



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

14 Settembre 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



Policlinico Giaccone, Di Maggio (Uil Rua): «Escalation di violenza inaccettabile, urgono più controlli»

Il sindacato chiede un incontro urgente con la governance del Policlinico e interviene pure sul rinnovo del contratto dei comparti Università e Sanità.

14 Settembre 2022 - di [Redazione](#)



PALERMO. Potenziare il personale di vigilanza e sanitario, illuminare ogni angolo dell'ospedale di notte controllando gli accessi (e ridurre il numero) e gli stazionamenti illegittimi. Adottare, infine, un sistema di sicurezza che tenga conto del controllo e della gestione degli accessi come deterrente per i frequenti furti registrati all'interno del **Policlinico di Palermo**.

Questi secondo la **Uil Rua** di Palermo, guidata da **Pasquale Di Maggio**, «sono interventi necessari, vista l'escalation di violenza a cui stiamo assistendo in questi mesi. Una situazione inaccettabile. L'assenza di guardie giurate all'ingresso principale dell'ospedale dopo le 22 espone, tra l'altro, pazienti e dipendenti a rischio di **rapine e furti**. Come già segnalato in passato oggi chiediamo nuovamente alla direzione che vengano adottate misure urgenti al fine di tutelare la salute e la sicurezza di chi lavora in questo ospedale, anche attraverso appositi sistemi di video sorveglianza che abbraccino tutto il comprensorio.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

L'ospedale deve farsi carico della sicurezza dei dipendenti, oltre che dei pazienti. Le misure da adottare sono tante ma semplici. Per questo chiediamo un **incontro urgente** con la *governance* del Policlinico».

Ma durante l'assemblea della Uil Rua si è discusso anche del **rinnovo del contratto dei comparti** Università e Sanità, ribadendo la scelta di aprire una stagione di confronto costante con i lavoratori. «In particolare- continua Di Maggio- è stata sottolineata l'importanza di una riorganizzazione complessiva che deve tenere conto delle **professionalità** del personale interno che non si è mai risparmiato, soprattutto nel periodo della pandemia. La valorizzazione delle professionalità e il benessere lavorativo sono i nostri obiettivi».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Dispositivi medici, in Gazzetta Ufficiale i decreti legislativi per l'adeguamento del quadro normativo nazionale ai regolamenti europei

Publicati i due decreti legislativi che adeguano per tutti i soggetti coinvolti (organismi notificati, operatori economici e operatori sanitari), le disposizioni dettate dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746.



14 SET - I decreti legislativi [137](#) e [138](#) del 5 agosto 2022 pubblicati nella Gazzetta Ufficiale del 13 settembre 2022 hanno lo scopo di assicurare l'adeguamento, da parte di tutti i soggetti coinvolti (organismi notificati, operatori economici e operatori sanitari), alle disposizioni dettate dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746.

I decreti sui dispositivi medici disciplinano aspetti di competenza nazionale in continuità con i d.l.gs. 46/97, 507/92 e 332/2000, stabilendo tra l'altro i requisiti linguistici per l'etichetta e per le istruzioni d'uso, confermando l'obbligo di registrazione per i fabbricanti dei dispositivi su misura e dei distributori, fornendo indicazioni per la pubblicità e la vendita on line dei dispositivi, definendo criteri per la concessione di autorizzazioni in deroga in caso di carenze sul mercato e definendo, infine, un apparato sanzionatorio per le violazioni delle condotte previste nei Regolamenti. I decreti tengono conto della necessità di garantire la compatibilità e il costante allineamento tra le banche dati nazionali e la Banca dati europea (Eudamed) in conformità al Sistema unico di identificazione del dispositivo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

UDI e individuano strumenti idonei a garantire una corretta gestione dei legacy devices nel passaggio dalle direttive ai regolamenti.

I decreti nazionali riflettono la progressiva applicazione dei regolamenti europei e prevedono la possibilità, in alcuni casi l'onere, da parte del Ministero della salute di definire requisiti, criteri e procedure per disciplinare specifici ambiti.

Successivi provvedimenti del Ministero della salute definiranno procedure operative per la registrazione dei fabbricanti di dispositivi su misura, modalità di segnalazione di incidenti da parte degli operatori sanitari, conservazione dell'UDI dei dispositivi da parte delle istituzioni sanitarie, presentazione delle comunicazioni relative alle indagini cliniche, definizione dei compiti e composizione dell'Osservatorio nazionale dei prezzi dei dispositivi medici.

I decreti intervengono anche per rendere più efficienti le procedure di approvvigionamento tramite l'articolazione e il rafforzamento delle funzioni di Health Technology Assessment (HTA) e l'adeguamento delle attività dell'Osservatorio dei prezzi di acquisto dei dispositivi, per una rinnovata governance dei dispositivi medici.

IL DIBATTITO

Sanità maltrattata e donne ignorate dal Palazzo miope

ANTONELLA VIOLA

In una democrazia consolidata gli elettori non sono polarizzati come le tifoserie calcistiche ma esercitano il loro senso critico. - PAGINA 27



SANITÀ MALTRATTATA E DONNE IGNORATE

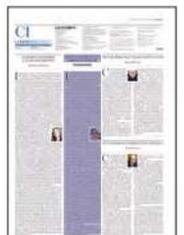
ANTONELLA VIOLA



In una democrazia consolidata gli elettori non sono polarizzati come le tifoserie calcistiche ma esercitano il loro senso critico attraverso la consultazione dei programmi elettorali dei vari schieramenti. E, infine, scelgono quel partito che secondo loro risponde meglio alle esigenze del Paese.

Tra i temi importanti nel guidare la scelta, non dovrebbe mancare quello della sanità. La pandemia ci ha mostrato con violenza e dolore quanto sia importante un sistema sanitario preparato alle emergenze e capace di coordinare la propria attività in maniera efficiente e coerente su tutto il territorio nazionale. Ma, anche al di fuori dell'emergenza, tutti noi cittadini abbiamo esperienza delle difficoltà enormi nell'accesso rapido alle prestazioni sanitarie pubbliche, nell'assistenza di un familiare affetto da patologie croniche, complesse o non autosufficiente e, a volte, persino nel ricevere una diagnosi o interagire col proprio medico. Come affrontano dunque i vari schieramenti il "problema sanità"? Mentre alcuni programmi sono estremamente dettagliati, come quello della Lega o di Sinistra Italiana ed Europa Verde, altri sono più scarni o addirittura più simili a slogan che ad autentiche progettualità. Tutti i partiti riconoscono il tema centrale della salute pubblica e

le sue criticità: medicina del territorio, personale sanitario, tempi di attesa, finanziamenti. Ma, guardando alle specificità delle singole proposte, ecco che è interessante notare come M5S e Azione Italia Viva sorprendentemente convergano nel proporre la revisione delle regole che conferiscono autonomia alle Regioni (titolo v della Costituzione), rimarcando le criticità emerse durante la gestione della pandemia e la necessità di un coordinamento nazionale. Nelle proposte del centro-destra trova spazio la riduzione di spesa sanitaria per i cittadini, attraverso l'allargamento della fascia di prestazioni sanitarie esenti da ticket e l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza (Lea) delle cure odontoiatriche. Mentre di consultori, applicazione della 194 e di salute al femminile si occupa solo Sinistra Italiana ed Europa Verde, a ricordarci che, per la maggioranza dei politici, la medicina di genere e il corpo delle donne sono davvero poco importanti. Per il problema della carenza di medici, Lega e Fratelli d'Italia propongono l'abolizione del numero chiuso e l'accesso libero all'università, con selezione al passaggio al secondo anno; approccio che in generale ritengo giusto ma che non ha nulla a che fare con la scarsità di



LA STAMPA

medici specializzati e che necessita di importanti investimenti per creare aule e reclutare docenti. Infatti, il problema generale di tutti i programmi elettorali che ho potuto analizzare è l'assenza di un'analisi di fattibilità delle proposte. Dove trovare i fondi necessari per realizzare i progetti? Di questo, sorprendentemente, nessuno parla. Eppure tutti noi, quando nel nostro lavoro presentiamo un progetto, oltre agli obiettivi finali siamo tenuti a includere anche i metodi che useremo, il budget necessario e i finanzia-

menti su cui possiamo contare per raggiungere quegli obiettivi. Cosa che evidentemente non è mai stata richiesta a chi si propone per governare il Paese.

Infine, una chiarissima presa di posizione di Lega e Fratelli d'Italia contro l'obbligo vaccinale e le misure di controllo dell'epidemia che limitano la libertà. Giusto per ricordarci come sarebbe potuta andare. —





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ENOC (BAMBINO GESÙ)

«Charlie, Alfie, Archie: i genitori hanno il diritto di scegliere per i figli»

I genitori di un bambino inguaribile «hanno il diritto di scegliere». Mariella Enoc, presidente dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, è tornata ieri sui casi inglesi che hanno scosso l'opinione pubblica mondiale, da Charlie Gard (2017) ad Alfie Evans (2018), ad Archie Battersbee, il 12enne morto il 6 agosto in un ospedale di Londra dopo la rimozione dei supporti vitali per decisione dei giudici. Intervenedo al convegno «Il bambino con malattia inguaribile» organizzato a Roma dall'Accademia dei Lincei, Mariella Enoc ha ricordato che «quando andai in Inghilterra per Alfie sentii le urla dei genitori mentre il bambino veniva stacca-

to dai respiratori. Dentro di me quelle urla sono rimaste. I genitori hanno diritto di scegliere per i loro figli. Senza accanimento terapeutico, perché in questi casi bisogna accompagnare i genitori verso la scelta più umana, ma i genitori hanno il diritto di scegliere». Le cure palliative pediatriche sono «una priorità» perché «anche quando la malattia non è più curabile, certamente è curabile la persona».



