



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

03 Ottobre2022

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



Asp di Enna, nuove assunzioni per potenziare i reparti di Medicina

Hanno sottoscritto il contratto e prenderanno servizio prossimamente due giovani medici, in dirittura d'arrivo con la specializzazione prescelta.

3 Ottobre 2022 - di [Redazione](#)

ENNA. Nuovi medici per i reparti di **Medicina** degli ospedali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di **Enna**. Hanno sottoscritto il contratto e prenderanno servizio prossimamente due giovani medici, in dirittura d'arrivo con la specializzazione prescelta.

«Continua il percorso di completamento degli organici ospedalieri nella complessità dell'intera offerta sanitaria garantita alla popolazione- dichiara il Direttore Generale, **Francesco Iudica**– I contratti sottoscritti con giovani leve mediche, che prenderanno servizio in tempi brevi, cambieranno in modo sostanziale l'attività dei reparti di tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda, garantendo incremento quantitativo e qualitativo nell'assistenza. La diversità di **specializzazione** dei giovani medici, inoltre, costituisce il **valore aggiunto** che arricchirà la gamma delle prestazioni specialistiche offerte nei reparti di Medicina dei nostri ospedali. Sulla base delle risorse professionali disponibili, questa Direzione ha puntato, sin dall'inizio, a indirizzare i presidi ospedalieri su percorsi differenziati di elevata specializzazione».

Il direttore dell'UOC Medicina dell'**ospedale Umberto I, Mauro Sapienza**, ha sottolineato: «Siamo sempre felici di accogliere giovani perché rappresentano il nostro futuro e in loro abbiamo riposto tutte le nostre aspettative. Il loro lavoro sarà prezioso per noi».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Addetto stampa dell'anno, ecco i premi del Gus Sicilia

Tra i vincitori due rappresentanti di aziende sanitarie: Vincenzo Lombardo (Fondazione Giglio di Cefalù) ed Orazio Vecchio (ospedale Cannizzaro di Catania).

3 Ottobre 2022 - di [Redazione](#)

Sono stati consegnati ieri i riconoscimenti della terza edizione del premio “Giornalismo siciliano: l'Addetto stampa dell'anno”, organizzato dal Gruppo Uffici Stampa Sicilia, gruppo di specializzazione di Assostampa, sindacato unitario dei giornalisti di Sicilia, e patrocinato dall'OdG Sicilia che si è svolto, a Mazara del Vallo, in provincia di Trapani nel settecentesco ex Collegio dei Gesuiti.

Questi i vincitori: Per la sezione “Pubblica Amministrazione”, **Vincenzo Lombardo** – Direttore Comunicazione e Ufficio Stampa presso Fondazione Istituto San Raffaele G. Giglio di Cefalù; Per la sezione Imprese, organizzazioni private e no profit, **Barbara Cappello** addetto stampa Unione regionale UIL Sicilia; Per la sezione “Iscritto Gruppo Uffici Stampa”, **Orazio Vecchio**, addetto stampa dell'Azienda ospedaliera per l'emergenza “Cannizzaro” di Catania; Per la sezione “Addetto stampa alla Carriera” a **Gaetano Perricone**.

Infine un **riconoscimento speciale** per il No profit è stato assegnato dalla Commissione giudicatrice, composta da rappresentanti dell'Ordine, di Assostampa e del GUS a **Giampiero Gliubizzi**, responsabile comunicazione della società “Sport21”, che svolge attività con atleti disabili.

La cerimonia è stata preceduta da un **corso di formazione continua** per giornalisti sul tema: “Gli Uffici stampa nella P.A. e il nuovo profilo del giornalista pubblico davanti alla sfida del Terzo millennio”, che ha visto la partecipazione di **Assunta Currà**, Presidente nazionale Giornalisti Uffici Stampa della FNSI, del segretario f.f. di Assostampa Sicilia e della presidente del Consiglio regionale Roberto Leone e Tiziana Tavella, di Marina Mancini, Segretaria nazionale GUS, di **Vito Orlando**, presidente del GUS Sicilia e, in videoconferenza, della vice



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

segretaria vicaria della FNSI con delega agli uffici stampa Alessandra Costante. Ha portato i saluti dell'amministrazione comunale il sindaco di Mazara del Vallo Salvatore Quinci.

“È stata anche occasione- ha detto Orlando- per fare il punto sull'applicazione in questi mesi della Direttiva Zambuto, che ha messo ordine sull'informazione pubblica negli enti locali siciliani, e sulla recente Circolare Razza nelle aziende del sistema sanitario regionale, che ha visto già la prima applicazione nell'ufficio stampa dell'azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania».

MOTIVAZIONI PREMI

Per la sezione **Pubblica Amministrazione** a Vincenzo Lombardo, con la seguente motivazione: *Rappresenta un esempio di riferimento nel mondo dell'informazione sanitaria, per l'impronta innovativa che è riuscito a dare con i suoi progetti di comunicazione multicanale, e per l'utilizzo efficace dei nuovi strumenti di comunicazione e informazione. Attività che negli anni gli ha conferito stima e apprezzamenti per una professionalità al servizio della collettività. A Vincenzo il merito di saper guardare al futuro.*

Per la sezione **“Imprese, organizzazioni private e no profit”** a Barbara Cappello, con la seguente motivazione: *Per la professionalità che anima il suo agire, per l'impegno e la serietà che esprime nel suo ruolo, svolto con un'immagine di sobrietà e autorevolezza, sempre a favore del mondo del lavoro e della giustizia sociale, comunicando con intelligenza, moderazione e competenza.*

Per la sezione **“Iscritto Gruppo Uffici Stampa”** a Orazio Vecchio, con la seguente motivazione: *Per la sua attività poliedrica nel campo tout court della comunicazione istituzionale, che spazia dal volontariato alla cultura, dalla promozione della salute alla emergenza urgenza ospedaliera, fino alla sua attività nel laboratorio didattico di giornalismo dell'Università di Catania. Tutto coniugato con l'impegno in ambito sindacale e a favore dei colleghi degli uffici stampa pubblici.*

Per la sezione **“Addetto stampa alla Carriera”** a Gaetano Perricone con la seguente motivazione: *da esperto giornalista, forgiatosi nella carta stampata in un giornale d'inchiesta storico come “L'Ora”, ha saputo mantenere immutata la sua professionalità anche impegnandosi in un altro campo del nostro mestiere, quello dell'informazione pubblica, del quale è stato tra i pionieri in Sicilia. Il GUS Sicilia, di cui Gaetano è stato a lungo presidente, evidenzia la continuità e l'entusiasmo che con il quale si è sempre impegnato in campo lavorativo e sindacale o stampa Comunicato stampa.*



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Vaccini bimbi fermi al 38,5%. Pediatri, 'rilanciarli'

03 Ottobre 2022



(di Manuela Correra) (ANSA) - ROMA, 03 OTT - Il virus SarsCoV2 ha ricominciato a colpire i bambini e con la riapertura delle scuole i contagi hanno fatto segnare un'impennata, toccando il 14,9%, ma proprio questa fascia di età registra una copertura vaccinale anti-Covid tra le più basse: è vaccinato solo il 38,5% dei bimbi tra 5 e 11 anni, un dato che preoccupa fortemente i pediatri che chiedono un forte rilancio della campagna vaccinale e invitano anche a rivalutare la misura delle mascherine nelle scuole.

Al 28 settembre, secondo gli ultimi dati della Fondazione Gimbe, sono 6,81 milioni gli italiani di età superiore a 5 anni che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino. In particolare, nella fascia 5-11 anni, sempre al 28 settembre, sono state somministrate 2.601.475 dosi, con un tasso di copertura nazionale al 38,5%. Rispetto alla copertura vaccinale in questa fascia, Gimbe rileva "nette differenze regionali": si va infatti dal 21,1% di copertura registrato nella Provincia Autonoma di Bolzano al 53,9% della Puglia. Numeri giudicati insufficienti e rischiosi dalla presidente della Società italiana di pediatria (Sip), Annamaria Staiano. Bisogna "intensificare la campagna vaccinale per la fascia pediatrica perchè la copertura finora raggiunta resta molto bassa. Attualmente - spiega Staiano all'ANSA - sono autorizzati i booster, ovvero i richiami di terza dose, solo per i bambini dai 12 anni in



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

su, ma anche fra i 5 e gli 11 anni la copertura vaccinale è molto bassa. Ci auguriamo quindi una ripresa della campagna vaccinale in attesa che ci sia al più presto anche l'approvazione dell'Agenzia europea dei medicinali per i vaccini per la fascia 6 mesi-5 anni". L'aumento dei contagi in età scolare di questi ultimi giorni "dimostra infatti, ancora una volta - avverte - come i bambini rappresentino un serbatoio per il virus e possano sviluppare l'infezione e anche trasmetterla".

Al futuro ministro della Salute, ribadisce la presidente dei pediatri, "chiediamo una decisa intensificazione delle campagne vaccinali ed un essere vigili affinché le immunizzazioni vengano rilanciate in tutte le fasce d'età. Nell'ultimo periodo, con il miglioramento dell'andamento della pandemia, c'è stata una disattenzione; al contrario, è necessario mantenere ancora alto il livello di allerta e puntare ad una vaccinazione massiva anche a livello pediatrico". Rispetto poi alle mascherine, "certamente giocano un ruolo importante nel limitare il contagio. Al di sotto dei 5 anni la mascherina non è mai stata prevista, ma con la ripresa delle infezioni nella fascia in età scolare - afferma Staiano - attendiamo delle indicazioni in merito all'utilizzo dei dispositivi di protezione e penso che la misura delle mascherine a scuola, ora abolita, dovrebbe essere rivalutata, anche se la vaccinazione resta l'arma più sicura per combattere la diffusione del virus". Intanto, l'ultimo monitoraggio Iss-ministero della Salute conferma che gli indici pandemici sono in crescita, dall'incidenza che ha ormai raggiunto i 325 casi per 100mila abitanti, all'Rt che ha toccato di nuovo la soglia epidemica dell'unità. Sostanzialmente in linea i numeri giornalieri della pandemia, pur con le consuete fluttuazioni del fine settimana legate al minor numero di tamponi effettuato: sono 28.509 i nuovi contagi registrati nelle ultime 24 ore (ieri 33.876), secondo i dati del ministero della Salute. Le vittime sono invece in diminuzione: 20 rispetto alle 38 di ieri. Il tasso di positività è al 19,3% (ieri al 18,7%). I tamponi molecolari e antigenici effettuati sono 147.359 rispetto ai 180.241 del giorno precedente. Rispetto all'occupazione dei reparti ospedalieri, sono 133 i pazienti ricoverati in terapia intensiva (ieri 138), mentre i ricoverati nei reparti ordinari sono 4.292 (ieri 4.181), ovvero 111 in più. In questo quadro, la Fondazione Gimbe ritiene "indispensabile che il nuovo Esecutivo ribadisca in modo netto le raccomandazioni dell'Oms Europa: effettuare con priorità massima il secondo richiamo ad anziani e fragili; completare il ciclo vaccinale con la terza dose alla popolazione generale e utilizzare responsabilmente la mascherina nei luoghi al chiuso affollati e/o poco aerati".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Aviaria. Efsa-Ecdc: “Nel 2021-22 c’è stata la più grande epidemia mai vista in Europa”

La stagione epidemica 2021-2022 dell'influenza aviaria ad alta patogenicità è la più grande finora osservata in Europa. Gli ultimi dati della relazione congiunta Efsa-Ecdc mostrano un totale di 2.467 focolai nel pollame, 48 milioni di volatili abbattuti negli stabilimenti colpiti, 187 rilevamenti nei volatili in cattività e 3.573 eventi nei volatili selvatici. Inoltre, l'estensione geografica dell'epidemia è senza precedenti interessando 37 Paesi europei. Italia secondo Paese per numero di focolai negli allevamenti (317) dopo la Francia (1.383).

03 OTT - Quasi 2.500 focolai e 47,5 milioni di volatili abbattuti negli allevamenti, oltre 3.500 casi negli uccelli selvatici, dalla Norvegia al Portogallo. Questi i numeri della più grande epidemia di influenza aviaria 2021-22 mai vista in Europa secondo l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa) e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc).

Il rischio di trasmissione all'uomo esiste, ma è classificato dalle agenzie Ue a livello basso, e da basso a medio per i soggetti esposti per motivi professionali. L'Italia è il secondo Paese per numero di focolai negli allevamenti (317) dopo la Francia (1.383).

"Fortunatamente non ci sono state infezioni umane durante i recenti focolai di influenza aviaria nell'UE/SEE - ha dichiarato **Andrea Ammon**, direttore dell'Ecdc -. Tuttavia, diversi gruppi di persone, soprattutto quelli che lavorano nel settore animale, sono a maggior rischio di esposizione ad animali infetti. È fondamentale che i medici, gli esperti di laboratorio e gli esperti sanitari, sia del settore animale che umano, collaborino e mantengano un approccio coordinato. È necessario vigilare per identificare il più precocemente possibile le infezioni da virus influenzali e per informare le valutazioni del rischio e le azioni di sanità pubblica".

