



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

28 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



OMCeO Catania, riconfermati i presidenti La Mantia e Marcone

Rispettivamente restano alla guida dell'Ordine dei Medici Chirurghi e dell'Albo degli Odontoiatri.

È difficile vincere. Lo è ancor di più riaffermarsi. Ci sono riusciti **Igo La Mantia** e **Gian Paolo Marcone**, che due anni fa avevano ricevuto il primo endorsement da parte dei colleghi della provincia di Catania e che hanno bissato con un'altra importante conferma elettorale. I **Medici e gli Odontoiatri** della provincia di Catania sono stati chiamati alle urne per eleggere il nuovo **Consiglio direttivo**, i componenti della Commissione Albo degli Odontoiatri e il Collegio dei Revisori. Il quorum di partecipazione è stato raggiunto sia tra gli elettori per il Consiglio direttivo dei medici (2177 votanti) che per i componenti della Commissione Albo degli Odontoiatri (630).

Igo La Mantia è stato riconfermato presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Catania, Gian Paolo Marcone guiderà ancora l'Albo degli Odontoiatri. Insieme a loro, è stata eletta la nuova squadra che rappresenterà la categoria nel quadriennio 2023-2026.

Nella lista denominata ORDINE, oltre a Igo La Mantia, i medici della provincia di Catania hanno eletto i Consiglieri: Giuseppe Liberti, Salvatore Iannuzzi, Adriana Di Gregorio, Alfio Saggio, Gianfranco Di Fedè, Sebastiano Ferlito, Elisa Battaglia, Nino Gurgone, Santo Bonanno, Salvatore Martino Curatolo, Marcello Scifo, Nino Di Guardo, Giuseppe Antonio Luigi Distefano, Thomas Piticchio. I componenti del **Collegio dei Revisori**, eletti nella stessa lista denominata ORDINE, saranno: Nicolò Sofia, Ermanno Vitale; supplente Antonio Fusco. Della Commissione Albo Odontoiatri, per la lista denominata **"NOI ODONTOIATRI"**, oltre al presidente Gian Paolo Marcone, sono stati eletti anche Ezio Nunzio Campagna, Andrea Mangiameli, Giovanni Barbagallo, Maria Laura Leotta.

«**2177 volte** grazie a tutti coloro che ci hanno sostenuto- dichiara **La Mantia**– Etica, deontologia, formazione: saranno questi i cardini del nostro mandato. La fiducia che ci è stata accordata ci inorgoglisce e ci spinge a continuare il lavoro intrapreso 24 mesi fa. Ci sforzeremo di fare sempre meglio. Nelle settimane che hanno preceduto le elezioni abbiamo incontrato parecchi colleghi, ascoltando le loro necessità: **lavoreremo insieme** per tutelare la professione, i medici e i pazienti. L'ennesima aggressione al pronto soccorso pediatrico dell'ospedale San Marco ci spinge ancora una volta a riflettere sulla sicurezza e sulla necessità di reclamare nuove misure per svolgere il nostro lavoro al meglio. Crediamo fortemente che serva proseguire il **dialogo con le istituzioni** e lo faremo difendendo le istanze di chi avrà bisogno. È fondamentale la presenza capillare sul territorio e con la nostra squadra faremo in modo di essere sempre più presenti: lavoreremo in sinergia, mettendo "ORDINE" in un contesto ancora d'emergenza. Consentitemi infine di ringraziare, chi con la sua



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

presenza alle urne mi ha commosso, mi riferisco al prof. **Salvatore Castorina**, 94 anni: un'icona della medicina catanese che con spirito di abnegazione e di attaccamento all'Ordine ha partecipato alle votazioni».

«**Ringrazio i colleghi Odontoiatri** (630 su 1109 iscritti) per l'affettuosa partecipazione al voto per il rinnovo della Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCEO di Catania – commenta **Gian Paolo Marcone**– La grande affluenza (63%) testimonia l'apprezzamento verso il nostro operato. La categoria è compatta, questo ci permette di continuare il lavoro intrapreso. **Punteremo sull'aggiornamento** continuo dei professionisti perché lo riteniamo fondamentale per la tutela dei cittadini; sulla lotta all'abusivismo e a tutte le attività illecite che procurano nocimento alla salute dei pazienti. Vigileremo affinché venga prodotta una **corretta pubblicità sanitaria** da parte dei colleghi e metteremo in atto tutte le azioni necessarie per migliorare l'**assistenza odontoiatrica** pubblica e privata. Tutto questo, verrà svolto in collaborazione con le istituzioni sanitarie e gli enti locali, e continuando a operare all'interno dell'Ordine in armonia con la componente medica, in rapporto di pari dignità tra le due professioni».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Iss, incidenza cala a 374 da 448. Rt a 1,11 da 1,27

28 Ottobre 2022



(ANSA) - ROMA - **In calo l'incidenza settimanale dei casi di Covid-19 a livello nazionale a 374 casi ogni 100.000 abitanti** (20/10/2022 -26/1/2022) da 448 ogni 100.000 abitanti (14/10/2022 - 20/10/2022). Nel periodo 5-18 ottobre , **l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 1,11** (range 1,00-1,23), in diminuzione rispetto alla settimana precedente (1,27) e superiore al valore soglia. **L'indice di trasmissibilità basato sui** casi con ricovero ospedaliero diminuisce a 0.94 e si trova sotto la soglia epidemica.

Il tasso di occupazione nelle terapie intensive scende al 2,2% (rilevazione giornaliera Ministero della Salute al 27 ottobre) da 2,4% (al 20 ottobre) e anche nelle aree mediche Il tasso di occupazione a livello nazionale scende al 10,8% (rilevazione giornaliera ministero della Salute al 27 ottobre) dall'11,0% (al 20 ottobre).

La percentuale dei casi rilevati attraverso l'attività di tracciamento dei contatti è stabile rispetto alla settimana precedente, con il valore di 9,9% da 10,5%. Stabili anche la percentuale dei casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi, a 54,9% da 54,7%, e la percentuale dei casi diagnosticati attraverso attività di screening, a 35,2% da 35%.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Fisioterapia. Al via domani a Palermo il Congresso dell'Aifi

Il presidente Cecchetto: “Domani e sabato approfondiremo prima la long term care delle disabilità persistenti e progressive secondo il ‘Chronic Care Model’; poi la prevenzione, con un focus particolare sull’educazione terapeutica. Nella seconda giornata approfondiremo con diversi esperti la multiprofessionalità”. Quindi sui contratti: “Inaccettabile vi siano colleghi pagati pochi euro all’ora”.



‘Fisioterapia e prossimità, le nuove sfide: il futuro, oggi’. È il titolo del Congresso organizzato dall’Associazione Italiana di Fisioterapia (AIFI), di scena al San Paolo Palace Hotel di Palermo da domani a sabato 29 ottobre. Oltre 250 tra fisioterapisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici palliativisti, relatori nazionali e internazionali, si sono dati appuntamento nel capoluogo siciliano per prendere parte e confrontarsi nel 2° evento internazionale promosso da AIFI dalla sua completa trasformazione in Associazione Tecnico Scientifica.

Una due giorni ricca di contenuti scientifici di altissima qualità e di numerose tematiche quella in programma nel capoluogo siciliano: dalle recenti acquisizioni in fisioterapia nelle disabilità croniche e degenerative in diversi ambiti clinici alla prevenzione ed educazione terapeutica in fisioterapia nel territorio, dalla teleriabilitazione e nuove tecnologie in fisioterapia alle tecnologie assistive e abilitative per pazienti ad alta disabilità ai modelli organizzativi innovativi nella fisioterapia territoriale, fino alla multiprofessionalità, multidisciplinarietà e continuità di cura territorio-ospedale-territorio e all’innovazione didattica e formativa in fisioterapia. All’International Scientific Congress AIFI 2022 di Palermo prenderanno parte anche esponenti del mondo dell’urologia,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

dell'ortopedia e della fisioterapia, "alcune delle tante società scientifiche- rende noto il Consiglio Direttivo di AIFI- con cui abbiamo intrapreso cammini comuni".

Un appuntamento finalmente in presenza, dopo due anni di pandemia, in cui spicca la Tavola Rotonda di sabato mattina dal titolo 'Multiprofessionalità e multidisciplinarietà nella continuità di cura territorio-ospedale-territorio: tra DM77, realtà quotidiana e prospettive realistiche'. Un Congresso nel quale il Presidente AIFI, **Simone Cecchetto**, ripone grandi aspettative. "Da questa due giorni- spiega all'agenzia Dire- ci aspettiamo di aprire nuove strade di studio, di ricerca e di formazione per poter migliorare sempre di più le strategie che abbiamo a disposizione per rispondere sempre meglio ai bisogni dei cittadini". "I nuovi modelli di assistenza territoriale proposti dal DM 77 e, più in generale, dal Pnrr- continua- spostano l'attenzione dell'ospedale al territorio. Siamo convinti che la Fisioterapia abbia molto da dire e dare ai nuovi modelli di assistenza territoriale".

"Domani e sabato- sottolinea Cecchetto- approfondiremo prima la long term care delle disabilità persistenti e progressive secondo il 'Chronic Care Model'; poi la prevenzione, perché la fisioterapia non è solo riabilitazione ma è anche prevenzione, valutazione, cura e palliazione, con un focus particolare sull'educazione terapeutica". "Nella seconda giornata- prosegue Cecchetto- approfondiremo con diversi esperti la multiprofessionalità attraverso la quale affrontare le situazioni più complesse per poi allargare lo sguardo, nelle parallele, alle nuove tecnologie in fisioterapia, alle tecnologie assistive nelle gravi disabilità e ai nuovi modelli organizzativi. Concluderemo con le innovazioni nella formazione che possono accompagnare questo cambiamento culturale e organizzativo che ci si prospetta innanzi". Simone Cecchetto accende poi i riflettori sul titolo del Congresso. "Fisioterapia e prossimità, le nuove sfide: il futuro, oggi' nasce dal desiderio di ragionare insieme e trovare insieme nuove forme di approccio alle disabilità persistenti e progressive, consapevoli che il modello finora vissuto in Italia, molto ospedalocentrico, fatto in gran parte di estemporanei cicli di prestazioni, è un modello che, quasi sicuramente, non riesce a rispondere ai bisogni delle persone con disabilità persistenti e progressive che hanno bisogno di strategie innovative e nuovi modelli di intervento, con nuove forme di esercizio terapeutico, supportate anche dalle nuove tecnologie". Palermo raccoglie il testimone di Verona 2021: la città scaligera aveva infatti ospitato l'ultima edizione del Congresso targato AIFI. Una scelta, quella di organizzare il Congresso in Sicilia, motivata da due precise ragioni. "La prima - spiega Cecchetto- è per dare un riconoscimento al grande e bel lavoro svolto dalla Sezione territoriale Sicilia nel primo anno di vita della nuova AIFI come società scientifica, sviluppando anche una ottima collaborazione con la Commissione d'Albo dei Fisioterapisti della regione". Il secondo motivo è legato ad un particolare episodio. "Lo scorso anno- ricorda- proprio la Sicilia fu teatro di una grande e importante protesta di fisioterapisti, dipendenti di cooperative, gravemente sottopagati.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Portare il Congresso Nazionale in queste terre vuole voler dare anche un altro messaggio: la professionalità che ogni giorno i fisioterapisti mettono nel migliorare la qualità di vita delle persone con gravi disabilità richiede il giusto riconoscimento economico. È un inaccettabile atto di profondo disprezzo verso la nostra Scienza e la nostra Professione che vi siano colleghi pagati pochi euro all'ora. 'Produciamo' salute, non 'produciamo' sedute: e il nostro produrre salute si fonda su capacità frutto di studio, di ricerca e di aggiornamento continuo, capacità elevate che richiedono il giusto compenso". La scelta di far svolgere il Congresso AIFI 2022 a Palermo non può che rendere felice il coordinatore della sezione territoriale Sicilia di AIFI e Presidente del Comitato organizzatore del Congresso, **Giuseppe Enea**. "Per tutti noi- dice orgoglioso il fisioterapista- questo evento rappresenta una opportunità per rilanciare l'immagine della Sicilia e di Palermo nell'ambito di una vetrina importante come il Congresso Scientifico. È una vetrina di accoglienza, una vetrina che dà la possibilità di confronto e di relazione con le altre realtà della fisioterapia". "L'evento- continua Enea- rappresenta davvero una opportunità di crescita, sia per il territorio, sia per quanto riguarda la disciplina che accoglierà tanti professionisti, con i quali ci confronteremo sull'evoluzione della fisioterapia". "Il Congresso AIFI vanta la presenza di personalità scientifiche nazionali e internazionali di altissimo livello", tiene a rimarcare il Presidente del Comitato Scientifico del Congresso, Davide Cattaneo, spiegando che "a Palermo interverrà anche **Marcia Finlayson**, Decano del corso di laurea del corso occupazionale alla Queen's University, in Canada, che ci parlerà di metodi avanzati di trattamenti di tipo comportamentale. Ci saranno però anche esperti nazionali, professori di fisioterapia, fisiologi, bioingegneri, quelle figure che testimoniano come la riabilitazione sia, di fatto, uno scenario molto ampio e che la collaborazione con le altre figure professionali, sia mediche che non mediche, sia veramente fondamentale per la ricerca". Con il Presidente del Comitato Scientifico del Congresso il discorso verte poi sul tema della formazione universitaria per la fisioterapia, "passaggio obbligato per tutte le scienze cliniche mature- afferma Cattaneo- ovvero tutte quelle discipline che fondano i loro approcci sull'Evidence based practice. Chiaramente, la 'Evidence-based practice' richiama una formazione che deve essere di ottimo livello, che solo l'Università può fornire". "Molti colleghi- aggiunge Cattaneo- hanno intrapreso percorsi di dottorato di ricerca in varie discipline, dalla bioingegneria alle neuroscienze, tanti campi che sostengono e arricchiscono il vasto mondo della Fisioterapia. Questo è fondamentale perché, di fatto, il dottorato di ricerca apre la possibilità di fare la carriera universitaria, poiché con un dottorato di ricerca, il giusto numero di pubblicazioni e di altri indicatori scientifici è possibile adesso accedere alla carriera universitaria e questo è un aspetto importantissimo per la crescita della professione". "In questo primo Congresso- dice infine- molti dei relatori hanno perseguito con convinzione queste strade, alcuni sono ormai diventati professori, altri si accingono a intraprendere la carriera universitaria".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il pensiero di Cecchetto a Schillaci

L'International Scientific Congress AIFI 2022 si tiene a pochi giorni dalla composizione del nuovo Governo e dalla nomina del neo Ministro della Salute. Il presidente AIFI, Simone Cecchetto, rivolge un pensiero ad **Orazio Schillaci**. "Il miglioramento continuo del Servizio sanitario nazionale passa attraverso la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie e delle diverse discipline. Questa valorizzazione- conclude- oltre che sul piano contrattuale e sul piano organizzativo, dovrebbe prevedere anche il sostegno convinto allo sviluppo delle nostre discipline nel mondo accademico, prevedendo in tutte le Università posti di ricercatore e poi professore nel nostro settore scientifico disciplinare assegnati a professionisti sanitari della riabilitazione. Lo sviluppo scientifico e lo sviluppo professionale camminano insieme, crescono insieme: e insieme perseguono il fine primo di rispondere al meglio ai bisogni dei cittadini. E riponiamo grande fiducia, quindi, nel nuovo Ministro della Salute che, provenendo da questo mondo, conosce molto bene questo binomio inscindibile e ci auguriamo che possa dare una svolta importante anche su questo versante. Da parte nostra assicuriamo fin d'ora la massima collaborazione. Solo insieme possiamo vincere le sfide che attendono il Sistema Salute".

