



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

07 Novembre 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Trapianta il cuore ad una donna e dopo 33 anni salva anche la figlia



E' il 1989 quando Roberta Rapisardi, 28 anni, si rivolge al cardiocirurgo Ugolino Livi a causa di una grave cardiopatia. Su di lei, a Padova, viene eseguito un trapianto di cuore, il primo di Livi in prima persona. L'intervento riesce, Roberta sta bene e dopo alcuni anni diventa mamma. A Benedetta, sua figlia, si manifesta però la stessa cardiopatia. Oggi la giovane ha 25 anni e a ottobre ha subito lo stesso intervento della madre. A operarla sempre Livi: è stato l'ultimo trapianto della sua carriera da direttore della Cardiocirurgia del Santa Maria della Misericordia di Udine. La storia di Roberta e Benedetta è raccontata oggi da *Messaggero Veneto* e *Il Piccolo*. Quando Roberta decide di avere un figlio, ripercorrono i quotidiani, sa che la cardiopatia può essere a rischio trasmissione genetica, ma decide di correre il rischio. Livi racconta che Roberta "venne a partorire a Padova, voleva il cardiocirurgo che l'aveva trapiantata vicino. Allora non erano molte le donne trapiantate di cuore che avevano avuto figli. Ora accade quasi normalmente".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Dopo pochi anni a Benedetta si manifesta però la stessa malattia della madre. Roberta cerca nuovamente Livi, che la indirizza al centro specializzato in cardiopatie diretto da Giancarlo Sinagra a Trieste. Qui Benedetta viene seguita a lungo ma poi, quando la situazione si aggrava, la giovane si ritrova nel reparto di terapia intensiva, dove rimane due mesi in attesa di un cuore compatibile. "Non era facile trovarlo - spiega Livi - lei minuta di corporatura aveva bisogno di un cuore piccolo con caratteristiche particolari. L'occasione è arrivata e oggi Benedetta è a qualche settimana dal trapianto e sta molto bene". "Ogni mattina quando mi alzo - è la testimonianza di Roberta - anziché pensare 'sono una trapiantata' penso a vivere normalmente la giornata. Tutto questo è servito a Benedetta per affrontare la paura dell'intervento".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Tumore alla prostata, il più diffuso nei siciliani: in media 2.230 nuovi casi l'anno

L'argomento sarà approfondito in occasione di un convegno itinerante che toccherà Messina, Palermo ed Enna.

7 Novembre 2022 - di Redazione

Con 2230 nuovi casi in media, 744 decessi e 1969 ricoveri l'anno il **tumore alla prostata** è il più frequente tra gli uomini siciliani e rappresenta il 17,3% dei carcinomi. In termini di tasso standardizzato l'incidenza media regionale è 65.2: i numeri più alti si registrano a **Siracusa** (74.7) e **Catania** (72.9), seguono **Ragusa** (65.7), **Enna** (65.3), **Messina** (64.5), **Palermo** (64.0), **Caltanissetta** (55.7), **Trapani** (54.9) e, la più bassa, **Agrigento** (52.1).

«Un siciliano ogni 10 ha il rischio teorico di avere una diagnosi di questo tipo nel corso della sua vita» spiega il prof. **Vincenzo Adamo** (nella foto in alto), coordinatore Re.O.S. **Rete oncologica siciliana**—dalla nascita agli 84 anni con picchi tra 70 e 74. In Italia nel 2021 contiamo 7200 morti, con una sopravvivenza a 5 anni del 91% e 564mila con questa diagnosi; nel 2020 sono 36mila i nuovi diagnosticati grazie allo screening precoce che consiste nel dosaggio del PSA, esame digitorettale, ecografia prostatica e biopsia sotto guida ecografica». Questi argomenti saranno approfonditi in occasione del **convegno itinerante**, accreditato con 6 ecm, *“Il Carcinoma della prostata oggi...tra percorsi diagnostico-terapeutici corretti e innovatività”*, che toccherà **Messina, Palermo ed Enna** per coprire le tre aree della Sicilia orientale, occidentale e centrale con l'obiettivo di accendere i riflettori grazie ad una corretta informazione sui percorsi diagnostici terapeutici e sulle innovazioni terapeutiche di recente acquisizione.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«Nella nostra Regione la recente approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale- aggiunge il dott. **Nicolò Borsellino**, referente Re.O.S. PDTA carcinoma della prostata- frutto del lavoro del coordinamento della rete oncologica siciliana, ha portato alla costruzione di una piattaforma web-based, denominata **Prosithe**, che sarà presto attiva e consentirà a tutti i centri di accedere alla scheda registrando gli indicatori del PDTA prestabiliti; la Rete dei Centri Specialistici assicura ai pazienti una cura secondo principi di qualità, dignità, sicurezza, multidisciplinarietà solidarietà e formazione».

Nei tre appuntamenti (all'hotel **Royal** di Messina mercoledì 16 novembre; all'hotel **La Torre** di Palermo mercoledì 30 novembre e al **Federico II** Palace hotel di Enna mercoledì 14 dicembre), organizzati da **Motus Animi** (tel 0832.521300 info@motusanimi.com) e rivolti ad oncologi, urologi, radioncologi, anatomopatologi, genetisti, medici nucleari, mmg, biologi molecolari, psiconcologi, farmacisti ospedalieri, è prevista una parte iniziale con delle letture di competenza urologica e oncologica orientate a rappresentare le novità più importanti degli ultimi anni, la presentazione di **tre casi clinici** come espressione di GOM multidisciplinari impegnati nella definizione degli algoritmi più attuali per la malattia prostatica RO, per la malattia resistente alla castrazione e per la malattia caratterizzata da varie espressioni mutazionali. Infine una **tavola rotonda** gestita da un esperto della comunicazione in sanità con il coinvolgimento di diversi specialisti, associazioni pazienti e medici di medicina generale come riferimento delle aree di prossimità e territoriali.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Messina, ecco il neo direttore della Farmacia ospedaliera

Il commissario straordinario Bernardo Alagna ha nominato Giovanni Vega, in precedenza già direttore facenti funzioni

7 Novembre 2022 - di Redazione

Il commissario straordinario dell'Asp di Messina Bernardo Alagna ha nominato direttore dell'U.O.C di Farmacia Ospedaliera dell'Asp di Messina il dott. Giovanni Vega che avrà il compito di coordinare l'attività di sette farmacie ospedaliere quella di Taormina, Barcellona, Milazzo S. Agata di Militello, Patti, Mistretta e Lipari. Vega in precedenza già direttore facenti funzioni, è sempre stato molto apprezzato per le sue capacità di organizzare al meglio i piani di lavoro e i budget, agendo sempre coerentemente, gestendo le attività compatibilmente con le risorse disponibili e riuscendo a proporre sempre soluzioni che concorrono al miglioramento e alla qualità del servizio. Inoltre Vega è stato anche responsabile dell'Uos Farmacia ospedaliera e territoriale del P.O. di Taormina, componente della commissione ospedaliera Emergenza Covid 19, farmacista referente Vaccinale Covid 19 Presidio Ospedaliero San Vincenzo di Taormina, componente Tas (team Antimicrobial Stewardship) dell'ASP di Messina, componente del Cio (Comitato per le infezioni ospedaliere e del buon uso del sangue del P.O. di Taormina, componente della commissione HTA, del dipartimento oncologico e dell'ospedale senza dolore dell'Asp di Messina. "Ho sempre lavorato mettendo al centro della mia attenzione i pazienti e le loro problematiche -ha detto Vega- e ho agito sempre in team perché ritengo che solo così oggi si possono risolvere anche le questioni più complesse".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Affronterò con rinnovata determinazione questo incarico puntando sempre sulla sostenibilità della Sanità e la valorizzazione delle farmacie sempre disponibili a collaborare per continuare a garantire una distribuzione efficiente sul territorio e per implementare il monitoraggio dell'appropriatezza delle terapie. Il mio è un ambito operativo delicato e importante per la salute della gente e per l'opinione che loro hanno sull'efficienza del sistema sanitario”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

All'Irccs “Bonino Pulejo” di Messina la neuroriabilitazione punta sulla robotica per avviare cicli riabilitativi rapidi ed efficaci

Grazie all'ausilio di device di ultima generazione nell'Istituto messinese, tra i Centri leader in Italia e in Europa incentrato sulla ricerca clinica traslazionale nel campo delle “Neuroscienze”, è possibile effettuare percorsi di riabilitazione in un ambiente di realtà virtuale immersivo trattare il paziente anche al domicilio: “Obiettivo prioritario è avviare il paziente ad un percorso riabilitativo intensivo e personalizzato per reintegrare il paziente in ambito familiare e sociale”



07 NOV - Tapis roulant in assenza di gravità con musicoterapia e feedback aumentativi, realtà virtuali immersive, esoscheletri fissi e mobili, simulatori di movimenti complessi, vasche di camminamento, alleviatori di peso e tanti altri dispositivi altamente tecnologici.

Non siamo in un centro “spaziale”, ma nelle aree di Neuro Riabilitazione e Recupero Funzionale del Centro Neurolesi dell'Irccs “Bonino Pulejo” con vista sullo Stretto di Messina. Unico Irccs di Diritto Pubblico in Sicilia, che dal 2006 svolge la propria attività incentrata sulla ricerca clinica traslazionale nel campo delle “Neuroscienze” in ambito di prevenzione, recupero e trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite sulla base di programmi annuali e pluriennali. Le attività, spiega una nota dell'Irccs, mantengono la finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

unitamente a prestazioni sanitarie di alto livello, quella che viene considerata la vera Ricerca Traslazionale. Grazie all'accorpamento tra la storica struttura di Contrada Casazza e l'Ospedale Piemonte – nosocomio che sorge in pieno centro nella città di Messina - la mission si declina nelle attività svolte per l'Emergenza-Urgenza, la Riabilitazione, le Dimissioni Protette, i Servizi di Teleassistenza domiciliare e di Telemedicina.

Le attività riabilitative, svolte all'interno delle palestre specializzate, sono organizzate in maniera tale da integrarsi perfettamente con la terapia convenzionale effettuata da fisioterapisti altamente specializzati. Il paziente segue un percorso riabilitativo dedicato in base alla gravità della lesione e lo stadio di malattia. I pazienti in fase acuta, ancora allettati, vengono mobilizzati già dai primi giorni con l'ausilio di device robotizzati che consentono una verticalizzazione con stepping e sollecitazione elettrica funzionale per stimolare e simulare lo schema del passo al fine di prevenire le complicanze legate all'allettamento. Successivamente il percorso prevede l'utilizzo di esoscheletri stazionari che consentono un training intensivo della deambulazione che aiutano il paziente a simulare anche discesa e salita delle scale. Alcuni pazienti invece possono usare gli esoscheletri overground, utili per pazienti emiparetici.

Il potenziamento muscolare viene effettuato attraverso vari tappeti con feedback neurosensoriali e soprattutto con il Caren, unico presente in Italia, che consente la riabilitazione in un ambiente di realtà virtuale immersivo. La struttura è dotata anche di robot per la riabilitazione dell'arto superiore e per la riabilitazione dei movimenti fini della mano. Infine, sistemi innovativi di teleriabilitazione, consentono di seguire il paziente anche a domicilio per una migliore continuità assistenziale nell'ambito del territorio.

“Con queste dotazioni innovative – spiega il neo Direttore Scientifico Prof. **Angelo Quartarone** – avremo la possibilità di utilizzare la migliore tecnologia per avviare cicli riabilitativi più rapidi ed efficaci al fine di innescare quei processi di organizzazione funzionale cerebrale atti a ripristinare le funzioni neuro cognitive deficitarie. Obiettivo prioritario – prosegue il Direttore Scientifico – è quello di avviare il paziente ad un percorso riabilitativo intensivo e personalizzato per reintegrare il paziente in ambito familiare e sociale”.

Per ogni singolo paziente, un team multidisciplinare coordinato dal Dott. **Rocco Salvatore Calabrò**, esperto di Neuroriabilitazione Robotica, esegue un'attenta valutazione del quadro clinico, in modo da definire un piano terapeutico completamente personalizzato, che tenga conto della patologia di base e delle necessità quotidiane in relazione allo stile di vita del paziente.

Covid, il primo Bollettino settimanale? Coi dati di morti e contagi da sommare

VIVIANA DALOISO

Andrà lasciata ancora una settimana di tempo forse, al ministero della Salute, per cambiare anche volto al Bollettino settimanale sulla situazione pandemica in Italia. Che per ora ha sostituito quello quotidiano solo nell'annuncio: ieri pomeriggio l'atteso aggiornamento dei dati è stato pubblicato semplicemente affastellando i Bollettini oscurati negli ultimi giorni (da quello del 28 ottobre in avanti, per intendersi), per altro presentati con la stessa grafica di sempre. Risultato: i conti si sono dovuti fare nelle redazioni, sommando o sottraendo contagi e decessi, calcolatrice alla mano. Alla fine ne è uscito un quadro confortante, per fortuna: negli ultimi sette giorni in Italia sono stati registrati 165.966 casi di Covid, cioè 54.602 in meno rispetto alla settimana precedente (-24,7%), con un tasso di positività del 14,9% contro il 16,1% dei sette giorni prima. Ancora: in una settimana i decessi sono sta-

ti 496, vale a dire 85 in meno rispetto a quella prima (-14,6%). In discesa anche i ricoveri in area medica: 6.604 i posti letto occupati contro i 6.881 di sette giorni prima (-4%). In aumento invece (+6%) i pazienti in terapia intensiva, che sono 238 rispetto a 223. Per quanto riguarda gli attualmente positivi, sono 425.111, ovvero 52.026 persone in meno in una settimana: il dato resta abbondantemente sotto il mezzo milione. In calo - e in questo caso la notizia non è positiva - anche il numero dei tamponi: negli ultimi sette giorni ne sono stati fatti poco più di un milione e 100mila rispetto al milione e 370mila di quella precedente, segno che sempre meno italiani procedono alla diagnosi ufficiale del Covid, anche per non incappare in quella quarantena (fissata a 5 giorni) che presto potrebbe essere messa in discussione dal governo.