Le nuove linee guida pubblicate dall'Ecdc sottolineano l'importanza delle misure di sicurezza e salute sul lavoro da adottare nei luoghi di lavoro in cui non è possibile evitare il contatto con gli animali e da potenziare in quelli in cui è stata identificata l'influenza zoonotica negli



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

animali. I datori di lavoro devono rivedere periodicamente la valutazione del rischio sul luogo di lavoro e garantire che vengano adottate tutte le misure tecniche, organizzative, di manutenzione e di igiene necessarie per prevenire l'infezione dei lavoratori. Queste misure includono la prevenzione di aerosol e polveri, un'adeguata ventilazione, la separazione degli indumenti di lavoro da quelli personali, nonché misure per prevenire la contaminazione degli alloggi dei lavoratori. Gli operatori della sanità pubblica e i medici devono essere consapevoli della necessità di effettuare test per le infezioni nei pazienti con malattie respiratorie e con una recente esposizione ad animali potenzialmente infetti. I test per l'influenza zoonotica devono essere presi in considerazione anche nei pazienti con gravi malattie respiratorie acute di origine sconosciuta, nonché nei pazienti gravemente malati con precedente esposizione ad animali. È estremamente importante identificare precocemente gli eventi di trasmissione.

I piani di preparazione, così come la formazione regolare e le esercitazioni di simulazione riguardanti gli aggiornamenti sull'influenza zoonotica, sono ulteriori misure importanti. La sorveglianza mediante valutazione genomica è diventata indispensabile e i Paesi con capacità e risorse disponibili dovrebbero utilizzarla per identificare i virus emergenti dell'influenza zoonotica.

IL REPORT SANITÀ, PERCHÉ IL MERIDIONE RESTA INDIETRO

di Emanuele Imperiali

II



I parametri peggiori: quello dell'innovazione e della digitalizzazione, oltre all'equità
Per Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria
livelli di performance che risultano inferiori al 30%

SANITÀ, PERCHÉ IL SUD RESTA INDIETRO

di Emanuele Imperiali

Non è la stessa cosa ammalarsi al Nord o al Sud. Il tema della salute, molto sentito dall'intera popolazione, soprattutto anziana ma anche di altre età se colpite da patologie della più diversa natura, è uno di quelli che divide in modo netto le aree settentrionali dai territori meridionali. E questo avviene, non c'è dubbio, da quando tutte le competenze sulla sanità sono state attribuite alle Regioni. «La politica metta il turbo per recuperare il divario che serpeggia prepotentemente nel Paese tra Nord e Sud»: parte da Riva del Garda, dove la settimana scorsa si sono riuniti i chirurghi ospedalieri italiani, il grido d'allarme che fa discutere. Poco prima della pausa estiva, il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata aveva presentato la decima edizione del proprio Rapporto sulle performance regionali. Basato su otto indicatori utilizzati nel rapporto Crea, fotografano un Sud ancora fortemente penalizzato. dal tasso di ospedalizzazione a quello di accesso alle cure, dai numeri dell'assistenza domiciliare erogata dai Comuni all'inserimento lavorati-

vo delle persone affette da disagio mentale o, infine, al riconoscimento di voucher e bonus economici a favore dei cittadini con disagio.

A lasciare ancora indietro il Mezzogiorno sono soprattutto due grandi temi, quello dell'innovazione e della digitalizzazione e il peggioramento dell'equità. Il dato complessivo che emerge con nettezza è che il divario tra la prima e l'ultima Regione del ranking è rilevante: quasi un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 30% del massimo ottenibile. Quattro regioni avrebbero livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia. Di queste due hanno



L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

addirittura livelli di performance che superano la soglia del 50%: Veneto ed Emilia-Romagna, rispettivamente con il 54% ed il 52%. Mentre tutte e sei le Regioni del Mezzogiorno, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria, hanno livelli di performance che risultano inferiori al 30%. Qualche esempio concreto di questa differenziazione può essere utile per comprendere meglio come siamo in presenza di un odioso divario tra Nord e Sud. Prendiamo il caso, come da tempo sollecita lo schieramento di centro destra, che venga concessa la tanto auspicata, in Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, autonomia differenziata. Ciò avrebbe, tanto per citare un caso, tra le dirette conseguenze quella di poter organizzare nelle regioni dove il sistema sanitario funziona meglio, l'istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. Dando così avvio a un sistema assicurativo - mutualistico al di fuori di qualsiasi normativa nazionale. Cosa significa in concreto? Che un lombardo potrebbe usufruire di una cassa sanitaria aggiuntiva a quella nazionale, per cui, in caso ci sia da attendere chissà quanto tempo per fare uno specifico accertamento, farebbe ricorso a quest'ultima per farlo privatamente a costi contenuti. In altri termini quello che avviene oggi per quella minima parte della popolazione che si paga di tasca propria mutue integrative o assicurazioni private proprio al fine di godere di una migliore tutela sanitaria. E che dire, sempre in caso di autonomia differenziata, del personale infermieristico, dove già oggi le diversità sono rilevantissime, se si pensa che in Calabria il rapporto infermieri/medici è 1.86, in Veneto è 3.15, e tali discrasie andrebbero ridotte, non certo aumentate. Infine, per questa via, c'è il rischio concreto di reintrodurre

le gabbie salariali, pagando di più il personale sanitario nelle regioni ricche, motivandolo maggiormente e attraendo i migliori dalle altre dove resterebbero i meno bravi e capaci. Come recita da anni la Svimez, i diritti di cittadinanza dovrebbero essere uguali per tutti in uno Stato unitario e non diversi a seconda di dove si nasce e si vive. Le migrazioni sanitarie dal Sud al Nord continueranno fin quando non solo non sarà potenziata la rete ospedaliera meridionale, ma anche la ricerca e l'innovazione nel Sud, come è apparso con ogni evidenza durante la fase acuta della pandemia. Chi non ricorda che nel corso della prima, tragica ondata di Covid, che attecchì in tutte le aree settentrionali lasciando il Mezzogiorno pressoché indenne, tutti gli osservatori furono concordi nel ritenere che se fosse stato il Sud a essere colpito per primo con la medesima virulenza, avremmo subito una catastrofe umanitaria di proporzioni gigantesche? E non avrebbe potuto essere diversamente, a bocce ferme, in quanto i rapporti sulle disegualianze territoriali nell'assistenza sanitaria erano, e purtroppo sono ancora, conclamati: al Nord la spesa pro capite per la salute è del 25% superiore a quella del Sud, e la disponibilità di posti letto ospedalieri per 100 mila abitanti oltre il doppio, nonostante una domanda relativa inferiore. Campania, Calabria e Sicilia sono le regioni che registrano i saldi maggiormente negativi di flussi sanitari cosiddetti patologici, verso Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana, regioni con i saldi positivi più alti. A queste conclusioni giunge il Rapporto Monitorare 2022, molto interessante in quanto si tratta dell'unico esempio europeo di un Rapporto di monitoraggio integralmente realizzato da un'associazione di pazienti. Dal Rapporto si

ricavano alcune conclusioni oltremodo significative. A partire proprio dalla stima della mobilità sanitaria infra-regionale, che è oggi al 17% della popolazione complessiva, ma sale al 25% per i minori. La vera novità, ancora una volta, è costituita dalle risorse del Pnrr che possono consentire di accorciare le distanze anche nella sanità. Il governatore regionale Enzo De Luca cita sempre «il caso emblematico della Campania depredata ogni anno di 220 milioni nella salute nell'indifferenza generale». Oggi problemi di soldi non ce ne dovrebbero più essere, perché l'intervento per la Missione Salute ammonta a 20,22 miliardi da spendere nel periodo 2021-2026, ma compresi i fondi statali si avranno complessivamente a disposizione circa 24 miliardi, di cui otto destinati dal ministro Roberto Speranza agli investimenti in sanità territoriale. L'idea è compensare la tendenza alla riduzione di posti letto negli ospedali, dovuta ai tagli, con un modello di medicina diffusa sul territorio con diversi presidi. In questo modo il ricovero in ospedale avverrebbe solo nei casi particolarmente gravi o che richiedono cure specialistiche. Una partita ancora tutta da giocare e da vincere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gryphon, Minotaur o Cerberus il rebus varianti per il dopo Omicron

La mappa dei ceppi
Gli scienziati: "Virus
super veloce, difficile
stabilire quale sarà la
mutazione dominante"

di Elena Dusi

La lista dei pretendenti si allunga ogni giorno. Le nuove varianti del coronavirus si succedono a ritmo spedito. E lo strapotere di re Omicron 5 potrebbe avere le settimane contate. Ryan Gregory, biologo evolutivista canadese, ha provato a dare loro un nome: dopo Centaurus, si sono aggiunte Gryphon, Minotaur, Chiron, Aeterna, Typhoon e Cerberus, la più temibile. Nessuno di questi mostri mitologici sembra però avere la forza di uccidere il padre, quell'Omicron 5 da cui molti discendono e che resta padrone con l'80-90% di contagi nel mondo.

Messe su una mappa, le varianti in circolazione oggi sembrano le linee del fegato in cui un aruspice può leggere il futuro. «È probabile che una emergerà e diventerà dominante. Ma no, è troppo complicato ora dire chi diventerà re della foresta» scuote la testa Fausto Baldanti, virologo dell'università e del San Matteo di Pavia.

Il pentolone ribollente di mutazioni sfrutta intanto le condizioni favorevoli: autunno, vita al chiuso, aumento dei contagi, mascherine abbandonate. «Abbiamo trascorso l'estate con le mascherine. Le togliamo proprio ora?», è perplesso Baldanti. In Italia il monitoraggio dell'Istituto superiore di sanità osserva una settantina di versioni diverse di Sars-Cov2. Molte hanno numeri minimi, ma negli Stati Uniti i ceppi diversi da Omicron 5 crescono da agosto, e rappresentano oggi il 20%.

«Il coronavirus oggi ha un problema» spiega Baldanti. «Incontra una popolazione quasi interamente vaccinata o guarita. Proprio per la sua contagiosità straordinaria, Omicron ha immunizzato molte persone e si ritrova in un collo di bottiglia strettissimo. I suoi spazi di caccia sono ridotti. Ha bisogno di trovare una strada per aggirare la nostra immunità». Anziché procedere per balzi, come hanno fatto Alfa, poi la sua discendente Delta e infine Omicron, cercando ogni volta di superare gli anticorpi delle persone guarite, ora i suoi sforzi si disperdono in mille rivoli. Varianti ancora diverse compaiono nel monitoraggio delle acque reflue, senza poi trovare corrispettivi nei tamponi dei pazienti.

«Non è sorprendente, anche se Sars-Cov2 muta a una velocità 500 volte inferiore all'influenza» dice Baldanti. «L'influenza, che inizia a circolare verso novembre, muta a tutta velocità fino alla primavera, quando noi siamo in grado di osservarla per iniziare a preparare il vaccino dell'anno successivo».

Il Covid sembra intenzionato a prendere quella strada. Ma Typhoon, Minotaur e Cerberus rispetteranno la loro torva fama e renderanno il virus più cattivo? Alcuni scienziati provano a rispondere, notando che le varianti aumentano ogni giorno, ma le mutazioni che sviluppano sono spesso simili tra loro. Si chiama "evoluzione convergente": molti ceppi hanno origine diversa l'uno dall'altro, ma la loro protei-

na spike, quella riconoscibile dai nostri anticorpi, assume conformazioni simili. È come se il virus avesse ormai chiaro quali sono i trucchi più efficaci per meglio evadere la risposta del nostro sistema immunitario.

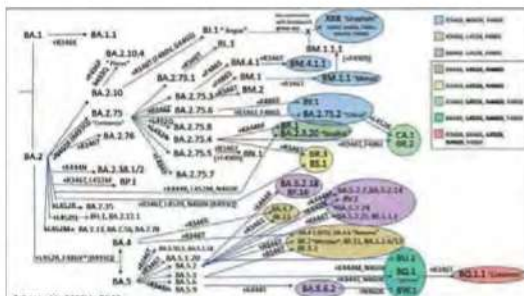
Yunlong Cao, ricercatore dell'università di Pechino, in uno studio su *MedRxiv* cita due sottovarianti, fra le più abili a sfuggire ai nostri anticorpi. Una è BA.2.75.2, figlia di Centaurus, ma con alcune mutazioni in più. Se Centaurus ha spaventato il mondo, ma non ha mai preso veramente piede, la sua discendente – soprannominata Chiron (nella mitologia, il più saggio fra i centauri) – ha le carte in regola per emergere come vincitrice dalla guerra civile in corso fra i ceppi di coronavirus. Ancora peggiore però – nel laboratorio dell'università di Pechino è riuscita a passare inosservata agli anticorpi dei guariti e agli anticorpi monoclonali usati come farmaci – sembra essere Cerberus, o BQ.1.1, una figlia di Omicron 5 che ha numeri piccoli, ma in aumento, in Gran Bretagna.