La linea di Schillaci: oggi il Covid è diverso togliamo le restrizioni

Il ministro della Salute: tempi più brevi per l'isolamento

ROMA A quasi tre anni dall'inizio del primo lockdown imposto dal Covid (8 marzo 2020), a breve assisteremo probabilmente all'annullamento delle poche restrizioni rimaste. «Al ritorno a una maggiore liberalizzazione», come ha dichiarato ieri il nuovo ministro della Salute, Orazio Schillaci. E non è tutto.

La Lega spinge per congelare fino a giugno le multe da 100 euro comminate agli over 50 che non si sono vaccinati entro il 15 giugno, compresi quelli che hanno saltato la terza dose. Il ministro per i rapporti col Parlamento Luca Ciriari fa sapere che nel decreto Aiuti, in discussione in commissione speciale, ci sarà un emendamento. Il termine per presentarlo scade oggi.

Un cambio di rotta annunciato e rapido. Il governo Meloni ha lasciato intendere di essere contrario a continuare lungo la strada degli obblighi. Ormai, d'altra parte, restava

ben poco di quelli previsti dal precedente esecutivo. Oggi le mascherine sono ancora necessarie nelle strutture sanitarie, per medici e visitatori, e nelle residenze sanitarie per anziani dopo essere state dismesse sui mezzi di trasporto pubblici, aereo e treni. E poi c'è la questione dell'isolamento per i positivi, che al momento dura un minimo di cinque giorni se il tampone risulta negativo. Anche questo limite potrebbe essere rivisto.

Il radiologo esperto di medicina nucleare, che tre giorni fa si è insediato sul lungotevere Ripa prendendo il posto di Roberto Speranza, non ha perso tempo. In occasione dell'inaugurazione dell'anno accademico dell'università di Tor Vergata, di cui è stato preside della facoltà di Medicina e chirurgia e poi rettore, Schillaci ha espresso il suo pensiero: «Adesso vediamo. Stiamo riflettendo, sempre

nel rispetto dei pazienti. Oggi l'infezione da virus Sars-CoV-2 è completamente diversa da quella che c'era una volta e quindi stiamo lavorando per fare in modo che man mano ci possa essere un ritorno a una maggiore liberalizzazione». Al primo posto viene l'attenzione per i pazienti oncologici affinché «possano avere una sanità migliore, più equa, che non dipenda dalla disponibilità economica né da dove si nasce e si abita». Il riferimento è alla disegualianza prodotta da tanti sistemi regionali che oggi offrono tipi di assistenza diversi sul piano della qualità tanto che, come rileva uno studio dell'agenzia per i servizi sanitari regionali, l'Agenas, è ancora evidente il fenomeno della mobilità. In tanti cercano cure migliori lontano da casa. Vecchio problema. Così come lo sono tutte le «pecche» elencate di nuovo dal premier Meloni nel discorso

al Senato: applicazione dei Lae (i livelli essenziali di assistenza, cioè le prestazioni cui tutti i cittadini hanno uguale diritto) che cambia a seconda della geografia. Schillaci in una dichiarazione al *Corriere* aveva già indicato il suo favore all'istituzione di una Commissione che indaghi sulla passata gestione del Covid. In altre parole, sembra proprio di essere di fronte a un cambio di rotta perlomeno nell'approccio alla pandemia i cui numeri stanno scendendo. La curva dei contagi è in flessione, non si è visto un nuovo, temuto aumento di ricoveri in terapia intensiva. L'EMA, l'agenzia europea del farmaco, prevede una nuova ondata fra qualche mese che potrebbe essere causata dall'ennesima variante del virus. Però a proteggere ci sono i vaccini.

Margherita De Bac

La richiesta leghista

«Congelare le multe agli over 50 che non si sono vaccinati entro il 15 giugno»



La lotta al Covid

Il governo congela le multe ai No Vax Via le mascherine da ospedali e Rsa

Meloni vuole un super consulente da affiancare al ministro della Sanità su strategie e investimenti tra gli obiettivi da attuare la ventilazione meccanica dentro scuole, uffici e mezzi di trasporto

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

Il governo non passa all'incasso del milione e 800 mila multe da 100 euro pronte ad essere spedite agli ultracinquantenni No Vax e si appresta dal 1° novembre a tirare giù le mascherine dagli ultimi luoghi dove erano ancora obbligatorie: ospedali, Rsa, ambulatori e centri diagnostici. Una discontinuità alla quale a breve potrebbe far seguito anche il rafforzamento della squadra «sanitaria», con la nomina di un super consulente a Palazzo Chigi in grado di supportare il governo nella realizzazione di piani e investimenti dal peso più politico che squisitamente tecnico-sanitario. Perché va bene cancellare obblighi e restrizioni, ma nessuno vuole farsi trovare impreparato se il virus sotto qualche nuova forma di variante rialzasse la testa o se spuntassero nuove minacce pandemiche. Per questo Giorgia Meloni vuole mettere in pra-

tica uno dei punti cardine del programma di maggioranza sulla sanità, quello che prevede la realizzazione del piano per la ventilazione meccanica in scuole, uffici e mezzi di trasporto, così da bloccare la diffusione del virus, come se non meglio che attraverso l'uso delle Ffp2. Interventi che richiedono risorse, per le quali ci sarà da battere con la Lega, visto che Giorgetti all'Economia ha altre priorità, come l'estensione della flat tax per le partite Iva fino a 10 mila euro di reddito e il superamento della Fornero per le uscite anticipate dal lavoro. Per questo il neo-ministro tecnico della Salute, Orazio Schillaci, potrebbe aver bisogno di un supporto nella stanza dei bottoni. Il nome di chi dovrà coprirgli le spalle ancora non c'è, ma l'identikit è già stato tracciato: uno che conosca la sanità per averla toccata con mano, ma che abbia anche dimistichezza con la politica.

Intanto il titolare della salute ha deciso che non rinnoverà l'ordinanza in scadenza il 31 ottobre che obbliga a indossare le Ffp2 negli ospedali e in tutte le strutture sanitarie, Rsa comprese. Anche se per queste

ultime, vista l'estrema fragilità degli anziani ospiti, non sono esclusi ripensamenti, visto che fino a oggi ben pochi medici ed esperti hanno contestato la necessità di proteggere con le mascherine una popolazione fragile com'è quella di chi si trova in un letto d'ospedale o, peggio, di una residenza socio-sanitaria.

Ma che si voglia cambiare passo lo ha detto a chiare lettere lo stesso Schillaci nella sua prima uscita pubblica a margine dell'inaugurazione dell'anno accademico della sua ormai ex università di Tor Vergata: «Oggi la malattia è completamente diversa da quella che c'era una volta e quindi stiamo vedendo di fare in modo che man mano ci possa essere un ritorno a una maggiore liberalizzazione. Quello che mi preme - ha aggiunto - è che tutti i malati che sono rimasti indietro in questi anni, penso alla prevenzione, agli screening e ai malati oncologici, possano finalmente avere una sanità migliore, più equa». Porte aperte poi alla commissione parlamentare d'inchiesta sulla gestione dell'emergenza Covid. «È utile fare chiarezza su quan-

to successo dal punto di vista amministrativo, come detto dal presidente del Consiglio. Tutte le forze politiche sono d'accordo. Anche perché - ha concluso - sul piano degli acquisti credo sia corretto dare un segnale ai molti malati che i soldi pubblici vengono spesi in modo corretto».

Riguardo alle mascherine nei luoghi di lavoro fino al 31 ottobre sono fortemente raccomandate dal protocollo di sicurezza, che le parti discuteranno il 4 novembre, lasciando probabilmente che anche in futuro siano i datori di lavoro liberi di chiedere se indossarle.

Intanto la Lega preme per il colpo di spugna sulla multa da 100 euro pronte ad essere spedite dal prossimo mese al milione e 800 mila over 50 che fino al 15 giugno scorso non erano in regola con la vaccinazione anti Covid, terza dose compresa. Il ministro per i rapporti con il Parlamento, Luca Ciriacci, non parla però di annullamento ma solo di rinvio, con un emendamento al decreto aiuti ter. Un congelamento che sa già di ibernazione. —

31/10

La scadenza dell'obbligo di Ffp2 nelle strutture sanitarie non sarà rinnovato

1,8

Milioni, le sanzioni da 100 euro agli over 50 non vaccinati che saranno congelate

84,36%

La percentuale di vaccinati in Italia (49,99 milioni di persone)



Il post pandemia

Covid, svolta in ospedale: parenti senza mascherine Tornano i medici No vax

► Il ministro Schillaci: il virus è cambiato ► Dal primo novembre per accedere si possono allentare le misure di sicurezza alle corsie non servirà più il tampone

IL CASO

ROMA «Oggi la malattia è completamente diversa da quella che c'era una volta e quindi stiamo vedendo di fare in modo che man mano ci possa essere un ritorno ad una maggiore liberalizzazione». Orazio Schillaci, neo ministro della Salute, ex rettore dell'Università Tor Vergata di Roma ed esperto del comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità dal 2020, sul Covid prepara a un allentamento delle regole. I primi effetti li vedremo in ospedale, dove per entrare, magari per fare visita a un familiare, non saranno più necessarie le mascherine (sia pure con delle eccezioni). L'ordinanza del ministro precedente, Roberto Speranza, che regola questa materia, scade il 31 ottobre. Era stata decisa una proroga di un mese, senza andare oltre, proprio per rispettare poi le decisioni del successore. Speranza aveva scritto: «È fatto obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie ai lavoratori, agli utenti e ai visitatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese le strutture di ospitalità e lungodegenza, le residenze sanitarie assistenziali, gli hospice, le strutture riabilitative, le strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti». E precisava: «La presente ordinanza produce effetti dal 1° ottobre 2022 al 31 ottobre 2022».

SCELTE

Mancano dunque pochi giorni alla scadenza del provvedimento e ieri, in occasione dell'inaugurazione dell'anno accademico

dell'Università di Tor Vergata, a Roma, i giornalisti hanno chiesto a Schillaci: prorogherete l'obbligo di mascherina negli ospedali? Il ministro è stato prudente nella risposta, ma ha fatto capire che l'orientamento è quello di un alleggerimento delle regole:

«Adesso vediamo, ci stiamo lavorando sempre nel rispetto dei pazienti». Significa che potrebbero restare alcuni paletti per situazioni particolari - se vado ad esempio a fare visita a un familiare ricoverato immunodepresso - ma in linea di massima l'ordinanza di Speranza non sarà prorogata in quei termini. Dice una fonte della maggioranza di centrodestra: «I tempi sono cambiati, dal punto di vista epidemiologico, di certo ora andremo a una liberalizzazione. Sarà una ordinanza "aperturista", anche se ancora deve essere definita nei dettagli». Nelle Regioni ci sono perplessità, anche alla luce dell'ultimo documento dell'Emilia che preannuncia una nuova ondata a causa delle sotto varianti in arrivo. L'Emilia-Romagna si affiderà a una «forte raccomandazione all'uso delle mascherine in corsia». Il Lazio, dice l'assessore alla Salute, Alessio D'Amato, cercherà di sensibilizzare co-

munque sull'importanza dei dispositivi di protezione in ospedale: «Non è il momento migliore per eliminarli proprio dove ci sono i soggetti più fragili. Non solo in chiave anti Covid, ma ad esempio anche per evitare la diffusione dell'influenza. Stiamo parlando di un ospedale, per i visitatori non è comunque un grande sacrificio». L'altra novità in arrivo è il ritorno al lavoro di medici e infermieri che erano stati sospesi perché si erano rifiutati di vaccinarsi.