Per l'Eliseo il documento del Ccne sarà la base per condurre una riflessione collettiva



LA LOTTA AL COVID

L'ingorgo dei vaccini due nuovi in 10 giorni "Così nessuno li farà"

Ok al bivalente anti Omicron 4-5 subito dopo quello per Omicron 1
"La gente è confusa e la campagna per i fragili rallenterà ancora"

di **Michele Bocci**

Sta già per arrivare un vaccino più nuovo di quello distribuito alle Regioni a partire dallo scorso weekend. Appena dieci giorni dopo l'approvazione del bivalente che stimola il sistema immunitario sia contro il primo virus, Wuhan, che contro Omicron 1, Ema lunedì ha dato il via libera al vaccino di Pfizer con Omicron 4-5. Oggi, come ha sempre fatto, Aifa prenderà una decisione identica.

In questo modo la campagna per le quarte dosi a over 60 e malati, già partita al rallentatore, rischia di frenare ancora. Molti potrebbero decidere di aspettare un paio di settimane per avere il vaccino più nuovo, anche se secondo gli esperti l'efficacia dei due bivalenti è la stessa.

Il nuovo arrivato

Pfizer ha deciso di accelerare la richiesta di approvazione del nuovo bivalente cogliendo di sorpresa un po' tutti (magari anche la sua ormai concorrente Moderna). Forse temeva che il via libera di Ema non fosse certo, visto che sul vaccino (testato sull'uomo per quanto riguarda sicurezza e capacità di stimolare il sistema immunitario) non ci ancora sono studi clinici sull'efficacia ma è stato testato sugli animali. Sta di fatto che, malgrado lo scetticismo della direttrice di Ema, Emer Cooke, che al *Financial Times* aveva detto che l'approvazione senza studi clinici non sarebbe stata facile, come negli Usa, l'ok è arrivato subito. Ema

ha poi spiegato che «tutti i vaccini adattati saranno valide opzioni per le campagne di copertura. È impossibile dire quale vaccino offre la protezione più alta a seconda delle varianti e sottovarianti che possono emergere». Si sa intanto che quello contro Omicron 1 offre protezione anche contro la 4 e la 5.

Il rebus delle dosi

Nel giro di una decina di giorni, dopo l'approvazione di oggi da parte di Aifa, in Italia potrebbe essere disponibile il nuovo bivalente. Come annunciato dal ministero e dalla struttura per il completamento della campagna vaccinale, in Italia erano attesi 19 milioni di dosi del primo bivalente. I contratti prevedono però che, quando c'è un prodotto nuovo, venga distribuito quello, quindi – dopo la consegna di 10-12 milioni di dosi del primo bivalente – potrebbe arrivare il secondo.

Fiale da buttare via

«Così si crea un mezzo caos», dice l'assessore alla Salute del Lazio, Alessio D'Amato. «Si parla della distribuzione di milioni di dosi, non si può fare un aggiornamento ogni 15 giorni. L'acquisizione è complicata. L'Europa fa i contratti, le richieste dell'Italia le fa la struttura che ha sostituito quella di Figliuolo, che si occupa degli invii. Però le dosi non fatte le dobbiamo smaltire noi, rischiamo di buttarne via milioni». Ci sono poi dubbi di altro tipo. «Come si spiega alle persone – dice Massimo Andreoni, della Società di malattie infettive, riguardo alla nuova approvazione –

che anche il booster bivalente per Omicron 1 è efficace e, se serve, va fatto subito? Tutti vorranno aspettare, complicando la campagna vaccinale». Teoricamente, senza motivi sanitari, il cittadino non può scegliere che vaccino farsi somministrare.

Le prenotazioni non decollano

Per ora, comunque, la nuova fase della campagna, col vaccino adattato a Omicron 1, non va bene. Nel Lazio le prenotazioni viaggiano al ritmo di 1.000-1.500 al giorno. La Toscana ieri è arrivata a 1.200, il Friuli a 500, il Veneto in un paio di giorni a 1.750. Non proprio un boom, anche se si conta di risalire nei prossimi giorni. Oggi le Regioni incontreranno la struttura per la prosecuzione della campagna vaccinale, guidata dal generale Tommaso Petroni, per discutere le nuove mosse.

L'appello del ministro

«Bisogna lanciare con forza questa ulteriore campagna con i vaccini aggiornati, che per il momento è rivolta alla fascia più fragile, persone immunocompromesse e over 60, oltre che ospiti delle Rsa e operatori sanitari, pari a 17 milioni di persone – ha detto a Metropolis del gruppo Gedi il ministro della Salute Roberto Speranza – Chiedo a tutte le forze politi-



che di continuare la campagna vaccinale dopo il 25 settembre. I nuovi vaccini anti Omicron 1 e 4-5 sono molto simili. Metteremo a disposizione quelli più aggiornati appena saranno materialmente sul territorio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“Dobbiamo smaltire noi le dosi non fatte: rischiamo di buttarne via a milioni”

I numeri

19 milioni

Le iniezioni prenotate

I bivalenti, contro Omicron 1 e 4-5, attesi fino a fine mese

20 milioni

I fragili da proteggere

La campagna interessa over 60 e malati. Tre milioni hanno già avuto il secondo booster

31%

Gli anziani già immunizzati

Sono gli over 80 che hanno già ricevuto, in estate e primavera, la quarta dose di vaccino



▲ A Milano Vaccini agli over 80 al Pio albergo Trivulzio

CARLO COZZOLI
FOTO GEMMA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL PRESIDENTE DEL CSS

Locatelli: vaccini Covid,
non ritardare i richiami

Daloiso a pagina 12

«Un errore aspettare i nuovi vaccini» A chi e perché il richiamo serve ora

VIVIANA DALOISO

Con i nuovi e ora anche nuovissimi vaccini in arrivo (sviluppati considerando la sequenza di Rna messaggero delle sottovarianti di Omicron) e poco più di 160 persone ricoverate in terapia intensiva, il Covid non fa più tanta paura. Siamo ufficialmente entrati «in quella fase di endemizzazione di cui parlavo già sul finire della scorsa primavera», spiega il presidente del Consiglio superiore di sanità, Franco Locatelli. Questa situazione di controllo epidemiologico ha permesso di ottenere come risultato importante la riapertura delle scuole senza mascherine, con la Dad chiusa nel cassetto dei ricordi. Una svolta capace di emozionare anche un uomo di scienza, specie dopo i mesi delle decisioni difficili e delle restrizioni, «che non verranno più».

Professore, come ci siamo arrivati?

Con i vaccini. Attraverso gli avanzamenti tecnologici e la flessibilità della piattaforma a Rna che ci ha consentito di dare un risposta a un virus sconosciuto in pochissimi mesi, riducendo marcatamente il rischio di sviluppare malattia grave o addirittura fatale e ora, grazie ai vaccini adattati, offrendoci il vantaggio di una risposta anticorpale neutralizzante per i sottolignaggi predominanti migliore rispetto ai vaccini tradizionali. Ribadisco quanto ho illustrato pochi giorni fa nel corso della conferenza stam-

pa con cui abbiamo presentato la campagna vaccinale d'autunno, ricordando i risultati riportati in uno studio pubblicato sul *New England Journal of medicine*: nel primo anno della loro applicazione i vaccini hanno salvato 20 milioni di vite nel mondo. Un numero che corrisponde a un terzo della popolazione italiana.

A proposito di campagna vaccinale, cosa si aspetta da quella che è appena ripartita? Fondamentale in questa fase è conferire ulteriore protezione rispetto al rischio di sviluppare malattia grave o di morire. In questo, i vaccini finora esistenti avevano già mostrato grande efficacia e ci si aspetta che un ulteriore vantaggio possa essere offerto dai nuovi vaccini, i quali, come i precedenti, hanno minore efficacia in termini di

protezione dall'infezione, che però decorre, grazie ai vaccini, in maniera asintomatica o con pochi sintomi. Ecco perché raccomandiamo che aderiscano alla campagna prioritariamente le persone a rischio, cioè chi per questioni anagrafiche o per patologie concomitanti è più esposto: mi riferisco in particolar modo agli over 60 o a chi presenta un'alterazione della risposta immunologica, a chi soffre di fibrosi polmonare, ai diabetici, a chi ha problemi cardiaci seri, tanto per fare un esempio. Ma la raccomandazione si estende anche agli operatori sanitari, a chi lavora nelle Rsa e agli ospiti di que-

ste strutture, alle donne in gravidanza. Lo strumento che abbiamo già – ora – sono i vaccini bivalenti di cui parlavo, approvati dalle agenzie regolatorie all'inizio di settembre: metà del loro Rna deriva dal ceppo originale del virus comparso a Wuhan, e l'altra metà dalla sottovariante BA.1 di Omicron. Gli studi dimostrano come questi vaccini determinino un aumento significativo dei titoli anticorpali anche contro BA.4 e BA.5, dominanti nel nostro Paese. **Ora però arrivano anche quelli nuovissimi, disegnati proprio su BA.4 e BA.5, approvati dall'Emm due giorni fa. Qualcuno, anche tra gli scienziati, sostiene che questo possa generare confusione tra le persone e che possa scattare una corsa all'ultimo vaccino.**

Tutti i vaccini che abbiamo sono validi ed efficaci nel prevenire la malattia grave e la morte da Covid. Il punto fondamentale è la tempestività della vaccinazione, non la tipologia di vaccino con cui si procede alla somministrazione: la stessa Emm, nel comunicato elaborato in collabora-



zione con Ecdc, lo ha spiegato a chiare lettere proprio in occasione dell'approvazione dei bivalenti.