La circolazione del virus, insomma, resta sostenuta, ma la fase di "normalizzazione" avviata già da prima dell'estate continua senza creare particolari problemi alle strutture sanitarie, e questo nonostante la scuola (la tanto temuta variabile della ripresa di settembre) ormai da quasi due

mesi svolga tutte le attività didattiche in assenza sia di mascherine che di distanziamento.

Due i nodi che continuano ad agitare la comunità scientifica. Primo, proprio quello relativo ai dati: non è passata inosservata la denuncia della Fondazione Gimbe - che, seppur indipendente, ha fornito uno strumento aggiuntivo di analisi utilissimo coi suoi report settimanali negli ultimi due anni - circa l'interruzione, ormai dal 30 ottobre, non solo della pubblicazione quotidiana del Bollettino ma anche dei dati grezzi sul *repository* ufficiale del sito del ministero. «Numeri che avevano finora alimentato un virtuoso processo di collaborazione tra ricercatori, società civile e istituzioni» ha spiegato il presidente Nino Cartabellotta, annunciando l'impossibilità di pubblicare il consueto lavoro settimanale della Fondazione proprio per questo motivo. Il timore degli esperti è legato in particolare alla possibilità (concreta) che, in caso di una ripresa rilevante dei contagi, le autorità sanitarie possano arrivare in ritardo nelle risposte necessarie: «Pensando all'ultima mini-ondata che è durata circa quattro settimane, se avessimo avuto i

dati settimanali come succede adesso, ci saremmo accorti della ripresa del contagio due settimane dopo il suo inizio - nota Antonello Maruotti, ordinario di Statistica all'Università Lumsa e cofondatore del gruppo di studio sulla pandemia StatGroup19 -. Ma la cosa più grave è che con l'abrogazione del Bollettino giornaliero non c'è più modo di avere dati pubblici per noi studiosi». L'altro problema sono i vaccini. La nuova fase di "rimozione" del Covid inaugurata dal governo rischia di impattare negativamente sulle somministrazioni, specie di quarte dosi: finora ne sono state effettuate 4,3 milioni sulle oltre 19 che potrebbero (e dovrebbero nel caso di over 60 e fragili) essere eseguite, con una media mobile di 27.680 al giorno. In calo cioè di oltre il 25% rispetto alle 37.031 della scorsa settimana.

LA PANDEMIA

Dopo lo stop alla diffusione quotidiana il ministero pubblica semplicemente i report "saltati", uno sotto l'altro. Fondazione Gimbe: oscurati anche i dati grezzi, non abbiamo più il polso del virus



Medici no vax in corsia Il ministro Schillaci sfida le Regioni disobbedienti

*Azioni legali contro i governatori contrari
al reintegro. Un chirurgo si dimette: «Farsa»*

Maria Sorbi

■ Puglia e Campania alzano il muro contro il rientro dei medici no vax in ospedale e non intendono fare mezzo passo indietro sulla loro decisione. Ma il governo sta preparando il ricorso contro le delibere delle regioni «disobbedienti». «Stiamo valutando con i nostri legali» spiega il ministro della Salute Orazio Schillaci. «Impossibile un ricorso, sono scaduti i termini perchè la legge in questione è del 2021» replica il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano.

Il governo sta anche lavorando allo stop alle multe dei no vax, argomento che non verrà trattato nell'immediato ma su cui si stanno facendo varie considerazioni. Nonostante lo slittamento, le polemiche

non si placano, soprattutto perchè, in base ai dati della Fondazione Gimbe, solo nella settimana in cui se ne è parlato le vaccinazioni hanno subito un crollo del 25%. «Congelare le multe - sostengono i medici - vuol dire far perdere fiducia nella campagna vaccinale».

Nelle corsie ospedaliere c'è parecchio subbuglio. «Caro ministro, se tornano i no vax in ospedale io mi licenzio. La medicina è una cosa seria. Non una barzelletta» scrive in una lettera aperta Vincenzo Carrozza, chirurgo all'ospedale Santissima Annunziata di Savigliano (Cuneo), in attesa dal 2017 per operare come medico di guerra nelle missioni Onu. «In questa grande famiglia di medici e infermieri, ogni azione ha cercato di seguire i protocolli scientifici accreditati. Non c'è mai stato posto per atti di pirateria medica, di pressapochismo, di pozioni magiche per curare

i nostri pazienti. Oggi, con atto che chiamare scellerato è sminuirne il significato, si concede il diritto a degli stregoni (i medici no vax) di ritornare a esercitare la loro mala medicina nelle corsie e nei reparti degli ospedali del Servizio sanitario nazionale. Si concede il diritto a dei potenziali untori di infettare pazienti ospedalizzati, dunque fragili per definizione». Il messaggio al ministro alla Salute Orazio Schillaci è chiaro. E anticipa la reazione di parecchi altri medici, scandalizzati dalla scelta del governo di reintegrare il personale non vaccinato.

«Non è così che si risolvono i problemi di personale nei reparti». In effetti solo nei pronto soccorsi mancano 4.500 medici e - al di là dell'opportunità o meno della scelta - non è certo il rientro di 2mila colleghi a risolvere la situazione. Anche perchè, l'unico paletto su cui Schillaci è stato ferreo è

che «saranno i direttori degli ospedali a decidere dove assegnare i medici reintegrati». E, per ragioni di sicurezza, il pronto soccorso è l'ultimo posto dove impiegarli.

Altri duemila no vax riprenderanno ad esercitare in libera professione, extra ospedale. «Da loro non mi farei curare, nemmeno a pagamento, fatevi curare voi, io voglio un medico di cui fidarmi» è lapidario il leader di Italia Viva Matteo Renzi. «È un suo diritto, ma se arriva in pronto soccorso per una milza rotta e c'è solo una anestesista o un chirurgo di guardia che fa? - replica Barbara Balanzoni, dottoressa radiata dall'Omceo di Venezia per le sue posizioni su vaccini anti-Covid - Facile dire che non si farebbe curare da medici non vaccinati quando basta fare una telefonata ai primari che fanno l'inchino ai politici amici. Ma il poveraccio che non conosce nessuno chi l'aiuta?».

LE MULTE

Slitta lo stop in Cdm ma è solo un rinvio
«Ci stiamo lavorando»

L'AFFONDO

Matteo Renzi: «Non mi farei mai curare da un dottore anti vaccini»

REINTEGRATI Stanno per tornare al lavoro circa 2mila medici no vax ospedalieri. Spetta ai direttori assegnarli nei reparti meno pericolosi



**Dietrofront sui No vax
“Rimborsarsi impossibili”****Paolo Russo**

Intoppo costituzionale: la modifica di una legge non può essere retroattiva. Impennata di contagi da influenza: sono il doppio del 2021

**Il pasticcio dello stop alle multe ai No Vax
“Difficile rimborsare chi ha già pagato”****IL CASO**
PAOLO RUSSO
ROMA

Irelatori di maggioranza, contrariamente a quanto annunciato dal ministero dell'Economia, non presenteranno alcun emendamento per sospendere fino al 30 giugno le multe da 100 euro, che l'Agenzia per la riscossione ha tempo di inviare fino a fine novembre ai quasi due milioni di inadempienti all'obbligo vaccinale. «Noi non lo faremo, ci sono problemi di costituzionalità e di natura giuridica che vanno risolti. Lunedì avremo un incontro con il governo che credo troverà una soluzione», dichiara a *La Stampa* la relatrice al decreto Aiuti ter in discussione alla Camera, Ylenja Lucaselli di Fratelli d'Italia.

Insomma, il governo non sarebbe in grado di mantenere quel che aveva promesso solo pochi giorni fa. Questo per non aver considerato il fatto che nei mesi scorsi erano già

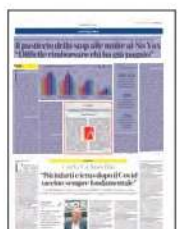
partiti gli avvisi di contestazione e mentre in 600 mila si erano giustificati notificando la mancata registrazione da parte della Asl della vaccinazione o del sopraggiunto contagio da Covid, una piccola parte ha pagato subito la sanzione. «Si tratta di qualche migliaio di destinatari della multa che non hanno atteso i 180 giorni che la legge concede per contestare la sanzione», spiega Lucaselli. «Ora queste persone andrebbero risarcite per non creare una disparità di trattamento, ma per farlo si dovrebbe cancellare retroattivamente un obbligo sancito da una legge dello Stato e per questo i margini giuridici e di costituzionalità sembrano obiettivamente ristretti», ammette la relatrice. Che poi aggiunge: «Sono però sicura che una soluzione il governo la troverà». Anche se dalle sue stesse parole il rebus sembra tutt'altro che facile da risolvere.

Intanto, mentre si ingarbuglia la sanatoria dei No Vax, scendono le curve di contagi, ricoveri e morti, ma sale prepotentemente quella dell'influenza, contro la quale i medici di famiglia invitano a vaccinarsi

anche insieme alla quarta dose anti-Covid, che in pochi hanno fino ad oggi ricevuto. I dati del bollettino settimanale, che sostituisce quello giornaliero silenziato dal governo, indicano i casi in discesa da 220.568 a 165.966, con i morti per la prima volta in calo dopo circa due settimane da 581 a 496. Migliora anche la situazione nei reparti di medicina con 271 ricoveri in meno, mentre sono 15 in più quelli nelle terapie intensive.

Sale invece e di brutto l'incidenza dei casi di influenza, soprattutto tra i più piccoli. Nelle ultime due settimane si contano già 557 mila allettati, quasi il doppio di quelli rilevati dal medesimo bollettino Influnet dell'Iss nello stesso periodo dello scorso anno, quando ancora portavamo le mascherine. L'incidenza generale è di 4,8 casi ogni mille abitanti, ma nella fascia 5-14 anni è a 5,9. Sulla questione medica è intervenuto invece il ministro della Salute, Orazio Schillaci, per dire che «i medici vanno gratificati meglio perché il loro stipendio non è in linea con quelli europei». Aggiungendo un solenne «mi impegno personalmente a

trovare una soluzione». In effetti, come si può vedere dai dati dell'inchiesta pubblicata su *La Stampa.it*, i nostri dottori sono i meno pagati dell'Europa occidentale, preceduti solo da Grecia e Svezia, mentre i tedeschi guadagnano il 70% in più e i britannici il 40%. Un gap che non sarà semplice colmare visto che, come denuncia il sindacato dei camici bianchi ospedalieri Anaa, con i soldi stanziati per il contratto già scaduto da oltre un anno i nostri medici metteranno in tasca appena 60 euro al mese. Buoni per un paio di pizze. Non per frenare la grande fuga dagli ospedali. —



Parla il governatore Zaia

«Inevitabile il rientro dei medici no vax»

CLAUDIA OSMETTI

«Ho l'impressione che qualcuno non abbia capito bene di cosa stiamo parlando. I medici no-vax, quelli che non si sono fatti il vaccino contro il Covid, non sono mica stati radiati dai loro rispettivi (...)

segue → a pagina 13

Parla il governatore Luca Zaia

«Medici no vax, rientro inevitabile»

Il presidente del Veneto: «I sanitari non sono stati radiati dagli ordini professionali. E negli ospedali mancano 45mila dottori»

segue dalla prima

CLAUDIA OSMETTI

(...) ordini professionali». Luca Zaia (non ha bisogno di presentazioni, basta una riga di biografia: fa il governatore leghista della Regione Veneto) è abituato a non girarci attorno alle cose. Te lo dice pane al pane, quello che pensa. Una schiettezza, la sua, che è una qualità rara tra i politici, forse pure più del pragmatismo che ci vuole per non rimanere impigliati in polemiche che altrimenti si autoalimentano. Come quella sul reintegro del personale sanitario che il braccio, per quella benedetta punturina salva-pelle conto il Sars-cov2, non ha voluto proprio mettercelo. «I dottori no-vax sono stati "sospesi", iniziamo a usare le parole per quello che sono», continua Zaia, «sennò è il caos».

Presidente Zaia, ma questo cosa significa?

«Che, a meno che qualcuno teorizzi la sparizione di queste persone dalla scena medica, era inevitabile che prima o poi si sarebbero presentate alle porte degli ospedali. La sospensione non dura per sempre».

Vero. Però adesso il nuovo ministro Schillaci (Sanità) li ha richiamati in servi-

zio ed è scoppiato il parapiglia...

«Sì, ma la domanda che vorrei porre io a chi si lamenta è questa: allora proponete la loro radiazione? Perché l'alternativa è una. Non ne vedo altre. Io rispetto le idee di tutti, per carità. Però evitiamo discussioni che non stanno manco in piedi. C'è gente anche autorevole che si straccia le vesti: ma poi, in concreto, cosa facciamo? Aspettiamo altri sei mesi, un anno ancora? Così però il problema si rimanda e basta».

Invece il governo Meloni l'ha anticipato. Di quei famosi due mesi che a conti fatti sono appena otto settimane. Ha fatto bene?

«Dobbiamo prenderne atto e basta. Il governo ha fatto un provvedimento che, come dice lei, è solo un'anticipazione di quello che era già stato previsto. Dopodiché, se vuole il mio personale punto di vista, io credo che i medici non vaccinati, a tutela dei pazienti ma anche loro, non debbano essere reimpiegati in quei reparti che sono considerati a rischio. Magari in Oncologia, o in Pediatria on-

cologica. Per loro, quest'apertura, non deve essere letta come una vittoria. Siamo chiari su questo».

Cioè?

«C'era una legge e non l'hanno rispettata. Non dobbiamo rinnegare nulla di quanto abbiamo fatto con il Covid. Non possiamo fare sempre gli illuministi e valutare la Storia con il senno di poi. Noi eravamo lì e, purtroppo, eravamo a bordo campo, non sulle tribune. Punto».

In Veneto quanti sono i medici no-vax?

«Quelli che dovevano essere reintegrati il primo gennaio e che, adesso, rimetteranno il camice prima sono solo dodici su 605 operatori sanitari sospesi in totale. Anche questo dà la portata del fenomeno. Una Regione come la mia dispone di 11mila medici in ospedale e altri 3mila in Medicina di base. Non è una



mia intenzione fare la difesa d'ufficio del governo, primo perché non ne ha bisogno e secondo perché non sono un avvocato. Aggiungo, però, che se vuole uscirne bene, adesso è il momento della fase due».

Urca. La "fase due"?