LINEA

Dalla maggioranza di centrodestra ci sono forti spinte perché sia anticipato il loro rientro, tenendo conto che la norma in vigore estende fino al 31 dicembre l'obbligo di vaccinazione per gli operatori sanitari. Il provvedimento di sospensione della regola è scontato e, precisano fonti della maggioranza, non si tratta di una linea "no Vax", ma della presa atto che ci sono carenze negli organici e che la stragrande maggioranza degli operatori



si è vaccinata. «E comunque la fase emergenziale è cessata». La legge in vigore ha prorogato fino al 31 dicembre la necessità del Green pass rafforzato (o del test antigenico) per fare visita a un familiare in una Rsa o in un reparto di degenza in ospedale. L'applicazione di questa regola, con il tempo è diventata meno rigorosa, ed è molto probabile che sarà anticipata la sua cessazione. Si legge sul sito istituzionale del governo nella parte dedicata all'uso della certificazione verde: fino al 31 dicembre è richiesta per «l'accesso dei visitatori ai reparti di degenza delle strutture

ospedaliere, alle strutture residenziali, socioassistenziali, socio-sanitarie e hospice». Anche su questo è in corso una riflessione, ma è scontata la sua eliminazione.

**Mauro Evangelisti
Fabio Rossi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'OBBLIGO DELLE
PROTEZIONI RESTERÀ
SOLTANTO NEI REPARTI
IN CUI SONO
RICOVERATI I PAZIENTI
IMMUNODEPRESSI**



A TOR VERGATA IL DEBUTTO DELL'EX RETTORE

La prima uscita pubblica di Orazio Schillaci come ministro è stata "a casa": ieri ha inaugurato l'anno accademico di Tor Vergata, l'ateneo di cui è stato Rettore fino all'altroieri, quando si è dimesso dopo la nomina nell'esecutivo



I BANCHI A ROTELLE

L'acquisto dei banchi a rotelle voluto dall'allora ministra Azzolina simbolo degli sprechi



LE PRIMULE DI ARCURI

Le "primule" secondo Arcuri dovevano ospitare la campagna vaccinale: un progetto inutile



LE MASCHERINE

Diverse truffe in Italia (una anche nel Lazio) su approvvigionamento e prezzi delle mascherine



I CAMICI

Molti guai nella corsa all'acquisto dei camici: una inchiesta ha interessato la Lombardia



Sanità, subito l'addio alle mascherine Servono 3 miliardi per Covid e bollette

La nuova strategia

Il 31 ottobre scade l'obbligo in ospedale. Nei luoghi di lavoro decidono le aziende

Marzio Bartoloni

Il primo segnale di frattura rispetto al passato sarà quasi sicuramente l'addio a ogni obbligo di indossare la mascherina. Il nuovo ministro della Salute Orazio Schillaci, medico ed ex rettore dell'università di Tor Vergata, a meno di sorprese non firmerà la proroga dell'ordinanza con l'ultimo obbligo a indossare le mascherine e cioè quello vigente fino al prossimo 31 ottobre in ospedali, strutture sanitarie e Rsa. Un obbligo che era stato prorogato l'ultima volta dall'ex ministro Speranza a fine settembre. Anche sui luoghi di lavoro, visto che entro il 31 ottobre non sono previsti aggiornamenti (le parti sociali sono state convocate dal Governo solo il 4 novembre) la mascherina resterà raccomandata lì dove le aziende lo richiederanno con i loro protocolli aziendali.

L'idea di fondo è quella di andare

verso una raccomandazione generale a usarla quando ci sono assembramenti in luoghi chiusi, una linea senza più obblighi ma richiami alla responsabilità individuale che dovrebbe ispirare un po' tutta la nuova strategia della lotta al Covid del Governo Meloni: «Oggi la malattia da Covid è completamente diversa da quella che

c'era una volta e quindi stiamo vedendo di fare in modo che man mano ci possa essere un ritorno ad una maggiore libertà», ha detto ieri il neo ministro Schillaci. Che promette ora di volersi concentrare sulle liste d'attesa e il recupero delle prestazioni saltate durante la pandemia. Ma senza mettere da parte le questioni più importanti legate al Covid, compresa l'intenzione di mettere la gestione passata sotto la lente con una commissione d'inchiesta che è stata evocata per prima dalla stessa premier: «È utile fare chiarezza su quanto successo dal punto di vista amministrativo». «Sul piano degli acquisti, per esempio - continua Schillaci - credo sia corretto per dare un segnale ai molti malati che i soldi pubblici vengono spesi in modo corretto».

Fin qui le prime misure sul Covid - prestissimo potrebbero seguire l'abolizione del bollettino quotidiano e lo stop alla quarantena per i positivi asintomatici - perché il ministro Schillaci dovrà aprire presto anche altri dossier. Tra questi uno dei più urgenti è quello per coprire le spese extra sostenute dalle Regioni per il Covid e ancora non coperte e quelle più recenti per pagare il caro bollette degli ospedali.

Le cifre ballano oltre i 3 miliardi visto che le spese non coperte nel 2021 sono state certificate dal Mef in

3,8 miliardi. A questo va aggiunto oltre 1 miliardo per il caro bollette degli ospedali (cifra tra l'altro che potrebbe essere sottostimata). Finora il Governo tra decreto aiuti ter, assestamento di bilancio e altre misure ha stanziato 1,6 miliardi, mancano dunque all'appello oltre 3 miliardi. A ribadire la necessità di un intervento immediato del Governo è Raffaele Donini, assessore dell'Emilia e coordinatore degli assessori alla Salute delle Regioni: «Va detto con chiarezza che nessuna Regione deve andare in piano di rientro perché non è riuscita a pagare le bollette o le spese Covid. Poi è necessario che i fondi in più siano distribuiti in base ai reali fabbisogni e non solo in base alla popolazione e infine - conclude Donini - se non sarà possibile coprire tutte le spese extra va consentito alle Regioni di poter attivare dei piani di ammortamento spalmato in più anni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ORAZIO SCHILLACI
Per il nuovo ministro della Salute Orazio Schillaci la malattia da Covid è cambiata e dunque bisogna ritornare ad una maggiore libertà.



Covid, indietro tutta

Da novembre stop alle mascherine in ospedali e Rsa. Il ministro Schillaci: "Malattia cambiata, ora maggiore libertà"
Il governo pronto a cancellare le sanzioni ai NoVax over 50. A gennaio fine dell'obbligo di vaccino per i medici

di Amato, Bocci, Ciriaco, Dusi, Ferro, Occorsio e Vitale • da pagina 2 a pagina 7

Sanità

Via mascherine e multe ai No Vax il governo cancella il Covid

Da novembre lo stop alle protezioni in ospedali e rsa. Il ministro Schillaci: "Torniamo a una maggiore liberalizzazione"
Un emendamento per condonare le sanzioni agli over 50 non vaccinati. E da gennaio niente più obbligo per i medici

di Michele Bocci

Parte da mascherine, multe e obbligo di vaccino per i lavoratori della sanità la corsa del centrodestra allo smantellamento delle regole anti Covid. Le poche che sono rimaste. È proprio il neo ministro alla Salute Orazio Schillaci a dare il via ai cambiamenti, mettendo come sigillo una giustificazione di carattere sanitario. «Oggi la malattia è completamente diversa da quella che era una volta e quindi stiamo vedendo di fare in modo che ci possa essere il ritorno a una maggiore liberalizzazione», ha detto ieri mattina durante le celebrazioni dei 40 anni dell'ateneo dove era rettore fino a pochi giorni fa, cioè Tor Vergata a Roma.

Per liberalizzare, Schillaci sarebbe intanto pronto ad abolire l'obbligo di mascherina per chi entra nelle strutture sanitarie, cioè ospedali, ambulatori e residenze per anziani. Non deve fare niente perché le Ffp2 non vengano più utilizzate. Il primo novembre, infatti, scade l'ordinanza che ha introdotto la misura, prorogata di un mese dal suo predecessore Roberto Speranza. Quindi l'ultima imposizione che riguarda le protezioni del viso è destinata a scomparire automaticamente, a meno che non venga fatto un nuovo atto. «Adesso vediamo, stiamo lavorando e riflettendo, sempre nel rispetto

dei pazienti», ha spiegato.

Non è una posizione comodissima quella di Schillaci. Nel mondo della sanità in tanti vedono positivamente l'uso delle mascherine nei luoghi dove si trovano le persone più fragili. «Servirebbero anche se non ci fosse il Covid, per proteggere i pazienti dalle altre infezioni», è il refrain di molti tecnici. Quindi non è escluso che nei pochi giorni che mancano alla scadenza il ministro decida magari di mantenere le Ffp2 in certi reparti, dove ci sono le persone più a rischio. Il punto è che la sua maggioranza vuole subito segnare la discontinuità rispetto alla gestione precedente e in molti non vedrebbero bene una nuova ordinanza proprio all'avvio del mandato del governo. Che Lega e Fratelli d'Italia puntino a mettere in discussione tutta la gestione del Covid (che comunque il partito di Salvini ha contribuito a organizzare in Lombardia e pure al governo) è dimostrato dalla richiesta dell'inchiesta parlamentare.

«È utile fare chiarezza su quanto successo dal punto di vista amministrativo, come detto dal presidente del Consiglio – commenta Schillaci – Tutte le forze politiche sono d'accordo». Anche Pd e il Terzo polo in effetti hanno comunicato di essere pronti a partecipare alla commissione.

Ma sono anche altre le misure che avranno vita breve. Ieri sia la Lega che Fdi, con il ministro per i rapporti con il Parlamento Luca Ciriaco, sono andati all'attacco delle multe per gli over 50 che non hanno concluso il primo ciclo vaccinale entro il 15 giugno. Saranno intanto sospese o addirittura cancellate, probabilmente con una norma nel decreto Aiuti. Per ora stanno arrivando gli avvisi per permettere alle persone di chiarire la loro posizione e non le multe vere e proprie. Circa 1,3 milioni di atti sono già stati notificati e altri 600mila stanno partendo. Da fine novembre si sarebbe dovuto iniziare a spedire le sanzioni da 100 euro a 1,9 milioni di italiani. Il condizionale a questo punto è necessario.

Ma la destra pressa anche per la fine dell'obbligo di vaccinazione per il personale sanitario. La scadenza della misura, introdotta da un decre-



to legge, è prevista il 31 dicembre e di certo non verrà prorogata. Ma ci sono voci nella maggioranza che chiedono di bloccare da subito l'obbligo. Intanto gli Ordini e le Asl non iniziano più le procedure che portano alla sospensione, visto che i procedimenti non si concluderebbero prima del 2023. Ma bloccare le sospensioni permetterebbe a chi è fuori di rientrare subito al lavoro.

C'è poi la questione delle mascherine nel lavoro privato. Un protocollo della parti sociali, in scadenza a fine mese, prevede che debbano indossarle i colleghi che non possono rispettare la distanza di sicurezza. Il 4 novembre ci sarà un incontro tra

rappresentanti dei datori e dei lavoratori nel quale si potrebbe abolire la misura. Infine, c'è il tema Green Pass. Pochi, probabilmente anche nella maggioranza, si sono resi conto che il certificato verde tanto odiato dalla destra serve ancora fino al 31 dicembre per entrare nelle strutture sanitarie. Però ormai praticamente nessuno lo richiede più.

***I passi per smarcarsi dalla gestione passata
I tecnici: "Un azzardo eliminare tutto nelle strutture sanitarie"***

Gli interventi

Le quattro misure con le ore contate

Mascherine



Dal primo novembre l'obbligo di usare la mascherina nelle strutture sanitarie decade automaticamente

e il ministero alla Salute non sarebbe intenzionato a prorogarlo

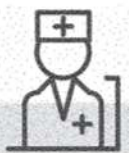
Multe



Nel decreto aiuti sarà inserita una norma per sospendere o cancellare le multe previste per gli over 50

che entro il 15 giugno scorso non hanno rispettato l'obbligo di vaccinazione

Obbligo per i sanitari



L'ultimo obbligo rimasto, quello per il personale sanitario, scadrà il 31 dicembre e non sarà rinnovato ma c'è anche chi

pensa di cancellare da subito la misura introdotta dal governo Draghi

Lavoro privato



In base a un protocollo in scadenza, le mascherine devono essere usate dai colleghi che non

rispettano la distanza di sicurezza. Il 4 novembre si deciderà se abolire la misura

I punti

Le mutazioni in circolazione

- 1 400 nuovi ceppi**
L'Oms ha censito 400 sottovarianti di Omicron in circolazione al momento nel mondo, tutte con diverse mutazioni della proteina spike
- 2 Evasione immunitaria**
Questi ceppi si sono selezionati in base alla capacità di evadere le nostre difese immunitarie, ormai ben sviluppate grazie ai vaccini e ai contagi
- 3 Previsioni europee**
In Europa è attesa una nuova ondata causata dalla variante BQ.1, che secondo l'Ecdc diventerà prevalente tra fine novembre e inizio dicembre

- 4 Gli effetti di Cerberus**
La variante BQ.1 è stata soprannominata dai social media Cerberus. È capace di evasione immunitaria, non mette fuori gioco i vaccini, ma i monoclonali si

Non abbiamo più casi gravi fra i 40 e 50enni ma sempre fra anziani e fragili. Per proteggerli serve anche il vaccino contro l'influenza

Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'università di Milano



Che autunno sarà in Italia e nel mondo: allarme per la nuova variante

Ma Cerberus fa paura e tanti fragili sono scoperti “Attenti, il virus non è vinto”

di **Elena Dusi**

Nel menù invernale c'è zuppa di nuove varianti. Negli Stati Uniti un caso su dieci appartiene a BA.4.6. A Singapore un picco di ricoveri vede come responsabile XBB. Sull'Europa sta calando BQ.1, accompagnata già da una figlia: BQ.1.1. L'Oms ha censito 400 versioni del coronavirus in circolazione. Sembra uno scenario inquietante, ma nessuno di questi lignaggi ha le unghie affilate. Più che di varianti, si tratta di sotto-varianti, figlie di una Omicron che regna da più di un anno, ha affinato una contagiosità inaudita (l'indice di replicazione è 20, il ceppo di Wuhan era a 3), ma si presenta con una severità ridotta a un decimo rispetto ai tempi di Delta, lo scorso inverno, quando contavamo fino a 400 decessi quotidiani (ieri erano 94).