Quindi non ha senso aspettare?

No. I vaccini approvati lunedì e codificati per BA.4 e BA.5 arriveranno in Italia non prima di due o tre settimane. Ritardare la vaccinazione nelle categorie a rischio che ho elencato poco fa, specie se il precedente richiamo è lontano nel tempo, sarebbe un errore.

Che fare invece se non si fa parte delle categorie a rischio? Per i nuovi vaccini è stato dato un via libera generalizzato: possono riceverli tutti gli over 12, a patto che l'ultima vaccinazione o l'eventuale infezione da Covid risalgano a più di 4 mesi fa.

Nell'offrire questa possibilità le autorità sanitarie italiane si sono allineate alla posizione espressa dall'Ema: possono ricevere, su base volontaristica, i nuovi vaccini anche le persone che non rientrano nelle categorie sopra riportate, disponendo noi di vaccini connotati da favorevole profilo di sicurezza, efficaci e ag-

giornati. Per fare un esempio ancora più concreto e di facile comprensione: se una persona ha 48 anni ed è sana, può certamente ricevere il vaccino se lo richiede, a maggior ragione se l'ultimo richiamo è lontano nel tempo. Perché non dovrebbe poterlo fare?

La campagna sulle quarte dosi, però, non ha avuto il successo di adesioni auspicato... Perché questa dovrebbe riscuotere di più?

Per almeno tre motivi. Primo: per molti sono passati ormai parecchi mesi dall'ultima dose di vaccino ricevuto e i dati disponibili ci indicano che la risposta immunologica, soprattutto anticorpale, declina progressivamente con il tempo. Secondo: ci prepariamo all'arrivo dei mesi freddi, che per definizione sono favorevoli alla diffusione di virus respiratori tra cui rientra anche Sars-CoV-2. Terzo: ci troveremo a vivere con molta più frequenza in spazi chiusi. Senza contare che la cultura vaccinale dovrebbe connotare ormai il nostro Paese: così come raccomandiamo la vaccinazione antinfluenzale o quella anti-pneumococcica, do-

vremmo procedere alla vaccinazione anti-Covid.

Professore, ma davvero non torneremo più a chiusure e restrizioni?

Non c'è alcun segnale che allarmi rispetto a questa direzione. Al momento l'occupazione dei posti letto di area medica o nelle terapie intensive è assai limitata. Bisogna tener conto anche dell'enorme quota di soggetti che si sono infettati in questi mesi senza presentare sintomi: un numero di persone così consistente beneficia della cosiddetta "immunità ibrida", generata cioè dallo stimolo indotto dai vaccini e dall'infezione da parte di Sars-CoV-2.

A un certo punto avremo vaccini in eccedenza. Anzi, molti dei primi scadranno a breve...

A fronte del quadro positivo presente nel nostro Paese, resta ancora il problema di garantire l'equità di accesso alla vaccinazione in tutte le parti del mondo. Abbiamo zone dell'Africa dove meno del 20% della popolazione ha beneficiato della profilassi, contro il 90% degli italiani. È chiaro che esistono difficoltà oggettive di

distribuzione e conservazione dei vaccini, soprattutto legate alla catena del freddo che i prodotti a Rna richiedono, ma la sfida dei prossimi mesi è fare tutti gli sforzi perché i vaccini arrivino dove ce n'è più bisogno. Da questo punto di vista voglio segnalare – e lo faccio con orgoglio – come l'Italia sia stata tra i Paesi che hanno più donato dosi di vaccino: 58 milioni, per l'esattezza, di cui 54 fornite tramite il programma Covax e altre 4 attraverso accordi bilaterali. È un segno di attenzione e sensibilità, mi faccia dire, anche etica per chi vive in condizioni socio-economiche meno fortunate di noi.



Franco Locatelli

La campagna aperta a tutti: «Se una persona ha 48 anni, è sana e l'ultima dose che ha ricevuto è lontana nel tempo, perché non dovrebbe vaccinarsi?» Il nodo delle vecchie fiale in scadenza: «L'Italia è tra i Paesi che ne ha donate all'Africa di più»

cino antiCovid e dell'antinfluenzale. Una doppia immunizzazione che gli esperti consigliano fortemente, soprattutto per la protezione delle fasce maggiormente a rischio di complicanze gravi come anziani e soggetti fragili. Il rischio da scongiurare è quello di un intasamento delle strutture sanitarie per il persistere di due emergenze concomitanti. «Se molliamo sulla campagna vaccinale – l'avvertimento del ministro uscente, Roberto Speranza – facciamo un clamoroso passo indietro, abbiamo una popolazione molto anziana che ha bisogno di uno scudo protettivo».

Si alza l'allerta per l'imminente stagione autunnale. I mesi più freddi porteranno infatti con grande probabilità a una nuova ondata di contagi da Covid-19 e, contemporaneamente, è prossimo l'arrivo dell'influenza stagionale, che quest'anno si preannuncia particolarmente impegnativa. Una "duplice minaccia" alla quale bisogna prepararsi e la prima arma da utilizzare – il ministero della Salute è tornato a ribadirlo con forza – è la vaccinazione che, quest'anno, potrà essere effettuata in versione "combo", ovvero con la somministrazione contemporanea in un'unica seduta del vac-

Parla il presidente del Consiglio superiore di sanità, Franco Locatelli: «Il punto fondamentale è la tempestività della profilassi, non la tipologia di "booster". Anche quelli già disponibili proteggono da Omicron 4 e 5»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Mons. Paglia: si autorizzi quinta dose ai fragili

Monsignor Vincenzo Paglia, in qualità di presidente della Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana, interviene per chiedere che «sia resa possibile una adesione volontaria all'ulteriore dose booster atta a proteggere la popolazione più vulnerabile già vaccinata con quarta dose nei mesi scorsi».

Recentemente, scrive in una nota, «il ministero della Salute

ha escluso la possibilità di un nuovo richiamo (la quinta dose) per chi, tra i fragili e gli over 80, ha ricevuto il secondo booster nei mesi scorsi. Questa posizione esclude quindi che tali soggetti possano ricevere i nuovi vaccini bivalenti Comirnaty e Spikevax, approvati da Ema come dosi booster per tutti i soggetti al di sopra dei 12 anni». La decisione, dice Paglia, «appare ancor più sorprendente alla luce del fatto che lascia fuori tutti

coloro che sono a rischio di malattia grave da Covid: over 80 e individui portatori di fattori di rischio. Vale la pena ricordare che l'immunità acquisita con le somministrazioni vaccinali vede declinare il titolo anticorpale già dalla fine del terzo mese e comunque entro il quarto. Moltissimi anziani, dunque, rischiano forme gravi di infezione».



01

Ok Ema a vaccino Pfizer contro Omicron 4 e 5, booster per over 12

L'Agenzia europea del farmaco Ema ha raccomandato l'autorizzazione di un nuovo vaccino booster anti-Covid adattato. Si tratta di una versione aggiornata aggiuntiva del Comirnaty* di Pfizer-BioNTech, mirata contro le sottovarianti Omicron BA.4 e BA.5 e indicata per l'uso in persone vaccinate di età pari o superiore a 12 anni. Lo comunica l'ente regolatorio Ue con un tweet.

Il via libera Ema arriva a seguito del parere positivo espresso dal Comitato per i medicinali a uso umano (Chmp). Il nuovo prodotto è un vaccino bivalente basato sul ceppo originale di Sars-CoV-2 e sulle sottovarianti Omicron 4 e 5, ormai dominanti. "Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 è destinato all'uso in persone di età pari o superiore a 12 anni che hanno ricevuto almeno un ciclo primario di vaccinazione contro Covid-19", precisa l'agenzia in una nota. La sua approvazione, spiega, "estenderà ulteriormente l'arsenale di vaccini disponibili per proteggere le persone da Covid, mentre la pandemia continua e si prevedono nuove ondate di contagi nella stagione fredda".

Per decidere sul vaccino bivalente adattato a Omicron 4-5, il Chmp ha tenuto conto di tutti i dati disponibili su Comirnaty e sui suoi vaccini aggiornati, compreso il bivalente Original/Omicron BA.1 recentemente autorizzato - dettaglia l'Ema - nonché sui vaccini in sperimentazione contro altre varianti di preoccupazione. La raccomandazione del panel si fonda in particolare sui dati clinici disponibili relativamente a Comirnaty Original/Omicron BA.1, poiché il bivalente anti-Omicron 1 e Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 - a parte contenere mRNA corrispondenti a diverse sottovarianti Omicron - hanno in



sostanza la stessa composizione. Il parere del Chmp si basa anche sui dati che riguardano la qualità del nuovo vaccino bivalente e sul processo di produzione, secondo cui il prodotto soddisfa gli standard Ue. Inoltre, le informazioni sull'immunogenicità (la capacità del vaccino di innescare una risposta immunitaria) provenienti da studi di laboratorio (non clinici) indicano che Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 attiva un'immunità adeguata contro i ceppi bersaglio.