«Non abbiamo mai visto un emergere di nuove varianti così rapido» scrive Cao nel suo studio. «Ma quel che conta è il monitoraggio delle terapie intensive» nota Baldanti. «Se li vediamo molto rappresentate delle varianti che non sono diffuse fra la popolazione, allora dobbiamo preoccuparci. Ma non è questo il caso, al momento. La malattia grave è spesso dovuta alla fragilità della persona che si è infettata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La fucina delle varianti

Questo grafico contiene tutte le varianti note in circolazione al momento. È stato creato da vari ricercatori nel mondo, che vi collaborano aggiungendo man mano le nuove scoperte. I colori indicano le mutazioni che le diverse varianti hanno in comune



LA SITUAZIONE DELLA PANDEMIA

Covid, i casi in salita riaccendono i dubbi

ENRICO NEGROTTI

La situazione della pandemia di Covid-19 nel nostro Paese ha una doppia faccia. Proprio mentre si stanno riducendo gli obblighi (da ieri la mascherina non è più necessaria sui mezzi di trasporto pubblico), si registra un aumento di casi e di incidenza, come segnala il report settimanale dell'Istituto superiore di sanità (Iss). Ecco quindi che anche sulle politiche di contrasto al Sars-CoV-2 nel prossimo futuro si prospettano ricette diverse.

Ieri sono stati registrati 33.876 nuovi casi di Covid-19 e 38 decessi. Ma sono aumentati anche i ricoverati: sia in terapia intensiva (+1), sia nei reparti ordinari (+256). Venerdì Giovanni Rez-

za, direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute, aveva segnalato l'aumento dell'incidenza (ora a 325 casi per 100mila abitanti) e della trasmissibilità (Rt intorno a 1) ma anche lo scarso impatto sull'occupazione dei posti letto. E mentre l'epidemiologo Cesare Cislighi prefigura i 200mila contagi al giorno se il ritmo di crescita dei casi continuasse con i ritmi attuali (+50% da una settimana all'altra), il presidente della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit), Claudio Mastroianni, biasima l'addio alla mascherina sui mezzi pubblici: «Era una decisione già presa. Sarebbe il caso di rivederla nel caso di un forte incremento dei casi Covid». E l'infettivologo Matteo Bassetti (ospedale San Martino di Genova) ricorda che «levare l'obbligo non è levare la mascherina. Continuo a raccoman-

darla ai fragili e agli anziani». Mentre il virologo Fabrizio Pregliasco (ospedale Galeazzi di Milano) ricorda che l'addio alla mascherina è avvenuto «grazie ai tanti milioni di italiani che si sono vaccinati». Mentre ritiene prematuro togliere l'obbligo di quarantena per i positivi: «In prospettiva si farà, ma non ora». Mentre l'immunologo Mauro Minelli (Fondazione per la medicina personalizzata) ritiene che già ora sia «un vincolo da superare, perché sospettato di essere occasione di inganni e sotterfugi». Anche Francesco Vaia (Istituto Spallanzani di Roma) ritiene che sia da «togliere o rimodulare l'isolamento di positivi».

Dopo l'addio all'obbligo di mascherine sui mezzi pubblici, fa discutere l'ipotesi di abolire la quarantena dei positivi. Gli infettivologi: bisogna essere pronti a rivedere le scelte già adottate



LA PANDEMIA

Covid e influenza più forte è in arrivo la doppia ondata

GRAZIA LONGO, PAOLO RUSSO

Gli esperti l'hanno definita «la tempesta perfetta», quella che colpirà l'Italia tra autunno e inverno con il sovrapporsi di un'ondata Covid e l'arrivo dell'influenza stagionale. Fabrizio Pregliasco, virologo, è prudente: grazie alle immunizzazioni potremmo avere un autunno più tranquillo. Ma avverte: «Mai smettere di vigilare. A partire dall'attenzione alla quarta dose». - PAGINE 20 E 21

Il malanno stagionale rischia di mettere a letto 7 milioni di italiani. L'allarme dei virologi

Covid e influenza più forte doppia ondata in arrivo “Una tempesta perfetta”

IL CASO

PAOLORUSSO
ROMA

Gli esperti l'hanno già definita «la tempesta perfetta», quella che colpirà l'Italia tra l'autunno e l'inverno con il sovrapporsi di un'ondata Covid che sta già montando e l'arrivo dell'influenza stagionale, che quest'anno minaccia di mettere a letto sette milioni di italiani. Con il rischio di spedirne non pochi in ospedale per il sovrapporsi di due fattori: la maggiore severità del virus influenzale, che in Australia ha già colpito più che negli altri anni, e il fatto che se per disgrazia i sintomi influenzali vanno a sovrapporsi a quelli del Covid, le cose rischiano di mettersi davvero male. Da qui il coro pressoché unanime di medici e istituzioni sanitarie a vaccinarsi con entrambi gli antidoti. Anche nella stessa seduta. «Rispetto alla co-vaccinazione non ci sono controindicazio-

ni», assicura Massimo Andreoni, ordinario di malattie infettive all'Università Tor Vergata di Roma e direttore scientifico della Società italiana malattie infettive. «Anzi, è stato dimostrato che la vaccinazione con i due vaccini in contemporanea stimola meglio il sistema immunitario rispetto a quella con un singolo immunizzante. Per questo la co-vaccinazione è fortemente raccomandata, a partire da fragili e anziani».

Che farsi in una stessa seduta una puntura a un braccio e una nell'altro non crei alcun problema lo dimostra uno studio britannico, pubblicato dalla prestigiosa rivista scientifica Lancet. Dopo aver somministrato a metà dei volontari la doppia vaccinazione e all'altra metà una di anti-Covid e un semplice placebo, dopo sei settimane di osservazione gli effetti avversi erano rari in entrambi i gruppi e i risultati della analisi

del sangue hanno dimostrato che non c'è stata alcuna perdita di efficacia con le due vaccinazioni.

Del resto, allenare con più vaccini il nostro sistema immunitario non potrà farci che bene, perché come ricorda Alberto Cella, consigliere della Società Italiana di geriatria ospedale e territorio, «dobbiamo prepararci a contrastare la maggiore aggressività del virus influenzale, visto che in questi due anni di pandemia

ha avuto modo di evolversi mentre le nostre difese immunitarie sono state poco stimolate da lockdown, mascherine e distanziamento».

Per quest'anno, considerando anche i dati che provengono dall'emisfero australe, so-



LA STAMPA

no attesi tra sei e sette milioni di casi dovuti al virus influenzale. E il rischio che la doppia ondata vada a mettere sotto stress gli ospedali c'è tutto. Così come è da temere un rialzo importante della mortalità. Ed essendo molto difficile distinguere i sintomi del Covid da quelli dell'influenza, l'unica soluzione è prevenire i danni immunizzando da entrambi con i vaccini. La campagna per la quarta dose con i vaccini aggiornati su Omicron è partita ovunque, ma dopo il picco delle 23 mila somministrazioni di martedì l'entusiasmo

sembra essersi già spento. Per questo si punta ora sull'antinfluenzale, che può diventare l'occasione per convincere i renitenti a vaccinarsi anche contro il Covid.

Il vaccino antinfluenzale è gratuito e raccomandato per over 60, bambini da 6 mesi a 6 anni e per alcune categorie di pazienti fragili. Quelli che più di altri interessa proteggere dal doppio assalto virale. —

L'aumento dei contagi

325

L'incidenza settimanale a livello nazionale: significa 325 contagi ogni 100.000 abitanti

600

È l'incidenza registrata nelle Province autonome di Bolzano e Trento



Addio mascherina
Da ieri non è più obbligatorio indossare mascherine Ffp2 su autobus, metro e treni



L'INTERVISTA

Fabrizio Pregliasco

“L'ideale sarebbe fare entrambi i vaccini È presto per togliere la quarantena”

Il virologo: “Mi aspetto un autunno migliore rispetto a quello degli ultimi due anni”

GRAZIALONGO
ROMA

Professor Fabrizio Pregliasco, virologo all'Università Statale di Milano, ritiene che sia stato abolito troppo presto l'obbligo della mascherina sui mezzi di trasporto?

«Grazie all'immunizzazione che si è venuta a creare con la campagna di vaccinazione e i tanti malati di Covid, possiamo anche procedere senza mascherina. Ma continuo a consigliarla nei luoghi sovraffollati e a chi appartiene alla categoria di persone fragili».

Nell'ultima settimana le infezioni sono salite dal 15,8 al 17,8%. Dobbiamo aspettarci un nuova ondata?

«A parte il fatto che ritengo sottostimato il dato dell'Iss, non credo ci attenda una nuova ondata di Covid, quanto piuttosto una nuova onda. Per intenderci, è come quando si getta un sasso nello stagno: si vengono a creare delle onde concentriche che poi progressivamente si diradano».

Ma dobbiamo immaginare un autunno con un'impennata di contagi tipo lo scorso anno?

«Credo di no, perché il livello di immunizzazione, tra numero di vaccinati e infetti è piuttosto alto e quindi ci proteggerà dal rischio di ammalarci come un anno fa. Ma non dob-

biamo mai smettere di vigilare. A partire dall'attenzione alla quarta dose di vaccino».

È sufficiente che la facciamo solo gli over 60 e i fragili o la consiglia a tutti?

«In termini di necessità è evidente che devono sottoporsi al quarto richiamo coloro che hanno problemi di salute o più di 60 anni. Ma sarebbe opportuno che si vaccinassero tutti una quarta volta, compresi i bambini. Male non fa di sicuro e contribuirebbe molto ad ampliare la platea dei vaccinati che, per l'effetto a catena, avrebbe ottime ripercussioni su coloro che sono più esposti al virus. Non dimentichiamo che il 95% delle vittime ha più di 60 anni. Inoltre, maggiore è il numero degli immunizzati, minore è il rischio di nuovi contagi e di pericolo di intasare gli ospedali come in passato».

Quanti italiani, finora, hanno ricevuto la quarta dose?

«Circa 3 milioni e duecentomila, che costituiscono il 16,6% del gruppo a rischio. Ancora troppo pochi, quindi. Non dobbiamo assolutamente abbassare la guardia. Perché è vero che ci siamo guadagnati una maggiore libertà rispetto al passato grazie ai sacrifici che abbiamo sostenuto, ma è altrettanto sicuro che con l'arrivo del freddo, la maggiore vita al chiuso e gli sbalzi termici, aumenterà il

pericolo di contrarre il Coronavirus. L'ideale sarebbe fare una doppia vaccinazione, una contro il Covid, l'altra contro l'influenza. Oltre alla risalita del Coronavirus è previsto che circa 6-7 milioni di italiani prenderanno l'influenza e quindi la vaccinazione resta la via più sicura per arginare il problema».

In tanti non si sottopongono alla quarta dose perché aspettano la versione aggiornata contro nuove varianti.

«È una sciocchezza, è come dire che non uso più il telefono che possiedo in attesa del nuovo modello. I vaccini attualmente in commercio coprono il virus originale, Omicron 1 e Omicron 4 e 5. Il Covid non è come il morbillo, ma continua a mutare. Non possiamo attendere continuamente nuovi vaccini per nuove varianti, dobbiamo intervenire il prima possibile. Stiamo vivendo una fase di transizione tra fase pandemica a quella endemica e il virus è altamente instabile. Con molta probabilità tra 3-4 mesi circolerà una nuova variante, ma questo non deve spaventarci perché dobbiamo imparare a convivere con il virus».

Vaccinarsi resta dunque un'arma prioritaria?

«Sicuramente, anche se credo che progressivamente si arriverà a farlo una volta all'an-



LA STAMPA

no, come accade contro l'influenza perché non si può continuare a chiedere ai cittadini di vaccinarsi ogni 4-6 mesi. E poi con 23 milioni di italiani che hanno preso il Covid e l'81% della popolazione con più di 12 anni che ha fatto tre dosi, il virus ha più difficoltà a dilagare».

Cosa ne pensa dell'eventualità di togliere l'obbligo della quarantena per i positivi al Covid?

«È ancora presto, ma potrà essere uno degli interventi da fare in funzione della progressione dei dati epidemio-

logici. In prospettiva si farà, ma non ora».

Siamo in un delicato momento di transizione politica tra il governo Draghi e il nuovo esecutivo in cui predominano altre preoccupazioni rispetto alla pandemia. Dobbiamo temere ripercussioni negative?

«No, se continuiamo a vigilare».

Potremmo dover fare i conti con un nuovo lockdown e una nuova Dad?