A mille giorni dall'arrivo del Covid, calcola l'Iss, il tasso di letalità è sceso allo 0,2% dal 19,6% della prima ondata. Il dato indica i decessi in rapporto ai contagi ufficiali. È il doppio dell'influenza, ma da 10 settimane nel mondo i decessi scendono: meno 11% negli ultimi 7 giorni. «Anche in Italia siamo in calo» conferma Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'università di Milano. «L'ultima ondata è stata rapida. L'aumento dei casi è partito il 14 settembre, con la ripresa di scuola e attività autunnali. La discesa è iniziata il 14 ottobre. Il picco ha raggiunto i 42mila casi al giorno di media settimanale (ora siamo a 32mila), con 82 decessi». La zuppa invernale si preannun-

cia insomma tiepida. «Nel breve termine, e nonostante un possibile aumento di casi dovuto a BQ.1, ci aspettiamo un inverno tranquillo» prevede La Vecchia. Ma saremmo più tranquilli ancora se non ci fossero un paio di bandierine rosse. La prima riguarda la Germania, con un'ondata inaspettatamente alta che ha raggiunto i 136mila casi a metà ottobre, con una crescita dei decessi importante: mercoledì erano 196. Il sospetto è che il Paese abbia vissuto in anticipo l'ondata di BQ.1 (Cerberus) che, secondo l'Ecdc (European centre for disease control), diventerà predominante in Europa a fine novembre, ha una buona abilità nell'evadere gli anticorpi e porterà a una crescita dei contagi. Nel mondo, secondo Ihme, le varianti faranno salire i casi quotidiani dai 17 milioni odierni a 18,7 milioni a fine gennaio 2023.

Una seconda bandiera rossa viene segnalata da Fiaso, la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere. I ricoveri dei pazienti positivi sono diminuiti del 5% dopo 4 settimane di crescita. Ma la Federazione – che distingue i ricoverati “con” Covid da quelli “per” Covid, nota una forbice tra la prima categoria (che cala del 14,4%) e la seconda, che aumenta del 4,7%. «I ricoverati con Covid – spiega il presidente di Fiaso Giovanni Migliore – si trovano in ospedale per i motivi più diversi e negli screening di routine vengono trovati positivi. I ricoverati per Covid hanno effettivamente i sintomi respiratori causati dal virus».

La terza bandierina rossa è che il

coronavirus avrà anche le unghie meno affilate, ma sa benissimo come scegliere le sue vittime: «Il 33,3% dei ricoverati in terapia intensiva non è vaccinato. Gli altri, in maggioranza hanno una vaccinazione incompleta o datata» secondo Migliore. «Non abbiamo più casi gravi fra i 40 e 50enni – aggiunge La Vecchia – ma sempre fra anziani e fragili. Per proteggerli serve anche il vaccino contro l'influenza. Sono tre anni che non abbiamo una circolazione importante, e durante il suo inverno l'Australia ha visto un'epidemia sostenuta. È possibile che lo stesso accada anche da noi». E se nel breve periodo non sono attese sorprese, nel lungo periodo c'è l'incognita Cina, con 1,4 miliardi di persone suscettibili all'infezione. «La Cina aveva i mezzi per comprare i vaccini occidentali, ma ha scelto di non farlo» commenta La Vecchia. «Ora si ritrova una popolazione poco immunizzata. Con una variante contagiosa come Omicron, è costretta alle chiu-

***Ondata in Germania
con picco di morti
“E dalla Cina
potrebbero arrivare
altre sorprese”***



Sì all'inchiesta (solo) sugli sprechi Faro dai camici ai banchi a rotelle

L'INIZIATIVA

ROMA Le mascherine, i camici e gli altri dispositivi di protezione individuale. Le "primule", pensate (male) per la campagna vaccinale di massa. Ma anche i celebri banchi a rotelle, inizialmente considerati la chiave di volta per riaprire le scuole paralizzate dalla pandemia. E la missione russa in Italia, in pieno lockdown, che ha destato forti sospetti sui reali scopi di una visita presentata come «di aiuto» al Paese in difficoltà. Il neo ministro della Salute Orazio Schillaci è stato chiaro, sulla nascita della commissione che dovrà fare luce su tutto quello che è successo nei mesi più bui dell'emergenza Covid (e anche dopo). «È utile fare chiarezza su quanto successo dal punto di vista amministrativo, come è stato detto dal presidente del Consiglio», spiega Schillaci, intervenendo ieri all'inaugurazione dell'anno accademico dell'università romana di Tor Vergata, dove è in corso "Future sight", la manifestazione per il quarantennale dell'ateneo, di cui è stato rettore fino alla chiamata di Giorgia Meloni.

GLI SCOPI

«Sul piano degli acquisti, per esempio, credo sia corretto, per dare un segnale ai molti malati che i soldi pubblici vengono spesi in modo corretto», sottolinea il ministro. Sulla proposta della commissione bicamerale proposta da Fratelli d'Italia, Schillaci non ha dubbi: «Tutte le forze politiche sono d'accordo». Il Pd in-

fatti ha mostrato interesse a una ricostruzione dei fatti anche il Terzo polo ha fatto sapere di essere a favore dell'istituzione della commissione, mentre il M5s non si opporrebbe, «a patto che non ne sia fatto un uso strumentale». Giova ricordare che il gruppo di lavoro parlamentare si occuperebbe di approfondire la «gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione pandemica del virus» e il «mancato aggiornamento del piano pandemico nazionale». Meloni, nel suo discorso al Parlamento, ha fatto riferimento al fatto che mentre i medici si occupavano dei pazienti c'era chi «faceva affari con mascherine e respiratori».

I CAPITOLI

Polemiche infinite sono state create, in primis, dall'approvvigionamento di Dpi, quasi introvabili all'inizio dell'emergenza e poi acquistate in massa con procedure inevitabilmente accelerate. Di recente la Corte dei conti ha acceso il faro sulla Regione Lazio - che ha già ribadito la «piena regolarità» delle procedure seguite - per una spesa di 11 milioni e mezzo di euro destinati all'acquisto di 7,5 milioni di mascherine da una ditta di Frascati, con contratti che non sarebbero mai stati rispettati. In Lombardia, dove si sono vissute le settimane più difficili della pandemia, sotto accusa era finito anche l'acquisto (poi trasformato in donazione) di 75 mila camici e altri dispositivi da una società di proprietà del cognato del governatore Attilio Fontana, che è stato poi proscioltto dalle accuse.

I PROGETTI

Uno scontro politico feroce, ma anche tanta ironia, ha poi circondato l'acquisto di 434 mila banchi a rotelle, tra i due milioni e mezzo acquistati in totale nel 2020, per una spesa di 119 milioni di euro. Una soluzione - voluta dall'ex ministro dell'Istruzione Lucia Azzolina in accordo con il commissario straordinario per l'emergenza sanitaria Domenico Arcuri, con l'obiettivo di riaprire le scuole - che è stata utilizzata appena in un'aula su quattro. Fallito sul nascere, invece, l'acquisto delle cosiddette primule: i padiglioni che avrebbero dovuto ospitare le vaccinazioni anti Covid. Il progetto di Arcuri è stato bocciato dalle stesse Regioni: ognuno dei padiglioni futuristici progettati dall'architetto Stefano Boeri, da 315 metri quadrati l'uno, sarebbe costato circa 400 mila euro. Troppi soldi e tempi troppo lunghi, per creare una rete di hub capillare ed efficiente. Alla fine, il logo della primula è stato utilizzato soltanto per identificare i centri di vaccinazione. Ma senza padiglioni.

M.Ev.
Fa.Ro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«FARE CHIAREZZA
SUL FRONTE
AMMINISTRATIVO:
È GIUSTO SAPERE
COME SONO STATI
SPESI I SOLDI»

434mila

I banchi a rotelle acquistati nel 2020 con l'obiettivo di riaprire le scuole, sono costati 119 milioni di euro

400mila

Il costo di una "primula", il padiglione pensato per la campagna vaccinale: non se ne è fatto più nulla

TRA I PUNTI CHE
POTREBBERO ESSERE
TOCCATI, C'È ANCHE
LA MISSIONE
DEI RUSSI IN PIENA
EMERGENZA



Covid, la politica specula

Eugenia Tognotti

IL COMMENTO

LA COMMISSIONE E LA CACCIA ALLE STREGHE

EUGENIA TOGNOTTI



Quella sul Covid sarà, con tutta probabilità, la prima – e la più inutile e «politica» – commissione d'inchiesta della XIX Legislatura. La gara a salire sul carro della richiesta della commissione Covid, già presente nel programma elettorale di FdI, è cominciata – e la dice lunga – ancora prima che Giorgia Meloni pronunciasse la prima parola del suo discorso programmatico. Alle affermazioni della premier che invocava «chiarezza», è seguito un coro di approvazione, irrobustito dalla voce di esponenti di Italia Viva che hanno offerto una sponda alla destra, sollecitata a fare presto, aggregandosi alla loro proposta.

Da parte sua, la Lega ha ripresentato la sua richiesta, a tamburo battente, la dopo quella depositata nella scorsa legislatura che conta un numero discreto di richieste di costituzione di una commissione d'inchiesta, compresa quella bicamerale sul sistema bancario e finanziario, giunta in porto, si fa per dire, in questi giorni, dopo una periglio-

sa navigazione. La storia delle inchieste parlamentari è lunghissima: comincia all'indomani dell'Unità d'Italia con quella sul brigantaggio e tocca le più varie questioni (dalle rotte del Po alle spese di guerra, per citarne due, tra centinaia). Non se ne ricorda una, tuttavia, nata dall'esigenza di indagare la gestione di una epidemia/pandemia – dal colera all'influenza russa, alla Spagnola – da parte dei centri di comando della Sanità e degli organi consultivi e tecnico-scientifici (dalla vecchia direzione generale della sanità pubblica al Consiglio superiore di sanità, all'Iss).

Non che siano mancati, da sempre a sempre, viltà, egoismi, colpevoli errori, corruzione di funzionari e guardie di sanità che dietro compenso, favorivano le trasgressioni, lasciando, per fare un solo esempio, che gli equipaggi di navi provenienti da zone infette sbarcassero nei porti diffondendo il contagio. Per combatterli erano in campo, da sempre, «l'oro, il fuoco, la forza», cioè le risorse per combattere l'emergenza, il fuoco per sanificare, la forza per corrotti e corruttori.

Noi, per quelli contemporanei, possiamo oggi invocare la legge. Resta quella che è più di un'impressione sulla confusione degli obiettivi, la-

sciando da parte le «mentite spoglie» sotto cui si nascondono le intenzioni di chi in-

voca la commissione, a scopo scossone alla già traballante opposizione. Una cosa sono i reati da perseguire per traffici illeciti di dispositivi e strumenti, altra cosa gli errori di chi ha agito senza «scienza e coscienza» nel governare la tremenda emergenza. A prevalere non è la giusta esigenza di fare chiarezza, di individuare i colpevoli degli errori, di tenere in conto le dure lezioni che il Covid ci ha impartito per far fronte a un futuro minaccioso. E neppure l'urgenza di venire a capo dei diversi fattori che hanno spinto gli alti tassi di mortalità, responsabili di tante vite perdute nel nostro Paese. Il primo a essere colpito, cosa che ha comportato misure rigide e immediate. A emergere è invece la denuncia di affari illegali con mascherine false e respiratori cinesi, di arricchimenti e di misteriose presenze di medici e militari russi. Reati, illeciti e misfatti sui quali non deve far luce una Commissione d'inchiesta parlamentare, ma la magistratura, già al lavoro in alcune aree del Paese.

Quali risultati – c'è da chiedersi – produrrebbe l'invocata Commissione? Nessuno, ha ragione un'osservatrice come Annalisa Cuzzocrea che ne ha scritto ieri sulla *Stampa*. Vale forse la pena di ricordare che non esiste uno studio internazionale che segnali l'Italia come «Paese canaglia» nel gestire la pandemia. Il recente report - elaborato da una



LA STAMPA

commissione formata per iniziativa di Lancet con 129 studiosi indipendenti - spiega come lo sbalorditivo bilancio delle vittime sia stato un enorme fallimento globale a più livelli: «Troppi governi non hanno aderito alle norme di base di razionalità istituzionale e trasparenza, troppe persone, spesso influenzate dalla disinformazione, hanno spes-

so protestato contro le precauzioni di base per la salute pubblica e le maggiori potenze mondiali non sono riuscite a intervenire per controllare la pandemia». È curioso che il rapporto evochi l'Italia a proposito del basso grado di comprensione pubblica del rischio di infezione da Co-

vid-19, anche durante il picco di incidenza del 2020. E i colpevoli di questo sono davvero tanti. —



L'ex ministro

Speranza ora è il bersaglio della destra “Ho seguito la scienza, esco a testa alta”

Dopo anni in cui l'Italia è stata presa a modello l'amarrezza per l'accusa di aver limitato invano le libertà dei cittadini

di **Tommaso Ciriaco**

ROMA – Ha sacrificato tutto: sonno, sogni, il nero dei capelli. «Non dormivamo mai, sempre in allerta – confidò un giorno – giorno e notte». Si è prosciugato inseguendo il Covid. E adesso gli mettono addosso un bersaglio e iniziano a mirare, anche se lui ha deciso di non replicare e di non parlare ufficialmente. Non per rimproverargli errori, o sprechi, o ritardi, ma per sostenere che ha negato la scienza, sigillato inutilmente l'Italia, attentato alle libertà. Per inchiodare quella stagione a una commissione speciale, che la destra così sensibile ai No Vax vuole, pretende, impone. «Io ho sempre deciso ascoltando la scienza – ripete sempre, e continuerà sempre a ripetere Speranza – Andiamo a testa alta per tutto quello che abbiamo fatto».