Sulla base di tutti questi elementi, gli esperti hanno concluso che il vaccino bivalente di Pfizer/BioNTech aggiornato a Omicron 4 e 5 "dovrebbe essere più efficace rispetto a Comirnaty nell'innescare una risposta immunitaria contro le sottovarianti BA.4 e BA.5", a fronte di un profilo di sicurezza "paragonabile a quello di Comirnaty Original/Omicron BA.1 e dello stesso Comirnaty, per il quale è disponibile una grande quantità di dati. Sono in corso studi clinici con Comirnaty Original/Omicron BA.4-5 e il Chmp riceverà i risultati a mano mano che vengono verranno prodotti", conclude l'Ema.



A POCHI GIORNI DALL'ULTIMO AGGIORNAMENTO, IN ARRIVO UNA NUOVA VERSIONE. RISCHIO CAOS E SPRECO DI DOSI

Negoziato sui vaccini, la Corte dei conti europea critica von der Leyen

ANDREA CAPOCCI

■ L'Agenzia europea del farmaco (Ema) ha autorizzato anche la versione del vaccino anti-Covid della Pfizer adattata alle varianti Omicron 4 e 5. Il nuovo parere arriva a meno di due settimane dall'approvazione dell'aggiornamento precedente dei vaccini (mirato alla variante Omicron 1), che da pochi giorni è disponibile negli hub italiani.

Per l'autorizzazione, l'Ema non ha esaminato i dati di efficacia e sicurezza sull'uomo, non ancora disponibili. L'agenzia si è limitata a verificare la correttezza del processo produttivo e i dati provenienti dagli esperimenti in laboratorio. Per l'impatto umano, l'agenzia si è fidata dei dati sul vaccino precedente. «Il vaccino bivalente contro Omicron 4/5 - è il ragionamento - ha la stessa composizione di quello contro Omicron 1, a parte il contenuto di mRNA».

Anche l'Ue dunque si allinea alla autorità regolatoria statunitense Fda, che non richiede dati clinici per approvare gli aggiornamenti dei vaccini (come per quelli anti-influenzali). È un netto cambio di rotta per l'Ema: ancora pochi giorni fa, l'agenzia prevedeva di esaminare i vaccini «in autunno», quando i dati clinici sarebbero stati disponibili. L'obiettivo era rassicurare l'opinione pubblica po-

co incline a sottoporsi a nuove vaccinazioni. «È necessaria la massima fiducia nei confronti dei vaccini che autorizziamo», aveva detto al *Financial Times* la direttrice Emer Cooke. La paura di apparire in ritardo rispetto agli Usa - e alle varianti - ha prevalso sulla prudenza.

Invece di accelerare le campagne di vaccinazione per la quarta dose, la decisione rischia ora di complicarle. Da un lato, l'annuncio di un nuovo vaccino proprio all'avvio di una nuova campagna vaccinale per la quarta dose può creare confusione e diffidenza nella popolazione, già molto restia a vaccinarsi. Le somministrazioni delle quarte dosi procedono già a rilento, con poco più di diecimila dosi al giorno contro le centomila previste dal governo. Qualcuno ora potrebbe rimandare ulteriormente la vaccinazione nonostante, come assicura il virologo Fabrizio Pregliasco, «anche i vaccini originali determinano una forte protezione e proteggono anche dalle varianti».

Dall'altro, tutte queste dosi ora rischiano di andare sprecate. Il vaccino «nuovissimo» sarà disponibile «tra due o tre settimane» secondo il direttore generale dell'Agenzia italiana del Farmaco Nicola Magrini. Nel frattempo, i governi riceveranno le dosi contro Omicron 1. Per il mese di settembre, l'Italia

ne ha in consegna 19 milioni. In più, nei depositi del governo ci sono già 26 milioni di dosi vicine alla scadenza. Cosa fare con tutti questi vaccini?

Una quota di spreco, va detto, è fisiologica: il governo accumula regolarmente scorte di vaccini contro malattie infettive pronte in caso di emergenza, sperando di non doverle mai usare. Ma in questo caso, l'eccesso di vaccini e la confusione sono determinate dallo scarso coordinamento tra agenzie regolatorie e aziende, che ha portato a introdurre tre vaccini aggiornati (i due di Pfizer e quello di Moderna, di cui è in arrivo un quarto prodotto) a distanza di poche settimane. E ora molti puntano il dito contro la strategia vaccinale dell'Ue.

Secondo un report appena pubblicato dalla Corte dei conti europea, l'Unione ha investito 71 miliardi di euro per comprare 4,6 miliardi di vaccini secondo procedure straordinarie che non hanno funzionato al meglio. Secondo la Corte, la Commissione europea «ha avviato questo procedimento di appalto in ritardo rispetto al Regno Unito e agli Stati Uniti». Da rivedere la squadra che ha negoziato l'acquisto dei vaccini, composta da «membri del Comitato per i medicinali per uso umano dell'Ema e capi delle agenzie

nazionali per i medicinali degli Stati membri» (la cui identità è stata tenuta segreta) e ritenuta poco competente. Risultato: «Nel valutare le offerte non sono stati rilevati i rischi per la catena di approvvigionamento e il processo produttivo in grado di causare problemi di consegna». Al contrario, «le task force per gli appalti di Stati Uniti e Regno Unito includevano esperti in materia di catena di approvvigionamento e logistica». La Corte è critica anche nei confronti della task force europea istituita «a sostegno delle catene di produzione e di approvvigionamento» ma di cui «è difficile quantificare il suo impatto sull'aumento della produzione di vaccini».

Il report denuncia infine la scarsa trasparenza del negoziato, menzionando il «rifiuto della Commissione europea di concedere l'accesso del pubblico ai messaggi di testo scambiati tra la presidente della Commissione (von der Leyen, ndr) e l'amministratore delegato di Pfizer durante i negoziati preliminari» come «un caso di cattiva amministrazione».

Il controllo di bilancio ha rilevato «ritardi negli appalti» e «poca competenza»



I giudici Ue accusano

«Von der Leyen occulta la verità sulla Pfizer»

CARLO NICOLATO

Stato dell'Unione, parla la Van der Leyen. E dirà tante cose, dell'Ucraina, della crisi energetica, dei progetti green, ma non dirà nulla di quel contratto stipulato con la Pfizer del quale da un anno (...)

segue → a pagina 12

Corte dei Conti del Lussemburgo all'attacco «Von der Leyen nasconde la verità sul caso Pfizer»

Per il contratto di fornitura vaccini più oneroso firmato dalla Ue, le trattative sono state portate avanti in segreto dalla presidente. Che ora non vuole rendere conto

segue dalla prima

CARLO NICOLATO

(...) varie altre istituzioni europee hanno chiesto inutilmente chiarimenti.

Per ultima la Corte dei Conti che lunedì ha pubblicato una relazione dettagliata sulla vicenda accusando la Commissione di rifiutarsi di rivelare qualsiasi dettaglio del ruolo personale della presidente nei colloqui che hanno portato alla conclusione dello stesso. Tenendo conto che lo scorso anno era stato l'ombudsman

ha chiedere chiarezza su quei famosi sms che la Von der Leyen si era scambiata l'amministratore delegato di Pfizer per l'acquisto dei vaccini senza ricevere alcuna risposta, la vicenda comincia a farsi davvero troppo torbida. Dando l'impressione quantomeno che la Commissione in carica agisca un po' troppo spesso in una zona grigia senza nemmeno preoccuparsi delle regole che essa stessa si è data.

Il controllo della Corte ha rilevato infatti che mentre per

per tutti gli altri vaccini, per i quali è stato concluso un contratto, un team congiunto composto da funzionari della Commissione e sette Paesi membri ha condotto colloqui esplorativi per poi portare i risultati a un comitato direttivo composto da rappresentanti di tutti i 27 Stati membri, per quello della Pfizer, cioè per il contratto più oneroso firmato dalla Ue (1,8 miliardi di dosi per 35 miliardi di euro), tutto questo non è valso.

TUTTO IN SEGRETO



Ci ha pensato Ursula a condurre segretamente buona parte della trattativa utilizzando perfino una serie di sms che sono misteriosamente spariti. Perché? Chiede inutilmente la Corte che ha sede in Lussemburgo. Sembra peraltro che quegli sms fossero stati originariamente "non archiviati" in quanto ritenuti non importanti ma certamente non avrebbero dovuto essere cancellati, come sembra sia successo prima che la mediatrice europea Emily O'Reilly, cioè l'attuale ombudsman, ne chiedesse ufficialmente chiarimento.

Di tale vicenda si era iniziato a parlare nell'aprile dello scorso anno quando il *New York Times* aveva per primo parlato di quello strano scambio di messaggi di testo tra la Von der Leyen e l'amministratore delegato della casa farmaceutica americana Albert Bourla. La cosa era piuttosto

sospetta, specie perché la Von der Leyen era già stata protagonista in patria, quando era ministro della Difesa, di uno scandalo in cui al centro della questione c'erano altri sms che avrebbero potuto far chiarezza su alcune forniture militari poco chiare, ma che erano misteriosamente spariti.

TROPPI SILENZI

In seguito alla richiesta del giornalista tedesco Alexander Fanta la ombudsman aveva quindi chiesto lumi alla Commissione sottolineando che i funzionari preposti sono tenuti a dare una spiegazione «sulla conservazione dei registri dei messaggi di testo», specie su una questione tanto onerosa e importante. Le risposte evasive della Commissione avevano provocato a sua volta un comunicato piccato della

O'Reilly che chiedeva di nuovo ai funzionari di tirare fuori quei benedetti messaggi. Tutto inutile.