«L'altra faccia della questione è che mancano gli operatori della Sanità. Abbiamo una deficienza di circa 45mila medici in tutto il Paese, di infermieri non so neanche quante migliaia. Per me, ora, quella che viene per prima di tutto è la cura del paziente. Ma non basta reintegrare i medici sospesi, serve il carico da novanta».

La butto là: tocca togliere il numero chiuso a Medicina?

«Tanto per cominciare. Poi bisogna andare verso un modello di università meritocratico dove i ragazzi vengono selezionati sul campo. Oggi usiamo i test, ma un grande chirurgo è un artista. Se non gli dai in mano un bisturi, come lo valuti? Dobbiamo investire di più su queste categorie perché paghiamo il conto di una programmazione totalmente sbagliata degli anni passati. Ma questo Luca Zaia non lo dice da oggi perché ha avuto una folgorazione sulla via di Damasco. Lo dico almeno dal 2010. Non senza ricevere le solite critiche gratuite».

Quali?

«Nell'estate del 2018, per esempio, ho assunto 309 me-

dici non specializzati per metterli nel Pronto soccorso e apriti cielo: mi hanno fatto una polemica che non finiva più, università comprese. Alla fine sono gli stessi ragazzi incaricati di andare nelle case dei malati Covid, quando è iniziata la pandemia. Ci vuole un altro approccio. E ci vuole che i professionisti siano pagati di più, sennò se vanno all'estero. Posso dire una cosa a cui tengo molto?».

Prego.

«Adesso sta montando una discussione eterna sui medici no-vax, ma ricordiamoci di quelli che hanno fatto la battaglia. Di quelli che si sono vaccinati, che hanno sofferto e lavorato e a cui va riconosciuto il merito. Se ci sono degli eroi, sono quelli che sono rimasti in corsia a lavorare».

Sono perfettamente d'accordo. A proposito, ma chi sono quelli che hanno rifiutato il vaccino? Lei si è fatto un'idea?

«Ce ne sono di due categorie. La prima è quella di chi, per paura, per convinzione, per ansia personale, non si è vaccinata. Io ho sempre difeso la libertà di scelta nella vaccinazione. Ho fatto una grande campagna vaccinale in Veneto, ma ho sempre pensato che dovesse vincere il dialogo e non la coercizione. Noi ce l'abbiamo fatta, abbiamo raggiunto tutti. Dobbiamo raccontarci anche le cose che vanno bene».

E la seconda categoria?

«È infinitesimale e riguar-

da chi non si è vaccinato e però si messo a "far lezione"».

Scusi?

«C'è chi ha cominciato a parlare di scie chimiche, di poteri forti, di Big Pharma. Chi ha iniziato anche a offendere arrivando a livelli di discussione inaccettabili. Io sono totalmente rispettoso delle idee di tutti, anche di quelli che la pensano all'opposto da me, ma alcuni hanno esagerato. Soprattutto perché hanno molto spesso venduto una visione semplicistica del Covid. Abbiamo sentito gente parlare di genetica senza che neanche sapesse cosa sia. Ecco, queste persone non le posso proprio giustificare».

Come sta andando la pandemia in Veneto?

«Come nel resto d'Italia, immagino. Abbiamo un migliaio di persone ricoverate e una quarantina in terapia intensiva: non sono segno dell'inefficienza dei miei sanitari, si tratta di persone fragili e magari di anziani. Nei periodi di crisi avevo 3.500 ricoverati e altri 500 in intensiva, i numeri son lì da vedere per chi abbia voglia di leggerli. Nel 2020 c'era la paralisi totale degli ospedali. Oggi no».

Sospirone di sollievo?

«Da qui ad affrontarla sportivamente ce ne passa. Non dobbiamo farlo, anche per rispetto ai tanti morti e delle tragedie che ci sono state. Però possiamo dire che il virus non è più quello del 2020. Sa da cosa lo si capisce?».

Da cosa?

«Due anni fa diventavamo pazzi a trovare i respiratori perché il Covid dava vita a polmoniti interstiziali, cioè beccava i polmoni. Oggi attacca le vie aeree superiori, il naso e la gola, ma non va più giù. Le polmonite non le vediamo più. Posso riferirmi ai tanti "medici" che in questi mesi si sono "laureati" su Facebook?».

Lanciamo un appello?

«Vi basterebbe andare in un ospedale per capire che la sintomatologia non è più quella di ieri. Ma allo stesso tempo, non banalizziamo e non rinneghiamo quello che abbiamo fatto».

Ultima domanda: le mascherine in ospedale. Su quel fronte, alla fine, il governo Meloni ha rinviato la scadenza dell'obbligo. Eccessiva prudenza, buona pratica o senso di responsabilità?

«Siamo in una fase di convivenza del virus, penso che negli ospedali e nelle residenze per anziani la mascherina debba restare a prescindere dal Covid. Abbiamo ricoverati fragili, con la pandemia abbiamo capito che non si possono potare loro virus o batteri. Vanno tutelati. È anche un segno di rispetto. E, se vogliamo, una lezione che ci ha impartito il coronavirus. Non sprechiamola».



L'OBBLIGO ANCORA IN VIGORE

Test e isolamento: i protocolli vanno cambiati

Le quarantene mandano in tilt interi reparti: è ora di cambiare le regole di Speranza

di **MADDALENA GUIOTTO**

■ Su tamponi e quarantene sono ancora in vigore i protocolli della circolare del 31 agosto scorso, in cui il ministero della Salute guidato da **Roberto Speranza** riduceva l'isolamento per i soggetti vaccinati positivi al Covid.

Per i contatti stretti di positivi, invece, siamo fermi alle norme di autosorveglianza di fine marzo, con Ffp2 per dieci giorni, in assenza di sintomi. Da più parti si solleva l'esigenza di rivedere tali misure, anche per il personale sanitario. Ci sono infatti ospedali che si trovano a corto di personale perché gli operatori in corsia, pochi e stremati, continuano a fare tamponi - al di là dell'obbligo stabilito in base al rischio del singolo reparto - perché, in caso di positività, per una settimana devono starsene a casa in isolamento. «Il problema non è fare il tampone, lo facciamo in reparto e la procedura è semplice. Il punto è che il positivo», di fatto, «deve stare in isolamento e si allontana dal reparto per almeno 7-10 giorni», spiega **Giampiero Avruscio**, primario Angiologo e Responsabile Anpo (Associazione naziona-

le primari ospedalieri) dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Altra cosa invece succede se «noi, come personale sanitario, siamo a stretto contatto con un positivo: rimaniamo in isolamento solo se positivi al tampone, altrimenti si viene a lavorare». In ogni caso «i contagi ospedalieri vengono dall'esterno, non dal reparto», aggiunge **Avruscio** e, data la sorveglianza in atto, «ridurre la quarantena a 5-7 giorni non significa abbassare la guardia: anche l'influenza è rischiosa per le persone fragili», ma si gestisce senza quarantene e altri obblighi.

Sul tavolo del nuovo ministro **Orazio Schillaci** ci sono varie proposte per rivedere le norme, anche per il personale ospedaliero, vaccinato o meno: i test per i sanitari sono previsti in ogni caso. Oggi chi è positivo può uscire dopo cinque giorni se ha un tampone negativo. Però può fare il test solo se è stato senza sintomi per tre giorni. Questo tempo potrebbe essere ridotto a 24 ore. Un'altra proposta è quella di basarsi esclusivamente sul tampone. Chi lo ha

negativo, anche a due o tre giorni dalla positività, sarebbe comunque liberato dall'isolamento. Sulla necessità di aggiornare le regole alla realtà epidemiologica, rivendendo gli obblighi, anche fuori dagli ospedali, non mancano le proposte. «Mi auguro che si arrivi non alla riduzione della quarantena per i positivi al Covid, ma alla completa eliminazione», afferma il direttore delle Malattie infettive si Genova, **Matteo Bassetti**. «Credo che si debba necessariamente cambiare approccio su questo virus. Levare l'obbligo di isolamento è lo strumento per una maggiore normalizzazione della convivenza con il virus. Spero di essere ascoltato, peraltro è stato già fatto in altri Paesi». La sua proposta per chi è positivo è di «uscire di casa con la mascherina Ffp2, oppure dopo 48 ore dalla scomparsa dei sintomi, a prescindere dal tampone, magari mantenendo l'uso della mascherina per qualche giorno».



Sanità

Fondi per liste d'attesa e per stipendi dei medici

Sulla Sanità dopo la pioggia di fondi per gestire l'emergenza Covid le risorse a disposizione nella legge di bilancio saranno sicuramente contate. Ecco perché l'intenzione al ministero della Salute è quella di concentrarsi su alcune priorità: tra gli interventi allo studio c'è quello di prevedere un nuovo finanziamento dopo il miliardo stanziato (in due tranche da 500 milioni) per provare a ridurre le liste d'attesa per le tante prestazioni saltate durante l'emergenza Covid. Un ulteriore intervento potrebbe riguardare gli aumenti degli stipendi dei sanitari: su questo fronte il ministro

Schillaci ha annunciato che potrebbe iniziare dai camici bianchi che lavorano nei pronto soccorso studiando nuovi incentivi ad hoc. Infine sul fronte caro energia dovrebbero essere trovati nuovi fondi per il rincaro delle bollette degli ospedali.



IL CONFRONTO

SALUTEQUITÀ PRIMO SEMESTRE 2022 RISPETTO AL 2019: FORTE CALO DELLE SPECIALISTICHE

Ci curiamo meno: salta una visita su 5

» **Natascia Ronchetti**

Le regioni si difendono. Dicono che a rallentare l'accesso alle prestazioni sanitarie sono da un lato la carenza ormai cronica di medici e infermieri e dall'altro i rigidi protocolli di sicurezza contro il Covid-19 tuttora in vigore. Fatto sta che nei primi sei mesi dell'anno, rispetto allo stesso periodo del 2019, sono saltate quasi il 20% delle prime visite specialistiche. E la storia si ripete per le visite di controllo: una su cinque non è stata fatta. Il dato arriva da Salutequità, l'associazione che monitora le politiche sanitarie, con particolare riguardo per l'equità nell'accesso al servizio sanitario. Parliamo però una di media nazionale, le differenze tra le varie aree geografiche sono infatti macroscopiche. La provincia di Bolzano è quella con il risultato peggiore: di prime visite ne sono saltate oltre il 55%. Poi ci sono i numeri impressionanti che arrivano dalla Calabria (-37,38%), dalla Sardegna (-34,62%), dal Molise

(-30,93%). Vanno meglio Emilia Romagna (-10,42%) e Lombardia (-10,24%) ma nessuna regione si salva.

“DIFFERENZE che dipendono da vari fattori – dice Tonino Aceti, presidente di Salutequità –. Sono da collegare ai modelli organizzativi che vengono adottati così come alla mancanza di personale. Ma si devono anche alla priorità che viene assegnata da ogni singola Regione al recupero delle prestazioni. Così, chi ha i mezzi per farlo si rivolge alla sanità privata, chi non può rinuncia, esponendosi al rischio di ritrovarsi in una condizione grave”.

Il nuovo governo ancora non si è pronunciato su una dotazione finanziaria per abbattere le liste d'attesa. “Il rifinanziamento è necessario ma questa volta – osserva Aceti –, dovrà essere agganciato al raggiungimento certificato degli obiettivi, non come è avvenuto in passato”. Dal 2020 ad oggi dal ministero della Salute per risolvere il problema è arrivato circa un miliardo. Quest'anno, in base alla legge di Bilancio, le Regioni devono destinare 500 milioni del Fondo sanitario nazionale al recupero. Risorse non aggiuntive,

dunque. E che in base alla normativa restano comunque a loro disposizione anche se non sono in linea con gli obiettivi programmati con i piani operativi.

“Adesso invece serve mezzo miliardo in più, ad integrazione del Fondo – prosegue Aceti –, perché con il caro energia la spesa sanitaria è aumentata. E soprattutto occorre che le risorse siano erogate sulla base dei risultati raggiunti”. Le regioni sono indietro anche sulle prestazioni ambulatoriali che oltre alle visite specialistiche comprendono attività come la radioterapia, la dialisi, la riabilitazione, la diagnostica strumentale: sempre nei primi sei mesi dell'anno ne sono saltate quasi il 13%. Sullo sfondo resta la questione del metodo di valutazione da parte del ministero delle performance sanitarie regionali. “Il problema delle liste d'attesa – dice Aceti – dovrebbe avere un peso maggiore nel monitoraggio che viene fatto annualmente”.



L'analisi

Italiani in cerca di servizi e cure che vanno oltre la sanità pubblica

Sale l'età della popolazione, cala la spesa rispetto al Pil negli ultimi 10 anni uno studio rivela il trend in aumento nel ricorrere a soggetti privati mentre emerge l'offerta assicurativa orientata su prestazioni a 360 gradi

MARCO CIMMINELLA

La pandemia ha accresciuto la sensazione di incertezza e il bisogno di protezione delle persone: al di là degli effetti diretti del virus, la crisi del Covid ha determinato interruzioni e rallentamenti delle attività di prevenzione e dei percorsi di cura per i malati cronici. E ha mostrato le difficoltà del nostro sistema sanitario, in termini di risorse disponibili, di personale e di organizzazione sul territorio per affrontare l'emergenza. In particolare, la spesa pubblica nel settore è diminuita negli ultimi dieci anni, fino a rappresentare il 6,4% del Pil. Al contempo, la popolazione italiana sta invecchiando, una tendenza dovuta ai progressi in ambito medico ma anche alle poche nascite che caratterizzano la Penisola. L'età media si è avvicinata ai 46 anni, e gli over 65 rappresentano il 23,2% del totale. Questi dati, raccontati nel report "Tech in insurance & health: l'opportunità di una trasformazione digitale integrata", mostrano le sfide a cui sarà sempre più sottoposto il nostro Paese, impegnato a mantenere e migliorare l'attuale livello di welfare.