Dei ministri europei della Salute, soltanto due hanno resistito durante il tornado che ha travolto milioni di vite e segnato il mondo: Roberto Speranza e il ministro maltese. La Francia, nello stesso periodo, ne ha bruciati quattro, la Gran Bretagna tre, Germania e Spagna si sono fermate a due. E adesso che la barca sembra spuntare dalle onde, ringhia la rivincita delle destre. Sono gli stessi che non volevano il lockdown, poi sì, adesso invece mai più: «E invece – rivendica ogni volta che va in tv l'ormai ex ministro – mezza Europa ha seguito le nostre strate-

gie». Sono gli stessi che invocavano i vaccini e poi ne contestavano l'obbligo per accedere al lavoro. Che si indignavano con più di qualche ragione per ritardi gravi – «dove sono le mascherine?» – e poi hanno deciso di trattarle come fossero museruole, dunque da cancellare anche negli ospedali e nelle Rsa, dove però continuano a salvare ancora oggi l'esistenza dei fragilissimi. «Abbiamo combattuto giorno e notte cercando di salvare vite – è sempre stato questo il ragionamento di Speranza, anche in campagna elettorale, certo non cambia oggi – mentre una certa destra sobillava le piazze dei No Vax contro il Green Pass».

Parlando per la prima volta in Aula alla Camera, Giorgia Meloni ha citato tutto e tutti. Anche Steve Jobs, anche il fascismo (un argomento che certo non ama, o meglio: di cui non ama parlare). Ma dei vaccini proprio no, nessun accenno, neanche mezza sillaba. Non basta il fatto che quei composti abbiano riportato alla vita una società congelata, smorzato la paura: neanche l'ombra di quel miracolo scientifico. «Ma la storia non si può riscrivere – ha detto Speranza ai compagni della Camera che l'hanno abbracciato negli ultimi giorni – e certo noi quella storia vogliamo difenderla».

Ascoltare la scienza è sempre stata la chiave di scelte difficili, difficilissime, a volte impossibili. Ma comunque da difendere perché vale il metodo, quando il resto è un salto nel buio: chi mai aveva dovuto affrontare in epoca contemporanea una pande-

mia mondiale tanto capillare, veloce, sconosciuta? E chi era stato costretto a sigillare piccoli Comuni, poi metropoli, Regioni, infine Paesi e continenti? Anche il Cts, il contestato Comitato tecnico scientifico, è allora un pezzo di quella storia che Speranza certo non rinnega, anzi «a testa alta» rivendica.

Non intende comunque parlare. Entrare in polemica. Non subito, comunque. Non può alimentare una contrapposizione che ritiene perversa: ha senso opporre la scienza a posizioni antiscientifiche, legittimandole? Semmai vuole lavorare da deputato, guidare Articolo Uno, fare politica dopo due anni e mezzo sott'acqua.

A dire il vero, non ha neanche voglia di rivedere la serie tv “This England”, quella di Boris Johnson e dei suoi disastri nella prima fase del Covid. Parla anche dell'Italia, di come divenne il metro dell'epidemia, di come consigliò prudenza per non sacrificare troppe vite. «Adesso voglio solo una birra con un amico e una partita della Roma con mio figlio».



Il commento

Populismo sanitario

di **Claudio Tito**

Appena arrivata al governo, la destra presenta il suo conto. E paga quelli lasciati inevasi durante la campagna elettorale. Ammanta le prime scelte sotto la parola libertà. Una giustificazione, un artificio retorico per nascondere il pegno che sostanzia la ragione sociale

della coalizione: la libertà di infrangere le comuni regole della convivenza. ● a pagina 32

Il commento

Populismo sanitario

di **Claudio Tito**

Appena arrivata al governo, la destra presenta il suo conto. E paga quelli lasciati inevasi durante la campagna elettorale. Ammanta le prime scelte sotto la parola libertà. È una giustificazione, un artificio retorico per nascondere il pegno che sostanzia la ragione sociale di questa coalizione: la libertà di infrangere le comuni regole della convivenza civile e solidale. E così la libertà diventa la possibilità di non pagare le tasse per alcune specifiche categorie di lavoratori; libertà di evaderle attraverso l'anacronistico ritorno indiscriminato all'uso dei soldi contanti e quindi non tracciabili; libertà di non rispondere alle multe comminate in base alla legge. E, in maniera ancora più grave, libertà di ignorare che nel mondo – e ovviamente anche in Italia – circola ancora il virus del Covid. È insomma una gigantesca Casa delle libertà, in cui tutti possono fare tutto senza conseguenze e senza doveri. Una costruzione fuori tempo massimo e soprattutto che non ha nulla a che vedere con le libertà democratiche e con l'etica della politica. Una sorta di inconsapevole – o forse consapevole – accondiscendenza al viscerale desiderio di dimenticare la pandemia. Si tratta però di un desiderio che legittimamente e comprensibilmente i cittadini possono coltivare ma che non può essere brutalmente avallato da una classe dirigente consapevole. Il populismo sanitario – o forse bisognerebbe definirlo extrasanitario – contiene in sé il germe della sconsideratezza. Il governo di Giorgia Meloni, infatti, si sta predisponendo



a stravolgere tutte le norme che ci hanno consentito di attraversare, seppure con dolore, la tragedia del Coronavirus e a smantellare anche le difese predisposte dal generale Figliuolo durante l'esecutivo Draghi. E l'ex premier certo non si può definire illiberale e così come il militare che ha guidato la campagna vaccinale non può essere accusato di essere contrario al concetto di ordine tanto caro alla destra. L'idea, allora, di eliminare da martedì prossimo l'obbligo di mascherine negli ospedali e nelle Rsa e di vaccinazione per i medici, insieme al progetto di sospendere "sine die" le multe emesse agli over 50 non vaccinati, equivale a far scattare un liberi tutti irresponsabile. I rischi, in particolare nelle Rsa, cui vengono così sottoposti i soggetti più fragili sono letteralmente impietosi. Si baratta uno slogan elettorale con la vita delle persone. Il tutto autorizzato da una sorta di posticcio paravento ideologico della libertà. Un orientamento, in realtà, che si scontra con l'interesse nazionale di cui la destra si sente la prima sostenitrice. La premier preferisce utilizzare in ogni occasione la parola "Nazione" scansando accuratamente il "Paese". Ma davvero esiste una nazione e un interesse nazionale senza uno spirito di solidarietà nazionale? In questo modo prevale l'io sul noi, il singolo sulla collettività. Si potrebbe dire addirittura in contrasto con alcune delle radici sociali della destra italiana. Ma c'è qualcosa di più. Che sconfina la mistificazione ideologica. Ha a che fare con il più banale scambio elettorale. È un cedimento culturale ai movimenti "No Vax" e "No GreenPass" che in larga parte si sono

schierati con Fratelli d'Italia e con la Lega. Un filo che si è dipanato in questi mesi e che spesso si è attorcigliato nel gomitolo delle infiltrazioni pro-Putin. Non è un caso che si voglia una specie di processo pubblico con una Commissione d'inchiesta su come è stata gestita l'emergenza Coronavirus. L'obiettivo è ovviamente quello di delegittimare un impianto rovesciando le colpe su un ex ministro (Roberto Speranza) e sull'attuale opposizione. Non è un caso che in tutti i suoi interventi alla Camera e al Senato in occasione del voto di fiducia, la presidente del Consiglio non abbia mai pronunciato l'unico sostantivo che ha salvato la vita di molti italiani: vaccino. Mai un riferimento, mai un omaggio. Silenzio ambiguo. Una rimozione che fa capire quanto il centrodestra si senta in dovere di saldare il conto con certi movimenti. Un anno fa il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ammonì: «Non si invochi la libertà per sottrarsi alla vaccinazione perché quell'invocazione corrisponde a mettere a rischio la salute altrui». Ecco, il nuovo governo tenga bene a mente quel richiamo. Perché, come ha detto l'altro ieri Meloni, è senza dubbio vero che «la scienza non è religione». Ma bisogna anche sapere che è invece religione contestare la scienza.



CORTE DEI CONTI

Sanità, ultimo ok al contratto

La Corte dei conti ha registrato il contratto 2019/2021 della sanità, che a questo punto è pronto per la firma definitiva uno dei prossimi giorni. L'intesa che riguarda 545 mila dipendenti del servizio sanitario nazionale determina aumenti medi in busta paga da 91 euro lordi mensili ma introduce per gli infermieri l'inden-

nità ad hoc fra 62 e 72 euro al mese. Nei prossimi giorni la Corte dovrebbe registrare il contratto degli enti locali



NUOVA SANITÀ

MEDICI A GETTONE

ECCO CHI CI GUADAGNA (NON I PAZIENTI)

Il lungo blocco del turnover e gli orari sempre più massacranti, specie dopo il Covid, hanno svuotato le corsie: ecco perché il numero dei dottori “nomadi”, che possono fare turni di 36-48 ore (guadagnando super stipendi), è cresciuto in modo esponenziale. Specie nei Pronto soccorso. Solo che così non esiste più il lavoro di squadra. E i malati rischiano. Mentre lo Stato perde il controllo su un settore nevralgico

DI SIMONA RAVIZZA E GIOVANNI VIAFORA

Loro ingresso nelle corsie d'ospedale avviene soprattutto durante i turni di notte dalle 8 di sera alle 8 di mattina, il sabato e la domenica e nei giorni di festa. **Il loro lavoro è occuparsi prevalentemente delle**

urgenze: parti, bambini con problemi di salute e, su tutti, Pronto soccorso.

Oggi in queste circostanze abbiamo una probabilità su quattro di essere assistiti da un medico a gettone. Possibilità che in alcuni ospedali – paradossalmente i più importanti e di città come Milano, Venezia e Torino – ormai sono diventate una su due (all'ospedale di Cirié, nel Torinese, per esempio l'unico strutturato ormai è il primario, mentre tutti gli altri sono gettonisti). **Sono medici che lavorano per una cooperativa e pagati per il turno che svolgono. Adesso in un posto, domani in un altro.** Il fenomeno è rimasto sottotraccia e in dimensioni trascurabili per anni, fino a esplodere negli ultimi mesi. Specie dopo lo tsunami del Covid. Le richieste degli ospedali che devono fronteggiare i buchi di organico sono diventate pressanti: la presenza dei gettonisti ormai è capillare. Il meccanismo funziona così: l'ospedale in difficoltà a coprire i turni fa una gara d'appalto con cui sceglie una cooperativa (spesso quella che assicura il minor prezzo), e

una volta ingaggiata le invia i turni scoperti. In parallelo la cooperativa raccoglie le disponibilità dei propri medici con annunci sul proprio sito, ma soprattutto su social come Telegram, e poi esegue il gioco d'incastri. «Senza di noi» dicono i professionisti intervistati per 7 «il Sistema sanitario nazionale crollerebbe». Già, ma chi sono i medici a gettone?

Un po' nuovi E.R. di un'epoca infuata, in cui vanno in prima linea i medici a gettone perché gli ospedali sono in grave crisi di professionisti. Un po' globetrotter della salute che indossano

il camice dove più gli conviene. Nessuno di loro vuole sentirsi chiamare mercenario. Estremamente vari per età e competenze, i loro profili possono essere racchiusi in sei tipologie.

SEI CATEGORIE

Uno. Il medico ospedaliero andato in pensione a 62-63 anni e che desidera continuare a esercitare il mestiere percependo anche un doppio reddito: pensione e gettoni. In teoria, al



di fuori delle norme nate per l'emergenza Covid, chi lavora per il Servizio sanitario nazionale non può andare avanti a starci una volta in pensione. Lo dice la riforma Madia: la normativa consente come unica eccezione la possibilità di ottenere incarichi a titolo gratuito. Nel caso dei pensionati-gettonisti, però, la legge può essere facilmente aggirata: l'ospedale ha un contratto con la cooperativa, che a sua volta ha un rapporto con il medico libero professionista. Nella triangolazione le regole vanno a farsi benedire. Nulla vieta, poi, di cumulare pensione e nuovi redditi (ci sono dei paletti ma solo per casi specifici come i «Quota 100 e 102»).

Due. Il medico più giovane e potenzialmente nel pieno della carriera, ma che decide di licenziarsi dal posto fisso in ospedale. Lo fa provato da orari e turni massacranti, senza nessuna gratificazione emotiva né riconoscimenti economici. L'emblema di questa categoria è diventato l'ex direttore del Policlinico di Monza e poi viceprimario a Paderno, Riccardo Stracka, 44 anni, che si è messo a fare il gettonista tra Lombardia, Piemonte e Veneto. Il suo stipendio è aumentato del 60-70%, e la qualità di vita gli è radicalmente cambiata perché finalmente ha la possibilità di organizzarsi. Tra questi ci sono anche tutti coloro che si sentono mortificati a lavorare in corsia da dipendenti, mentre al loro fianco hanno giovani colleghi a gettone che guadagnano cifre da capogiro. Il pensiero, che rischia di diventare sempre più ricorrente: «Chi me lo fa fare?».

UN ALTRO LAVORO

Tre. Il medico con un altro lavoro. Finita la giornata in studio, va a prendersi il gettone. Per esempio: ginecologo di giorno, ostetrico di notte. Qualche sera fa, uno dei principali Pronto soccorso di Milano, era gestito da un medico che certifica il rinnovo delle patenti. Dai racconti emerge che può essere un modo per ricordarsi davvero che cosa vuol dire fare il medico: essere lì, in prima linea. Sicuramente è anche un modo per arrotondare un bel po'.

Quattro. I medici liberi professionisti per vocazione o interesse, che non sono mai entrati in ospedale da dipendenti. Gli specializzandi oggi possono

fare il concorso per essere assunti in ospedale due anni prima di terminare gli studi, in modo da avere già il posto fisso una volta conclusa la specializzazione. Cosa succede in realtà?

In molti ci rinunciano e in quell'ospedale tornano da gettonisti. Il loro ragionamento è: 20 notti per 20 mila euro lordi al mese su per giù. È vero che c'è il rischio di ammalarsi e di restare senza stipendio, ma è un rischio che vale la pena di correre per comprarsi casa nel giro di due-tre anni.