L'alto funzionario sanitario della Commissione che ha contribuito a guidare i negoziati Sandra Gallina ha detto che non c'è nulla di strano in quel contratto, «è stato negoziato come tutti gli altri contratti». «C'è stata, forse, una pre-negoziazione diversa» ha infine aggiunto. Ma secondo la Corte è proprio quella «pre-negoziazione» a fare la differenza: «Gli aspetti chiave dei contratti sono stati concordati in modo informale. Fu solo alla conclusione di tale accordo informale che il processo formale poté prose-

guire. Era davvero essenziale per le trattative» ha detto a Politico.eu un revisore che ha partecipato all'indagine della Corte. Il problema è che il tribunale non può costringere la Commissione a rilasciare le informazioni mancanti. Nemmeno il Parlamento può farlo, ma può esprimere, per quel che vale, il suo biasimo. A meno che non sia lo stesso Bourla di Pfizer a rivelare qualcosa il prossimo mese quando è atteso proprio in Parlamento davanti al panel che si occupa del Covid. Alcuni deputati hanno promesso che ci proveranno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

STRANEZZE

■ Per per tutti gli altri vaccini, un team congiunto composto da funzionari della Commissione e 7 Paesi membri ha condotto colloqui esplorativi, ma per quello Pfizer ha fatto tutto Ursula.

COSTI

■ Quello con la farmaceutica Usa è il contratto più oneroso firmato dalla Ue: 1,8 miliardi di dosi per 35 miliardi.



INTRIGO A sinistra, Ursula von der Leyen con l'amministratore delegato di Pfizer, Albert Bourla, nei laboratori della società farmaceutica a Puurs, Belgio. Sopra, l'ombudsman europeo, Emily O'Reilly: lei per prima ha chiesto la pubblicazione degli sms fra Ursula e Albert (LaP)



L'Oms: in Europa 17 milioni di pazienti con sintomi «lunghi»

L'ALLARME

Almeno 17 milioni di persone in Europa hanno sperimentato il Long Covid nei primi 2 anni di pandemia ed è possibile che milioni debbano convivere per molti anni a venire. Il dato è stato reso noto alla 72/a Sessione dell'Oms Europa in corso a Tel Aviv. «I modelli indicano - è stato detto - un sorprendente aumento del 307% dei nuovi casi di Long Covid nel periodo tra il 2020 e il 2021, indotto dal rapido aumento dei casi confermati di infezione dalla fine del 2020 e per tutto il 2021». E le donne hanno probabilità doppie rispetto agli uomini di soffrirne. I dati hanno poi suggerito che il rischio di Long Covid «aumenta drammaticamente tra i casi gravi di infezione che necessitano di ricovero, con 1 donna su 3 e 1 maschio su 5 che possono sviluppare la malattia a lungo». «Anche se c'è ancora molto da imparare sul Long Covid, in particolare su come si presenta nelle popolazioni vaccinate rispetto a

quelle non vaccinate e come influisce sulle re-infezioni, questi dati - ha detto, secondo un comunicato diffuso dal convegno, Hans Henri P. Kluge, Direttore regionale dell'Oms per l'Europa - evidenziano l'urgente necessità di ulteriori analisi, più investimenti, più sostegno e più solidarietà con coloro che soffrono di questa condizione».

«Milioni di persone nella nostra regione, a cavallo tra Europa e Asia centrale - ha aggiunto - soffrono di sintomi debilitanti molti mesi dopo la loro iniziale infezione da covid. Non possono continuare a soffrire in silenzio». Per questo, secondo Kluge, i governi e i partner sanitari «devono collaborare per trovare soluzioni basate su ricerche e prove».

LA PANDEMIA

A livello globale, il numero di casi settimanali è diminuito del 12% durante la settimana dal 29 agosto al 4 settembre 2022 rispetto alla settimana precedente, con poco meno di 4,2 milioni di nuovi casi segnalati. In calo anche il numero di nuovi decessi settimanali, che

è diminuito del 5% rispetto alla settimana precedente, con oltre 13.700 decessi segnalati. È quanto emerge dal bollettino settimanale dei casi di Covid-19 nel mondo, pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Da inizio pandemia fino al 4 settembre 2022, sono stati oltre 600 milioni i contagi confermati e oltre 6,4 milioni di decessi a livello globale. Per quanto riguarda la settimana passata, a livello nazionale, il numero più elevato di nuovi casi settimanali è stato segnalato dal Giappone (1.164.787 nuovi casi; -7%), Stati Uniti (586.509 ; +2%), Repubblica di Corea (585.374; -21%), Russia (323.500; +12%) e Cina (238.044; +22%). I numeri più alti di nuovi decessi settimanali sono stati segnalati dagli Usa (3558 nuovi decessi; +26%), Giappone (2059; +3%), Brasile (865 ; -17%), Russia (628; +20%) e il Repubblica di Corea (524; stabile).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LONG COVID La sindrome colpisce maggiormente le donne



L'autunno e i contagi

Influenza e Covid Rezza: «Serve subito la doppia vaccinazione»

«**Il momento** è molto delicato. Ci aspettiamo una stagione influenzale ad alta intensità». A mettere in guardia è Gianni Rezza, direttore generale della Prevenzione al ministero della Salute, intervenendo a Roma al convegno 'La gestione del paziente fragile nella nuova stagione vaccinale autunnale'. «Quest'anno - spiega - abbiamo tutte le condizioni per numeri alti perché saremo senza protezioni come mascherine e distanziamento, ma con una popolazione ampia-

mente suscettibile perché il virus influenzale ha circolato poco nei due anni precedenti. Quindi è importante vaccinarsi». «La gente ha paura del Covid e non dell'influenza. Per l'influenza è difficile rialzare le coperture vaccinali se la percezione del rischio non è alta», ha proseguito Rezza spiegando che la co-somministrazione «certamente è un valore sia per il vaccinando sia per il medico. Quest'anno dobbiamo puntare molto sui medici di medicina generale».



In anticipo i virus tipicamente autunnali: i primi casi sono stati già segnalati in Italia
L'epidemiologo Gianni Rezza: «Senza mascherine e distanziamento è un'incognita»

L'influenza è tornata sarà ad alta intensità

LA PATOLOGIA

L'autunno è ad un passo e questo scampolo d'estate ci sta regalando giornate ancora molto calde. Un clima che non ci fa certo pensare all'influenza stagionale. Eppure, i primi casi sono già stati segnalati in Italia, al Policlinico Sant'Orsola di Bologna. In netto anticipo rispetto alle aspettative.

Confermando l'ipotesi che il virus influenzale stia per rialzare la testa, dopo due anni in cui non è esistito perché le precauzioni anti-Covid hanno inciso sulla circolazione. L'ondata influenzale 2022-23 che ha già coinvolto l'Australia e l'emisfero sud, fa prevedere una stagione pesante.

«Il momento è molto delicato», afferma Gianni Rezza, direttore generale della Prevenzione al Ministero della Salute – e ci aspettiamo una stagione influenzale ad alta intensità. Quest'anno abbiamo tutte le condizioni per fare dei numeri alti, perché saremo senza protezioni, come mascherine e distanziamento. E con una popolazione ampiamente suscettibile perché il virus influenzale ha circolato poco nei due anni precedenti. È importante vaccinarsi».

LA SORVEGLIANZA

L'Ospedale Sant'Orsola di Bologna ha segnalato alcuni casi, risultati poi di influenza "Australiana" (tipo A, ceppo H3N2), che può dare anche coinvolgimento delle basse vie aeree. «Questi casi precoci non devono preoccupare, ci sono sempre stati - avverte Fabrizio Pregliasco, Direttore scientifico dell'Osservatorio In-

fluenza e professore associato di Igiene generale e applicata all'Università di Milano - Il nostro sistema di sorveglianza è molto sensibile e in grado di rilevare anche i casi sporadici, in largo anticipo sulla stagione. Non rappresentano l'avvio della stagione influenzale ma solo il mantenimento della catena di contagio di un virus che gira il mondo e che noi siamo oggi in grado di monitorare».

Si tratterebbe, dunque, di casi isolati. I grandi numeri dell'influenza sono attesi più avanti, con l'arrivo della stagione fredda, a partire dalla fine di novembre. Ma gli esperti invitano a non attendere troppo per proteggersi. I soggetti fragili e più a rischio, potranno accedere già da ottobre al vaccino antinfluenzale aggiornato. «Lo scorso anno - ricorda Rezza - sono tutti corsi a vaccinarsi contro il Covid, mentre all'influenza non ha pensato nessuno. Quest'anno speriamo di tenere alte le protezioni contro entrambe. La somministrazione nella stessa seduta dei due vaccini è un valore da prendere in considerazione. Non è l'unica strada, capisco che alcuni possono avere remore».

La vaccinazione antinfluenzale nel nostro Paese è gratuita dai 65 anni, per le donne in gravidanza e per i soggetti tra i 6 mesi e i 65 anni affetti da patologie che aumentino il rischio di complicanze da influenza. Ma, vista la compresenza del Covid (la twinemic), anche quest'anno la vaccinazione anti-influenzale è raccomandata anche alle persone sane tra i 60 e i 64 anni e ai bambini tra 6 mesi e 6 anni.