«Sono scelte politiche, ma non credo. L'importante è sa-

pere di avere un programma, come quello attuato nei momenti più critici, da poter mettere in pratica». —

FABRIZIO PREGLIASCO

PROFESSORE ASSOCIATO DI IGIENE GENERALE E APPLICATA
DIRETTORE SANITARIO DELL'IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI



Aspettare un vaccino aggiornato è come non usare il proprio smartphone in attesa del nuovo modello

Si può procedere senza mascherine ma le consiglio nei luoghi affollati e alle persone fragili



Esperto
Fabrizio Pregliasco,
Università statale di Milano



Il sistema dei medici a gettone

Arruolati nelle chat senza controlli

«Guadagnano 3.600 euro in 48 ore»

La grande fuga dagli ospedali e il business delle cooperative. Ecco le offerte e i prezzi nella giungla di Telegram

di **Simona Ravizza**
e **Giovanni Viafora**

Lo scorso marzo, in un ospedale del Bresciano, una giovane donna muore poche ore dopo aver dato alla luce il terzo figlio. Uno dei medici che l'ha in cura, secondo un'autorevole testimonianza raccolta dal *Corriere*, è al lavoro da 36 ore. Al momento non si può dire se la circostanza ha giocato un ruolo diretto sul decesso; a stabilirlo dovrà essere la Procura, che sul caso ha aperto un'inchiesta (7 i sanitari indagati).

Una cosa è certa: quel medico poteva stare lì dov'era anche dopo tutto quel tempo, perché a differenza dei colleghi dipendenti dell'ospedale — e quindi vincolati al rispetto degli orari — lui era lì come gettonista. Ovvero, come uno delle migliaia di professionisti che ogni giorno entrano negli ospedali italiani, ingaggiati da cooperative esterne su affidamento delle aziende sanitarie, per coprire i sempre più numerosi buchi d'organico. Chiamati a gettone, che vuol dire pagati per un singolo turno (di solito 12 ore), in un campo sostanzialmente senza regole. Risultato: oggi è possibile, magari spinti da necessità economiche, cumulare anche più gettoni uno di seguito all'altro. Senza che nessuno controlli. Come è successo in questo caso. Ma chi di noi si farebbe visitare da un medico in piedi da 36 ore?

Questa è solo una delle criticità emerse dalla nostra inchiesta sul fenomeno dei gettonisti. Fenomeno ormai sempre più diffuso e che sta cambiando radicalmente la fisionomia degli ospedali italiani alle prese con organici ridotti all'osso. E che rappresenta, oltre a tutto ciò che vedremo, innanzitutto un dispendio per le casse dello Stato: per un gettone si arrivano a offrire fino a 1.200 euro a turno per singolo medico, in sostanza più della metà della paga che uno specializzando prende in un mese intero. Ma perché si è arrivati a questa situazione? Chi c'è dietro alle cooperative che fanno da intermediarie? E chi sono e come vengono scelti i medici che finiscono in ospedale? Sono le domande a cui abbiamo cercato di dare risposta per capire in definitiva, oggi, chi ci cura.

I buchi negli organici

Si deve partire dai numeri (impressionanti) che riguardano la carenza di medici. Un fenomeno che si deve essenzialmente a tre ragioni. Uno: il turnover in Sanità bloccato per 14 anni (dal 2005 con il governo Berlusconi 2 al 2019, con il Conte 1, che ha portato le assunzioni a un +10%). Due: una programmazione miope, se

non proprio del tutto errata, con contratti di specialità al ribasso per anni e mai tarati per sostituire chi va in pensione, tanto che dal 2015 al 2020 i pensionabili sono stati 37.800, a fronte di 24.752 specializzati pronti per entrare nel servizio sanitario. Tre: una clamorosa accelerata delle dimissioni volontarie da parte dei medici ospedalieri, specie dopo il Covid, dovuta a un peggioramento generale delle condizioni di lavoro, con turni sempre più massacranti e un'aumentata conflittualità con i pazienti. Nel 2021 si sono registrati 2.886 licenziamenti volontari: +39% rispetto al 2020. È un trend che, se confermato, porterà a una perdita complessiva tra pensionamenti e licenziamenti di 40 mila specialisti entro il 2024 (stima del sindacato dei medici Anaaio).

Il meccanismo

Qualcuno, però, in ospedale ci deve pure essere. Le aziende sanitarie, con le spalle al muro, si affidano alle cooperative: sono loro a garantire i medici pagati a gettone. Il problema riguarda soprattutto il Pronto soccorso, che sono i reparti più in crisi. Secondo un'indagine svolta per il *Corriere* dalla Società italiana di medicina di emergenza e urgenza, guidata da Fabio De Iaco, su un campione di 31 ospedali, oggi un paziente ha una possibilità su 4 di essere assistito in Pronto soccorso da un medico di una cooperativa. Ma nelle notti o nei weekend la proporzione può arrivare a una su due.

Sembra un paradosso, ma trovare un medico per le cooperative non è difficile. Le aziende ospedaliere alle strette concedono bandi remunerativi, con requisiti di accesso spesso bassi (e in ogni caso ben lontani da quelli che vengono richiesti per un medico interno, che dev'essere quanto meno specializzato). Esempio: l'ospedale Papa Giovanni XXIII, con uno dei Pronto soccorso più importanti della Lombardia, e il cui nome ha fatto il giro del mondo come uno dei primi avamposti della lotta contro il Covid,



riesce a risolvere la situazione affidandosi a una cooperativa. La determina è la numero 233 del 4 maggio 2022 dal titolo: «Affidamento del servizio di Guardia medica presso il Pronto soccorso della sede dell'Asst Papa Giovanni XXIII. Durata 7 mesi dal 01.05.2022 al 30.11.2022. Spesa complessiva presunta euro 183.382,50 Iva 5% compresa». La necessità è di coprire 175 turni, durata 12 ore ciascuno, compenso 998 euro a turno. Il criterio di scelta, come è possibile leggere testualmente, è «il minor prezzo». Punto. In questo contesto è facile per chi vuole sottrarsi a qualsiasi tipo di vincolo di qualità espandersi a scapito delle cooperative che invece investono in sicurezza, esperienza dei medici e legalità. È anche semplice, per chi non sostiene questi costi, poter applicare prezzi inferiori e così aggiudicarsi molti bandi di gara: si possono affidare magari a neolaureati, cosa facile tra l'altro visto che negli ultimi dieci anni sono rimasti esclusi dalle scuole di specialità 11.652 neolaureati, oppure a medici stranieri. A scapito naturalmente della sicurezza dei pazienti.

Le offerte sui social

Incrocicare la domanda con l'offerta è facile. Le cooperative mettono gli annunci sui loro siti, ma soprattutto sui social, come Telegram. Ci sono canali *ad hoc*, dove se si è medico ci si iscrive con un clic e si resta in attesa del gettone giusto. Il *Corriere* è riuscito ad avere accesso ad uno di questi canali, dove per qualche settimana ha potuto osservare i messaggi in arrivo. Come questi: «Qualcuno sarebbe interessato a coprire dei turni notturni codici minori in provincia di Vicenza? Compenso 65 euro l'ora». E si specifica, per chi non avesse inteso: «Facendo un semplice calcolo sono 4.680 euro per sei gettoni». I messaggi sono decine al giorno. Gli orari dei turni non sembrano un problema. Una società inserisce l'annuncio per un posto di guardia diurna e notturna in una clinica riabilitativa di Arezzo: «Compenso 420 euro a turno, possibilità di fare 24 ore o 48 ore consecutive (consentito dalla clinica) e turni accorpatisi». Un altro ancora: «Cercasi medico da inserire in organico per la copertura di turni diurni e notturni e per la gestione dei codici minori del Pronto soccorso di Nuoro. Compenso 600 euro a turno di 12 ore più alloggio. Possibilità di accorpare turni per chi viene da fuori Regione». L'accorpamento dei turni è considerato un *benefit*: «Ci sono medici *trasfertisti* che si organizzano in pullman, prendono 3 o 4 gettoni consecutivi lavorando fino allo stremo e poi tornano a casa con un bottino di 4-5.000 euro che basta per tutto il mese», ci riferisce un primario lombardo che chiede di parlare coperto dall'anonimato.

Il quadro è talmente stravolto che ormai si registrano casi paradossali: l'ex direttore del Policlinico di Monza e poi viceprimario a Paderno, Riccardo Stracka, 44 anni, si è licenziato, lasciando il posto fisso, e si è messo a fare il gettonista per una cooperativa che si muove tra Lombardia, Piemonte e Veneto. Dice di guadagnare il 60-70% in più rispetto a prima; mentre la qualità di vita gli è radicalmente cambiata: possibilità di organizzarsi. E i getto-

ni consecutivi sono solo uno dei problemi. Un altro riguarda la continuità dell'assistenza: «Mi trovo in reparto ogni sera un medico diverso», confida un altro direttore di unità complessa della Lombardia. Senza parlare dei titoli: poche sere fa, uno dei principali Pronto soccorso di Milano era gestito da un medico dei trasporti (che certifica il rinnovo delle patenti). Finito il lavoro in azienda, è andato a prendersi il gettone da 1.200 euro.

Chi arriva in corsia?

A presidiare sulla qualità dei medici mandati in corsia sono le cooperative stesse, alla serietà delle quali è affidata la valutazione dei curricula. Ed è una giungla. Nessuna norma del ministero della Salute impone ai direttori generali degli ospedali le regole da seguire per stilare i bandi di gara per esternalizzare alle cooperative, per cui ciascuno può fare praticamente quel che vuole. Basta spulciare i bandi degli ultimi mesi per accorgersi che le cooperative operano in un mercato assolutamente fuori controllo. Promessi professionisti d'eccellenza, nessuna certezza su chi davvero arriva in corsia. Un altro aspetto rilevante è quello delle garanzie fideiussorie (bancarie o assicurative) che quasi nessuna Asl si prende la briga di controllare. «Conosco ditte che hanno presentato fidejussioni di sconosciuti enti stranieri e di Asl che, dopo aver revocato gli appalti, hanno grossi problemi a incassare le garanzie», ci dice il dirigente di una delle più importanti cooperative che operano nel Nord Italia. «E molte Asl non si prendono neanche la briga di consultare il casellario Anac sull'Anticorruzione per verificare che le ditte non abbiano avuto problemi».

Salute e affari

A spulciare tra le varie cooperative le sorprese non mancano. Una delle più attive, con appalti in decine di ospedali tra la Lombardia e l'Alto Adige (e un giro di un centinaio di medici) è per esempio la Medical Service Sudtirolo. Dietro al gruppo costituito nel 2018 «con l'obiettivo — come si legge sulla modesta pagina web — di fornire professionisti della Sanità idonei a colmare il fabbisogno di personale», c'è una persona sola, il dottor Jamil Abbas, origini libanesi, da anni trapiantato a Bolzano dove lavora come libero professionista in Pronto soccorso. Le due società che operano dietro alla Medical Service sono intestate una alla moglie, l'altra al figlio 23enne (attiva dal 2021). Addetti: uno. Stranezze, come quella che riguarda la Venice Medical Assistance, gestita da marito e moglie, Carla Pirone e dal medico Pietro Piovesan. I messaggi con i loro annunci appaiono nelle chat dei medici: lo scorso maggio a un gettonista venivano offerti



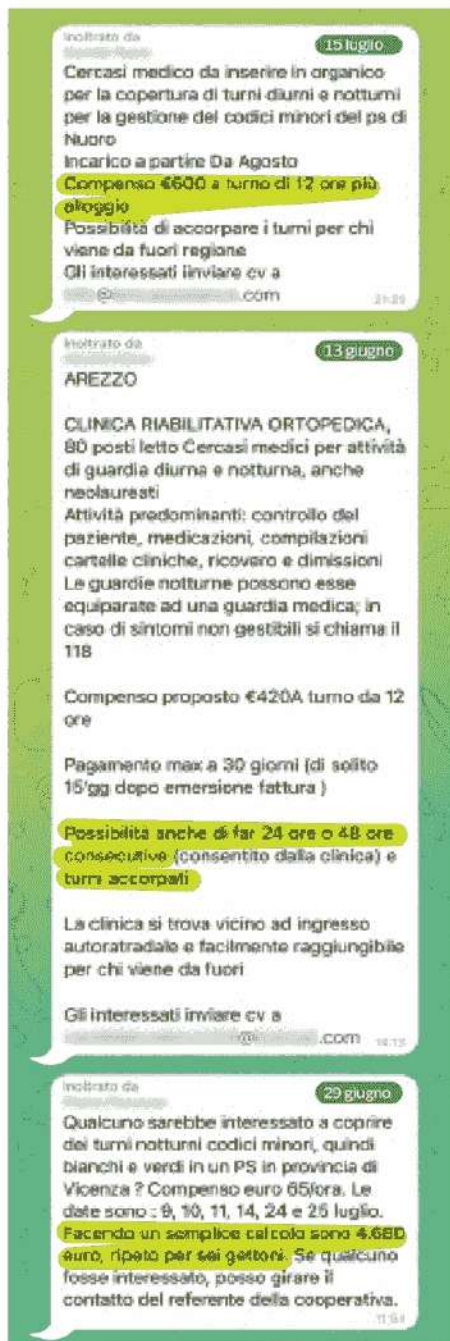
90 euro all'ora per un posto al Pronto soccorso dell'ospedale Santorso di Vicenza. Peccato però che l'ospedale avesse l'appalto con il colosso Anthesys di Treviso (cooperativa da 390 dipendenti). Chi controlla, quindi, a chi viene affidato che cosa? «È stata un'ingenuità, avevamo semplicemente rilanciato un messaggio per conto di una persona — ci ha detto al telefono Pirone —. Noi ci occupiamo di altro». In realtà, sulle chat dei medici, nel periodo da noi osservato, ci sono altri annunci della Venice Medical Assistance. Vedi quello del 6 agosto per «turni presso il Pronto soccorso di Conegliano». Gettone: 59 euro all'ora.

