uomo. Nell'80% dei casi l'infezione è asintomatica. Nel 20% si limita a un po' di febbre. Meno dell'1% dei contagiati, in genere anziani e fragili, sviluppa meningite o encefalite.

Dalla febbre del Nilo ci si difende evitando le zanzare e controllando tutte le sacche di sangue donato. Ogni estate gli istituti zooprofilattici effettuano il monitoraggio di questi insetti e degli uccelli. Nelle zanzare in Veneto il virus quest'anno è apparso un mese prima del normale: a

inizio giugno. La siccità limita il numero di zanzare, ma la percentuale di insetti positivi al virus è molto alta. L'Istituto zooprofilattico delle Venetie parla di «un'elevata circolazione nell'ambiente», con «un numero di zanzare positive trovate finora pari a tutte quelle del 2021». In Italia il virus è presente nel bacino del Po e in Friuli Venezia Giulia. L'annata più nera è stata quella del 2018, con 365 casi e 19 decessi. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Altri casi sospetti a Treviso e in Piemonte  
Nel 2018 ci furono 19 decessi e 365 infetti





**SANITÀ****Covid in aumento  
Ordinati duecento  
posti letto in più**

a pagina 23

**Salgono i ricoveri  
Ordinati più posti letto**

••• La coperta dei posti-letto Covid è troppo corta nel Lazio: attualmente ci sono 221 degenti-Covid in più dei posti letti pubblici riservati al Coronavirus. I degenti, infatti, hanno sfondato quota-mille (sono 1.074) a fronte di una Rete-Covid che attualmente conta solo su 853 posti negli ospedali pubblici: gli altri sono ricoverati nelle strutture private accreditate. Ora la Regione cerca di correre ai ripari ordinando, entro la fine del mese, che la Rete pubblica dei letti-Covid torni a 4 cifre. Perché «l'evoluzione della epidemia richiede un adeguamento del dimensionamento dei posti letto nell'area medica dedicati ai pazienti Covid rispetto alla rete attuale», ha scritto la Regione a tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere. Ordinando una nuova (la terza solo in questo mese), «configurazione per l'area medica e semintensiva da attivare entro il 28 luglio», con i nuovi 224 posti letto che andranno ad aggiungersi agli attuali 853. L'incremento più consistente è previsto all'Umberto I, con 40 letti in più, portando il policlinico ad essere il Centro-Covid più grande del Lazio, con complessivi 178 letti. Ben 18 in più dello Spallanzani: l'Istituto nazionale per le malattie infettive, infatti, arriverà ad un totale di 160 posti con i 12 che si andranno ad aggiungere agli attuali 148. Terzo posto per il policlinico Tor Vergata, che salirà a 64 con l'incremento degli attuali 50. Lo stesso aumento di 14 letti è previsto anche per il San Camil-

lo-Forlanini, il San Giovanni Addolorata e il Sant'Andrea, che passeranno dai 45 letti attuali a 59 posti-Covid. Mentre le Asl Roma 1, 2, 5 e 6, oltre all'Asl Rieti, dovranno aggiungere 12 posti letto agli attuali 40 (Rieti 36). All'Asl Viterbo, invece, 16 posti in più (oltre i 56 attuali) e 14 nelle Asl Frosinone e Latina (che ora hanno, rispettivamente, 46 e 44 letti Covid). Ma nell'ospedale con meno letti del Lazio, quello di Subiaco (solo 30 ordinari per acuti), il reparto-Covid prenderà un terzo dei posti. Ma, denuncia la Cisl, oltre al personale («solo 10 infermieri e 2 oss»), è carente anche la strumentazione: «A disposizione 2 saturimetri, un defibrillatore non di ultima generazione e senza funzione stimolazione, non disponibilità di elettrocardiografo, i presidi per intubazione oro-tracheale prevedono una sola lame e un solo laringoscopio, il sistema di aspirazione centralizzato non funzionante (si utilizzano attualmente 2 aspiratori a corrente per 10 pazienti), il sistema di chiamata del paziente non prevede la funzione citofono».