Più nel dettaglio il report, presentato da Ey e Iia - Italian Insur-

tech Association, ricorda che la spesa sanitaria pubblica nel 2019 è stata pari a 115 miliardi di euro: anche se i fondi sono aumentati durante l'emergenza Covid, raggiungendo quota 127,8 miliardi nel 2021 (il 7,2% del Pil), le previsioni sono di un nuovo decremento tra il 2023 e il 2025 a un tasso medio annuo dello 0,6%. Inoltre lo studio fornisce una dimensione della domanda di servizi al di fuori di quelli offerti dal Sistema sanitario nazionale (Ssn), sottolineando che la spesa diretta delle famiglie in questo ambito nel 2019 è stata pari a 36 miliardi di euro, il 23% della spesa sanitaria complessiva: una cifra che conferma la tendenza di molti italiani a richiedere servizi alternativi anche per via dei tempi di attesa del Ssn. A tali somme vanno poi aggiunti 4,3 miliardi di spesa intermedia da fondi, mutue e imprese di assicurazione.

Questa dinamica si combina con il nostro trend di invecchiamento. Il report dell'Istat sulle previsioni della popolazione residente e delle famiglie fa notare che la fascia degli over 65 potrebbe raggiungere il 34,9% entro il 2050; allo stesso tempo, l'analisi evidenzia che si registrerà una diminuzione della popolazione in

età lavorativa, con un possibile calo dal 63,6% al 53,4% nei prossimi trent'anni. Tendenze che avranno un forte impatto sulle politiche di protezione sociale, visto che si dovranno fronteggiare i fabbisogni di una quota crescente di anziani, ma anche sul mercato del lavoro e sulla programmazione economica. Come ha sottolineato il presidente dell'Istat Gian Carlo Blangiardo in occasione degli Stati Generali della Natalità 2022, «tra trent'anni saremo 5 milioni in meno, avremo perso quasi 2 milioni di giovani e avremo raddoppiato il numero di ultranovantenni: dagli attuali circa 800 mila a 1 milione e 700 mila».

In questo contesto, fanno notare gli autori dell'indagine di Ey e Iia, la domanda di prestazioni è destinata ad aumentare per ragioni epidemiologiche e demo-



grafiche. E così il ruolo delle assicurazioni sta evolvendo. Per rispondere alla richiesta di servizi sanitari e favorire l'accesso dei pazienti a programmi di prevenzione e cura integrativi, le compagnie stanno promuovendo un cambio di paradigma, che prevede il passaggio dalla concezione classica di protezione assicurativa, limitata alla cura della malattia e al risarcimento del danno, a un modello che mette al centro il paziente e punta alla prevenzione. Con questo approccio, sintetizzato nella formula "From Cure To Care", le assicurazioni puntano a guidare il cliente in tutto il "patient journey", quel percorso di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza del paziente. Un modello basato su una visione più olistica della salute, che non si esaurisce in programmi di check-up medici in strutture convenzionate, ma che contribuisce

anche alla diffusione di comportamenti virtuosi legati ad attività sportiva e alimentazione.

Lo studio ha coinvolto i protagonisti del settore, dalle compagnie assicurative agli operatori sanitari, pubblici e privati, rilevando la crescente importanza per i consumatori acquisita dal tema della salute. In particolare, il 40% degli intervistati considera la pandemia come la principale motivazione che ha alimentato il bisogno di maggiore protezione degli individui, comportando un incremento delle vendite di polizze salute abbinata a programmi di prevenzione e monitoraggio. Per metà del campione, invece, questa crescita è stata determinata da un aumento della domanda e dell'offerta indipendentemente dal Covid. In più, il report ha fatto emergere l'interesse per l'integrazione dei servizi che accompagnano il percorso di cura del paziente con le soluzioni assicurative, un'esigenza confermata dal 63% degli intervistati.

Per favorire questa transizione, secondo gli operatori intervistati, serve sviluppare un ecosistema dove personale sanitario, HealthTech e compagnie assicurative lavorino in maniera sinergica, per fornire servizi di prevenzione e copertura innovativi, con una maggiore integrazione tra assistenza digitale e fisica, tramite strumenti come la telemedicina e l'assistenza virtuale. E le sfide di certo non mancano: la survey infatti ha attestato il ritardo nell'adozione di tecnologie per assistere l'utente nella fruizione dei vari servizi, dal ritiro degli esami alla prenotazione delle visite: solo il 50% del campione dichiara che sono previsti dispositivi IoT e app, mentre lo strumento più utilizzato rimane il consulto telefonico.

□ Sempre più cittadini sono costretti a ricorrere alla sanità privata

I numeri



6,4

PER CENTO

La quota di Pil rappresentata dalla spesa pubblica per la sanità si è progressivamente contratta negli ultimi 10 anni

23,2

PER CENTO

Gli over 65 anni in Italia aumentano anno dopo anno e rappresentano ormai quasi un componente su quattro della popolazione nazionale



Gian Carlo Blangiardo
presidente dell'Istat



Quarte dosi in picchiata: scese a -35% in sette giorni

La campagna vaccinale

Dopo le prime misure di discontinuità è arrivata la frenata dei vaccini

Marzio Bartoloni

La svolta normalizzatrice sul Covid voluta dal nuovo Governo rischia di provocare un pericoloso effetto indesiderato, quello cioè di far fallire la nuova campagna vaccinale. Partite già al ralenti la scorsa estate ora le quarte dosi sembrano frenare, eppure sono necessarie per proteggere fragili e anziani nel lungo inverno che ci aspetta dove oltre che con il Covid - ora sicuramente meno pericoloso che in passato - bisognerà fare i conti anche con il ritorno dell'influenza che proprio in questi giorni sta cominciando a colpire di più raggiungendo i 5 casi per mille. Nell'ultima settimana - dal 28 ottobre al 3 novembre - le quarte dosi per over 60 e fragili, secondo i dati di Lab 24 del Sole 24 ore, sono infatti

crollate del 35%: se dal 21 al 27 ottobre ne sono state fatte oltre 256mila - circa 36mila iniezioni al giorno, non proprio un bel ritmo - nei sette giorni successivi (dunque fino al 3 novembre) le somministrazioni sono scese a 166mila (meno di 24mila iniezioni al giorno in tutta Italia). Sicuramente su questo crollo hanno influito i giorni di festa, ma è indubbio che la discesa coincide anche con le prime misure adottate sul Covid che segnano una frattura con il passato: dall'addio del bollettino quotidiano - ieri la pubblicazione dei primi dati settimanali che vedono un calo dei casi (166mila in 7 giorni) e 498 morti complessivi - all'abolizione dell'obbligo vaccinale per i sanitari con il reintegro dei no vax in corsia fino allo stop alle multe per gli over 50 che non si sono vaccinati (la misura è attesa nel prossimo decreto aiuti a cui sta lavorando il governo).

Misure che se da una parte non rappresentano certo un "liberi tutti" dall'altra per più di un

italiano possono essere intese come un invito ad abbassare la guardia. «I vaccini sono stati uno strumento indispensabile nella lotta alla pandemia», ha ricordato ieri il ministro della salute Orazio Schillaci. Che ha sottolineato come «rimangono da raccomandare alle persone fragili, agli anziani e alle persone più deboli». Al momento sono 19 milioni gli italiani a cui è raccomandata la quarta dose tra over 60 e fragili: di questi 4,3 milioni si sono già protetti 1,8 milioni ancora no perché contagiati dal virus negli ultimi sei mesi, mentre sono oltre 13 milioni quelli che potrebbero ricevere la quarta dose ma non l'hanno ancora fatta. Il problema è che se si continuasse con i ritmi di somministrazione attuali non basterebbe un anno per vaccinare tutta questa platea.

Al momento la gestione del Covid nelle strutture sanitarie è ampiamente sotto controllo - in una settimana si registrano solo +15 terapie intensive e -277 ricoveri ordinari - e come riportato

dal report settimanale dell'Iss pubblicato sempre ieri l'Rt - l'indice che misura la velocità di contagio - è tornato sotto la soglia epidemica di «1» (è a 0,95).

L'addio al bollettino quotidiano è arrivato una settimana fa, il 28 ottobre, come primo atto del ministro Schillaci, e ieri alla fine sono stati semplicemente caricati i bollettini giorno per giorno dai quali è stato poi possibile ricavare il dato settimanale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA

Carlo La Vecchia

“Più infarti e ictus dopo il Covid vaccino sempre fondamentale”

L'epidemiologo: “Sarà un inverno migliore rispetto all'anno scorso
I medici reintegrati? Il tema sarà gestire i rapporti difficili nei reparti”

SIMONA BUSCAGLIA
MILANO

L'epidemia di Covid-19 presenterà «ondate che si susseguono», con varianti che «al momento non sembrano più pericolose delle precedenti». L'epidemiologo della Statale di Milano, Carlo La Vecchia, delinea l'andamento del virus nel prossimo futuro e torna a ribadire l'importanza dei vaccini per gli over 60, soprattutto per l'aumento di infarti e ictus nei 70 giorni successivi alla malattia. Rimane prudente sulla diminuzione del periodo di isolamento per i positivi: «Aspetterei di vedere gli sviluppi invernali della pandemia». **La stagione fredda è alle porte: dobbiamo preoccuparci come gli anni passati?**

«No, salvo un peggioramento del quadro clinico di Omicron, dovrebbe essere un inverno meno drammatico rispetto all'anno scorso. Prevediamo un susseguirsi di ondate. Nel 2022 ne abbiamo avute quattro ed è probabile che ce ne siano altre nei prossimi mesi».

Ci sono all'orizzonte varianti più contagiose e pericolose?

«Esistono già delle subvarianti di Omicron, come Bq.1 e Xbb, che stanno provocando un aumento dei casi. Se saranno più contagiose è difficile dirlo. Il problema è che per le nuove subvarianti non vale l'immunità, quindi possiamo ammalarci di nuovo più facilmente. La Cerberus clinicamente non è più pericolosa delle altre».

I vaccini sono ancora uno strumento valido contro il virus?

«Certamente. Gli over 60 e i fragili devono vaccinarsi per avere una protezione di 3-4 mesi, che vuol dire superare l'inverno senza il rischio di ammalarsi gravemente».

Si registra però già un calo nelle somministrazioni delle quarte dosi...

«Le percentuali sono purtroppo ancora basse per vari motivi. Molti hanno ricevuto già tre dosi e pensano di essere coperti. Tanti anziani hanno visto amici e parenti ammalarsi in modo lieve e quindi non sono preoccupati, sbagliando. È stato dimostrato un aumento di malattie trombotiche: uno studio svedese parla di un rischio infarto cinque volte superiore per i 70 giorni successivi al Covid».

Secondo lei è prudente una riduzione dell'isolamento per i positivi al Covid?

«Io aspetterei. Se si decide per una quarantena inferiore bisognerebbe assicurarsi che il paziente utilizzi in modo rigido la mascherina Ffp2 nei giorni successivi. In generale qualche giorno d'isolamento dopo la malattia resta consigliabile. Andando verso l'inverno credo che le poche limitazioni rimaste vadano mantenute: se tutto andrà bene ne ripareremo a marzo».

La situazione negli altri stati

europei è simile alla nostra?

«Sì, nel complesso, se contiamo casi e morti, non notiamo grosse differenze».

È vero che in Italia ci sono state le misure più restrittive?

«Mi sembra un po' un discorso senza basi. Salvo casi particolari, come quello della Svezia che non ha mai chiuso, buona parte dei paesi europei, in fasi diverse, ha avuto restrizioni simili a quelle italiane. Dalla gestione Draghi ci sono state solo aperture».

Il reintegro dei medici No Vax è un errore?

«Secondo me il tema vero sarà gestire i rapporti difficili nei reparti: chi ha vissuto questi due anni di epidemia lavorando a ritmi disumani non vedrà di buon occhio i reintegrati. Comunque è probabile che ricopriranno posizioni non in prima linea e non a stretto contatto con i pazienti fragili».

Una commissione d'inchiesta sul Covid sarebbe utile?

«Io non la farei, non perderei tempo adesso, non ci vedo uno scopo. Era difficile evitare errori in una situazione così nuova e drammatica. Sicuramente quello più grosso è stato non aver isolato i fragili all'inizio. Non vedo sostanziali errori nella gestione dell'ultimo anno e mezzo». —



03

Cavalieri (Ema), 'Covid circolerà anche fra bimbi, inevitabile'

"Il virus" Sars-CoV-2 "circolerà anche nelle fasce d'età più basse, questo è piuttosto inevitabile. Sappiamo che i vaccini non saranno in grado di prevenire l'infezione in un modo sostanziale o perlomeno, se un effetto ci sarà, sarà piuttosto di breve durata", però questi prodotti scudo "anche nei soggetti pediatrici sono in grado di prevenire la malattia grave. Quindi, soprattutto nei bambini che hanno fattori di rischio e patologie" di base, "è molto importante fare uso fin da subito dei vaccini a disposizione". Quella su "campagne vaccinali di più ampio spettro è una decisione che spetta agli Stati membri, ma a questo punto non sarebbe la priorità". A sottolinearlo è Marco Cavalieri, responsabile della strategia per le minacce sanitarie e i vaccini dell'Agenzia europea del farmaco Ema, in un'intervista a 'RaiNews'.

L'esperto conferma che "le previsioni dell'Ecdc", Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, "indicano che verso la fine di novembre dovremmo iniziare a vedere una consistente dominanza o presenza di nuove sottovarianti nella maggior parte dei paesi europei". Il riferimento è in particolare a BQ.1 e ai suoi sottolignaggi come BQ.1.1 (battezzata Cerberus sui social). "Ora stiamo aspettando di vedere come le cose si evolvono, ma dobbiamo essere pronti al fatto che tra la fine di novembre e dicembre queste nuove sottovarianti dovrebbero rimpiazzare Omicron 5 e diventare dominanti in Italia e negli altri Paesi europei e probabilmente anche negli altri Paesi dell'emisfero Nord".

Queste varianti, ha ricordato ancora Cavalieri, "tendono a diffondersi



rapidamente, sembrerebbero avere un alto potenziale di trasmissione, ma allo stesso tempo non è chiaro quanto siano aggressive e virulente, quanto possano causare malattia grave. La variante XBB, che è quella che si è diffusa principalmente in Asia, nel Sudest asiatico, è la variante un po' più distante dal punto di vista immunologico - ha aggiunto l'esperto - Quindi la seguiamo con grande attenzione perché sappiamo che questa", una sottovariante Omicron battezzata Gryphon sui social, "è la variante più immunoevasiva che si potrebbe diffondere". I vaccini proteggeranno dalle nuove varianti in ascesa? "Sì - ha risposto - ci aspettiamo che i vaccini siano in grado di proteggerci dalla malattia grave e dall'ospedalizzazione. E quindi è molto importante considerare la rivaccinazione per chi ha fattori di rischio".