Così gli affari per le cooperative, che di solito su ogni turno trattengono una percentuale che va dal 7 al 15%, vanno a gonfie vele. La stessa Anthesys ha indicato nel 2021 ricavi quasi raddop-

piati: 14 milioni di euro contro gli 8,8 del 2020. Utile 234 mila euro contro i 92 mila dell'anno precedente. «Il continuo ampliamento dei servizi — si legge sul bilancio — ha portato un incremento dell'attività di oltre il 64% con punte di 90 rispetto all'anno precedente». E lo stesso vale per la Medical Service Sudtiro: nel 2021 i ricavi hanno toccato 1,4 milioni di euro (+30%) con un utile di 178 mila euro. «L'esercizio è stato caratterizzato da un incremento di ricavi di prestazioni di servizi, addirittura sorpassando notevolmente i risultati degli anni precedenti».

Il primario e i «gettonisti»

«Ci sono colleghi che si spostano con i pullman per andare dove serve. Con 3 o 4 turni prendono di più dello stipendio di un assunto in ospedale»



420
Euro

Il compenso, a turno, offerto da una società di Arezzo per un posto di guardia diurna e notturna in una clinica riabilitativa

7
Indagati

quelli di un ospedale del Bresciano dove, a marzo, una donna è morta dopo un parto. Uno dei medici che l'aveva in cura era al lavoro da 36 ore, pagato a gettone

14
Milioni di euro

I ricavi, nel 2021, di una delle cooperative, la Anthesys. Nel 2020 aveva avuto ricavi per 8,8 milioni. Sempre nel 2021 l'utile è stato di 234 mila euro contro i 92 mila del 2020



IL FUTURO DELLA SANITÀ

L'allergia dei medici al pronto soccorso un posto su due resta senza candidati

Ecco le graduatorie delle specializzazioni: per alcune c'è la coda, per altre mancano le domande

di Michele Bocci

Non è neanche un lavoro per giovani. Che i medici strutturati avessero problemi a svolgerlo si era capito da tempo, viste le continue uscite dei camici bianchi dai pronto soccorso. Adesso, i dati sulle borse di studio per le specializzazioni in Medicina rivelano che anche i neo laureati hanno scarso interesse per l'emergenza. Il primo giro di assegnazioni alle scuole universitarie si è appena concluso e 445 posti di medicina di urgenza su 886, cioè la metà, non sono stati assegnati. Quindi il problema non era lo scarso numero di borse messe a disposizione dagli atenei, che negli ultimi anni è stato aumentato, ma piuttosto quello delle vocazioni. Pochi sono disposti a lavorare in reparti dove i turni sono duri e gli organici in difficoltà. Così le prospettive per il sistema sanitario in un settore centrale della sua attività sono buie.

I dati sulle assegnazioni sono stati elaborati dall'Anaa, il principale sindacato dei medici ospedalieri. Il bando per le varie

scuole è nazionale e ogni candidato teoricamente può indicare in ordine di gradimento tutte le specialità e tutte le sedi universitarie, per un totale di ben mille scelte. Si fa un test e per essere ammessi alle scuole non c'è un voto minimo. Se alcuni posti restano vuoti è perché nessuno ha indicato quella specialità nemmeno come ultima ipotesi.

«I giovani non scelgono il pronto soccorso per tre ragioni – dice Piero di Silverio, segretario di Anaa – Intanto si tratta spesso di reparti male organizzati e pieni di pazienti, molti dei quali dovrebbero essere curati altrove. Poi non c'è possibilità di fare carriera. Infine, non si guadagna abbastanza rispetto al tipo di lavoro rischioso, complesso e stancante». Secondo il sindacalista «è necessario agire sul contratto. Non bastano i circa 80 euro al mese stanziati dal ministro Roberto Speranza. Gli stipendi vanno adeguati alle condizioni mutate. E poi bisogna dare la possibilità di fare carriera».

Quest'anno erano 14.378 i posti nelle scuole di specializzazione. Il 12%, cioè 1.768, non sono stati assegnati. Si tratta di un dato interessante perché l'aumento delle borse era un modo per affrontare la crisi di organici del sistema sanitario. La prossima settimana, però, chi è rimasto fuori può rientrare, scegliendo un posto libero. Visto che al momento dell'iscrizione si potevano inserire le proprie preferenze, è difficile che le cose cambino molto. «Di certo non aumenterà il numero degli specializzandi in medicina di urgenza – dice Giammaria Liuzzi di Anaa Giovani – Coloro che volevano iscriversi a quella scuola l'hanno già fatto. E chi non era interessato prima, di certo non ha cambiato idea adesso».

La specialità con più posti non as-

segnati (ben il 74%) è la microbiologia e virologia. Seguono patologia clinica e biologia clinica (63%) e radioterapia (62%). Urgenza a parte, a colpire sono i numeri delle borse non assegnate in chirurgia toracica (il 35%) chirurgia generale (18%), malattie infettive (15%) e anestesia e rianimazione (14%). Fanno il pieno invece specialità forti nel privato, come chirurgia plastica, dermatologia, oftalmologia. Poi ci sono scuole dove i posti liberi sono pochissimi e verranno presi da chi è rimasto fuori, come otorino, ginecologia e radiologia.

«Non basta aumentare i contratti – dice Liuzzi – la formazione va fatta anche negli ospedali non universitari, come accade negli altri Paesi europei». Sull'emergenza «lo specializzando percepisce 1.300 euro al mese per formarsi in reparti con carenza cronica di specialisti, accanto a colleghi di cooperative che prendono in un giorno quasi quanto lui in un mese». Ecco un'altra tendenza. Sempre più medici lavorano al pronto soccorso come turnisti, liberi professionisti che tappano i buchi degli ospedali in crisi. E intascano anche 100 euro l'ora.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PUBBLICO IMPIEGO

Via libera del Mef
al contratto sanità
con i premi
Covid
agli infermieri

Gianni Trovati

— a pag. 9

Sanità, ok del Mef al contratto con i premi Covid agli infermieri

Pubblico impiego. Via libera con osservazioni all'intesa sul 2019/21 che riconosce aumenti medi da 175 euro ai 544mila dipendenti del settore. Ora manca l'ultimo passaggio in Consiglio dei ministri

Gianni Trovati

ROMA

Il confronto tecnico non è stato semplice, e ha impegnato Aran e Ragioneria generale dello Stato per circa tre mesi. Ma alla fine il via libera del ministero dell'Economia è arrivato, seppur con alcune osservazioni che comunque dovrebbero lasciare inalterata la preintesa raggiunta con i sindacati a metà giugno. E per il contratto nazionale della Sanità si spiana la strada verso l'ultimo passaggio in consiglio dei ministri.

Tra i rinnovi contrattuali del pubblico impiego riavviati dal ministro per la Pa Renato Brunetta l'anno scorso, quello della Sanità è forse il più atteso. Perché la platea degli interessati è larga, 544mila persone e quindi quasi il doppio rispetto a quella coperta dal contratto dei ministeri; e soprattutto è composta da chi ha fronteggiato in prima linea la lunga emergenza pandemica.

Proprio per questa ragione la legge di bilancio 2021 del governo Conte-2 aveva previsto un premio per i 277mila infermieri, la metà abbondante del personale non dirigente del servizio sanitario nazionale, di cui si era molto parlato. Senza che però si mettesse subito mano anche agli atti di indirizzo

per il rinnovo contrattuale, indispensabile per portare l'incentivo in busta paga.

Dopo il semaforo verde acceso al Mef ora il testo fa un passo deciso verso il traguardo finale. Tra aumenti tabellari, indennità per le varie figure professionali e fondi per i nuovi ordinamenti e il salario accessorio, il contratto vale a regime quasi 1,3 miliardi di euro, che si traducono in un aumento medio da 175 euro lordi al mese. Si tratta, in pratica, di una rivalutazione del 7,22%, pari a quasi due volte l'inflazione del periodo coperto dal contratto e dunque utile anche a contrastare almeno in parte la furia attuale dei prezzi.

A far crescere il conto sono soprattutto le voci aggiuntive allo stipendio base, a partire appunto dall'«indennità di specificità infermieristica» pensata per riconoscere il ruolo svolto dagli infermieri in tempo di pandemia. È un aumento stabile in busta paga che va dai 62,81 euro riconosciuti agli «operatori» (l'ex area Bs) ai 72,79 euro destinati ai «professionisti della salute e funzionari» (ex area D e Ds). Questa indennità decorre dal 1° gennaio 2021, e insieme agli aumenti del tabellare (fra 54,5 e 98,1 euro al mese a seconda della posizione economica) alimenta quindi anche la mole degli

arretrati una tantum, che potrebbero arrivare a dicembre; e che nel caso degli infermieri oscilleranno fra i 3mila e i 4.500 euro.

Con il parere definitivo del ministero dell'Economia sul contratto della sanità, la tornata dei rinnovi 2019/21 portata avanti all'Aran presieduta da Antonio Naddeo compie un passo in avanti importante. In pista c'è poi la pre-intesa per Regioni ed enti locali, firmata il 4 agosto e anch'essa al centro di un batti e ribatti tecnico con il Mef sull'architettura dei nuovi ordinamenti professionali (l'Aran ha inviato le risposte alle osservazioni arrivate dalla Ragioneria). Più complicata è la partita della scuola: il negoziato è in corso, ha tentato un'accelerazione ma le distanze riguardano anche il tema cruciale delle risorse, ritenute insufficienti dai sindacati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Con l'entrata in vigore, nelle buste paga di dicembre arretrati fra 3.000 e 4.500 euro lordi una tantum



Il danno da trasfusione viene risarcito solo dalla comparsa dei sintomi

Salute

Il ristoro non scatta dal contagio, né si cumula con l'indennizzo ex legge 210/92

Maurizio Hazan

Il danno patito per aver contratto un virus a seguito di una emotrasfusione con sangue infetto va risarcito non dal momento del contagio ma da quello – che potrebbe essere anche di molto successivo – in cui l'agente patogeno si sia effettivamente rivelato con manifestazioni sintomatiche tali da incidere sulla qualità della vita del danneggiato. È questo il principio affermato dalla Cassazione con la sentenza 25887 del 2 settembre 2022, che cassa la decisione con cui la Corte d'appello di Firenze, liquidando il danno biologico subito dall'attore per aver contratto il virus dell'epatite HBV e HVC, aveva assunto quale parametro l'età del danneggiato al momento della trasfusione e non invece quella che aveva al tempo in cui la patologia gli era stata diagnosticata.

Nel caso esaminato, peraltro, lo stesso danneggiato aveva pacificamente ammesso di non aver mai accusato alcun sintomo delle patologie contratte sino a quando, in occasione di alcuni accertamenti sanitari eseguiti vent'anni dopo il contagio,

gli era stata rilasciata una diagnosi di epatite che gli avrebbe sconvolto la vita, causandogli uno stato di forte stress e depressione e costringendolo a sottoporsi a continue cure, senza prospettive di guarigione. Risultando provato il nesso di causa tra la malattia e l'emotrasfusione con sangue infetto, l'attore – dopo aver ottenuto l'indennizzo previsto dalla legge 210/1992 – ha dunque chiesto al ministero della Salute l'integrale risarcimento del danno alla salute causato dall'evento illecito.

La Cassazione ricorda alcuni principi fondamentali, che costituiscono regole indefettibili a cui attenersi nella corretta liquidazione del danno alla salute. In primo luogo il "danno risarcibile" non è mai "in re ipsa" e non è perciò costituito dalla lesione di un diritto, che è solo il necessario presupposto per l'esistenza del danno. Non va dunque confuso il piano della causalità materiale, meramente eventistico, con quello della causalità giuridica: il danno, per esser risarcito, deve comunque manifestarsi con una perdita concreta, sia essa patrimoniale o di altro tipo.

Ciò vale anche per il danno biologico, che non è tale per il solo fatto che una lesione si sia verificata: il risarcimento del danno è possibile solo se, e in quanto, sia dimostrato che quella lesione ha prodotto una vera e propria compromissione di una o più abilità della vittima nello svolgimento delle attività quotidiane. In mancanza di questa compromissione (come

statuito dall'ordinanza 7513 del 2018) «la lesione della salute non sarebbe nemmeno un danno apprezzabile sul piano medico legale e giuridicamente risarcibile».

In questo senso depone, del resto, l'articolo 138 del Codice delle assicurazioni, che definisce il danno biologico come la lesione della salute che esplica «un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato».