Cinque. I neolaureati. Durante i 6 anni di studi in Medicina è obbligatorio fare 3 mesi di tirocinio in modo che presa la laurea arrivi anche l'iscrizione all'Ordine dei medici (abilitazione professionale). Un mese di tirocinio è in un ambulatorio di un medico di famiglia, gli altri due in ospedale. Qui il più delle volte, come ammettono loro stessi, vanno a reggere i muri. Per il resto, durante i sei anni di Medicina, possono aggiungersi altre giornate in corsia, ma molto dipende dall'ateneo in cui uno studia. **La preparazione teorica è elevata, l'esperienza zero.** Risultato: ci sono neolaureati che diventano gettonisti in Pronto soccorso senza aver mai auscultato neppure un cuore. I più decidono di diventare medici a gettone in attesa del concorso per entrare in specialità. Altri lo fanno se non superano il concorso, in attesa di ripeterlo l'anno successivo. L'ingaggio con le cooperative avviene con il passaparola o, ancora una volta, con le chat.

Sei. I medici stranieri. In Italia ci sono 19mila medici di origine straniera: il 65% non ha la cittadinanza italiana o di un Paese comunitario e non vengono ammessi ai concorsi pubblici. Alle cooperative arrivano richieste da romeni, albanesi, ma anche argentini, brasiliani e cubani. Il problema è la lingua. Romeni e albanesi sono i più abili a comprendere, in altri casi non è così.

Il medico a gettone tipo, in ogni caso, è sempre in movimento: altro che lavoro di squadra! **Gli spostamenti possono essere anche dal Centro-Sud al Nord, in pullman o con il Frecciarossa.** Vengono raggruppati turni per cinque/sei giorni in ospedali vicini per poi tornare a casa con lo stipendio che può bastare per un mese. E i turni possono essere anche uno di fila all'altro: 36/48 ore in corsia senza interruzione. Ci si affida alla buona fede e alla coscienza del singolo medico, perché ad oggi la legge non pone vincoli di alcun tipo. Ma a noi pazienti quale tipo di professionalità viene garantita?

QUALI RISCHI?

Può andarci bene o andarci male. Del resto, anche tra i medici ospedalieri con il posto fisso ci può essere il più competente e quello meno. Ci sono però differenze sostanziali che non possono essere taciute. **Al di là delle capacità del singolo professionista, il «sistema dei medici a gettone» presenta di per sé più rischi per il malato.** Chi viene assunto in un Pronto soccorso deve avere superato un concorso pubblico: la partecipazione è vincolata al possesso di un lungo elenco di requisiti come la specializzazione in Pronto soccorso e Terapia d'urgenza, Medicina d'urgenza oppure titoli equipollenti e c'è da superare una prova scritta, una orale e una pratica. La scelta del medico a gettone, invece, avviene a discrezione della cooperativa. Senza nessuna regola. Quella seria fa una selezione accurata dei professionisti, quella orientata solo agli affari punta semplicemente ad avere a disposizione più medici a gettone possibili per coprire più turni possibili (su ogni turno viene trattenuta una percentuale che va dal 7 al 15%). E, purtroppo, i bandi di gara degli ospedali non sembrano fatti per scegliere la cooperativa più seria: il criterio spesso è sem-



plicemente il minor prezzo perché più i requisiti del bando sono severi (come la richiesta di riposo obbligatorio tra un turno di 12 ore e l'altro) più è difficile trovare cooperative che partecipino. Così gli ospedali per non fare andare deserti i bandi rinunciano a requisiti stringenti: il Pronto soccorso non può essere lasciato senza medici! Chi poi ci troviamo davanti è un problema di noi pazienti: che lucidità può avere un medico che sta lavorando da 36 ore di fila? Un'altra importante controindicazione del «sistema dei medici a gettone» è che viene perso totalmente il lavoro di squadra fondamentale anche per curare al meglio le patologie tempo-dipendenti come l'ictus: pochi minuti possono fare la differenza nel salvarci la vita o non condannarci a delle disabilità. Ma che intesa ci può essere tra medici che non hanno mai lavorato insieme e che non conoscono l'organizzazione dell'ospedale? Insomma, in assenza di regole questo sistema, ora degenerato, porta

con sé vulnus preoccupanti: un intero settore nevralgico della Sanità è di fatto fuori dal controllo pubblico.

DECENNI DI ERRORI

Dev'essere ben chiaro, però, che i medici a gettone non sono la causa dei problemi del nostro Sistema sanitario, ma il loro effetto.

Dietro questo fenomeno ci sono decenni di errori fatti da chi ci ha governato: dal 2005 con i governi Berlusconi 2, Prodi 2, Berlusconi 3, Monti, Letta e Renzi è stato bloccato il turnover, che vuol dire che i pensionati non sono stati sostituiti con lo stesso numero di nuovi assunti. Le corsie si sono svuotate. Un provvedimento del 2019 del ministro Giulia Grillo sblocca la situazione: i vincoli di spesa per le assunzioni vengono allentati. Ma a quel punto i professionisti

da assumere non si trovano: le Scuole di specializzazione non ne hanno formati abbastanza. Per anni i ministeri della Salute e dell'Istruzione hanno fatto una programmazione al ribasso del numero di medici che bisognava formare per sostituire chi va in pensione. Di fronte ad organici sempre più scarni i turni si fanno massacranti e pagati poco. Così oggi sono sempre di più quelli che decidono di lavorare arruolati da una cooperativa perché bastano cinque-sei gettoni per guadagnare come in un mese un medico ospedaliero a inizio carriera, sette-otto gettoni per raggiungere lo stipendio di un medico dipendente da più di 15 anni di anzianità e nove-dieci gettoni per arrivare alla busta paga di un primario. Il tutto con la possibilità di organizzarsi, con benefici importanti per la vita privata e familiare.

70%

IL POSSIBILE INCREMENTO DELLO STIPENDIO DI UN MEDICO CHE RINUNCIA ALL'ASSUNZIONE IN OSPEDALE E DECIDE DI AFFIDARSI ALLE COOPERATIVE E LAVORARE COME LIBERO PROFESSIONISTA

48

ORE LA DURATA DI ALCUNI TURNI DEI MEDICI "A GETTONE", CHE A VOLTE LAVORANO SENZA RISPETTARE IL NECESSARIO RIPOSO DI 11 ORE TRA UN TURNO E L'ALTRO

I MEDICI VENGONO ASSUNTI DALLE COOPERATIVE, ALLE QUALI SI RIVOLGONO GLI OSPEDALI. LA SELEZIONE SPESSO NON È ACCURATA CI SONO NEOLAUREATI CHE DIVENTANO "GETTONISTI" E FINISCONO IN CORSIA SENZA AVER MAI NEMMENO AUSCULTATO UN CUORE

2019

L'ANNO IN CUI L'ALLORA MINISTRA GIULIA GRILLO HA SBLOCCATO (IN PARTE) LA SITUAZIONE: I VINCOLI DI SPESA PER LE ASSUNZIONI SONO STATI ALLENTATI DOPO ANNI DI BLOCCO DEL TURNOVER



SANDRA FRANCHINI



SANDRA FRANCHINI



DATI AGENAS SUL POST COVID

Sanità: 1 Regione su 2
non ha smaltito l'80%
delle sue liste d'attesa

► MANTOVANI A PAG. 14

LISTE D'ATTESA UNA REGIONE SU DUE HA SMALTITO IL 20% DELLE PRESTAZIONI MANCATE A CAUSA DEL COVID

DATI AGENAS

Sorpresa Lombardia: chi si cura in trasferta fa prima dei residenti

» **Alessandro Mantovani**

I cittadini calabresi o molisani che vanno a curarsi in Lombardia aspettano, mediamente, meno di un lombardo. Per le malattie cardiovascolari, il tempo d'attesa definito in 30 giorni, nel 2021, è stato rispettato per l'83,8% dei pazienti non residenti e solo per il 79,3% dei lombardi. Lo stesso per i tumori maligni: tempi rispettati per il 77,8% dei non residenti e per il 75,1% dei residenti. Succede perché le prestazioni ai cittadini che risiedono altrove le fanno soprattutto i privati convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, che si contendono i pazienti e li fanno passare avanti: un calabrese può sempre decidere di andare in Emilia-Romagna, mentre un lombardo difficilmente andrà altrove.

NON È BASTATO: nel

2021 l'Emilia-Romagna ha superato la Lombardia nella classifica della mobilità sanitaria, almeno per i ricoveri di non residenti che in Lombardia hanno avuto un crollo: da quasi mezzo miliardo di euro nel 2017 sono scesi sotto i 300 milioni. Le altre Regioni con saldi attivi, ma inferiori, sono Toscana e Veneto; anche Piemonte e Lazio incassano più di quanto spendono per i loro cittadini che si curano altrove. Nel complesso la mobilità sanitaria - che in parte si deve a chi vive stabilmente lontano dal Comune di residenza, ma ha un'ampia quota definita inappropriata accanto a quella inevitabile per prestazioni di particolare complessità - vale oltre 4,5 miliardi di euro l'anno sui circa 120 del Fondo sanitario nazionale. È aumentata di oltre 1 miliardo negli ultimi dieci anni e crescerà fino a 5-6 se non si metterà un freno alle disuguaglianze regionali. Non potrà che peggiorare con l'autonomia differenziata promossa dal centrodestra e con qualche distinguo dal Pd.

I dati elaborati dall'Agenas,

l'Agenas per i servizi sanitari regionali del ministero della Salute, saranno presentati oggi in un convegno a Roma, "Mobilità sanitaria e liste d'attesa". Parleranno tra gli altri Giovanni Migliore della Fiaso (Federazione delle aziende ospedaliere), la vicepresidente della Lombardia Letizia Moratti, il presidente di Salutequità Tonino Aceti e il direttore di Agenas, Domenico Mantoan.

Per la prima volta sappiamo cosa ha fatto ciascuna Regione per recuperare le prestazioni sanitarie rinviate a causa del Covid, per le quali prima il go-



verno Conte-2 e poi quello di Mario Draghi hanno stanziato due volte 500 milioni di euro. Prestazioni ambulatoriali: Molise e Calabria non pervenuti; Lazio, Marche, Campania, Basilicata, Lombardia e Bolzano, nel primo semestre 2022, sono sotto il 10% di quanto programmato; Sicilia, Toscana e Sardegna tra il 10 e il 20%; hanno fatto meglio di tutti Trento (quasi al 90%), il Piemonte e l'Umbria (sopra il 70%). È andata un po' meglio per i ricoveri: nove Regioni sotto il 20% di quelli programmati (Calabria, Marche, Lombardia, Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Bolzano, Val d'Aosta, Sicilia e Lazio); Piemonte

sopra l'80%. Solo una Regione nei primi sei mesi di quest'anno ha superato il volume delle prestazioni specialistiche ambulatoriali assicurato nel primo semestre del 2019, cioè prima della pandemia: è la Toscana, più 1,48%. Al terzo anno del Covid la media nazionale è -12,84% (nel 2020 e nel 2021 era peggio), ma c'è molta differenza tra il -1,3% della Basilicata o il -10,04% della Campania - che partivano da dati bassi nel 2019 - e il -13% circa di Emilia-Romagna e Veneto, che partivano da livelli alti; Lazio e Lombardia sono attorno a -12%. È chiaro che chi non si cura più nelle

strutture pubbliche o private accreditate può solo pagare a prezzo pieno i privati o non curarsi.

Bolzano fa -44%, poco meglio Valle d'Aosta (-27,4%), Molise (-27,2%), Friuli-Venezia Giulia (-25,25%) e Calabria (-22,48%). Per le prime visite la media nazionale è -19,61%, una su cinque è saltata nei primi sei mesi del terzo anno di Covid. Dati simili per le visite di controllo. E le liste d'attesa si allungano, anche per i tumori ad alta letalità come quelli al colon e le malattie cardiovascolari. Sono la priorità del neoministro Orazio Schillaci, vedremo cosa farà.

RICOVERI LA REGIONE CHE ATTRAIE DI PIÙ È ORA L'EMILIA

I NUMERI

4,5 MLD

MOBILITÀ SANITARIA

Il valore totale sui 120 miliardi del Fondo sanitario nazionale

1 MLD

RISORSE La cifra stanziata dai governi Conte-2 e Draghi per il recupero delle liste d'attesa

+1,48%

TOSCANA La sola regione che ha aumentato il volume di prestazioni del 2019

Cure mancate

La pandemia ha bloccato molte diagnosi, terapie e ricoveri
FOTO ANSA



Le regioni al lavoro su piani fabbisogni

Medici di famiglia faranno ecografie

Possibilità per medici di famiglia e pediatri di dotarsi di strumenti di diagnostica di primo livello, realizzazione di un piano pluriennale dei fabbisogni da parte delle regioni per l'utilizzo anche parziale delle risorse, nuovo ruolo per le case della Comunità hub e spoke. Sono queste le novità principali del decreto del Ministero della salute pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n.226 del 27 settembre 2022 che attua il comma 449, art. 1, della legge di bilancio n. 160/2019.

Via libera dunque allo stanziamento di 235.834.000 euro per far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie dirette a garantire le prestazioni di competenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, per migliorare il processo di presa in cura dei pazienti e ridurre il fenomeno delle liste di attesa, a valere sui fondi in conto capitale per l'edilizia sanitaria.

Le risorse per la diagnostica di primo livello verranno prioritariamente assegnate alle Case della comunità hub e spoke, agli studi spoke di medicina generale e di pediatri, oltre che ad aggregazioni di medicina di gruppo tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne, rurali, piccole isole e periferie urbane, nel rispetto del principio di prossimità.

Le Regioni invece, entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto, al fine di utilizzare anche parzialmente le risorse assegnate, dovranno presentare al Ministero della salute un piano pluriennale dei fabbisogni che preveda: gli obiettivi di salute che si intendono perseguire; l'elenco delle apparecchiature sanitarie per la diagnostica di primo livello che si intendono acquisire; i tempi

di acquisizione e di messa in funzione e collaudo delle apparecchiature sanitarie; il piano regionale di formazione per i medici di medicina generale; una relazione sulle modalità di impiego delle apparecchiature sanitarie e sull'assetto organizzativo che si intende adottare ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali e il piano di manutenzione, assistenza e aggiornamento delle strumentazioni sanitarie.