02 | **Andreoni, 'più forme benigne Covid ma letalità ancora discreta'**

"Quello verso una minore letalità potrebbe essere il percorso intrapreso da Sars-CoV-2, ma ci sono degli interrogativi aperti e a cui oggi non possiamo ancora rispondere con certezza. Se il virus continua a circolare tenderà all'"immune escape', quindi può perdere aggressività, ma sfuggire meglio all'immunità realizzata con i vaccini. Abbiamo dunque una serie di domande senza risposta su dove andrà a parare questo virus. Ricordo che c'è ancora una discreta letalità Covid, se è vero che tra gennaio e ottobre 2022 abbiamo avuto 45mila decessi in più rispetto al 2019-20. Morti evidentemente legati alla circolazione del virus. Abbiamo accettato un certo numero di decessi facendo circolare in mondo endemico il virus". Così all'Adnkronos Salute Massimo Andreoni, primario di infettivologia al Policlinico Tor Vergata di Roma e direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit).

L'esperto commenta uno studio dell'Università di Padova, a cui ha partecipato anche il virologo Giorgio Palù, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco Aifa, che ha evidenziato come "la contagiosità è diventata inversamente proporzionale alla letalità: l'evoluzione del Sars-CoV-2 si sta trasformando in forme più 'benigne' rispetto al Covid che abbiamo conosciuto".

Sul percorso da pandemia a endemia, Andreoni chiarisce che, "osservando le ultime varianti e subvarianti di Omicron, vediamo alcuni limiti: la cosiddetta Cerberus non è più aggressiva delle altre subvarianti, ma ormai molti anticorpi monoclonali non funzionano più - avverte - La maggior circolazione del Covid la pagheremo in qualche modo. Ricordo che oggi ogni 1.000 positivi abbiamo due persone che non ce la fanno".



VIRUS IN ARRIVO

Attenti, l'aviaria
rischia di essere
il nuovo incubo

DAVID QUAMMEN / PAGINA 30

Non ogni persona contagiata diventa il paziente zero di un focolaio di considerevoli dimensioni. Ma quanti più casi si presentano tanto più è grande la possibilità che un contagio porti alla catastrofe.



David Quammen Impreparati al nuovo virus

Non stiamo dando la giusta importanza ai segnali di un pericoloso contagio da aviaria

DAVID QUAMMEN

All'inizio di settembre, gli scienziati dell'Università della Florida hanno confermato che un delfino – la cui carcassa era stata trovata a marzo scorso in un canale, lungo la Costa del Golfo – presentava un tipo di influenza aviaria altamente patogeno. Aveva un'inflammatione cerebrale.

Come dice il nome stesso, il virus dell'influenza aviaria è molto abile nel contagiare gli uccelli, ma talvolta si spinge oltre e prende altre direzioni. Pochi mesi dopo la

morte del tursiopo, un altro mammifero marino – una focena – è stato trovato spiaggiato e in fin di vita sulla costa occidentale svedese. Poco dopo il ritrovamento, la focena è deceduta, colpita dal medesimo virus. Tra questi due casi, ce n'è stato uno più preoccupante ancora in Colorado: dopo alcune analisi di laboratorio, un uomo è risultato positivo all'influenza aviaria. Era un carcerato impegnato a lavorare in vista della

scarcerazione in un impianto di pollame, nel quale doveva procedere all'abbattimento selettivo dei volatili colpiti dal contagio.

Altre analisi hanno messo in discussione il contagio del soggetto, sussistendo il dubbio che il tampone di controllo potesse essere entrato semplicemente in contatto con virus presenti nel suo naso. Tut-



tavia, quello del carcerato canadese non è stato l'unico caso di essere umano risultato positivo all'influenza aviaria – per la precisione l'H5N1 – l'anno scorso. Intorno al Natale del 2021, anche un britannico di 79 anni, che viveva in contatto stretto con una ventina di anatre di sua proprietà, è risultato positivo al virus dell'influenza aviaria.

Se questi quattro eventi – un delfino morto, una focena morta, due uomini risultati positivi a un pericoloso virus aviario – non vi appaiono in relazione tra loro e vi sembrano insignificanti, forse dipende dal fatto che non avete sentito parlare di “viral chatter”, espressione coniata vari decenni fa il dottor Donald Burke, esperto ricercatore di malattie infettive ed ex rettore della University of Pittsburgh Graduate School of Public Health, per indicare il momento in cui un virus effettua in modo episodico un salto di specie, passando da animali selvatici a esseri umani e provocando talvolta una piccola catena di contagi. Si tratta di un segnale d'allarme dei focolai, spesso riconosciuto quando ormai è troppo tardi.

«L'idea di viral chatter - mi ha detto il dottor Burke undici anni fa - in sostanza allude all'emissione di un breve segnale periodico quando avviene un salto di specie. I virus degli uccelli passano ai mammiferi. I virus dei pipistrelli passano agli uomini. Di solito, questi focolai e contagi occasionali arrivano a un punto morto, il che è un bene. Ma “occasional” significa anche che uno schema si ripete, il che è male – o quanto meno allarmante. Ciò che questo schema segnala alle persone avvedute come il dottor Burke è che un dato virus “vuole” superare il divario tra ospiti animali ed esseri umani e diffondersi ovunque.

Dire che un virus “vuole” fare qualcosa è antropomorfismo, naturalmente, perché i virus non sono dotati di volontà propria. È soltanto la mera convenienza, e non un'intenzione malvagia, a de-

terminare il loro comportamento. L'antropomorfismo, in ogni caso, può tornare utile. I segnali dell'influenza H5N1 indicano che il virus sta esplorando le sue prospettive tra vari mammiferi. Faremmo bene a ricordare che ciò ci riguarda direttamente da vicino.

Sono due le domande sul “viral chatter” che formulano gli esperti di malattie infettive: stiamo ascoltando con sufficiente attenzione per capire quello che implicano? Siamo pronti ad agire?

Non ogni persona contagiata diventa il paziente zero di un focolaio di considerevoli dimensioni, per non parlare di una pandemia. Tuttavia, quanti più casi si presentano – e tanti più segnali vi sono – tanto più è grande la possibilità che un contagio porti alla catastrofe. Gli esseri umani vivono molto vicini tra loro e sono interconnessi, il che significa che costituiscono una grandissima opportunità per qualsiasi virus in grado di contagiare i mammiferi.

L'H5N1 è soltanto uno di numerosi sottotipi di febbre aviaria passati all'uomo negli ultimi decenni, e le influenze sono soltanto uno dei modi con i quali i virus sono capaci di effettuare il salto tra specie. Ovviamente, i coronavirus sono altro ancora.

Quando nel luglio 2003 terminò l'epidemia originaria di Sars, sembrò che il virus fosse stato sradicato tra gli esseri umani – anche se in natura continuava a esistere. Però, quando dal dicembre 2003 al gennaio 2004 si presentarono quattro nuovi casi tra gli esseri umani, si scoprì che il virus aveva effettuato di nuovo un salto di specie, a quanto pare in un ristorante dove si tenevano in gabbia zibetti delle palme (ospiti intermedi del virus) serviti come pietanza. Ciò portò a due in un solo anno i casi di salto di specie del virus Sars. Quanti altri casi, però, non furono segnalati?

Il virus Nipah, altro esempio, fu individuato tra gli esseri umani in Malesia nel

1998, quando effettuò un primo salto di specie dai pipistrelli, tra i quali è di casa, ai maiali e un secondo salto ancora da questi ai coltivatori di maiali e ai commercianti di carne di maiale. I pipistrelli della frutta che lo ospitano sono molto diffusi un po' ovunque in Asia meridionale e da allora il virus Nipah ha provocato decine di focolai in Bangladesh e in India orientale. Il suo tasso di letalità arriva ben al 75 per cento ma, per nostra fortuna, non si trasmette facilmente da persona a persona. La prossima volta che si presenterà può darsi che lo faccia... Riuscite a sentire i segnali?

«Non simulerò di essere un veggente» mi disse il dottor Burke. Previsione, disse, era una parola già molto forte per quello che faceva. «In ogni caso, si può affermare che da quella zona si sentono arrivare segnali, che si tratta di una zona pericolosa e che questi sono i virus di cui dovremmo preoccuparci». Le previsioni informate sulle aree a rischio rendono possibili due aspetti importanti per la prevenzione di una pandemia: la vigilanza nei riguardi dei contagi più inverosimili e dello scoppio imminente di un'epidemia per intervenire per tempo, e una risposta efficace e immediata per contenere i contagi e impedire che si diffondano.

La necessità di una seria vigilanza sui virus non è nuova. Subito dopo che fu fondata nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità predispose un osservatorio globale sull'influenza e un sistema di intervento (Global Influenza Surveillance and Response System), una rete di laboratori e di centri di coordinamento miranti a individuare e risalire ai ceppi influenzali, registrarne i trend,



IL SECOLO XIX

monitorare gli interventi di politica sanitaria nel mondo. Questo sforzo coinvolge oggi alcune istituzioni di primaria importanza in 124 Stati facenti parte dell'Oms e prevede la condivisione a livello globale delle informazioni genetiche ed epidemiologiche raccolte. Nel 2000, nella preoccupazione crescente di altri virus emergenti, i membri dell'Oms hanno creato qualcosa di più ambizioso ancora, il Global Outbreak Alert and Response Network, ideato per aiutare i Paesi nei quali dovessero presentarsi dei focolai a impedirne la diffusione a livello globale.

Da allora, nel corso degli anni, sono state varate molte più iniziative e organizzazioni. Di recente, però, ho parlato di influenza aviaria con cinque illustri ricercatori di varie parti del mondo, chiedendo a ciascuno di essi un parere sulla vigilanza eserci-

tata. Le loro risposte sono state cinque variazioni di "inadeguatezza".

Uno dei modi migliori per esercitare la vigilanza è sottoporre a esami del sangue e di altri campioni biologici le persone apparentemente sane che vivono in situazioni di rischio, per esempio i coltivatori di pollame o di suini (che possono fungere da intermediari per i virus influenzali) o chi lavora nei mercati dove si vendono animali vivi in gabbia, uccelli e mammiferi le cui deiezioni si spargono ovunque e che respirano l'aria di un medesimo ambiente chiuso. Un altro modo molto efficace per vigilare sullo scoppio di un focolaio è la campionatura preventiva degli animali selvatici con i quali gli esseri umani vengono in contatto, per esempio le prede catturate dai cacciatori, i roditori che infestano gli edifici, le anatre e le oche selvatiche che si mescolano ai loro

simili domestici nelle mangiatoie o negli specchi d'acqua all'aperto. In parte, in alcune comunità e situazioni commerciali lo si fa già, ma secondo gli esperti non lo si fa abbastanza.

I motivi dell'inadeguatezza comprendono errori delle organizzazioni, finanziamenti limitati, alcuni aspetti economici dell'industria del pollame, il mercato nero degli animali selvatici e lo scarso impegno da parte dei governi nazionali e locali. Nei Paesi a basso reddito vi è anche penuria di tecnici e di veterinari preparati, come anche una resistenza a condividere le informazioni e i dati e una certa opposizione a controllare i soggetti sani ma a rischio, mentre tra le nazioni più potenti e con buone risorse circolano sospetti reciproci (esacerbati dall'esperienza con la Covid-19).

L'inadeguatezza è deplorabile e pericolosa. Viviamo in un mondo di virus che stan-

no all'interno di creature cellulari di tutti i tipi: animali, piante, funghi, protozoi, batteri e altri microbi. Centinaia di migliaia di questi virus nei mammiferi e negli uccelli possono contagiare l'uomo, e il contagiato potrebbe essere in grado di trasmettere il virus a un'altra persona, e poi a un'altra e un'altra ancora. Se non sentiamo i segnali è soltanto perché non stiamo ascoltando attentamente. —
Traduzione di Anna Bissanti

L'influenza H5N1 ha buone prospettive di espandersi tra vari mammiferi

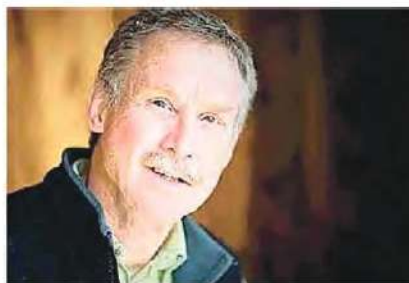
L'inadeguatezza è deplorabile e pericolosa. Viviamo in un mondo di virus che stanno all'interno di creature cellulari di tutti i tipi

IN TOUR CON IL LIBRO



"Senza respiro" è il nuovo libro di David Quammen in uscita domani per Adelphi Edizioni (526 pagine, 26 euro). L'autore lo presenterà in un tour italiano di 5 tappe: il 18 novembre alla Triennale di Milano con BCM22; il 19 al teatro Astra di Torino con il Circolo dei Lettori; il 20 al Cinema Monviso di Cuneo con Scrittorincittà; il 21 all'Auditorium Piazza della Libertà di Bergamo con BergamoScienza; il 24 al Cinema Troisi di Roma con PLPL

I governi non stanno adottando alcuna misura di vigilanza e prevenzione



DAVID QUAMMEN
SAGGISTA



Pavia Il 10 novembre esperti a confronto sulle problematiche legate al virus. Con un focus su adolescenti e pandemia

Gap culturale e società disgregata I fronti di intervento aperti dal Covid

di **Jessica Chia**

Quando è arrivata la pandemia abbiamo percepito subito che il mondo come lo avevamo conosciuto fino a quel momento sarebbe cambiato. Due anni e mezzo dopo, quei cambiamenti sono davanti ai nostri occhi. Quale lezione ci ha insegnato il Covid, quali problematiche ci ha lasciato e cosa ci attende in futuro: sono alcune delle domande al centro del convegno che si terrà giovedì 10 novembre all'Università di Pavia, intitolato *Verso una nuova quotidianità: la lezione del Covid*, evento realizzato con il contributo non condizionato di Dompé, in cui interverranno professionisti che hanno combattuto il virus in prima linea (coordina Simona Ravizza del «Corriere»).