L'attore, dunque, ha certamente diritto al risarcimento ma solo dal momento in cui il contagio, rivelatosi tardivamente, abbia effettivamente pregiudicato la qualità della sua vita. Tale risarcimento, peraltro, non potrà cumularsi con l'ammontare dello speciale indennizzo erogato dal Fondo previsto dalla legge 210/1992: questo indennizzo deve essere dunque scorporato dal montante risarcitorio riconosciuto a favore della vittima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I principi

Causalità materiale e giuridica

Il danno biologico non è un "danno in re ipsa", risarcito sul piano della causalità materiale, vale a dire solo in quanto l'evento si è verificato. Il risarcimento è invece previsto solo sul piano della causalità giuridica, in relazione alle conseguenze dannose immediate e dirette dell'evento dannoso

I presupposti del risarcimento

Il danno da lesione della salute, per essere risarcibile, deve aver compromesso una o più abilità della vittima nello svolgimento delle attività quotidiane: dal fare, all'essere, all'apparire. Se non ha alcuna di queste conseguenze, la lesione della salute non è un danno medico legalmente apprezzabile e giuridicamente risarcibile



L'ANNUNCIO DELL'ASSESSORE D'AMATO SULLA CONTRACCZIONE GRATUITA

Aborto, i casi Lazio ed Emilia sulla Ru486 riaprono la polemica

ANGELO PICARIELLO

Il tema della legge 194 che ha arrovantato la campagna elettorale è motivo di scontro anche nel "dopo". Le polemiche erano scaturite per il proposito annunciato da Giorgia Meloni di dare attuazione anche alla parte "preventiva" della legge sull'interruzione volontaria di gravidanza. Nonostante che - lo ha chiarito la presidente di Fdi - non si intenda metterla in discussione.

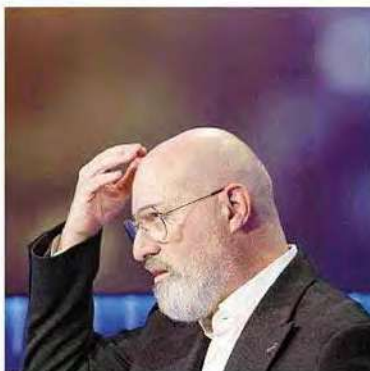
Ma ora fa discutere l'accelerazione annunciata dall'Emilia Romagna. La pillola abortiva Ru486 «verrà distribuita in Emilia-Romagna dalla prossima settimana», annuncia Stefano Bonaccini, indicato fra i possibili successori di Enrico Letta, riferendosi alla distribuzione che verrà fatta nei consultori della regione. «Si parte la prossima settimana da Parma, poi Modena, Bologna, la Romagna» e tutto il territorio, per «garantire alle donne un'ul-

teriore possibilità di effettuare, in sicurezza e con l'assistenza adeguata, l'interruzione volontaria di gravidanza», conferma l'assessore Raffaele Domini. Si procederà «man mano che le Ausl completeranno la predisposizione dei protocolli necessari su spazi e modalità, sulla base delle indicazioni definite dalla Regione».

Per Eugenia Roccella, neo deputata di Fdi, dalle parole di Bonaccini si evince, paradossalmente, che «fino ad oggi nemmeno in Emilia-Romagna sono state seguite le linee di indirizzo del ministro Speranza, emanate già da due anni. La pillola - chiarisce - verrà somministrata solo in poliambulatori con percorsi definiti di interfaccia con il presidio ospedaliero, adeguatamente attrezzati per gestire l'emergenza e gli effetti collaterali. La verità - conclude - è che a parte le dichiarazioni a effetto, Bonaccini, amministratore di esperienza, non intende rischiare, al di là delle semplicistiche indicazioni del ministro Speranza che fanno credere alle donne che l'aborto con la Ru486 sia una passeggiata». Mentre, denuncia Roccella, l'intenzione dell'assessore del

Lazio, Alessio D'Amato, di consentire la somministrazione «a domicilio» porterebbe a una «aperta violazione della 194». «Non si può banalizzare così l'aborto», denuncia Massimo Gandolfini del comitato "Difendiamo i nostri figli".

A Bonaccini - che indica come suo obiettivo quello di «dare piena attuazione a un diritto di scelta che riguarda le donne e il proprio corpo che deve essere garantito in tutta Italia» - replica Mario Adinolfi, del Popolo della Famiglia: «Sbaglia tutto nel caratterizzarsi come nuovo leader del Pd che vuole rendere agevole abortire». «Adinolfi mi attacca frontalmente. La conferma che ho fatto la scelta giusta», replica Bonaccini. Ma un altro fronte si apre nel Lazio, dove l'assessore D'Amato annuncia un tavolo tecnico per avviare un protocollo sperimentale sulla gratuità della pillola contraccettiva per le ragazze tra i 15 e i 19 anni. Una richiesta che era arrivata anche da due giovani studentesse che in piazza avevano avuto uno scontro verbale con Laura Boldrini, accusata di aver fatto troppo poco per le donne.



Il governatore Stefano Bonaccini



Domande e risposte

Quarta dose e antinfluenzale “Meglio farli lo stesso giorno”

«Per questo Dio ci ha dato due braccia: uno per il vaccino contro l'influenza, l'altro per quello contro il Covid». Il responsabile anti-pandemia della Casa Bianca, Ashish Jha, usa l'ironia per promuovere la campagna di immunizzazione di quest'anno. Il Covid in rapida impennata e l'influenza che emigra da noi dopo una stagione intensa in Australia (in Italia si stimano 7 milioni di casi) rischiano di assestarci un uno-due. Per proteggerci anche dall'influenza, il vaccino è in distribuzione dal primo ottobre.

Dove ci si può vaccinare?

Negli hub rimasti aperti, negli studi dei medici di famiglia e in alcune farmacie. «L'antinfluenzale sarà distribuito in via prioritaria agli studi dei medici, poi agli hub», fa sapere Roberto Ieraci, infettivologo, responsabile per le strategie vaccinali della Regione Lazio e ricercatore del Cnr. Non è detto che tutte le Regioni seguano la strategia del Lazio, ma gli hub potrebbero non ricevere subito le dosi contro l'influenza. Per controllare si può visitare il sito della propria Regione.

Ci si può vaccinare per entrambe le malattie in un'unica seduta?

Sì, si può. «È preferibile vaccinarsi in un'unica seduta. Si evita così il rischio di saltare una delle due iniezioni, se per qualche motivo non si trova il tempo» consiglia Ieraci. «Entrambi i vaccini sono importanti. Anche se

per il Covid sono disponibili al momento varie versioni, tutte sono efficaci nel ridurre i rischi di malattia grave. Senza arrovellarsi troppo, conviene fare la versione che si trova disponibile». La somministrazione in un'unica seduta avviene su due braccia diverse o a 2-3 centimetri di distanza, se sullo stesso braccio. «Il sistema immunitario non rischia di essere sovraccaricato» spiega Andrea Cossarizza, immunologo dell'università di Modena e Reggio Emilia. «Normalmente è abituato a riconoscere 30 mila molecole al secondo».

Posso vaccinarmi quando voglio?

Chi sceglie l'hub deve prenotarsi. I medici di famiglia devono invece concentrare un numero minimo di pazienti nella stessa seduta, pena la scadenza della fiala. Una fiala di Moderna permette di vaccinare 22 persone (la dose di richiamo è dimezzata rispetto alle prime dosi) e non può essere lasciata in frigorifero per il giorno dopo. Una fiala di Pfizer invece è sufficiente per 6 persone. «Dobbiamo organizzare gli appuntamenti in modo da concentrare i pazienti in una seduta» spiega Silvestro Scotti, segretario della Fimmg e medico a Napoli.

Chi deve vaccinarsi?

La quarta dose per il Covid è raccomandata a persone con più di 60 anni, operatori sanitari, ospiti delle Rsa, donne in gravidanza e persone fragili. Di fatto però

l'iniezione può essere richiesta da tutte le persone sopra ai 12 anni. Il vaccino contro l'influenza è invece raccomandato ai bambini tra 6 mesi e 6 anni. La raccomandazione è forte per chi ha più di 60 anni e gli operatori sanitari.

Qual è il periodo migliore?

Per il Covid, ora. I contagi sono in aumento e per riportare in alto gli anticorpi il vaccino impiega una settimana. «Devono però essere passati 120 giorni da un eventuale contagio» ricorda Scotti. Indovinare il momento esatto per l'influenza è più difficile. I Centers for disease control americani consigliano fine ottobre o inizio novembre, perché l'efficacia del vaccino si riduce nel tempo e rischierebbe di non coprire la primavera. «Ma quest'anno – spiega Chiriatti – il virus è stato isolato già ad agosto». Le previsioni suggeriscono che la stagione sarà intensa, con 7 milioni di italiani colpiti. Aspettando novembre si rischia poi di ritrovarsi in una fase di ingolfamento. «Conviene – secondo Chiriatti – fare il grosso delle iniezioni fra ottobre e inizio novembre». – e.d. © RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

19 mln

Le dosi bivalenti

Le fiale arrivate a settembre di vaccino aggiornato contro il ceppo originario e le varianti Omicron 1 e Omicron 4 e 5

38,5%

La copertura dei bambini

I vaccini nella fascia 5-11 anni. I pediatri: «Va rilanciata la campagna vaccinale in età scolare»



I SEGRETI DEL COVID

Anche la presidente della Commissione non ha mai risposto sulla trattativa «privata» per acquistare 1,8 miliardi di vaccini

Schiaffo di Pfizer all'Europa

Il ceo Bourla si rifiuta di testimoniare al Parlamento Ue che vuole far luce sugli sms con von der Leyen

DARIO MARTINI
d.martini@iltempo.it

••• Il numero uno di Pfizer, Albert Bourla, si rifiuta di comparire in audizione al Parlamento europeo. La belga Kathleen Van Brempt, presidente della commissione speciale che indaga sugli acquisti dei vaccini contro il Covid, non può far altro che esprimere «profondo rammarico». L'amministratore delegato del colosso farmaceutico americano era atteso per il 10 ottobre. Sarebbe stata l'occasione perfetta per scoprire cosa c'era scritto negli sms che a inizio 2021 si scambiò con la presidente della Commissione Ue, Ursula von der Leyen, prima del terzo contratto da 1,8 miliardi di dosi. Un fatto a dir poco irrituale, in barba alle norme di trasparenza che regolano trattative di questo tipo. Come riporta *Politico.eu*, il portavoce dell'azienda che produce il siero Comirnaty ha fatto sapere che all'audizione in Commissione, al posto di Bourla, intervorrà Janine Small, responsabile del gruppo per lo sviluppo dei mercati internazionali. Non sarà la stessa cosa, dal momento che solo Bourla può fare chiarezza sui messaggi privati ricevuti da von der Leyen. Anche lei si è sempre trincerata dietro il più assoluto silenzio, nonostante che sul caso si sia attivato anche il Mediatore europeo (Ombudsman) Emily O'Reilly, che ha chiesto ripetutamente alla Commissione di produrre quei messaggi. Lo scorso giugno, quando non era più possibile evadere tale richiesta, la Commissione ha fatto sapere di essere impossibilitata a consegnarli per il semplice fatto che non sono stati conservati. L'Ombudsman si è dovuto accontentare di questa spiegazione: «Quando un documento redatto o ricevuto dalla Commissione non contiene informazioni importanti e/o è effimero e/o non ricade nella sfera istituzionale di responsabilità dell'istituzione, non soddisfa i criteri per la registrazione

e, pertanto, non viene registrato. Tali documenti effimeri non vengono conservati e, di conseguenza, non sono nelle disponibilità dell'istituzione».

Nei giorni scorsi è intervenuta anche la Corte dei conti Ue, secondo cui la Commissione «non ha rispettato le procedure in uso per i contratti». Nella sua ultima relazione l'organismo di controllo comunitario ha sollevato il dubbio che siano stati acquistati 1,4 miliardi di vaccini di troppo, costati in media 15 euro l'uno. In tutto la Ue ha comprato 4,6 miliardi di dosi, con contratti di «acquisto anticipato» e un esborso di 71 miliardi di euro. Le dosi consegnate da Pfizer sono 2,4 miliardi, di cui 1,8 sarebbero proprio quelle concordate «privatamente» tra von der Leyen e Bourla, quindi al di fuori delle consuete e regolari procedure.

La Lega ha presentato diverse interrogazioni per cercare di arrivare alla verità. Ancora oggi continua nella sua battaglia. Per l'europarlamentare Stefania Zambelli, componente della commissione speciale sul Covid, quello di Bourla è «l'ennesimo episodio di una storia piena di lati oscuri». «Prima il caso dello scambio degli sms, in piena pandemia, per negoziare accordi commerciali: messaggi di testo ancora oggi tenuti nascosti, nonostante le richieste del Mediatore europeo, con un atteggiamento vergognoso e del tutto sprezzante della tanto decantata trasparenza da parte delle istituzioni, biasimato anche dalla Corte dei Conti Ue. Dopo il silenzio di von der Leyen, Bourla aveva l'opportunità di fare chiarezza al Parlamento europeo, ma ha preferito svignarsela. Perché tutti questi segreti? Cos'hanno da nascondere ai cittadini europei?».