Pasquale Quaranta



Sieri, Aifa non ha i dati sulla tossicità

L'Ema si rifiuta di fornire le carte sulla sicurezza dei farmaci Pfizer. L'Agenzia italiana, invece, si contraddice e nega di possederle. Sul caso, deciderà a dicembre il Tar

di **ANGELA CAMUSO**

■ Pfizer scrive a Ema, a dicembre del 2020, parlando di una componente chimica potenzialmente genotossica del suo vaccino anti-Covid, che «il rischio di genotossicità» di questa componente (l'eccezionale ALC-0159, contenuto nella capsula nanolipidica in cui è inserito l'Rna) «dovrebbe essere molto basso» (scritto col condizionale) perché la tolleranza dell'eccezionale potenzialmente pericoloso, da parte del nostro organismo, «è elevata visto che solo due somministrazioni del prodotto sono raccomandate per l'uomo».

Scrive questo Pfizer a pagina 55 nella relazione che presenta a Ema due anni fa, al fine di ottenere la prima autorizzazione alla messa in commercio del suo Comirnaty e in questo scritto Pfizer avverte pure Ema di non aver svolto sul vaccino studi su cancerogenicità e genotossicità. Pfizer elenca nella relazione anche tutta una serie di altri rischi potenziali per la salute causati del siero e incalcolabili per mancanza di dati affermando, ad esempio, che esistono nel vaccino sostanze mai prima inoculate in un essere umano, di cui non si sa se possano rappresentare un rischio di immunogenicità. Oltre a pochi studi già svolti, Pfizer infatti cita, in quella relazione, tutta una serie di studi ancora da svolgere per verificare la sicurezza del siero che di lì a poco sarebbe stato messo in commercio in via emergenziale su autorizzazione «condizionata», come sappiamo, di Ema: autorizzazione «condizionata» in quanto il suo rinnovo è, secondo il regolamento europeo, soggetto allo studio e all'approvazione, sempre da parte di Ema, di nuovi dati provenienti dalle cause farmaceutiche obbligate a presentare agli enti regolatori queste certificazioni intermedie di sicurezza. Quali sono, allora, questi

dati di sicurezza «intermedi» che hanno permesso il proseguo della vaccinazione di massa e portato Ema all'autorizzazione della terza e quarta e adesso quinta dose di vaccino? Il punto è che non si sa. Non si sa quali siano questi dati perché non sono visionabili. Aifa scrive, incredibilmente, che non li ha ed Ema, invece, si rifiuta di mostrarli. Ciò si apprende leggendo la corrispondenza intercorsa via mail tra Ema, Aifa e l'ufficio legale di un'associazione, Idu (Istanza Diritti sanitari), che rappresenta sanitari discriminati dal green pass. L'associazione Idu ha iniziato a fare richiesta di questi documenti (cosiddetti Psur, cioè certificazioni di sicurezza ed efficacia temporanee che sono un obbligo di legge), ad Aifa, Ema, Pfizer e ministero della Salute a partire da dicembre dell'anno scorso, per capire appunto su quali basi è stata autorizzata la campagna vaccinale del 2021. Ema, però, continua a non voler mostrare questi documenti, neppure in versione omissata: il ministero ha scritto di chiedere ad Aifa; Pfizer non ha risposto e Aifa, dal canto suo, che è un ente pubblico con un bilancio di quasi 82 milioni di euro ed è dotato di specifici uffici addetti ai controlli pre e post-autorizzazione di farmaci (e vaccini), ha scritto in una mail indirizzata all'associazione - dopo aver tergiversato, sostenendo che i richiesti Psur fossero «riservati», di non possederli, indicando alla fine una serie di link sul sito dell'Ema che risultano però disattivati o riferiti ad abstract di studi vari che non sono le certificazioni richieste.

A parte che non si capisce, a questo punto, a cosa serve allo Stato un ente come Aifa che si sarebbe limitato, a suo dire, a fare da passacarte di Ema; a parte che Aifa a febbraio del 2022 fa una conferenza stampa, in cui annuncia che «alla luce dei nuovi dati contenuti negli Psur», «i vaccini sono sicuri», quando invece scrive a Idu che questi Psur non li ha; la domanda è: perché Ema non vuole mostrarli? Gli Psur ci permetterebbero, ad esempio, di capire come mai noi siamo arrivati a cinque somministrazioni così velocemente, quando Pfizer scriveva che «solo due somministrazioni sono previste per l'uomo» e ci permetterebbero di capire se i vari dubbi sulla tossicità di alcune componenti del vaccino siano stati risolti o meno, come il dubbio emerso nella prima relazione su quell'eccezionale contenuto nella capsula nanolipidica che Pfizer riteneva che sarebbe stato rischioso in minima parte «visto che» - scriveva - «le dosi erano solo due».

L'eccezionale resta poco rischioso - e quanto poco - anche se le dosi sono tre, quattro o cinque? Sono stati fatti ulteriori studi per comprendere la genotossicità e la can-



VERITÀ

cerogenicità di altre componenti? Non si sa, perché appunto gli enti regolatori tacciono e tutto questo quando Pfizer, come è noto, nella sua dichiarazione di rischi ai propri azionisti del marzo 2022 metteva essa stessa in dubbio il fatto che il Comirnaty, per via di problematiche legate alla sicurezza, avrebbe ottenuto l'approvazione definitiva e pure Moderna, sin dall'inizio della produzione, si era preoccupata per la sicurezza, in particolare dei nanolipidi del suo vaccino: in una dichiarazione pubblica Moderna aveva ammesso che «non può esserci alcuna garanzia che i nostri Lnp (nanolipidi) non avranno effetti indesidera-

ti...» e cioè «reazioni immunitarie, reazioni di infusione, reazioni del complemento, reazioni di opsonazione, reazioni anticorpali, reazioni avverse all'interno delle vie epatiche o degradazione dell'mRNA».

Questo insomma, scrivevano i produttori, prima ancora che iniziasse la vaccinazione sperimentale di massa sulla quale Ema, ma pure Aifa, avrebbero dovuto, nelle fasi successive, vigilare, per via degli obblighi istituzionali che hanno di tutela della salute pubblica. Hanno davvero vigilato?

L'avvocato **Andrea Oddo**,

che rappresenta l'associazione Idu, ha citato Aifa presso il Tar per non avere risposto a queste domande e presentato pure una denuncia alla Procura. L'udienza presso il Tribunale amministrativo si terrà il 2 dicembre: si chiede al Tar di obbligare Aifa a mostrare questi dati, se ci sono e, se invece questi dati non ci sono, chiede l'associazione, si blocchi immediatamente la commercializzazione dei



UNO STUDIO AMERICANO SMENTISCE ANTICHE CERTEZZE

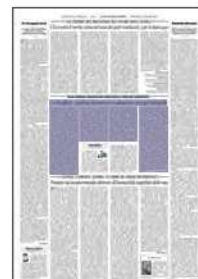
Contrordine: i bambini che giocano ai videogiochi sono più intelligenti

Contrordine. O la mutazione è definitivamente avvenuta, o il moralismo ci aveva preso la mano (anche l'invidia adulta, forse?) trascinandoci in giudizi frettolosi. L'asserzione, accompagnata dai soliti cavernosi cori di riprovazione, secondo cui i videogiochi friggono il cervello degli adolescenti, in linea di massima non risponderebbe a verità. Un nuovo studio scientifico del dipartimento di psichiatria dell'Università del Vermont suggerisce che i bambini che giocano spesso ai videogiochi denotano valori intellettivi superiori ai non-giocatori, nei compiti che coinvolgono il controllo degli impulsi e la memoria. E di botto si scopre che giocare ai videogiochi potrebbe far bene al cervello. Lo studio ha coinvolto duemila bambini tra i 9 e i 10 anni d'età, in parte scelti tra coloro che giocano almeno 21 ore a settimana e in parte tra coloro che non giocano affatto. Gli autori dello studio hanno isolato il gioco come fattore distintivo, escludendo variabili come il sesso o il reddito familiare e hanno intenzionalmente selezionato giocatori in erba con un approccio estremo, ovvero dediti al joystick per diverse ore al giorno. L'Istituto nazionale di Sanità Usa, che ha promosso la ricerca, ora pubblica un report che mostra come i giocatori abbiano ottenuto risultati superiori ai non-giocatori nei test in cui hanno dovuto controllare il proprio comportamento o memorizzare informazioni. Gli scienziati però non sono in grado

di stabilire causa-effetto di questi risultati: "Sebbene se non possiamo affermare che giocare regolarmente generi prestazioni neurocognitive superiori, la scoperta è incoraggiante", sostiene il dottor Bader Chaarani, titolare della ricerca. Un passatempo liquidato come frivolo e malsano si vede ora attribuire meriti benefici, perfino per la salute, se si sta arrivando a ipotizzare che dei giochi potranno essere usati come medicine. Al progetto lavora la start-up DeepWell, specializzata in creazione di videogames, che ne sta sviluppando alcuni mirati ad effetti terapeutici. O come Akili Interactive, già produttore del videogioco - approvato dalla Fda - progettato per curare i bambini con disturbi da deficit di attenzione, mentre è in fase di sperimentazione un altro videogame che tratta la nebbia cerebrale post-Covid. Software magici: torna in mente il vecchio articolo di Bret Stetka sull'Atlantic, in cui si raccontava di pazienti che hanno passato un anno a giocare a Tetris, per superare il trauma di cui erano stati vittime - ad esempio un terribile incidente automobilistico. I mattoncini colorati da ordinare e la loro intensa frequentazione producevano effetti positivi (nei dintorni dell'ipnosi) nel procedimento del loro recupero. Ma quello era trent'anni fa. Adesso si chiamano in causa anche giochi giudicati perniciosi, in cui vanno attivate scelte improntate alla violenza e alla sopraffazione, seppur soltanto

digitale. Ed ecco che il riscatto di alcune cattive condotte torna a essere luogo di ripensamenti, nel vasto territorio dell'educazione e della trasmissione di valori. Capita ciclicamente. Di solito a quel punto arriva l'ondata contraria, normalizzatrice, che impone di non dire sciocchezze, non lanciarsi in arditte teorie disseminate di rischi e che cosa meglio dell'aria aperta, una bici, gli amici e il nascondino per le strade del quartiere (poi magari finisce come "Stranger Things"). La maggioranza silenziosa dei videogiocatori in erba bofonchierà, rassegnata, chiudendo la porta della cameretta e accendendo la console. La vendetta per loro, in fondo, potrebbe essere giusto là, domani, a portata di mano. Si sentono allertati. Tutta questione di non farsi notare. E' l'estetica degli underdog, no? - l'hanno appena scoperto anche gli italiani.

Stefano Pistolini



L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

Apnee notturne: attenzione a non sottovalutarle

Tra i sintomi l'eccessiva sonnolenza diurna Il Prof. Insalaco: «I familiari segnalino il problema»

Viviana Persiani

■ Sono molte le persone che soffrono di Eccessiva Sonnolenza Diurna (EDS) ignare del fatto che potrebbe trattarsi di uno dei sintomi delle apnee ostruttive del sonno (OSA). Il Prof. Giuseppe Insalaco, Pneumologo e Primo Ricercatore presso l'Istituto di Farmacologia Traslazionale del Cnr di Palermo, ci spiega quanto è importante una opportuna valutazione dei disturbi per non correre il rischio di ignorare la patologia.

Afferma il Prof. Insalaco: «Il partner ha, sicuramente, un ruolo facilitante nella identificazione della patologia, ma nei casi in cui il soggetto vive da solo sono un campanello di allarme la percezione di un sonno non ristoratore, la sonnolenza diurna, risvegli con cefalea che regredisce dopo breve tempo (meno di mezz'ora), la nicturia (ossia il risvegliarsi durante la notte con la necessità di urinare) e i disturbi dell'attenzione e del-

la memoria. Nei soggetti affetti da OSA durante il sonno si ha riduzione di ossigeno nel sangue con sofferenza dei tessuti di vari organi e avvio di processi infiammatori che conducono ad un incremento di morbilità e di mortalità cardiovascolare e non solo. La condizione cronica di apnea ostruttiva può determinare disfunzione erettile negli adulti, ipertensione arteriosa spesso resistente ai farmaci, aritmie come la fibrillazione atriale, dismetabolismi come il diabete di tipo 2, e favorire la comparsa di eventi ischemici vascolari fino all'infarto miocardico o all'ictus. La mancata diagnosi e il mancato trattamento della malattia determinano, sul piano sociale, un diretto aumento della morbilità e della mortalità della popolazione adulta che ne è affetta, un aumento dei costi sanitari dovuti al trattamento delle comorbilità cardiovascolari e metaboliche, una perdita di produttività imputabile a un aumento delle giornate di assenza dal lavoro e a una ridotta performance lavorativa; a tutto ciò si aggiunge anche un maggior rischio di incidenti stradali e di infor-

tuni sul lavoro e domestici».

Occorre stare in allerta e, in caso di sospetto, rivolgersi allo specialista per avere una diagnosi di OSA: «I criteri diagnostici prevedono l'esecuzione del monitoraggio cardio-respiratorio o della polisomnografia quando siano necessari ulteriori approfondimenti. Tali metodiche permettono di distinguere negli adulti i casi lievi, indice di apnea e ipopnea (AHI) da 5 a 15, dai casi moderati (AHI tra 15 e 30) e da quelli gravi (AHI pari o superiore a 30), oltre a permettere di identificare quei meccanismi funzionali che, in modo diverso da soggetto a soggetto, favoriscono lo sviluppo delle apnee indirizzando così alla terapia più adeguata».