«Il convegno nasce dalla nostra esperienza con il Covid — spiega al «Corriere» Gian Luigi Marseglia, ordinario di Pediatria, direttore della Clinica pediatrica e Scuola di specializzazione in Pediatria dell'Università di Pavia —, che ha insegnato una certa educazione civica non solo ai medici, ma a tutta la popolazione». Il virus ha lasciato dietro di sé molti problemi: «I più giovani devono affrontare un buco culturale e scolastico, causato dal lockdown, che dovrà essere colmato. E poi ci sono altri

due aspetti, dal punto di vista pediatrico, su cui ha influito il Covid: la denatalità e l'aumento di alcuni problemi fisici, come l'obesità infantile».

Sempre a scopo di sensibilizzazione, al convegno sarà presentato un breve decalogo comportamentale in linea con le norme del nuovo governo. Aggiunge Marseglia: «A Pavia abbiamo avuto il caso numero uno, siamo stati in prima fila contro il Covid, e vogliamo rimarcare che la pandemia non è ancora conclusa, e far riflettere sulle altre problematiche che possono esistere, sempre in campo infettivologico, e sui problemi nati come conseguenza del virus. E infine sul ritorno alla normalità».

«Il convegno vuole fare un bilancio sul Covid, con una riflessione anche sociale — dice Alessandro Venturi, presidente della Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia —. Occorre favorire comportamenti responsabili perché abbiamo imparato che altrimenti si interviene con misure di tipo restrittivo che però hanno conseguenze negative sulla società e in particolare sui ragazzi, che sono stati isolati dalla vita sociale e dalla scuola». Gap da recuperare perché «può avere effetti più devastanti dell'intera pandemia». Si tratta del futuro del Paese: «Se non interveniamo, rischiamo di creare un buco nella nostra società che durerà decenni, anche in termini di disgregazione sociale».

Tra i temi del 10 novembre, quello della denatalità sarà

trattato da Fabio Mosca, ordinario di Pediatria (Università di Milano), direttore Uoc di Neonatologia e Terapia intensiva neonatale, Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Clinica Mangiagalli di Milano. «Tra i vari temi, parlerò di come la denatalità sia peggiorata dopo il virus: l'incertezza, la paura, le difficoltà economiche sono *driver* che tengono lontano dall'idea di fare dei figli. Il numero delle donne in età fertile si è ridotto marcatamente — prosegue Mosca —: dal 2008 al 2020 ne abbiamo perse 1 milione e 300 mila. Ci sono così meno donne che hanno un potenziale per fare figli. E queste ne fanno pochi: la media per la donna italiana è di 1,17 figli a testa e nel 2022 si prevedono 385-90 mila nati». Conclude Mosca: «Analizzeremo anche la situazione attuale, frutto dei 48 milioni di vaccinati contro il Covid. Lo scorso 3 novembre sono morte 87 persone e ci sono stati 38.996 nuovi casi: il problema c'è, è sotto controllo, ma non abituiamoci ai morti da Covid».

Fausto Baldanti, direttore Uoc di Microbiologia e Virologia Fondazione Irccs Policlinico San Matteo (Pavia) e direttore Scuola di specializzazione in Microbiologia e Virologia a Pavia, interverrà sul tema *Covid, questo sconosciuto*: «Tratterò di quello che ancora poco si conosce del virus, cioè l'evoluzione genetica, le varianti e la risposta immunologica nei confronti delle diverse varianti. E di cosa ci si può



aspettare nel futuro». E poi: «Non dimentichiamo che il virus non andrà mai via, che è emerso nella popolazione ed è arrivato per restare, a differenza di altri suoi parenti. È stato un evento maggiore nella storia dell'umanità».

Infine Davide Polimeni, chief business unit officer, primary & specialty care presso Dompé, spiega il supporto

dato al convegno: «Come azienda farmaceutica sentiamo la responsabilità di promuovere un dibattito di alto profilo scientifico all'interno della comunità e della popolazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il pediatra

Gian Luigi Marseglia:
«I giovani affrontano un buco legato al lockdown che si dovrà colmare»



Norman Rockwell (1894-1978), *Doc Mellhorn and the Pearly Gates*, 1938



MATERIE PRIME

Farmaci, dall'aspirina agli anti infiammatori carenze di principi attivi

Nella lista dell'Aifa, l'autorità italiana del farmaco, ci sono 3mila farmaci considerati carenti, dai semplici antinfluenzali agli antinfiammatori. Ma di questi, sono 250 quelli maggiormente "attenzionati": si va da alcuni antiepilettici fino agli antitumorali. Il grosso, a essere più precisi, è costituito da una ventina di medicine per le quali non c'è immediatamente un farmaco generico alternativo.

Il problema viene arginato con la scelta di importare questi medicinali dall'estero, prevalentemente dall'Europa, per cui la possibile carenza nelle farmacie italiane viene superata attraverso una rete internazionale monitorata direttamente dalle Asl. «Questi farmaci arrivano dall'Europa, quindi si riesce superare le mancanze del nostro sistema nazionale - spiega Domenico Di Giorgio, direttore dell'Aifa - Inoltre abbiamo diffuso un'informazione capillare attraverso Asl e associazioni, così da indicare eventuali terapie alternative a farmacisti e pazienti».

Questo è il quadro per quanto riguarda alcuni farmaci essenziali che in Italia non vengono più prodotti, ma che fortunatamente vengono reperiti all'interno dei confini dell'Unione europea. L'attenzione delle istituzioni è comunque sempre alta.

Ampliando però lo sguardo a tutta la lunga lista dei medicinali carenti, emergono aspetti legati al contesto in cui stiamo vivendo - il caro energia e la guerra in Ucraina - ma anche alla politica industriale del nostro paese.

Oggi è più difficile trovare le materie prime per gli imballaggi (manca per esempio l'alluminio) e la distribuzione, per risparmiare il carburante, è meno frequente. A questo si aggiunge anche un effetto "psicosi" da parte dei pazienti, che per paura di non trovare farmaci, specialmente dopo la pandemia, ne acquistano in quantità superiori al fabbisogno. E questo è ciò che stiamo vivendo dal 2020 ad oggi.

Ma tra le cause della carenza dei farmaci ci sono anche le scelte di politica industriale ben più "antiche", come sottolinea Federfarma: le medicine in Italia costano poco rispetto ad altri paesi, e questo fa sì che si investa meno in ricerca o che alcune produzioni vengano delocalizzate. Alcuni principi attivi, come l'aspirina o la vitamina C, arrivano quindi in gran quantità dall'Asia (più della metà in media). Questo vuol dire che un'eventuale carenza rischia di essere avvertita di più in Italia che in altri paesi. «Sono proprio i momenti di difficoltà a mettere in luce la lungimiranza o la scarsa visione delle scelte prese in passato», dice Marco Cossolo, presidente di Federfarma.

Il problema, nella quasi totalità dei casi, viene arginato con l'uso di farmaci sostitutivi, perlopiù con i generici che arrivano anch'essi prevalentemente dai paesi asiatici. La grande disponibilità di alternative mette al riparo i pazienti dal rischio di non trovare nulla in farmacia, ma è chiaramente uno spunto di riflessione per la politica industriale in Italia. Esiste infine un fenomeno collegato a questo problema, che l'Aifa ridimensiona a fatto ormai marginale ma che nel mondo della produzione farmaceutica viene comunque sottolineato: il basso costo dei farmaci in Italia fa sì che i grossisti stranieri vengano in Italia a comprare grandi quantità di farmaci. Quanto questo aspetto possa incidere sulla carenza dei farmaci non è chiaro, ma il tema del prezzo è comunque un altro aspetto su cui riflettere.

—Sara Monaci

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il settore. Deve fare i conti con la carenza di principi attivi



LO STUDIO CONDOTTO IN SVIZZERA

Lotta al diabete di tipo 2 Se l'orologio biologico influisce sulla glicemia

L'ipotesi: l'uso di lampade solari gioverebbe al metabolismo
Qualità e quantità di sonno restano fondamentali alleati

Federico Mereta

Magari, nei prossimi anni, per proteggere le persone dal diabete e dai problemi legati all'eccesso di grassi nel sangue si potrebbe puntare sull'esposizione programmata a lampade solari. Che c'azzeccano? Anche se può sembrare strano, ci sono studi per il controllo del metabolismo che vanno in questa direzione, visto il ruolo che l'orologio biologico dell'organismo potrebbe avere nel determinare i livelli della glicemia e non solo. A far pensare che nella genesi del diabete di tipo 2 e del conseguente rischio per cuore ed arterie possano influire anche le alterazioni dei ritmi dell'organismo, con le lancette che regolano le funzioni ormonali e non solo sbiellate dallo stile di vita poco salubre, è una ricerca apparsa su *Plos Biology*, condotta dagli studiosi dell'Università di Ginevra e degli Ospedali Universitari della città elvetica, coordinati da Charna Dibner. A fare da "trait d'union" tra diabete e disturbi dell'orologio biologico ci sarebbero le modificazioni del metabolismo dei lipidi nelle cellule che secernono gli ormoni regolatori del glucosio. I loro nomi? Sfingolipidi e

fosfolipidi: questi composti, che si trovano sulla parete della cellula, risultano a rischio in caso di alterazioni dei ritmi dell'orologio biologico. E purtroppo se questi grassi di parete non lavorano al meglio, si potrebbe arrivare ad una maggior rigidità della membrana cellulare, con conseguenze sul metabolismo, legate alle difficoltà che si possono creare nelle vie di segnalazione attraverso le quali le cellule comunicano tra loro e con il loro ambiente. Gli esperti svizzeri hanno concentrato l'attenzione sulle isole di Langerhans, strutture in cui si trovano le cellule del pancreas che regolano la produzione degli ormoni che regolano la glicemia, insulina e glucagone. Hanno sviluppato un modello di orologi molecolari interrotti in vitro con isole pancreatiche umane. Confrontando le isole di persone con diabete di tipo 2 e di persone sane si è visto non solo che i profili dei lipidi oscillano molto di più nei primi, ma anche variazioni nelle oscillazioni nelle 24 ore. Questo accade soprattutto a carico di fosfolipidi e degli sfingolipidi. Le isole di tessuto pancreatico in cui gli orologi sono alterati mostrano un particolare accumulo di fosfolipidi e sfingolipidi che hanno irrigidito la membrana. Conseguenze? Può influire sulla capacità della cellula di rilevare i

segnali ambientali e quindi di secernere insulina quando necessario. Siamo solo in laboratorio, va detto. Ma questa ricerca porta a far sviluppare strategie di prevenzione e cura mirate su ogni singolo paziente, anche considerando la cronobiologia. E non solo cercando di ripristinare i ritmi alterati con lampade solari, ma anche con un'alimentazione basata su un regime di digiuno intermittente. Nell'attesa degli sviluppi di questi studi di frontiera, teniamo sempre presente l'importanza dell'orologio biologico. E di un giusto riposo. Ricordate che i ritmi del sonno sono fondamentali. Sia in termini di quantità che di qualità. E debbono essere rispettati, seguendo anche le tendenze di ogni persona. Sia che siate allodole, pronte a svegliarvi alla prima luce del sole, oppure gufi che non riescono a dormire prima che sia notte inoltrata, qualcosa può cambiare. È fondamentale fare attenzione, fin da ragazzi, che l'orologio non si alteri. Secondo uno studio condotto qualche tempo fa negli Usa e pubblicato sulla rivista *Pediatrics*, negli adolescen-



IL SECOLO XIX

ti che dormono meno di otto ore e mezzo per notte il tasso di obesità arriva a superare il 20 per cento, ma cala intorno al 12 per cento quando arriva ad una media di riposo notturno di almeno nove ore. Secondo gli esperti questa correlazione tra riposo insufficiente e chili di troppo sarebbe legato agli effetti della mancanza di recupero che porta a limitare l'attività fisica perché si ci sente stanchi. Come se non bastasse, l'irritabilità e il malumore possono facilitare l'assunzione di cibi-spazzatura o ipercalorici. Non va meglio agli adul-

ti. Stando a ciò che emerge dalla ormai storica National Health and Nutrition Examination Survey, che ha preso in esame oltre 9500 persone, chi rimane sotto le coperte meno di sette ore per notte, in particolare tra i 32 e i 49 anni, ha un indice di massa corporea più elevato ed una maggior probabilità di diventare obeso rispetto a quanti riposano profondamente per un periodo più lungo. Insomma: dormiamo il giusto. E rispettiamo i ritmi del nostro orologio biologico. Per mantenere il benessere e controllare meglio peso e glicemia. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dormire bene per contrastare il rischio diabete

Rispettate le "porte". L'organismo si adatta a **riposare sempre ad una stessa ora**, mentre a volte si fatica a prendere sonno quando si va a dormire più tardi. E' importante andare a dormire ogni sera e alzarsi ogni mattina alla stessa ora, anche durante il fine settimana.

Evitate di rimanere a letto svegli. **Il letto va utilizzato solo per dormire**. Quindi, se non si riesce a prendere sonno conviene piuttosto alzarsi, magari per dare tempo all'organismo di prepararsi al riposo, sfruttando la lettura di un buon libro o l'ascolto di musica. **Si va a letto solo quando si è davvero assonnati.**

Attenzione al clima in camera. Come il rumore, anche una **temperatura eccessivamente elevata** - molto più che un clima freddo - **rende difficile il riposo**. L'ideale è mantenere la camera da letto intorno ai **20-22 gradi**, ricordando che anche coperte e lenzuola contribuiscono a creare il microclima.

Occhio alla cena. Per riposare bene occorre **rispettare** nella giornata **il ritmo dei pasti** evitando di esagerare a cena. Meglio evitare piatti troppo elaborati e ricchi di grassi, lasciando invece **spazio ai carboidrati** come ad esempio la pasta o il riso, a dosi ridotte e con condimenti leggeri.