Zambelli (Lega)

«È l'ennesimo episodio di una storia dai lati oscuri. Cosa hanno da nascondere? Devono fare chiarezza»

Corte dei conti europea

Nell'acquisto di 4,5 miliardi di dosi dalle case farmaceutiche «non rispettate le procedure corrette in uso per i contratti»

La visita della presidente della Commissione Ursula von der Leyen con il ceo di Pfizer Albert Bourla durante un sopralluogo ai laboratori Pfizer a Puurs, in Belgio nell'aprile 2021 (LaPresse)



LA RICERCA SUL "BRITISH JOURNAL OF SPORTS MEDICINE"

Movimento arma segreta contro il tumore al seno

Muoversi è importante. E non solo per il rischio di sovrappeso, problemi metabolici, o patologie cardiovascolari. Sul fronte della sfida al cancro il movimento regolare può essere un'arma efficacissima. Anche in prevenzione. Le donne più si "allenano", compatibilmente con la condizione fisica e con l'età, più possono limitare il rischio di tumore mammario. A dirlo è la ricerca apparsa su *British Journal of Sports Medicine* che arriva a dimostrare il rapporto causa-effetto tra l'incremento dell'attività fisica e la

riduzione del rischio di cancro. L'indagine, che ha impiegato la tecnica della randomizzazione mendeliana, ha preso in esame oltre 130 mila donne: quasi 70 mila con tumore invasivo diffuso localmente, poco più di 6 mila con tumore localizzato e le restanti hanno funzionato come popolazione di controllo. Sono state valutate le possibili variabili che possono entrare in gioco nella genesi e nella gravità del tumore, considerando il tipo di cancro, il suo livello di diffusione, le sue caratteristiche istologiche. La predi-

sposizione genetica a un livello più elevato di attività fisica è risultata associata a un rischio inferiore del 41 per cento di cancro al seno invasivo, indipendentemente dalla menopausa, dal tipo, dallo stadio o dal grado del tumore. —

FE.ME.



Movimento e prevenzione



Passioni & sentimenti**QUANTO CONTA LA GENETICA
NELLA SENSIBILITÀ AL DOLORE****Alessandra Graziottin**

«**H**o una soglia alta del dolore: quando ho male io, un altro sarebbe morto», dice qualcuno, molto tosto. «Ho una soglia bassa del dolore: appena ho un po' di male da qualche parte, mi viene il panico. Il dolore mi prende la testa, mi deprime e non ragiono più...», dice qualcun altro. Fino a pochi anni fa si pensava che la sensibilità al dolore dipendesse da fattori educativi, psicologici, emotivi. Nuove, affascinanti linee di ricerca, stanno ora approfondendo le basi genetiche della sensibilità al dolore. Utili anche per comprendere come sia possibile intervenire sul dolore cronico, senza ricorrere ai pericolosi oppiacei: efficaci sì, nel breve termine, ma responsabili di temibili dipendenze perché stimolano in modo intenso i sistemi di ricompensa del cervello. Questo porta a cercarli sempre di più e a dosi crescenti, fino ad avere la vita dominata dal bisogno di ottenerli e usarli. Il dolore cronico è questione seria: lo sa bene chi ne soffre, spesso poco compreso anche dai familiari, oltre che da noi medici. Il dolore è un meccanismo biologico evoluto e molto raffinato, il cui compito è far sapere al cervello che cosa stia danneggiando il corpo, affinché possa prendere rapidamente le contromisure appropriate. Cosa più semplice se la causa è un agente esterno, un trauma, un taglio, una caduta; molto meno se il dolore è viscerale o comunque origina da lesioni interne, siano esse infettive, dismetaboliche, infiammatorie, neurologiche e così via. Oltre un miliardo e mezzo di persone nel mondo soffre di dolore cronico. In Europa si stima ne soffra almeno il 20% della

popolazione adulta, con costi enormi, sia personali, sia per il sistema sanitario. Il numero delle persone con dolore cronico è in aumento, per l'incremento della popolazione anziana; per l'aumento di obesità e malattie dismetaboliche associate, tra cui l'insidiosissimo diabete, ancora poco apprezzato nella sua pericolosità distruttiva, anche sul fronte del dolore cronico; per il miglioramento delle terapie per il cancro, che possono tuttavia lasciare sintomi dolorosi come le neuropatie periferiche dopo chemioterapia; e per le sopravvivenze dopo incidenti gravi, stradali e non solo. Il dolore cronico mina ogni aspetto della vita, tanto più quanto il suo esordio è precoce. Ecco perché comprendere le possibili basi genetiche della sensibilità al dolore può offrire nuovi orizzonti terapeutici.

La professoressa Sabrina Giglio, brillante genetista dell'Università di Cagliari, che mi ha illuminata sul tema, sottolinea tre aspetti di frontiera: 1) le differenze genetiche nella struttura e nella sequenza del DNA, che rappresentano fino al 70% delle differenze individuali allo stimolo dolore, nella suscettibilità alle condizioni che causano dolore cronico, fra cui, per esempio, l'endometriosi, e nella risposta alle terapie antalgiche; 2) la resistenza al dolore, per cui i recettori del dolore ("nocicettori") o sono numericamente meno sviluppati in alcuni soggetti rispetto ad altri, o ci sono ma rispondono meno, a parità di stimoli; 3) la modulazione delle risposte fisiche, emotive e cognitive al dolore stesso, esperienza complessa che va ben oltre la semplice intensità della sensazione dolorosa: per

esempio, modulando la vulnerabilità all'ansia e alla paura, grandi intensificatori della percezione del dolore. Queste emozioni fondamentali facilitano il passaggio dei segnali del dolore tra un neurone e il successivo lungo le vie del midollo spinale e nel sistema nervoso centrale. Possiamo immaginare le vie del dolore più arcaiche ("tratto spino talamico") come una strada con tanti semafori ("vie polisinnaptiche"): ansia e paura, ma anche alcune caratteristiche genetiche, li attivano sul verde, facilitando il passaggio dei segnali. Di converso, l'averne un'alta soglia del dolore, su base genetica, ma anche l'averne coltivato meditazione e altre forme di autocontrollo con riduzione dell'ansia, e persino l'attività fisica quotidiana, meglio mattutina, volgono i semafori midollari al rosso, riducendo il passaggio dei segnali dolorosi. Fra i geni meglio correlati al dolore ci sono quelli che codificano gli enzimi (catecol-O-metiltransferasi, COMT e cicloidrolasi GTP1) che degradano adrenalina e noradrenalina, i neurotrasmettitori che segnalano allarme e pericolo. Se COMT e GTP1 funzionano meno, questi segnalatori rimettono i semafori verdi e causano maggiore sensibilità al dolore. Queste e altre varianti potrebbero essere implicate nella fibromialgia, nell'endometriosi, nelle neuropatie periferiche, nel dolore post-operatorio e anche nel dolore da cancro. Ricerche quindi appassionanti, preliminari all'individuazione di terapie geniche che potrebbero agire in modo mirato e selettivo proprio sui meccanismi cardinali del dolore cronico, attenuandolo. Una grande speranza.

www.alessandragraziottin.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Irlanda del Nord Una ricerca universitaria afferma che i cani riconoscono lo stress dal respiro e dal sudore

Per la prestigiosa serie degli studi scientifici mirabolanti, recenti ricerche dalla *Queen's University* di Belfast, Irlanda del Nord, dimostrerebbero che i cani sono in grado di riconoscere lo stress degli esseri umani già dal respiro o dal sudore. Insomma, senza bisogno di riconoscere occhiaie, capelli spettinati, mani tremule e nervosismo isterico dei propri padroni, i nostri fedeli amici si accorgono di ogni particella d'ansia emanata dal corpo umano. Non dev'essere divertente nemmeno per loro. "Lo studio ha coinvolto quattro cani e 36 persone. I ricercatori hanno raccolto campioni di sudore e respiro dai partecipanti prima e dopo aver svolto un difficile problema di matematica", scrive *LaZampa*. "In ogni sessione di test, a ciascun cane sono stati consegnati campioni 'rilassati' e 'stressati' di una persona, prelevati a soli quattro minuti di distanza" e a quanto pare "tutti i cani sono stati in grado di avvisare correttamente i ricercatori del campione di stress di ogni persona". Povere bestie.



La salute per tutti

Farmaci Telethon per le malattie rare

DANIELE AUTIERI

Nascerà una Fondazione per produrre medicine (ora carissime) rimaste fuori dai programmi delle case farmaceutiche perché curano patologie poco comuni

Telethon cambia pelle e inizia a produrre farmaci. Per salvare vite. Soprattutto quelle dei bambini affetti da patologie rare le cui cure sono considerate "diseconomiche" per l'industria farmaceutica. La questione riguarda principalmente le terapie geniche, quelle che hanno permesso di sperimentare un vaccino come l'AstraZeneca così come alcune delle più moderne cure contro il cancro.

«Per molti anni - spiega Francesca Pasinelli, direttore generale della Fondazione Telethon - queste terapie sono state il banco di prova per testare nuovi modelli e tecnologie sperimentali. Adesso che queste tecnologie sono divenute patrimonio dell'industria farmaceutica, diversi farmaci essenziali per combattere le malattie rare vengono ritirati dal mercato perché troppo costosi».

Le terapie per malattie genetiche di questo tipo prevedono un'unica somministrazione nella vita che può arrivare a costare anche oltre un milione di euro, tra i costi di produzione e quelli autorizzativi.

Tanti soldi, necessari però per salvare vite. «Il nostro obiettivo - spiega ancora Francesca Pasinelli - è di cominciare a lavorare assicurando la terapia a 10, 20 bambini ogni anno». Per farlo Telethon è pronta a costituire una Fondazione che prenderà in carico la produzione dei farmaci e terapie rimasti fuori dai programmi delle grandi aziende. «L'obiettivo - dichiara la direttrice generale - è quello di diventare titolari delle autorizzazioni all'emissione in commercio di alcune

terapie e quindi prendere in licenza quei prodotti lasciati da parte dall'industria. Naturalmente in regime non profit».

Nella fase iniziale Telethon investirà parte dei suoi fondi per assicurare la produzione di questi farmaci attraverso una serie di accordi con quelle società terze altamente specializzate che già oggi producono le terapie per conto delle industrie.

La nuova Fondazione Telethon è già pronta a lanciarsi nella produzione dello Strimvelis, la terapia genica per la cura dell'ADA-SCID (la cosiddetta malattia dei bambini in bolla che può portare alla morte nell'infanzia) che nel marzo scorso la Orchard Therapeutics ha ritirato dal mercato. Questa terapia è nata proprio nei laboratori dell'Istituto San Raffaele di Milano, che da 25 anni è impegnato insieme a Telethon nella battaglia contro le malattie rare, e ha già permesso di curare 40 bambini in tutto il mondo. Oltre alla malattia dei bambini in bolla (costretti a vivere in un ambiente sterile e isolato), Telethon guarda anche alla sindrome di Wiskott-Aldrich, altra rara malattia genetica che si manifesta dall'infanzia con dermatiti, infezioni, carenza di piastrine, la cui terapia deve ancora superare l'iter delle autorizzazioni necessarie.

Il pericolo di un repentino e inatteso ritiro dal mercato riguarda molti di questi farmaci. Il gruppo BlueBird Bio ha ritirato dal mercato il Zynteglo, la terapia genica per la beta talassemia, e lo Skysona, un'altra terapia genica, questa volta per la adrenoleu-



codistrofia cerebrale. La causa del rito in questo caso è il mancato accordo con gli enti pagatori di diversi paesi sul prezzo e le modalità di rimborso per un farmaco, in particolare il Zynteglo, che nel 2022 ha raggiunto il prezzo di 2,8 milioni di dollari.

Il tema va ben oltre l'Italia ed è per questo che Telethon e San Raffaele hanno deciso di aderire al Consorzio Agora (Access to gene therapies for rare disease), l'iniziativa che riunisce gli scienziati di sei paesi europei e che punta a sensibilizzare tanto le industrie farmaceutiche quanto gli enti regolatori sull'urgenza di trovare una soluzione al problema.

«È necessario analizzare il contesto

attuale in cui versano le terapie geniche per le malattie rare - commenta il professore Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica - identificando le aree sulle quali intervenire per mettere a punto delle strategie che ci permettano di renderle disponibili a tutti i bambini che ne abbiano bisogno».