I RICOVERI

Le ospedalizzazioni per problemi cardiovascolari e respiratori riconducibili all'influenza sono più di 300.000 ogni anno in Italia. «L'infezione da virus influenzale, ad esempio - spiega Stefania Maggi, professoressa presso l'Istituto di Neuroscienze Invecchiamento del Cnr di Padova - è associata ad abbassamenti improvvisi di glicemia, che favoriscono cadute, con seguenti fratture e ricoveri».

Alcune aziende produttrici di vaccini anti-Covid stanno lavorando ad una doppia formulazione anti-Covid e anti-influenzale per proteggere da entrambi i virus con una singola iniezione. Non si sa ancora quando questo vaccino bivalente sarà disponibile, ma la dice lunga su quello che ci si aspetta.

I BAMBINI

«SARS CoV-2 - commenta Pregliasco - si sta progressivamente endemizzando. Questo significa che il Covid è destinato probabilmente a rimanere, ma arriverà ad ondate. Ecco perché è importante continuare a vaccinarsi anche contro il Covid».

La normalità ritrovata rischia, inoltre, di aprire le porte ad «altre



Il Messaggero

malattie infettive emergenti che potrebbero diffondersi tra i giovanissimi. Parliamo dell'infezione da virus respiratorio sinciziale (Rsv), principale causa di bronchiolite e polmonite nei bambini» come ricorda Susanna Esposito, Ordinario di Pediatria all'Università di Parma e presidente della World Association for Infectious Diseases and Immunological Disorders. Pediatri

e infettivologi mettono in guardia contro il pericolo di nuove epidemie. Con la fine delle restrizioni da Covid inevitabilmente alcuni agenti patogeni finora tenuti a bada potrebbero trovare una nuova diffusione.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE OSPEDALIZZAZIONI
NEL NOSTRO PAESE
PER PROBLEMI
CARDIOVASCOLARI
E RESPIRATORI SONO
TRECENTOMILA L'ANNO**

**IL CONSIGLIO È SEMPRE
DI IMMUNIZZARSI:
ALCUNE AZIENDE STANNO
LAVORANDO A UNA DOPPIA
FORMULAZIONE, MIRATA
ANCHE CONTRO IL COVID**



Quest'anno primi
contagi influenzali
in anticipo rispetto
alle aspettative



Prevenire e curare

Crisi: gli italiani fanno economia ma non sulla ricerca

Dopo la pandemia, è divenuta ancora più costosa. Un bene comune che le donazioni dei cittadini, con Fondazione Airc, attiva dal 1965 contro i tumori, invece difendono. I numeri

di **Manuela Mimosa Ravasio**

Con 300 piante di azalee riusciamo a comprare 12 anticorpi utili alla nostra ricerca. In un anno, solo nel mio laboratorio ne useremo una cinquantina. A 400 euro l'uno, sono quasi 20 mila euro». Epigenetista e biochimico ricercatore, nonché volontario per Airc nelle piazze di Udine e del piccolo comune di Tricesimo durante gli eventi di raccolta fondi organizzati dalla fondazione che dal 1965 si opera per la ricerca sul cancro, Eros Di Giorgio, 34 anni, ormai converte ogni donazione in strumenti per la ricerca.

«Dalla pandemia Covid è diventata ancor più costosa: un minor numero di screening primari ha significato un maggior numero di pazienti che arrivavano con tumori troppo avanzati, mentre il costo dei reagenti è aumentato anche di dieci volte». Di Giorgio ha provato sulla sua stessa vita l'impatto delle donazioni sulla ricerca: Airc lo ha prima supportato durante il post dottorato con due borse di studio che gli hanno permesso di studiare a livello epigenetico, primo in Italia, il leiomiomasarcoma, un raro sarcoma uterino con meno di mille diagnosi in Italia; poi, grazie al My First Airc Grant, 479 mila euro in cinque anni per coprire i costi di ricerca, il suo salario e quello di due dottorandi dedicati al progetto, ha potuto aprire un suo laboratorio dentro il Dipartimento

Area Medica dell'università di Udine per cercare di realizzare un atlante epigenetico e biochimico che possa mettere in relazione caratteristiche epigenetiche e tumore al colon retto con il fine di prevedere, nell'ambito di una medicina sempre più personalizzata, l'efficacia delle diverse terapie e trattamenti sul singolo paziente. «Garantire solidità finanziaria ai giovani ricercatori è uno degli obiettivi di Airc», dice il Consigliere delegato di Airc Daniele Finocchiaro. «La ricerca è la medicina di domani, la madre di tutte le innovazioni, e anche quando si imbatte in qualcosa di diverso rispetto a quello che si era prefissato, è comunque un passo in avanti per tutto il sapere scientifico, che è nostro bene comune». Un bene comune sostenuto da Airc con oltre 136 milioni di euro, nel solo 2022, che hanno consentito a circa 5 mila ricercatori, il 54 per cento con meno di 40 anni e il 62 per cento donne, di portare avanti i loro progetti. «La cosa importante è però il processo di attribuzione», continua Finocchiaro. «Ogni progetto finanziato è stato selezionato in base a un metodo internazionale di peer review che ne valuta rilevanza, innovatività e fattibilità, e che prevede un riesame dopo due anni di lavoro per i progetti di lunga durata». Perché i soldi che arrivano grazie a donazioni, lasciti, firme per il 5 per mille, vanno gestiti con estrema competenza. «Tra i numeri di Airc, è la generosità dei nostri sostenitori quella che colpisce di più», dice Finocchiaro.

«Nonostante la pandemia, i proventi non sono diminuiti, e le firme sul 5 per mille sono arrivate a un milione e 600mila. Ma basti dire che, in una giornata, gli italiani, comprando 650 mila azalee in 3.200 banchetti in tutta Italia gestiti da 25 mila volontari, arrivano a donare anche 10 milioni di euro. Sono numeri impressionanti che vanno ricambiati con il rigore scientifico nell'erogazione dei finanziamenti. Negli ultimi anni inoltre sono cresciuti anche i lasciti testamentari che hanno consentito, dal 1977 al 2020, di destinare oltre 118 milioni di euro per borse di studio a giovani laureati e progetti di ricerca innovativi per la prevenzione, la diagnosi e la cura. Una sensibilità spesso guidata da una storia di personale, anche se dovremmo cercare di spezzare questo legame di sofferenza diventando sempre più consapevoli, co-

me collettività di cittadini, del valore assoluto della ricerca». Se la lotta contro i tumori registra infatti sempre maggiori progressi (solo



per il cancro al seno, dal 1992 a oggi la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi è cresciuta in Italia dal 78 all'88 per cento, mentre rispetto a dieci anni fa il numero totale di guarigioni è cresciuto del 36 per cento), la strada è ancora lunga. Nel nostro Paese lo scorso anno sono stati diagnosticati circa 377 mila nuovi casi, più di mille al giorno, e stimate 181 mila 330 morti per neoplasie. «Airc è il primo finanziatore privato in Italia della ricerca oncologica, ma è anche in prima linea per una corretta divulgazione», conclude Finocchiaro. «Lo facciamo utilizzando tutti i mezzi sui cui è presente anche la

concorrenza non scientifica, come le piattaforme social, per arginare non solo la cattiva informazione, ma anche gli eccessi di comunicazione positiva che possono generare false speranze». Perché non vi è altra alternativa al rigore scientifico. A una ricerca oncologica sempre più ricca di collaborazioni internazionali coordinate e di trasversalità tra discipline e saperi, e che è tutt'uno con il progresso della scienza e patrimonio di tutti.

Con i fondi compriamo gli anticorpi per i nostri studi. E dopo il Covid anche il prezzo dei reagenti è aumentato

Siamo in prima linea per una corretta divulgazione, utilizzando tutti i mezzi, anche le piattaforme social

**Lascito solidale
Con la guida ad hoc dare è più semplice**

Con il lascito testamentario a Fondazione Airc dal 1981 al 2021 sono stati raccolti 435 milioni di euro, che hanno contribuito al progresso dell'oncologia sostenendo i giovani talenti tramite borse di studio e bandi di ricerca, finanziando i progetti di ricerca più innovativi, investendo in tecnologia all'avanguardia e svolgendo direttamente attività di ricerca attraverso l'Istituto Fondazione di oncologia molecolare, fondato nel 1998. Chiamando il numero 0277971 e sul sito airc.it/lasciti, una guida con indicazioni tecnico-giuridiche spiegate in modo chiaro ed esaustivo e informazioni pratiche sulle modalità di redazione del documento.

5 per mille Basta una firma per 400 progetti

Per sostenere Airc con il proprio 5 per mille si può inserire il codice fiscale Airc, scrivendo 80051890152, nello spazio titolato "finanziamento della ricerca scientifica e università", nel modello Cu, 730 e Unico nella dichiarazione dei redditi e mettere la firma nell'apposito spazio. Finora, grazie alle firme dei cittadini, circa 55 milioni di euro sono stati destinati a oltre 400 progetti di ricerca e più di 20 milioni al consolidamento di 8 programmi speciali dedicati allo studio della malattia metastatica, responsabile del 90% circa dei decessi per cancro. Un contributo dal duplice scopo: dare continuità all'impegno nel tempo finanziando i progetti più meritevoli e sostenere speciali programmi pluriennali.