WITHUB



L'azienda americana Synchron ha messo a punto una tecnologia non invasiva che permette a pazienti che soffrono di malattie neurodegenerative di tornare a comunicare, collegandosi con la mente a un tablet, un pc o un cellulare

Il primo smartphone controllato dal pensiero

IL CASO

Tra le malattie neurodegenerative rare, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla) presenta una caratteristica che la rende particolarmente drammatica: pur bloccando gradualmente i muscoli non toglie la capacità di pensare, imprigionando la mente dentro un corpo che diventa piano immobile. Una progressiva condanna all'isolamento per Rodney Gorham, venditore di software australiano in pensione a cui la Sla aveva già tolto la parola e la capacità di scrivere. Oggi, grazie alla tecnologia, Gorham riesce a comunicare di nuovo, e lo fa trasmettendo i suoi pensieri direttamente ad un iPad. A renderlo possibile è *Synchron Switch*, un sistema ideato dall'azienda newyorchese Synchron, la prima a ottenere l'approvazione dalla Food and Drug Administration per la sperimentazione delle interfacce neurali sull'uomo. Funziona così: una serie di sensori (chiamati *Stentrode*) vengono inseriti all'interno dei vasi sanguigni fino a raggiungere la parte superiore del cervello. I sensori sono controllati da remoto utilizzando il *Synchron Switch*, un ricevitore wireless collocato sottopelle all'altezza del torace, che digitalizza gli impulsi cerebrali e li ritrasmette a pc, tablet e smartphone, che a quel punto possono essere

attivati semplicemente pensando a un comando motorio. Ed è così che quando Gorham pensa a muovere una mano, il suo iPad lo registra come il tocco di un dito sullo schermo.

INTERFACCIA

«Il primo impianto nell'uomo di un'interfaccia endovascolare negli Stati Uniti è un'importante pietra miliare clinica che apre nuove possibilità per i pazienti con paralisi», ha dichiarato Thomas Oxley, ceo di Synchron che ha in progetto di impiantare il dispositivo su altri 15 pazienti entro la fine dell'anno. E che, se la Fda darà l'ok per la commercializzazione, promette un prezzo di mercato «simile a quello di un'auto». Le Bci (*brain-computer interfaces*, cioè interfacce neurali) non sono un concetto nuovo. Già Stephen Hawking nel 2018 vedeva in questi device il futuro della comunicazione. E non è difficile capirne il perché, dato che le Bci vivono in quel crocevia tra tecnologia e fantascienza dove è possibile trasformare i nostri pensieri in comandi digitali. Quegli stessi impulsi che usiamo per istruire i nostri muscoli ad eseguire un movimento possono cioè essere usati per spostare un cursore sullo schermo di un computer. O scrivere su un iPad semplicemente pensando le parole. È una tecnologia rivoluzionaria che porta evidenti vantaggi a tutti coloro che sono rimasti senza un canale di comunicazione con il mondo. Ma ha un grosso difetto: la procedura per impiantare le interfacce è estremamente invasiva e può portare a violenti fenomeni di rigetto.

LA SOLUZIONE

Ed è proprio per via della sua bassa invasività che la soluzione di Synchron rappresenta una rivoluzione: i sensori non vengono posizionati direttamente sul cervello ma nei vasi sanguigni limitrofi, che lo stimolano poi dall'interno. Questo non solo permette di evitare tutte le complicazioni derivanti dalle classiche procedure di neurochirurgia ma richiede, secondo Oxley, «competenze

all'ordine del giorno» che dovrebbero garantirne una diffusione capillare. Un tempismo importante, dato che solo in Italia oggi sono un milione i casi di pazienti affetti da demenza, di cui 600mila quelli colpiti da Malattia di Alzheimer. Un numero che entro il 2050, secondo gli scienziati, raggiungerà i 14 milioni a livello globale. Aumenta così l'interesse in un settore che potrebbe cambiare la vita a molti.

LA CONCORRENZA

Elon Musk con la sua Neuralink sta sviluppando un sistema simile a quello di Synchron, ma oggi si dichiara «insoddisfatto» dei progressi «troppo lenti» della sua azienda, tanto che i primi di agosto avrebbe contattato Oxley per discutere di un accordo. Ma non è ancora chiaro se il magnate sudafricano punti ad acquistare l'azienda newyorchese o se voglia semplicemente finanziarne le ricerche. Intanto in giurisprudenza si parla già di «neurodiritti» per indicare la categoria dei valori umani che fanno capo alla sfera mentale e cognitiva. Perché in tecnologia la ricerca medica fa sempre da apripista, e non è escluso che tra qualche anno ci troveremo alle prese con solu-

denza si parla già di «neurodiritti» per indicare la categoria dei valori umani che fanno capo alla sfera mentale e cognitiva. Perché in tecnologia la ricerca medica fa sempre da apripista, e non è escluso che tra qualche anno ci troveremo alle prese con solu-



zioni commerciali che vanno ben oltre lo scopo riabilitativo. A quel punto diventerà fondamentale capire in che modo i nostri processi cognitivi vengono condizionati dall'introduzione di un elemento esterno in un organo delicato come il cervello. E quali saranno i confini della nostra libertà mentale, specie se questi device verranno progettati da azien-

de terze che operano in un settore dove la regolamentazione è ancora confusa e rarefatta.

Raffaele D'Ettorre

I SENSORI (MONITORATI DA UN RICEVITORE WIRELESS) VENGONO INSERITI ALL'INTERNO DEI VASI SANGUIGNI DEL CERVELLO

3 domande

1 COSA FA QUESTO DISPOSITIVO?

Il dispositivo ideato dall'azienda Synchron permette di trasmettere i nostri pensieri a uno smartphone

2 CHE COS'È UNA BCI?

Un'interfaccia cervello-macchina che permette di tradurre i nostri impulsi motori in comandi digitali

3 QUALI SONO I BENEFICI?

Possono aiutare i pazienti isolati a comunicare, ma le procedure per l'impianto sono rischiose



Qui sopra, Thomas J. Oxley, ad di Synchron e pioniere in Australia della bionica vascolare



Progetto all'Unità Spinale di Pietra Ligure: due stanze saranno attrezzate con l'umanoide

Pepper, il robot infermiere arriverà al Santa Corona

IL CASO

Francesco Margiocco

Le statistiche dicono che gli anziani, oggi circa un quinto della popolazione nazionale, nel 2050 saranno quasi un terzo e ci ricordano che anche i medici invecchiano, 52 anni e mezzo l'età media secondo l'Istat, così come gli infermieri, che sono sempre di meno, con l'Italia quartultima d'Europa per dotazione infermieristica, e con uno su quattro sopra i 55 anni.

Sono statistiche che preoccupano Antonino Massone, direttore dell'Unità Spinale del Santa Corona di Pietra Ligure, l'unica di tutta la Liguria. Qui sono ricoverate persone con paralisi gravi a gambe, braccia o a tutti gli arti, paraplegici e tetraplegici. I posti letto sono 25, gli infermieri e i medici sono, complessivamente, sessanta, due e mezzo per ciascun paziente, un buon rapporto se non fosse per quelle previsioni dell'Istat che fanno intravedere il peggio e che hanno convinto Massone a sperimentare l'uso dei robot.

Pepper è il piccolo umanoide che potrebbe, se l'esperimento andrà a buon fine, rivelarsi utile proprio là dove i robot sembrerebbero

meno capaci, ossia nei rapporti umani. Per essere una macchina, Pepper è capace di empatia e a sentire i suoi genitori sa riconoscere il contesto culturale delle persone con cui si rapporta, la loro età e le loro caratteristiche, convinzioni e orientamenti, e sa comportarsi di conseguenza. I suoi genitori sono l'azienda franco-giapponese Softbank, che lo produce, e il dipartimento d'informatica dell'Università di Genova, Dibris, che, con il professor Antonio Sgorbissa e la sua squadra, lo ha dotato di un'intelligenza artificiale adatta allo scopo.

«Nei prossimi giorni presenteremo il progetto all'Assl. La nostra intenzione è di attrezzare due camere con robot. Robot in grado di prendere i parametri vitali, come la pressione o il battito cardiaco, di leggere la mimica facciale e di dare l'allarme in caso di evento inatteso, e di dialogare con il paziente». Nell'Unità Spinale, spiega Massone, capita che i pazienti debbano rimanere anche diversi mesi costretti, nella fase più acuta, a passa-

re i giorni e le notti sdraiati sul letto, gli occhi puntati sul soffitto. «In questa fase bisogna avere qualcuno con cui poter parlare. Bisognerebbe che fosse una persona, ma in futuro sarà sempre più difficile. Infermieri, medici e fisioterapisti diminuiscono mentre aumenta il numero di persone con lesione midollare e cambia il loro profilo socio-demografico, a causa dell'invecchiamento della popolazione. Siamo molto attenti al rapporto con il malato, coltiviamo l'empatia del nostro personale. Ma siamo anche sempre di meno. Questo rende necessaria l'introduzione di robot in grado di aiutare il personale sanitario e di assistere il paziente, anche sul piano emotivo».

Al Santa Corona c'è una piccola unità di ingegneri dell'Università di Genova in quello che chiamano lo Spinal Cord Italian Lab, laboratorio italiano del midollo spinale, e che è, spiega Massone, il «primo laboratorio congiunto tra un'università e un'unità spinale ospedaliera». Ci lavorano, a rotazio-

ne, ricercatori e studenti, per lo più ingegneri, che in questa fase sono Amy Bellitto, dottoranda in ingegneria e bioetica, e Danilo Canepa, laureando in ingegneria biomedica.

Il Dibris ha già messo alla prova Pepper in alcune residenze per anziani di Inghilterra e Giappone. La tesi di laurea di Canepa ha lo scopo di adattarlo al contesto italiano. «Dobbiamo dargli la lingua e i riferimenti culturali. Così come il cervello umano si modifica con l'esperienza, il robot può in un certo senso modificare il suo pensiero. Un colloquio con il paziente può indirizzare il colloquio successivo. Se il paziente manifesta simpatia per il Milan, il robot sceglierà argomenti milanesi. E starà sempre attento a non forzare la conversazione, a non trattare temi sensibili e a non essere inopportuno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La macchina può registrare i parametri vitali e interagire con i pazienti

«Medici e infermieri sono sempre meno: è necessario introdurre questo robot che aiuta il personale sanitario nel suo lavoro»



ANTONINO MASSONE
DIRETTORE DELL'UNITÀ SPINALE
DEL SANTA CORONA



GIRAVOLTE IN CORSO

Azione costretta a gettare la maschera: ora la sanità lombarda è un'eccellenza

Contestavano in aula la riforma firmata dall'ex assessore regionale e sono costretti a svelare il bluff su un cavallo di battaglia per il 2023

Chiara Campo

■ Contrordine compagni, la sanità lombarda a trazione centrodestra non è più il male assoluto ma un'eccellenza. Lo conferma il leader di Azione Carlo Calenda lanciando l'ex assessore al Welfare Leticia Moratti in campo per le Regionali, «una persona che ha fatto bene sulla campagna vaccinale e la sanità». E nel suo tweet mattutino ieri ha ribadito che il Terzo polo rimane «aperto alla discussione con tutti per costruire coalizioni ampie, ticket (Moratti-Cottarelli sarebbe perfetto) che parlino a mondi diversi». Ma è stato lo stesso Cottarelli il giorno prima ad ammettere intanto di non aver capito cosa significhi il ticket («Cottarelli-Moratti? Moratti-Cottarelli? Se me lo spiegano..»), poi che negli ultimi due anni «come vicepresidente della Lombardia la Moratti ha ricevuto critiche sia da Azione che dal Pd». Lo stesso Cottarelli, a lungo in pole come candidato presidente del centrosinistra, alla Festa dell'Unità a settembre accanto al sindaco Beppe Sala aveva contestato duramente la sanità lombarda gestita da Moratti: «Se la confrontiamo con l'Emilia Romagna o il Veneto è messa maluccio - diceva sul palco -, siamo messi male in termini di liste d'attesa, non è possibile che in un campo così sensibi-

le ci siano grosse differenze tra chi ha i soldi e chi non li ha, anche sui medici di base c'è qualcosa che non va». L'economista ha già annusato il cortocircuito. E lo sanno bene dalle parti del Pd, ieri l'assemblea regionale ha rifiutato (almeno per ora, mai dire mai) un patto con il Terzo Polo sul nome Moratti. E sabato, nel retro palco della manifestazione per la pace organizzata da Calenda e dal leader di Italia Viva Matteo Renzi all'Arco della Pace, anche i dem più «aperturisti» confermavano i rischi di una campagna scivolosa su uno dei temi, la sanità, che insieme ai trasporti sarà il cavallo di battaglia nella corsa del 2023. Le giravolte in Azione sono già partite. Il segretario regionale Niccolò Carretta quando fu approvata in aula la riforma sanitaria firmata Moratti a novembre 2021 fu *tranchant*: «Con questo testo non vengono affrontati i grandi temi legati alle inefficienze del nostro sistema, non si introducono strumenti



nuovi e innovativi per ridurre il divario tra sistemi sanitari più efficienti e, di fatto, si spreca una, forse l'unica, grande occasione del nostro tempo, che arriva direttamente dall'Europa con il Next Generation Eu». In un anno le cose cambiano. Dopo la benedizione di Calenda ieri anche Carretta cambia registro: «Stiamo lavorando per un progetto innovativo, che superi divisioni e la culla della perenne opposizione. Per chi ha voglia finalmente di governare e cambiare questa Regione è arrivato il momento di provarci davvero con co-

raggio. Dove ci sarà la mia faccia e il mio nome ci saranno tutte le mie idee e la garanzia che sarà un programma di vero cambiamento». Con la stessa Moratti che 12 mesi fa (a suo dire) non era riuscita a cambiare in meglio neanche la sanità.

Il capogruppo regionale della Lega Roberto Anelli sorride: «Anche Calenda si ritrova a dover riconoscere oggettivamente l'eccellenza del sistema sanitario lombardo. Peccato che cerchi goffamente di dare tutti i meriti all'ormai ex assessore Moratti, ma funzionava

prima del suo insediamento e funzionerà dopo di lei. Moratti ha deciso di un assessorato delicato per dedicarsi alla sua corsa politica. Fortunatamente per i lombardi un uomo capace come Guido Bertolaso ha accettato subito di farsene carico». Anche su profilo twitter della Lega il messaggio è chiaro: «Il centrodestra sarà unito in Lombardia e nel Lazio contro una sinistra divisa e litigiosa. Fa piacere che anche Calenda riconosca il buongoverno lombardo anche nella sanità».