**ANT. SBR.**

# Oncologia, cartelli choc per i pazienti «L'orario delle prenotazioni non vale»

Napoli, il caso al Policlinico. Il direttore li rimuove: sono avvilito, ma non li abbiamo messi noi

**NAPOLI** I pazienti che martedì mattina erano prenotati per essere sottoposti a terapia presso il Day Hospital del dipartimento di Oncologia del Policlinico universitario di Napoli hanno trovato attaccati sul vetro della sala d'attesa due messaggi stampati su fogli A4. Sul primo era scritto: «Si comunica ai pazienti che è severamente vietato domandare quante persone ci sono in lista prima del proprio turno di visita». E sull'altro: «Inoltre si fa presente che l'orario di visita scritto sulla prenotazione non ha valore e non sarà rispettato», con tanto di sottolineatura dell'ultima frase, da «non ha valore» in poi.

Nient'altro su nessuno dei due fogli. Né un timbro o un numero di protocollo, una firma o qualunque altra cosa che potesse indicare da chi provenivano quei messaggi. A tutti gli effetti anonimi.

E anche destinati a vita breve. Perché qualche giorno dopo la loro comparsa, il direttore del dipartimento, il professor Sabino De Placido, è stato informato di quei due strani messaggi e dopo essere andato nella sala d'attesa per verificare di persona, li ha fatti rimuovere. «Sinceramente non ricordo nemmeno chi mi ha avvertito, ma quello che posso affermare con assoluta

certezza è che quei messaggi non sono una iniziativa del Policlinico. Non so chi li abbia appiccicati alla vetrata né perché lo abbia fatto. Ma certamente non è opera della nostra struttura. Ci mancherebbe che ci rivolgessimo così ai nostri pazienti».

Il contenuto di quei due messaggi (già riferito martedì dal sito *repubblica.it*) ha colpito molto il mondo dei social, dove la foto — che qualcuno ha fatto in tempo a scattare prima della rimozione dei fogli — è circolata parecchio. «E devo dire — aggiunge il direttore del dipartimento di Oncologia — che tutto questo mi dispiace moltissimo e mi avvilito. Ma come si fa a prendere in considerazione messaggi come quelli? Chi può credere che una struttura come il Policlinico possa rendere pubblico un avviso con un messaggio anonimo attaccato su un vetro? E questo soltanto per rimanere alla forma. I contenuti, poi, sono la negazione di qualunque principio della medicina. La comunicazione con il paziente è una delle basi della nostra professione, e noi ai nostri pazienti diamo tutte le informazioni di cui hanno bisogno e diritto».

Eppure lo stesso professor De Placido quando ha letto quei messaggi qualche dubbio deve averlo avuto. È lui

stesso, infatti, a spiegare di aver parlato con tutti i suoi collaboratori per cercare di capire la provenienza di quei due fogli. «E anche perché mi sono mosso in questo senso, mi sento di escludere del tutto che dietro questa storia possa esserci qualche appartenente al dipartimento. In quella sala ci passano cento se non centocinquanta persone ogni giorno. Chiunque può aver attaccato quei fogli. Che comunque, ripeto, non esprimono nemmeno lontanamente quello che è il nostro modo di rapportarci ai pazienti. Altro sinceramente non voglio aggiungere. Certo non andrò alla polizia a sporgere denuncia perché mi sembrerebbe assurdo per due fogli anonimi».

Il Day Hospital del dipartimento di Oncologia del Policlinico universitario fissa le prenotazioni dei pazienti in base a due ampie fasce orarie: 8-14 e 14-20. Poi i pazienti vengono gestiti di volta in volta in base alla terapia alla quale devono essere sottoposti. Il dato forse più indicativo del rapporto tra chi cura e chi è in cura in quel dipartimento è dato dalle opinioni espresse e firmate dagli stessi pazienti sul sito del policlinico. La valutazione media è 3,5 su 5, e tra «competenza», «assistenza», «pulizia» e «servizi», la voce che raccoglie il punteggio più

basso (3) è «assistenza».

«A noi però non risultano particolari criticità», spiega il presidente della sezione napoletana del Tribunale dei diritti del malato, il dottor Carmine Cavaliere. «Sia chiaro — aggiunge — dal mio osservatorio in più di trent'anni ne ho viste tante che non mi meraviglierei di nulla. Ma segnalazioni su quel dipartimento non ne abbiamo».

**Fulvio Bufi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