▲ Fiduciosi

Dall'alto, il ricercatore Eros Di Giorgio e il consigliere delegato Airc Daniele Finocchiaro

A ottobre Il fiocco rosa che unisce tutti

Un nastro rosa diverso, incompleto: per essere colorato ha bisogno dell'impegno di tutti. È il simbolo scelto da Airc per la Breast Cancer Campaign - di cui è madrina Roberta Capua - che compie 30 anni e che mobilita oltre 70 Paesi nel mese di ottobre, con l'obiettivo di rendere il tumore al seno sempre più curabile. La spilletta con il nastro rosa Airc sarà distribuita, con donazione minima di 2 euro, nelle farmacie e punti di distribuzione su tutto il territorio indicati sul sito nastorosa.it. Mentre dal 6 al 13 novembre, tornano i Giorni della Ricerca di Fondazione Airc, per sensibilizzare sul tema cancro: sabato 12 novembre nelle piazze troveremo i Cioccolatini della Ricerca, disponibili anche su Amazon.it e nelle filiali Banco Bpm. **-e.p.**



POCO CALDO MOLTI RISCHI

Abbassare i termosifoni è una buona idea, certo. Ma se si esagera con l'austerità, con l'occhio solo alle bollette, le conseguenze sulla salute non sono affatto trascurabili. Soprattutto sul sistema cardiovascolare e sulle difese immunitarie di chi è più fragile.

di Luca Sciortino

Per far fronte ai rincari delle bollette un certo numero di italiani sarà tentato di trascorrere un bel po' di tempo al freddo. Del resto, il 65,7 cento delle famiglie italiane, secondo l'Istat, possiede impianti autonomi per il riscaldamento a metano. Ad altri potrebbe invece accadere di avere in casa temperature piuttosto basse, almeno per qualche giorno, visto che i termosifoni resteranno accesi per un periodo di tempo minore. Indagini statistiche in altri Paesi, come il Regno Unito, calcolano in un 23 per cento gli utenti che prevedono di non accendere mai il riscaldamento in inverno. Quanto questa percentuale varierà da nazione a nazione dipenderà da diversi fattori, non ultimi quelli legati all'inflazione e alle politiche governative.

Ma che rischio corre chi vorrà fare scelte più drastiche, anche per periodi limitati (tenendo conto che ogni grado in meno assicura un risparmio del 10 per cento)? La prima cosa da tenere a mente è che più si abbassa la temperatura più i vasi sanguigni si restringono e il sangue diviene viscoso. «C'è una soglia, 12-13 gradi, oltre cui una persona che

ha problemi cardiovascolari può incorrere in infarti o ictus. Questo perché a una costrizione dei vasi dovuta al freddo segue un aumento della pressione sanguigna» dice Roberto Volpe, medico ricercatore dell'Unità prevenzione e protezione del Cnr. «Al cuore e all'organismo in generale viene richiesto un maggiore impegno per produrre energia e calore, per cui il metabolismo accelera e con esso il battito cardiaco che diviene tachicardico. Il cuore dunque si affatica e consuma più ossigeno. Qualcuno potrebbe vedere tutto questo come un fatto positivo, dal momento che consumando più calorie, si dimagrisce. Ma bisogna considerare che per combattere il freddo si tende a mangiare di più, soprattutto cibi calorici, e a bere alcolici».

Se il riscaldamento non è sufficiente, aumenta anche l'eventualità di infezioni respiratorie, specialmente in chi soffre di ostruzioni bronchiali di vario tipo che limitano il flusso di aria ai polmoni. E di broncopneumopatia cronica ostruttiva oggi



soffrono in tanti (è al quarto posto tra le cause di morte in Europa e America, conseguenza del fumo di tabacco e dell'inquinamento).

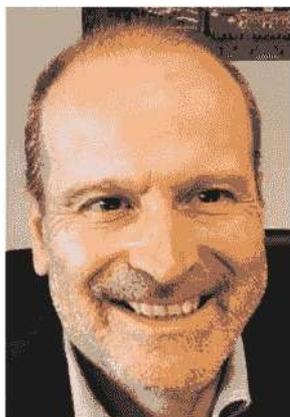
Quando poi la temperatura di casa è più bassa e c'è più umido, il sistema immunitario è meno efficiente e, nello stesso tempo, muffe, acari, virus di raffreddori e influenzali proliferano rapidamente. «Il pericolo maggiore di infezioni respiratorie lo corrono gli immunodepressi, come pazienti che hanno leucemie, mielomi, linfomi» continua Volpe. «Ma tutti corrono il rischio di avere eritemi da freddo e disturbi cutanei da vasocostrizione periferica intensa e prolungata, come la sindrome di Raynaud, caratterizzata da mani pallide e dolenti, e arteriopatie periferiche»

Quando si dorme, però, è giusto che la temperatura non sia troppo alta. «Di notte, dovrebbe essere di circa 16-17 gradi, un po' più bassa di quella diurna. Se c'è troppo caldo le mucose tendono a disidratarsi e seccarsi, divengono più vulnerabili a batteri e virus. Quindi il riscaldamento va programmato di conseguenza o anche spento» aggiunge Volpe. «Il sonno è facilitato se la temperatura corporea riesce ad abbassarsi di un grado, se c'è troppo caldo si fa fatica ad addormentarsi.

Per far questo l'organismo accresce il flusso verso le estremità in modo da disperdere calore. Inoltre, la temperatura leggermente più bassa favorisce il rilassamento muscolare e quindi il sonno».

C'è, infine, un aspetto legato alle temperature nelle abitazioni raramente tenuto in considerazione. A una casa termicamente più efficiente si associa un maggiore benessere psicologico. Lo dicono numerose ricerche che ci concentrano su diversi aspetti del problema. Per esempio si è dimostrato che vivendo in case fredde un adolescente su quattro è a rischio di malattie mentali, mentre con un calore adeguato solo uno su 20 lo è. Altri studi, similmente, suggeriscono che le probabilità di evitare una depressione aumentano in coloro i quali vivono in abitazioni con temperature corrette.

Vale quindi la pena abbassare la temperatura in casa anche di un paio di gradi, vestendosi con indumenti più pesanti. Ne guadagna l'ambiente e il portafoglio. Ma molti non dovranno esagerare, neppure per motivi economici. ■



«Con le temperature basse, al cuore viene richiesto un maggiore impegno»

Roberto Volpe, medico e ricercatore del Cnr.



LA SAGA DELLA SEROTONINA

Per anni l'idea che la depressione fosse dovuta a un calo di questo neurotrasmettitore nel cervello era data per (quasi) certa. Ora un'ampia analisi rimette tutto in discussione. Sono quindi inutili gli psicofarmaci che agiscono proprio su questa molecola?

di Daniela Mattalia

In quei 100 miliardi di neuroni che si danno da fare nel nostro cervello, ognuno con un numero di sinapsi stimato fra 5 mila e 100 mila, difficile che le cose siano proprio semplici. Così, quando la scienza pensa di aver trovato una spiegazione verosimile per qualche «tempesta» neurologica o psichiatrica, il sollievo è comprensibile. Ecco la molecola, il neurotrasmettitore, la sostanza chiave di una certa malattia.

È successo così per l'Alzheimer e la proteina betamiloide, salvo poi rendersi conto che il legame non era affatto certo. Ed è quello che sta accadendo nel campo della depressione, inafferrabile e tormentoso malessere della psiche. Per decenni studi, convegni, esperti, riviste scientifiche (e sì, anche noi giornalisti), hanno trasmesso l'idea che nel cervello dei depressi, il «colpevole» fosse la serotonina: ai suoi scarsi livelli corrispondeva un abbassamento del tono dell'umore. Dunque, bastava far sì che ne circolasse di più.

Non che l'ipotesi fosse inattaccabile. Era la migliore, fino a prova contraria, ma non mancavano dubbi sulla sua solidità. Ora, un'ampia metanalisi coordinata da Joanna Moncrieff e Mark Horowitz e pubblicata su *Nature* li conferma in pieno: «Non c'è alcuna evidenza» scrivono gli autori «che la depressione sia associata a - o causata da - concentrazioni basse di serotonina. La maggior parte degli studi non ha individuato relazione tra una ridotta attività di serotonina in persone con depressione rispetto a soggetti sani; né i metodi per abbassarne chimicamente i livelli hanno portato a una diminuzione del tono dell'umore nei volontari sani».

I ricercatori sono andati a verificare i livelli nel sangue e nei fluidi cerebrali, hanno indagato i geni e le proteine a essa collegati, e i suoi recettori. Paradossalmente, l'attività della serotonina risultava superiore in alcuni pazienti depressi. In sintesi: il mal di



vivere non nasce dalla semplice latitanza di una molecola.

Colpo di scena? Sì. E no. Come si diceva, l'idea dello scompenso chimico era un'agevole scorciatoia divulgativa, oltre che un'ottimo punto di partenza della ricerca farmaceutica: quasi tutti i moderni antidepressivi agiscono, sostanzialmente, su tre neurotrasmettitori: serotonina, dopamina, noradrenalina.

L'idea dell'alterazione biochimica risale agli anni Cinquanta, racconta Giancarlo Cerveri, psichiatra e direttore del Dipartimento di Salute mentale dell'ASST di Lodi. «Il primo antidepressivo derivò, per caso, da un antibiotico dato a pazienti con tubercolosi. Non funzionava per l'infezione, ma produceva un inspiegabile innalzamento del tono dell'umore. Cercando di capirne di più si vide che quella molecola inibiva un enzima che degradava alcuni neurotrasmettitori, tra cui la serotonina. Da qui si iniziò a formulare teorie, per esempio che ci fosse un'alterazione nella trasmissione della serotonina, e che l'antidepressivo producesse una modifica riportando a condizioni di normalità. Un'ipotesi che ha sempre un po' scricchiolato, però fu l'unica a sopravvivere».