UNA COPPIA GIÀ SCOPPIATA

Il ticket con Cottarelli?
Pure lui alla Festa dell'Unità
aveva «massacrato» Letizia

MATCH IN AULA

Il capogruppo
della Lega
Roberto Anelli
e il segretario
di Azione
Niccolò Carretta

IL WELFARE DI FONTANA

Il capogruppo leghista:
«Finalmente Calenda
deve riconoscere il primato»



LA SANITÀ LOMBARDA

Modello Moratti:
a Codogno e Lodi
mancano i cerotti

► SPARACIARI A PAG. 15

SANITÀ POST COVID

LOMBARDIA Medici privi di farmaci e materiale essenziale da mesi: succede anche a Codogno, “simbolo” della riforma sanitaria regionale

Lodi, l'ospedale senza cerotti Il “modello Moratti” annaspa

» **Andrea Sparaciarì**
CODOGNO (LODI)

Dializzati che si devono portare i farmaci da casa. Ortopedici costretti a usare bende inadatte; flebo fissate con lo scotch. Sono solo alcuni dei “disagi” che da agosto vivono i pazienti dell'Ospedale di Lodi e dei presidi che da esso dipendono: Codogno, Casalpusterlengo e Sant'Angelo Lodigiano. Luoghi di cura rimasti sguarniti di materiale medicale e farmaceutico (bende, cerotti, antibiotici, farmaci salvavita e antiepilettici), nonostante siano stati scelti dal dimissionario assessore al Welfare Letizia Moratti (soprattutto l'ospedale di Codogno, dove venne diagnosticato il primo caso di Covid italiano) come simbolo della riforma sanitaria lombarda. Quella del ritorno alla cura sul territorio, con strutture e strumentazioni all'avanguardia.

“Da un po', non solo non mi danno più gli integratori come calcio e potassio che devo assumere a casa, ma ora devo anche portare io i farmaci, come l'eparina, che mi somministrano in reparto – racconta una paziente dializzata storica -. Ultima-

mente siamo arrivati all'assurdo che i farmaci necessari me li prescrive il nefrologo dell'ospedale con ricetta rossa, io vado in una farmacia esterna all'ospedale a ritirarli e quindi li porto in dialisi. Incredibile”.

Una realtà confermata anche dal personale sanitario che chiede l'anonimato, “altrimenti qui ce la fanno pagare”, dicono. “La situazione è incredibile: in passato era capitato che scareggiassero questo o quel farmaco, ma mai che a metà anno la farmacia dell'ospedale fosse completamente sguarnita – racconta un infermiere, -. Facciamo il giro dei reparti per chiedere se hanno eparina e antibiotici da prestarci. Intanto ci arrangiamo, mischiando dosi di farmaci uguali, ma di provette diverse, una cosa che non si deve mai fare, oppure sostituiamo un farmaco con un altro, che hanno più o meno gli stessi effetti, ma sono sempre molecole diverse! In tutto l'ospedale mancano i cerotti di carta, le ultime flebo le ho fissate con lo scotch...”.

MA LA “PENURIA” non riguarda solo il reparto dialisi “sono tutti i presidi ospedalieri a essere in

emergenza – conferma un'altra sanitaria -. Le bende autofissanti, per esempio, sono terminate due mesi fa, in pronto soccorso facciamo gessi e medicazioni con materiali inadatti, che non garantiscono il risultato”. Un'emergenza che però nessuno denuncia. A partire dai medici: “Qui abbiamo tutti paura – spiegano i sanitari – per noi è un azzardo parlare. Ma la situazione è diventata insostenibile”. Ma da cosa dipende una tale carenza? “Quando abbiamo domandato alla farmacia ospedaliera perché fosse vuota, ci è stato risposto che è tutta colpa di Aria (l'Agenzia regionale per gli acquisti sanitari, ndr) che avrebbe esaurito il budget. Ma come si fa a esaurire i soldi di un ospedale ad agosto? E poi non parliamo di farmaci



sperimentali introvabili, ma di bende e cerotti!”

Il Fatto ha provato a contattare l’Ospedale di Lodi, ma non ha ottenuto risposta. Così come non ha ottenuto alcuna risposta il consigliere regionale M5S, Marco degli Angeli, che il 18 ottobre aveva indirizzato all’assessore Moratti un’interrogazione dal titolo: “Delucidazioni in merito alla fornitura di materiale medicale presso l’Asst di Lodi”.

E sì che proprio sul circondario di Lodi, Moratti e Fontana – quando andavano d’accordo – avevano puntato molto. Il 6 luglio 2022, per esempio, Moratti si era fatta fotografare mentre inaugurava il nuovo reparto di terapia intensiva di Codogno (840.000 euro il costo): “Il taglio del nastro che se-

gna la ripartenza effettiva di quello che è ormai un luogo simbolo della storia recente”, recitava il comunicato stampa.

MORATTI che era ritornata a Codogno tre mesi dopo, il 5 ottobre, a inaugurare la Casa di Comunità: “Questa struttura vede la collaborazione di medici di medicina generale, medici specialisti e infermieri di famiglia. Il fatto poi che questa realtà sia vicina al presidio ospedaliero è di per sé un valore aggiunto – proclamò. – Con l’avvio delle attività della Cdc di Codogno aggiungiamo un altro tassello al piano di attuazione della Riforma Regionale con l’obiettivo di sviluppare ulteriormente la sanità di prossimità e l’integrazione tra assistenza sanitaria, sociosanita-

ria e socioassistenziale”, aveva aggiunto Salvatore Gioia, Dg dell’Asst di Lodi.

“La Casa di comunità è vuota, senza medici né infermieri”, commenta Marta Cobianco, consigliera di Casalpusterleno – qui, se ti rompi un polso, vai al pronto soccorso a Codogno, poi l’Rx lo fai all’ospedale di Lodi, poi torni a Codogno per il controllo e ritorni a Lodi per un altro Rx... La grande sanità lombarda”.

**ETÀ SCOLARE,
CONTAGI
IN AUMENTO**

AUMENTA in Italia la percentuale di casi di Covid in età scolare, che secondo il report esteso dell’Iss, nell’ultima settimana ha raggiunto l’8,1% rispetto alla popolazione generale contro il 7,5% dei precedenti 7 giorni, il 49% nella fascia 12-19 anni



Il primo caso L’ospedale di Codogno (Lodi), dove fu individuato il “paziente zero” il 20 febbraio 2020 FOTO ANSA



Tumore da smartphone «È malattia professionale»

► Torino, un tecnico specializzato ha usato il cellulare due ore al giorno per tredici anni ► È il secondo caso al mondo. L'Inail dovrà pagare un indennizzo da 350 euro al mese

IL CASO

TORINO Si è ammalato di tumore perché usava sempre il telefono per lavoro. Almeno due ore al giorno per tredici anni. E ora l'Inail è stata condannata anche in appello a riconoscergli una rendita professionale di invalidità. La sentenza, pronunciata lo scorso 2 novembre, riguarda il caso di un ex tecnico specializzato dell'Acciai Speciali Cogne. Un uomo di 63 anni residente ad Aosta che si era ammalato di neurinoma acustico, un tumore benigno che colpisce un nervo dell'orecchio. In un primo momento l'Inail aveva rigettato la sua istanza di indennizzo. Gli avvocati Stefano Bertone, Chiara Gribaudo e Jacopo Giunta, hanno però sostenuto il nesso di causalità tra l'uso del cellulare prolungato per motivi lavorativi e la malattia riscontrata. E alla fine hanno ottenuto un doppio verdetto positivo, prima del tribunale di Aosta e ora della Corte d'Appello di Torino.

I CONSULENTI

Si tratta del secondo caso al mondo che si è concluso a favore di un lavoratore colpito da questa malattia: alcuni anni fa, sempre la corte d'Appello di Torino, aveva dato ragione a un ex dipendente di Telecom Italia, riconoscendogli un risarcimento per la prolungata esposizione alle frequenze emesse dal telefono. In quest'ultimo caso, anche i due consulenti del tribunale hanno stabilito come il cellulare avesse causato «con elevata probabilità» il tumore e l'Inail, nel 2020, era stata condannata a pagare la rendita per malattia professionale di circa 350 euro al

mese. L'ente aveva però impugnato la decisione chiedendo una nuova consulenza tecnica. La Corte d'Appello aveva così nominato il professor Roberto Albera, ordinario di otorinolaringoiatria dell'Università di Torino, autore di 400 pubblicazioni che nella sua lunga esperienza ha eseguito oltre 10 mila interventi tra cui poco meno di 200 per neurinomi. E anche lui ha confermato l'elevata probabilità tra l'esposizione alle radiofrequenze e la malattia riscontrata dal paziente.

Il lavoratore aveva utilizzato il cellulare sempre dall'orecchio sinistro, perché il destro era già stato lesionato a causa di un trauma pregresso, con un calcolo complessivo tra le 10 e le 13 mila ore, dal 1995 al 2008. Operato per il tumore ha riportato la totale sordità da quell'orecchio e anche un danno al nervo facciale con conseguente paresi da quel lato del viso e uno stato di depressione. L'elevata probabilità di correlazione tra tumore e cellulare in questo caso è stata accertata sulla base dell'assenza di altre possibili cause e l'esposizione prolungata a radiofrequenze si è così rivelata l'unico fattore di rischio per l'ex lavoratore dell'acciaieria.

GLI AVVOCATI

Per gli avvocati Stefano Bertone e Renato Ambrosio, che stanno seguendo anche altri cinque casi di persone che si sono ammalate di neurinoma o sono decedute per glioblastomi, «il pericolo maggiore è per il pubblico, compresi i bambini: le radiofrequenze si percepiscono solo con i rile-

vatori elettrici. I Wi-Fi, le "saponette", gli hotspot emettono e ricevono tutte radiofrequenze». Anche in un documento di valutazione del rischio di un'importante compagnia telefonica, l'azienda ha espressamente informato i suoi dipendenti che i cellulari non debbono stare «in contatto con il viso», indicando l'uso di auricolari «a cavo», e non sono disponibili per loro cordless o similari. Una sentenza a cui ne faranno seguito molte altre.

Erica Di Blasi



“ L'intervista Il neurochirurgo

«Non c'è nesso tra telefoni e cancro ma va evitato un utilizzo eccessivo»

Che i telefonini siano dannosi la scienza finora non lo conferma. Secondo Alessandro Olivi, direttore dell'istituto di neurochirurgia del policlinico Gemelli di Roma, «gli studi scientifici sono non conclusivi per un chiaro nesso causale tra l'uso dei cellulari e i tumori cerebrali nell'uomo». Per precauzione, però, «meglio evitare un uso eccessivo».

I telefonini quindi non sono pericolosi?

«L'unico dato rilevabile, per quanto riguarda potenziali effetti biologici delle onde rf (ossia radio frequenze), proviene da studi su

ratti trattati con alte dosi sui feti; in alcuni si è osservata una più alta incidenza di neoplasie benigne del cuore».

Come mai la sentenza di Torino dice il contrario?

«Si tratta di un'anomalia della giurisprudenza: proprio perché non ci sono altre cause che spieghino l'insorgenza di quel tumore, si riconosce un nesso causale che però scientificamente non è ancora provato».

Allora possiamo continuare a usarli con tranquillità?

«L'incidenza dei tumori cerebrali non è variata da quando ormai miliardi di persone usano i telefo-

nini. Si consiglia comunque sempre buon senso nell'uso, soprattutto nell'età giovanile».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CAOS SANITÀ

Il presidente dell'Ordine dei medici Riccardo Magi: «Occorre aumentare il numero dei dottori e non limitare il loro lavoro»

Esami a tempo fuori legge

Il cronometro imposto dalla Asl Roma 5 sulle prestazioni mediche già bocciato dal Tar quattro anni fa

ANTONIO SBRAGA

••• «Non è più tempo dei tempi imposti ai medici per visite ed esami. Quella delibera dell'Asl Roma 5 è contraria ai dettami della sentenza del Tar, passata in giudicato ormai da ben 4 anni», avverte il segretario del sindacato unico del-

la medicina ambulatoriale (Sumai), Antonio Magi, che è anche presidente dell'Ordine dei medici di Roma. Dopo la rivelazione de *Il Tempo* sulla delibera dell'Asl del quadrante est della provincia, che fissa un «numero di prestazioni per ora» (da un minimo di una ad un massimo di 4) per ogni branca specialistica, prevedendo nuovi «in-

tervalli di prenotazione» fra un appuntamento e l'altro (da un minimo di 15 minuti ad un massimo di 60) Magi richiama l'azienda all'applicazione di quel-

la sentenza. Che risale al 2018, quando il Tar annullò il decreto sul «Tempario regionale di riferimento». Perché, secondo i giudici amministrativi, «la durata effettiva di ogni singola prestazione dipende da "tipologia" e "complessità" del trattamento (esame o visita) da eseguire». E, quindi,

una «siffatta valutazione (sulla durata, ossia, della singola prestazione) è riservata in via esclusiva allo specialista ambulatoriale». Secondo la sentenza del Tar, infatti, «il medico

deve poter avere a disposizione un tempo minimo, onde poter svolgere le proprie funzioni in modo autonomo e responsabile, la cui durata non può che essere rimessa alla sua unica valutazione discrezionale e con esclusione, dunque, di indicazioni rigidamente e astrattamente predeterminate da fonti esterne», come la Regione. Alla quale i giudici raccomandano di aumentare il numero dei medici invece di ridurre i tempi delle prestazioni. Ed è la stessa richiesta che invia ora Magi all'Asl: «Pure il tempo di comunicazione medico-paziente è tempo di cura. I tempi devono essere sempre improntati alla massima sicu-

rezza proprio per evitare il rischio clinico. Quella sentenza è pre-Covid, figurarsi ora, con le esigenze di sanificazione, che sono ancora attuali».

Invece l'Asl ha deciso di restringere gli intervalli prenotazione fra un appuntamento e un altro perché «le procedure operative correlate al Covid per la sanificazione degli ambienti e delle tecnologie nonché per la garanzia del distanziamento costituiscono, ad oggi, attitudine comportamentale stabilmente acquisita da tutti gli interessati e quindi di rapido svolgimento tra una prestazione e l'altra, tale che può essere considerata superata l'esigenza, precedentemente ravvisata, di incrementare la durata di ciascuna prestazione di un tempo aggiuntivo stimato di circa 10 minuti».

Prestazioni

Nell'azienda sanitaria del quadrante Est devono effettuarsi in un quarto d'ora

Sanificazione

Quella imposta per il Covid «può essere superata» e così si recuperano 10 minuti