ERIC PIERMONT/AFP/GETTY

1 Una banca del Dna e delle cellule per la ricerca genetica di Genethon per creare farmaci per la cura della distrofia muscolare



Mangiare senza picchi glicemici: e non s'ingrassa

IL PRANZO AL ROVESCIO

Prima le verdure, poi il secondo (le proteine) e infine il primo (i carboidrati)
Sì a frutta e dessert dopo i pasti, no agli spuntini dolci. Colazione? Salata

DANIELA MASTROMATTEI

■ Altro che pane tostato, burro e marmellata, Elisabetta II la sovrana più longeva nella storia della monarchia britannica, morta a 96 anni, oltre all'acqua calda con foglie di tè Early Grey nella teiera in argento massiccio, dalla sua cameriera si faceva servire uova strapazzate con salmone affumicato e del tartufo grattugiato. Ecco quindi (forse) il segreto della lunga vita della Regina.

Ma se qualcuno provasse a togliervi il classico cappuccino e cornetto al bar, o i più sani e gloriosi cereali affogati nel latte la mattina potreste dare di matto. Il rito irrinunciabile della dolce colazione così come è concepita da generazioni in Italia non si tocca, direte. («Niente ci descrive meglio come i dolci che mangiamo», secondo lo scrittore Michele Renzullo). Eppure ci sono popoli come i giapponesi, i tedeschi, gli svedesi, i norvegesi (insomma tutti i Paesi scandinavi) ma anche gli americani che cominciano la giornata con un pasto salato, uova, formaggio e prosciutto. Meglio direbbe Jessie Inchauspé - la biochimica francese che ha lavorato nel campo della genetica a San Francisco ed è tra le più esperte degli effetti dell'alimentazione sulla salute -, tuttavia, non è abbastanza se non si aggiunge una foglia d'insalata per lei che ha scritto "La rivoluzione del glucosio": il libro appena arrivato in Italia (edito da Vallardi, euro 16,90) è già un bestseller internazionale.

Un volume che stravolge completamente i nostri pa-

sti, e il nostro approccio col cibo. Ottima la colazione salata a base di ricotta, frittata, avocado e dunque bene il toast, afferma, male brioche e dintorni (o quella bontà di dolce chiamato ciambellone della nonna con cui siamo cresciuti inzuppandolo nel caffè latte). Come se non bastasse, Inchauspé sottolinea l'importanza delle verdure all'inizio di ogni pasto: crude o cotte, anche prima della colazione. Più se ne mangiano, meno zuccheri (nemici della salute) si assorbono.

CARICHI DI ENERGIA

Anzi. «Puoi mangiare quello che vuoi, senza contare le calorie, se il pranzo lo ribalti», sostiene. Si inizia con un'insalata o altre verdure, poi si passa al secondo a piacere di proteine e grassi e si conclude con il primo (pasta o riso), i carboidrati. È la sua ricetta per non ingrassare, non avere attacchi di fame durante il giorno, sentirsi più carichi di energia e di buon umore; e soprattutto per evitare picchi di glucosio che portano le nostre cellule a quei processi infiammatori alla base di numerose patologie. Per Inchauspé «giudicare un cibo in base all'apporto calorico è come giudicare un libro in base al numero di pagine».

Quello che portiamo sulle nostre tavole è un tema di grande attualità, anche Matteo Salvini l'altro giorno al Villaggio di Coldiretti a Milano ha lanciato la proposta di un ministero del Cibo, che lo renda del tutto indipendente dall'Europa che

ci vorrebbe tutti sazi di cavallette o di carne sintetica e formaggi senza latte.

Torniamo alla "sovversiva" Jessie Inchauspé, diventata un'esperta di picchi glicemici dopo un grave incidente, a 19 anni, che le ha procurato una grave frattura alla schiena. «Ho subito un'operazione importante e ho sofferto per anni di fastidiosi postumi». E così mentre lavorava come biochimica a San Francisco testò un dispositivo per il monitoraggio dell'insulina e scoprì che gli attacchi d'ansia di cui soffriva avvenivano sempre dopo aver mangiato troppi zuccheri. «Avevo sempre collegato i picchi glicemici al diabete», confida Jessie ormai consapevole che la maggior parte delle sensazioni mentali e fisiche percepite nell'arco della giornata sono strettamente connesse a ciò che mangiamo giù. «Ogni volta che cominciavo a sentirmi stanca, spossata, incapace di concentrarmi il dispositivo indicava un picco glicemico», ricorda. «Quasi il 90% della popolazione soffre di un eccesso di glucosio nel sangue, e la mag-



gior parte nemmeno lo sa. I sintomi? Attacchi di fame, obesità, stanchezza cronica, sbalzi di umore, problemi alla pelle, invecchiamento precoce, infertilità e un aumento, nel tempo, del rischio di malattie infiammatorie come patologie cardiovascolari, cancro, Alzheimer e diabete». L'alimentazione influenza il benessere psicofisico, e se non corretta impedisce di svegliarsi in forma al mattino.

IL POTERE DELLE FIBRE

«La natura - scrive Inchauspé nel suo libro - voleva che consumassimo solo il glucosio contenuto nelle piante, perché nelle piante ci sono anche le fibre che ne rallentano l'assorbimento. Oggi, però, persino la frutta contiene più glucosio di un tempo (gliel'abbiamo aggiunto per renderla più dolce), e gli zuccheri abbondano in molti dei prodotti che troviamo al supermercato - dal pane allo yogurt, dai succhi di frutta ai cereali - nei quali la fibra «vie-

ne rimossa durante la produzione perché la sua presenza rende difficile la lunga conservazione». E dunque latte e cereali, e magari accompagnati da succo d'arancia, sono una combinazione "pericolosa". Dopo i pasti, la glicemia non dovrebbe aumentare più di 30 mg/dL: la colazione qui sopra procura un piccolo glicemico di 80 mg/dL ogni mattina. «So di dare un dispiacere agli italiani», ammette l'autrice, «però è meglio consumare una colazione salata, con grassi e proteine, perché l'importante è appiattire la curva glicemica». Altrimenti biscotti o merendine «ci farebbero sentire affamati poco tempo dopo e soprattutto stanchi per tutta la giornata. E se proprio volete concedervi un dolce, meglio un dessert a fine pasto di uno spuntino». In effetti anche la Regina a metà pomeriggio si concedeva piccoli sandwich ripieni di tonno e cetriolini. E a cena carne o pesce con verdure. Mai i carboidrati, i quali bisogna abituarci a "vestirli" cioè ad aggiungere a pasta o riso proteine o grassi e verdure, spiega l'au-

trice de "La rivoluzione del glucosio".

SPREMUTE E FRULLATI

Il piatto di riso in bianco, tanto sano non lo è, se lasciato da solo. Persino le spremute di arance e i frullati di frutta, che per anni abbiamo bevuto come fossero acqua santa, qualche difetto ce l'hanno. «La frutta va mangiata, non bevuta», sentenzia l'esperta di alimentazione «con la frutta intera che ha le fibre, glucosio e fruttosio vengono digeriti più lentamente e in minore quantità». La frutta sarebbe meglio a fine pasto. Anche se alcuni consigliano di mangiarla prima o all'inizio del pasto (per evitare la fermentazione), dal punto di vista glicemico l'ideale è assumerla dopo.

Insomma, la salute e la perdita di peso dipendono più dalle molecole e dall'ordine in cui vengono assorbite, piuttosto che dalle calorie assunte. Se a colazione non volete mangiare soltanto cibi salati, almeno iniziate sempre con le verdure. Se proprio non volete rinunciare al frul-

lato la quantità di frutta non deve superare quella consumata dopo il pasto e andrebbero aggiunte proteine (polvere di piselli, spirulina, clorella, semi, noci) e grassi buoni come avocado o olio di cocco. Al cioccolato non si rinuncia: attenzione però a non consumarlo da solo, meglio a fine pasto. Ai più coraggiosi, l'autrice suggerisce di bere un bicchiere di acqua con un cucchiaino di aceto di mele prima di pranzo e cena per ridurre l'assorbimento degli zuccheri. E venti minuti dopo aver terminato di mangiare di fare una passeggiata di 10 minuti. Almeno provateci...

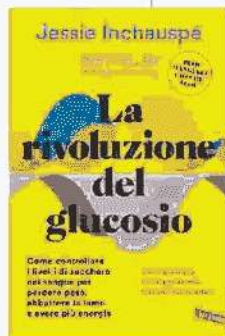
La scheda

LA RICETTA

■ Per non ingrassare, ridurre la stanchezza e migliorare l'umore, prima le verdure (le loro fibre rallentano il passaggio di glucosio nel sangue), poi le proteine, i grassi, i carboidrati e gli zuccheri per ultimi. Basta cambiare l'ordine di assorbimento per ridurre il picco di glucosio del 50%-70%.

LE CALORIE

■ Smettete di contare le calorie. La salute e la perdita di peso dipendono più dalle molecole e dall'ordine in cui vengono assorbite, piuttosto che dalle calorie assunte.



La copertina del libro



COVID A SCUOLA

Casi raddoppiati in 10 giorni I presidi: “Noi abbandonati”

L'abolizione delle mascherine e le classi pollaio all'origine del nuovo picco del virus
Colpiti soprattutto i bambini della fascia di età 6-13 anni. “E siamo solamente all'inizio”

Con la ripresa dell'anno scolastico, in appena dieci giorni i contagi da Covid tra i ragazzi sono raddoppiati e continuano ad aumentare. I dati confermano i dubbi espressi dai medici di base e dal personale dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl prima del ritorno tra i banchi. Del resto, non è stato fatto nulla per l'aerazione a scuola, il miglioramento dei trasporti locali e l'eliminazione delle classi-polla-

io. La settimana scorsa il ministro dell'istruzione Patrizio Bianchi, in occasione dell'inaugurazione del primo liceo digitale italiano a Roma, si è trovato a inaugurare una prima proprio di 30 alunni.

di **Clemente Pistilli**
● alle pagine 2 e 3

SCUOLA

Il ritorno del Covid “Casi raddoppiati negli ultimi 10 giorni”

Potente ripresa della circolazione del virus, specie tra i più piccoli
“Serve un programma di messa a norma delle nostre strutture”

di **Clemente Pistilli**

Con la ripresa dell'anno scolastico, in appena dieci giorni i contagi da Covid tra i ragazzi sono raddoppiati e continuano ad aumentare. I dati confermano i dubbi espressi dai medici di base e dal personale dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl prima del ritorno tra i banchi. Del resto, trascorsi due anni e mezzo dall'inizio della pandemia, non è stato fatto nulla per l'aerazione a scuola, il miglioramento dei trasporti locali e l'eliminazione delle classi-pollaio. Tanto che la settimana scorsa il ministro dell'istruzione Patrizio Bianchi, in occasione dell'i-

naugurazione del primo liceo digitale italiano a Roma, si è trovato a inaugurare una prima proprio di 30 alunni. E come se non bastasse i pediatri ora sono preoccupati di quella che i virologi chiamano la tempesta perfetta, data dalla circolazione contemporanea del coronavirus, dell'influenza australiana e degli altri virus respiratori.

Il 18 settembre scorso, tre giorni dopo l'inizio dell'anno scolastico, l'indice Rt nel Lazio era a 0,84 e il 25 settembre a 0,99. Il tasso di tamponi, sempre il 18 settembre, era a 7 per 1000 nella fascia 3-5 anni, quella dell'asilo, a 6,7 nella fascia 6-10 anni, a 6,8 in quella 11-13 e a 6,6 in quel-

la 14-18. Una settimana dopo, per l'asilo era a 9,9, nella scuola elementare a 11,8, dunque il doppio, a 12,1 nella scuola media, sempre quasi il doppio, e a 9,7 nella fascia 14-18 anni, quella delle scuole superiori.



Un trend chiaro guardando anche, in base agli ultimi dati resi disponibili dalla Regione Lazio, all'incidenza per 10mila. Il 18 settembre era a 17 nella fascia 3-5 anni, a 17,4 in quella 6-10, a 17,5 per quella 11-13 e a 13,4 per la fascia 14-18, mentre il 25 settembre è cresciuta a 24,7 per i bambini dai 3 ai 5 anni, a 31,2 nelle scuole elementari, a 29,2 nelle scuole medie e a 21,1 nelle scuole superiori. Un tasso di incidenza che, sempre tra il 18 e il 25 settembre, è passato in generale a Roma da 16,2 a 20,6 e che è più alto in provincia di Rieti, dove una settimana fa era a 37,2.

«Normale che la curva risalga - rasserena Teresa Rongai, pediatra e

segretario regionale della Federazione italiana medici pediatri - ci rasserena il fatto che i casi sono lievi e il più delle volte asintomatici». Preoccupano però i troppi virus in circolazione. «I bambini - precisa la rappresentante della Fimp - stanno avendo forme più importanti di gastroenteriti, otiti e ci aspettiamo a breve anche bronchioliti. Per questo, visto che arriverà anche l'influenza, stiamo puntando sulla campagna vaccinale». Rimedi? «Serve un programma di messa a norma igienico-ambientale delle scuole». Proprio quello che non è stato fatto.

“L'aumento era inevitabile, ci preoccupano però anche le altre infezioni in corso”



TERESA RONGAI
SEGRETARIA DELLA
FEDERAZIONE
PEDIATRI