A questo punto, che ne facciamo di tutti gli antidepressivi che agiscono, come si dice, sulla «ricaptazione della serotonina», praticamente tutta la classe degli SSRI? Funzionano o agiscono (quando lo fanno) con un fenomenale effetto placebo? Una cosa un po' difficile da capire, per esempio, è come mai impiegano 3-4 settimane per avere effetto (un «tiro» di cocaina, per contro, provoca un rilascio immediato di dopamina e un altrettanto immediato ma effimero miglioramento dell'umore).

«Una delle spiegazioni fornite era che l'antidepressivo dapprima innesca un'intensificazione della trasmissione, dando in acuto sintomi come aumento di ansia e insonnia, e solo dopo una certa latenza porta a una modificazione del tono dell'umore tramite meccanismi intracellulari» precisa Cerveri. «Ma mentre per il cuore sappiamo come funziona, in

fondo è una pompa, un modello fisiologico di come il cervello fa a produrre euforia o depressione non ce l'abbiamo».

Altro problema legato agli attuali farmaci psichiatrici: i pazienti che rispondono al primo antidepressivo sono circa il 45 per cento, al secondo sono un altro 20 per cento, ma il resto non risponde alla terapia, ed è una cifra molto alta.

«Attenzione però a non dare il messaggio che questi farmaci sono inefficaci, perché così non è» avverte Massimo Clerici, ordinario di Psichiatria all'Università Milano Bicocca e direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, alla ASST di Monza. «Ricordiamoci che prima ai pazienti si facevano bagni gelati o venivano legati pensando di contrastare gli "umori negativi". Certo, non c'è un sistema univoco di spiegazione che possa attribuire a un neurotrasmettore o recettore la risposta definitiva dei disturbi mentali, il loro ruolo deve essere inserito in un modello più ampio e complesso della depressione: legato alla vulnerabilità, allo stress, o alla predisposizione ad ammalarci. Il che però non significa che la serotonina non c'entri nulla».

E il flop frequente degli antidepressivi che agiscono su questo così come su altri neurotrasmettitori? Com'è che il 30 per cento dei pazienti non ne trae beneficio? I motivi, in realtà, possono essere più di uno, precisa Clerici: interferenze con altri sistemi di neurotrasmettitori che regolano la complessità del nostro cervello; la rilevanza dell'evento che un paziente sta vivendo (arduo contrastare un lutto o un trauma con una pillola); le componenti genetiche che predispongono. O motivi più banali: «Per esempio un dosaggio inadeguato» dice Clerici. «Molti colleghi preferiscono trattare i loro pazienti depressi al di



sotto di una certa soglia terapeutica per vedere se rispondono anche a bassi dosaggi o se sviluppano effetti collaterali. La terapia dovrebbe sempre essere mirata e personalizzata, e spesso non è così. Ed è poi fondamentale conoscere la storia naturale della malattia non trattata, prima di affrontarla».

Nella genesi inestricabile del mal di vivere (non sappiamo ancora perché esista l'umore depresso, o quale sia la sua funzione adattiva) si cercano - negli ultimi tempi - altri indiziati. Ecco che sul ruolo del microbiota, ossia l'insieme dei batteri che abita il nostro intestino e sulle sue potenziali alterazioni, esiste oggi un ampio filone di indagine: la possibilità di trattare le persone modificandone la flora intestinale è, in effetti, piuttosto promettente.

«Un'altra area di ricerca molto interessante punta sul ruolo dell'infiammazione, soprattutto nelle persone anziane che soffrono di patologie croniche di questo tipo» spiega Cerveri. «L'infiammazione è qualcosa che sollecita tutto l'organismo compreso il sistema nervoso centrale, e predispone al rischio

di depressione».

Infine, nel tentativo di mettere a punto farmaci più efficaci e rapidi nella loro azione (non mirati sul circuito serotoninergico), si punta sulla medicina «psichedelica», i cui primi passi in ambito psichiatrico risalgono agli anni Sessanta, poi tutto si interruppe perché la Food and drugs administration americana proibì qualsiasi uso medico di queste droghe. Ora è proprio la Fda ad aver autorizzato, nel 2019 negli Usa, uno spray nasale alla esketamina (un derivato della ketamina, potente anestetico ma anche una droga da abuso): Spravato, indicato nei

casi di depressione resistente. In Italia ha avuto l'ok dell'Aifa, e viene somministrato in ambienti clinici.

Sempre nel segno di un ritorno al passato riveduto e corretto, si prova anche con la psilocibina, derivata dai funghi allucinogeni (i «magic mushroom» dei college americani degli anni

Cinquanta). I test fin qui condotti da scienziati dell'Università della California a San Francisco e dell'Imperial College di Londra, mostrano che, dopo averla assunta sotto controllo medico, la mente risulterebbe più interconnessa, più fluida, meno intrappolata in quella «ruminazione negativa» tipica della depressione.

«In psichiatria, ci avviciniamo alla comprensione dei fenomeni per approssimazione, grazie a ciò che osserviamo sul campo: alcune teorie vengono rafforzate, altre smantellate» riflette Clerici. «Negli anni Sessanta e Settanta, per esempio, c'era la convinzione che la malattia mentale fosse molto più diffusa tra i poveri che non tra i ricchi. Un'idea completamente sbagliata: la sofferenza psichiatrica non dipende né dal reddito né dal ceto sociale. E ormai è chiaro che proporre una logica dicotomica, per cui un solo modello spiega tutto, non porta da nessuna parte». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MAL DI VIVERE



Solo nel 45 per cento dei pazienti ha efficacia il primo antidepressivo prescritto. Nel 20 per cento dei casi funziona il secondo e nel 30 per cento i farmaci non hanno effetto. A destra, un'immagine elaborata di neuroni.



CAOS SANITÀ**Nuove ambulanze
Ma arriveranno
(forse) nel 2023**

Sbraga a pagina 24

SANITÀ NEL CAOS

Deliberati quasi 5 milioni di euro. Ma arriveranno non prima del 2023

Nuove ambulanze con 2 anni di ritardo

*Elezioni vicine e la Regione ne autorizza l'acquisto***ANTONIO SBRAGA**

••• Sono mesi che l'Ares 118 «chiama» le ambulanze nuove, in ritardo di 2 anni, ma solo ora la Regione Lazio ha deliberato quasi 5 milioni di euro per il loro acquisto, che però non si perfezionerà prima del 2023. Nel frattempo l'azienda regionale per i trasporti d'emergenza dovrà continuare a chiamare i soccorsi esterni (altre 14 ambulanze in affitto ad agosto dopo le 18 noleggiate a fine luglio). Perché la Centrale operativa di Roma è «in stato di sofferenza anche a causa della vetustà dei mezzi» (sono ormai vecchi anche i mezzi di ricambio e il fermo per manutenzione straordinaria è sempre più lungo come il blocco-barella davanti ai Pronto Soccorso).

Però, come ha rivelato *Il Tempo*, l'Ares il mese scorso aveva lamentato che «la Regione non autorizza gli acquisti delle ambulanze». E solo ora la Giunta Zingaretti ha approvato «il programma degli interventi e l'assegnazione delle relative risorse finanziarie» per 4 milioni e 805 mila euro.

Ma questo Piano è stato approvato nel 2020 e doveva «condurre alla completa internalizzazione dei mezzi di soccorso, attualmente ester-

nalizzati, nell'arco di tre anni, secondo la seguente articolazione temporale: anno 2020 internalizzazione di 38 mezzi, anno 2021: internalizzazione 39 mezzi, anno 2022: internalizzazione di 40 mezzi», come ricorda la stessa Regione. Invece sinora s'era fermato al primo lotto con l'acquisto di 38 ambulanze, accumulando ritardi di 2 anni per le restanti 79. Tant'è che «nell'ultimo periodo risulta estremamente difficile garantire la tempestività degli interventi di soccorso», come ha ammesso la stessa Ares 118.

La quale, «per fronteggiare la situazione allarmante», il mese scorso ha deliberato il «noleggio di 14 ambulanze per un servizio di supporto in caso di blocco ai Pronto Soccorso» per una spesa di 473 mila euro (da 2500 fino a 4.400 euro al mese cadauna).

Perché si sta registrando un «incremento interventi e totale ore blocco mezzi presso i Pronto Soccorso: la problematica del fermo mezzi si rileva anche dalla nota del direttore sanitario»: le «procedure in estrema urgenza» termineranno a fine mese per una spesa complessiva di 832 mila euro. Ma l'urgenza è destinata a continuare perché l'Ares prevede «una

proroga tecnica del noleggio di almeno 3 mesi quale tempo tecnico necessario per completare lo svolgimento di una prossima gara per il noleggio di 20 mezzi, come richiesto dalla direzione sanitaria al fine di fronteggiare il problema del forte incremento del fermo mezzi, anche a causa della vetustà degli stessi e il conseguente fermo per la manutenzione straordinaria e nell'attesa di ottenere l'autorizzazione regionale per l'acquisto di nuove ambulanze».

Arrivata solo ora in piena campagna elettorale. Nonostante da tempo «la flotta dei mezzi di soccorso di Ares come ha scritto la stessa azienda - è diventata più vetusta, in quanto i competenti uffici regionali non hanno

dato seguito alle richieste avanzate dall'azienda per rinnovare ed ammodernare il parco mezzi. Ciò sta comportando un incremento dei fermi mezzi per manutenzione straordinaria, cui è possibile far fronte con sempre maggiore difficoltà».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