Ad esempio? «La terapia può prevedere la correzione degli stili di vita, la terapia con pressione positiva nelle vie aeree (CPAP), l'applicazione di dispositivi di avanzamento mandibolare, le terapie chirurgiche per casi accuratamente selezionati. Tuttavia, può accadere che il paziente con OSA, nonostante aderisca alla terapia primaria, come la CPAP, continui a presentare una ec-

cessiva sonnolenza diurna. In tal caso, la valutazione inizia in genere con un'anamnesi completa e un esame obiettivo: ulteriori test soggettivi o oggettivi possono integrare la raccolta anamnestica quando questa non sia diagnosticamente risolutiva. La sonnolenza non è sempre ovvia per la persona che ne soffre e un coniuge, un familiare o un amico, possono spesso fornire utili osservazioni sull'impatto dell'EDS del paziente. Una volta appurato che l'eccessiva sonnolenza diurna residua sia causata dall'OSA è possibile intervenire con nuove soluzioni farmacologiche risultate efficaci nel ridurre gli effetti di questo disturbo. È il caso di Pitolisant, un farmaco recentemente autorizzato in Italia da AIFA, indicato per il trattamento dell'Eccessiva Sonnolenza Diurna da OSA. Si tratta di un farmaco che prevede che venga compilato un piano terapeutico, e la prescrizione è principalmente a carico dei Centri di Medicina del Sonno e del Neurologo».



Pneumologo
Rischio di eventi ischemici vascolari fino all'infarto o all'ictus



I NUMERI

In Italia 7 milioni di persone da curare ma numerosi i casi non diagnosticati

Segnali tipici: russamento da più di 6 mesi e risvegli con sensazione di soffocamento. Un problema che impatta sulla qualità della vita

■ In Italia, i pazienti affetti da OSA, che necessiterebbero di una terapia, sono circa 7 milioni, ma molti casi non sono diagnosticati e poco più di 250.000 risultano in trattamento. L'Apnea Ostruttiva del Sonno (OSA) si caratterizza dal verificarsi, durante il sonno, di episodi di interruzione (apnea) o di riduzione significativa (ipopnea) del passaggio dell'aria nelle vie aeree.

Apnee e ipopnee si verificano perché durante il sonno le pareti delle vie aeree superiori si chiudono, del tutto o in parte, con frequenza variabile. Il che porta a ipossiemia (diminuzione della saturazione di ossigeno dell'emoglobina) e micro-risvegli, della durata compresa tra i 10 e i 30 secondi, di solito non percepiti dal paziente, ma che portano a una frammentazione del sonno.

Senza un adeguato riposo, si favorisce, durante il giorno, un'eccessiva sonnolenza (Excessive Daytime Sleepiness: EDS). I sintomi e i segni più comuni dell'OSA sono, tra quelli notturni: russamento abituale (tutte le notti) e persistente da almeno 6 mesi, sonno frammentato con frequenti risvegli e/o eccessivi movimenti del corpo, risvegli

con senso di soffocamento o boccheggiamiento, risvegli con sensazione di bocca asciutta, nicturia, sudorazione eccessiva.

E quelli diurni? Eccessiva sonnolenza diurna che porta a veri e propri addormentamenti, alterazioni delle funzioni cognitive, con deficit di attenzione, problemi di memoria e difficoltà di concentrazione, sensazione di stanchezza profonda, non giustificata dalle attività svolte, cefalea al risveglio, disfunzioni sessuali, disturbi dell'umore, ridotta capacità di eseguire attività manuali.

Le malattie che si associano più spesso all'OSA sono quelle cardiovascolari e metaboliche. La combinazione di queste patologie in un unico soggetto crea quadri complessi che pesano molto sulla vita quotidiana e richiedono attenzione nella scelta delle cure. Una volta formulata la diagnosi di OSA, è fondamentale avviare un percorso terapeutico che si può avvalere di diverse alternative, da impiegare singolarmente o associate tra di loro, per ridurre i sintomi e le complicanze della malattia. Quando malgrado le terapie per curare l'OSA persiste una sonnolenza residua, si può

valutare la somministrazione di farmaci in grado di promuovere la veglia. È da poco a disposizione in Italia un nuovo farmaco con principio attivo Pitolisant, indicato per migliorare lo stato di veglia e ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna in pazienti adulti nei quali l'eccessiva sonnolenza non è stata trattata in modo soddisfacente con una terapia primaria per l'OSA, o nei quali questa terapia non sia stata tollerata. «Una nuova terapia che possa curare l'eccessiva sonnolenza diurna in entrambi i casi è uno strumento fondamentale per gli specialisti Neurologi e Pneumologi esperti di medicina del sonno. - afferma Luca Roberti, Presidente dell'Associazione Apnoici Italiani APS - Dobbiamo ricordare che il rischio di incidenti stradali dovuti al colpo di sonno aumenti sensibilmente in pazienti con OSA che hanno una sonnolenza residua conclamata, quindi un'arma in più per tutelare la sicurezza stradale e sul lavoro»..

VP



CONSIGLI

Nella foto grande, un soggetto sofferente di apnee notturne durante il sonno.

Nelle due immagini da sinistra, Luca Roberti, Presidente dell'Associazione Apnoici Italiani (APS), e Luigi Ferini Strambi, Professore Ordinario di Neurologia e Direttore del Centro del Sonno dell'Ospedale San Raffaele di Milano



COME INTERVENIRE

La nuova arma per contrastare la sonnolenza diurna

Michela Traina

■ Pitolisant (Ozawade®) è un nuovo farmaco indicato per migliorare lo stato di veglia e ridurre l'eccessiva sonnolenza diurna (*Excessive Daytime Sleepiness*: ESD) in pazienti adulti affetti da apnea ostruttiva del sonno (*Obstructive Sleep Apnea*: OSA), nei quali la sonnolenza non è stata trattata in modo soddisfacente con la terapia primaria per l'OSA, ad esempio, la pressione positiva continua delle vie aeree (*Continuous Positive Airway Pressure*: CPAP), o nei quali tale terapia non sia stata tollerata. Pitolisant ha ottenuto l'approvazione EMA nell'ottobre del 2021 e la rimborsabilità da parte di AIFA nel giugno 2022.

Si tratta di un antagonista/agonista inverso del recettore H3 dell'istamina. In pratica, il farmaco aumenta l'attività dei neuroni istaminergici nel cervello, che costituiscono un importante sistema di mantenimento della veglia e della vigilanza.

«L'efficacia di questo farmaco nel trattamento della eccessiva sonnolenza diurna (ESD) in pazienti con Sindrome dell'Apnea Ostruttiva nel Sonno, è stata dimostrata in due studi clinici randomizzati denominati HAROSA I e HAROSA II - ha spiegato il Prof. Luigi Ferini Strambi, Professore Ordinario di Neurologia e Direttore del Centro del Sonno dell'Ospedale San Raffaele di Milano. - Questi studi hanno valutato gli effetti del farmaco sulla sonnolenza sia in pazienti trattati con CPAP che in quelli che non tolleravano questo trattamento. Hanno inoltre dimostrato che la sua assunzione non ha avuto effetti indesiderati sulla pressione san-

guigna sistolica o diastolica, né sulla frequenza cardiaca, e non ha indotto dipendenza. Questo farmaco rappresenta un'arma in più capace di contrastare l'eccessiva sonnolenza diurna e l'eccessivo senso di stanchezza, che hanno un impatto molto rilevante sulla vita sociale e sulle attività quotidiane dei pazienti».

La rimborsabilità di questo nuovo farmaco è soggetta al Piano Terapeutico cartaceo da compilarsi a cura di centri specializzati nel trattamento dei disturbi del sonno individuati dalle Regioni e Province autonome o di specialisti neurologi, che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.



Il microbiologo eletto col Pd ha rinunciato al compenso da parlamentare

Crisanti "Senatore gratis ma la Asl deve pagarmi lo stipendio da medico"

di Enrico Ferro

PADOVA — **Professor Andrea Crisanti, direttore della Microbiologia di Padova e ora anche senatore eletto all'estero con il Pd, è vero che ha rinunciato al compenso da parlamentare?**

«È vero. Ho optato per lo stipendio d'origine, composto dall'attività con l'Università di Padova e con l'Azienda ospedaliera».

C'è polemica su questa sua scelta. Dicono che lei abbia rinunciato allo stipendio da parlamentare perché guadagna di più come medico.

«Ma che vuol dire? È una questione di contributi previdenziali, di continuità nel versamento. Me l'hanno consigliato in Senato. Del resto, lo fanno molti magistrati».

Quindi rinuncia a uno stipendio da senatore, che si aggira tra gli 11 e i 14 mila euro, per continuare a guadagnare come prima?

«Non cambia molto come importo ma per la pensione conveniva. È una

cosa consentita dalla legge».

Lei ha un reddito annuo di 203 mila euro, giusto?

«Ricopro una posizione apicale sia all'Università che in Azienda ospedaliera. La mia classe di stipendio è elevata, perché fui chiamato come professore di "chiara fama", poi ho l'indennità di direzione di dipartimento, di unità complessa e di Malattie infettive. La somma è interessante ma non sono stato lì a contare le centinaia di euro. È solo una questione legata alla pensione».

Al suo reddito bisognerebbe aggiungere anche 30 mila euro di rimborsi da parlamentare?

«Sì, ne ho diritto».

C'è chi dice che abbia scelto questa opzione perché così non dovrà versare i contributi al Pd.

«È una menzogna, il contributo lo verserò certamente, sia quello regionale che quello nazionale».

L'Azienda ospedaliera di Padova dice che non le pagherà lo stipendio visto che non presterà servizio.

«La legge parla chiaro. Io ho diritto a percepire lo stipendio che prendevo

un mese fa. Non c'è discrezionalità.

Poi se a qualcuno scoccia, questo è un altro paio di maniche. Pensavano di liberarsi di me, si sbagliavano. La mia è un'aspettativa parlamentare e ha altre caratteristiche rispetto all'aspettativa comune. È disciplinata dal decreto legislativo 165 del 2001, articolo 68».

Dunque ora, oltre all'attività scientifica a Padova e a quella con l'Imperial College di Londra, aggiungerà l'attività da parlamentare. Ce la farà?

«Il problema è che qualcuno guarda sempre all'aspetto malizioso. Io ho fatto quello che mi è consentito fare. Sono ancora, a tutti gli effetti, un professore dell'Università di Padova e un dirigente dell'Azienda ospedaliera, piaccia o non piaccia».

La feriscono queste polemiche?

«Faccio il parlamentare, è un servizio per il Paese ed è pure impegnativo. Quanto alle malelingue, pazienza: ho le spalle grosse».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



▲ **Accademico**

Andrea Crisanti, 68 anni



EMERGENZA SICUREZZA

Aggressioni e insulti in corsia I medici: “Riaprite i posti di polizia”

L'assalto al San Camillo
poi l'escalation
L'assessore D'Amato
“Ora bisogna dire basta”

di **Clemente Pistilli**

«Non possiamo più vivere in queste condizioni. O fermiamo le aggressioni o ci uccideranno». È preoccupato per quanto sta accadendo negli ospedali romani Giulio Maria Ricciuto, presidente della Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza del Lazio. «Evitiamo di trovarci ad agire in fretta e furia solo davanti a conseguenze gravi», gli fa eco Stefano Barone, segretario provinciale del Nursind. I pronto soccorso capitolini sono un girone infernale. Con file di ambulanze e parenti angosciati all'esterno e dentro decine di pazienti costretti ad attendere su una barella anche giorni prima che si liberi un posto letto. In simili condizioni troppo spesso quelle strutture diventano teatro di pericolosissime esplosioni di violenza, con infermieri e medici insultati, minacciati e presi a calci e pugni.

La situazione è al limite. È esplosa con la spedizione punitiva compiuta due mesi fa da 25 rom al San Camillo, che intanto è riuscito a risolvere il problema del sovraffollamento, e davanti al susseguirsi di episodi critici ha portato la scorsa settimana lo stesso assessore regionale alla sanità Alessio D'Amato a chiedere al ministro dell'interno Matteo Piantedosi di riaprire in fretta i posti di polizia negli ospedali. «È ora di dire ba-

sta», ha detto l'esponente dem. Questura e Prefettura stanno lavorando per aumentare la sicurezza negli ospedali, ma di azioni concrete ancora non se ne vedono.

«Siamo dei professionisti e non dei gangster. Le percosse e le stesse aggressioni verbali le viviamo male. Così non si lavora in maniera serena. Avevamo chiesto a gennaio, in audizione in commissione sanità, la riapertura dei posti di polizia e adesso, probabilmente per via dell'odore della campagna elettorale, c'è chi ha sposato questa cosa», sottolinea Ricciuto. Il presidente Simeu indica quindi priorità di breve, medio e lungo periodo per garantire sicurezza agli operatori sanitari: posti di polizia per la deterrenza, miglioramento logistico del pronto soccorso («Avevamo attivato l'App per consentire ai parenti dei pazienti di avere notizie dei loro cari e il Garante della privacy ci ha multato»), e aumento dei posti letto. «Ogni giorno - assicura - abbiamo nel Lazio tra i 500 e i 900 pazienti in attesa di un posto letto. Tutto questo aumenta il rischio di aggressioni e il senso di ansia di medici e infermieri. Un operatore aggredito è un operatore perso per la comunità, non lavorerà più come prima».

«Le aggressioni - sostiene Barone - sono una questione atavica. Chie-

diamo attenzione particolare da oltre 10 anni e qualcuno ora si è reso conto che l'unico strumento utile come deterrente sono i posti di polizia, previsti ma mai aperti». Soddisfatto per l'impegno che su tale fronte sta mostrando proprio il San Camillo, il segretario del Nursind ricorda poi che l'infermiere è l'«avamposto dell'ospedale» e che ha il diritto di lavorare senza temere di essere preso a pugni. E batte sulle troppe carenze del sistema di emergenza: «Quando su un codice rosso si arriva dopo 40 minuti i parenti finiscono per scagliarsi contro il personale». «Siamo stanchi di essere lo sfogo di troppi disagi e alle parole seguano i fatti», conclude.



La piaga Code di ambulanze fuori dagli ospedali e tensioni

