



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

06 Dicembre 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



La vertenza

Sanità siciliana, precari sul piede di guerra: «Contratti da prorogare»

La Fials ha indetto una manifestazione per il prossimo 16 dicembre in vista della scadenza prevista il 31 dicembre 2022.



Scendono in piazza i **precari** della sanità siciliana. La **Fials** ha indetto una manifestazione per il prossimo 16 dicembre per chiedere la proroga dei contratti in scadenza il 31 dicembre. «In assenza di provvedimenti urgenti- scrive il segretario regionale Fials, **Sandro Idonea**- cesserà il rapporto di lavoro di tanti giovani, medici, farmacisti, infermieri, tecnici, amministrativi, psicologi, educatori, Oss, il cui contributo al funzionamento della sanità siciliana è incontestabile e unanimemente riconosciuto».

La Fials critica inoltre «l'**immobilismo** del governo nazionale e del governo regionale sui problemi della sanità. Il governo nazionale, nella **finanziaria** di dicembre, ha stanziato appena due miliardi in più del precedente anno, sufficienti a pagare l'aumento dei costi energetici, ma non a coprire l'inflazione, bruciando le attese di migliaia di precari che non sarà possibile stabilizzare senza le opportune coperture finanziarie».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La Fials spiega quindi che «il governo regionale continua a tacere sulla sorte di **migliaia di precari della sanità** assunti con le più svariate formule contrattuali, compreso il **click-day**, il cui contratto scade il 31 dicembre. Non è più possibile tenere con il fiato sospeso per anni migliaia di lavoratori in attesa di rinnovi di pochi mesi. La politica dei precari a vita in un paese civile, deve finire. Il governo regionale porti a compimento le tante **riforme** lasciate in sospeso dal governo Musumeci come la riforma del territorio e del servizio di emergenza/urgenza Seus/118».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

ilSicilia.it
indipendente nei fatti



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

i presunti accordi

SANITÀ, ASP E NUOVE NOMINE: I QUATTRO COMMISSARI DELL'ASSESSORE VOLO. LE INDISCREZIONI



Nel corso della giornata, l'assessore regionale alla Salute, **Giovanna Volo**, dovrebbe nominare quattro commissari che andranno a dirigere le Aziende sanitarie provinciali della Sicilia. Indiscrezioni, attenzione, che abbiamo appreso dalle nostre fonti e secondo le quali si preannuncia un rinnovamento e slittamento di deleghe. Accordi, dicono le indiscrezioni, tra gli assessori Falcone e Sammartino con il presidente della Regione Renato Schifani, suggellati qualche giorno fa a Catania. Nomine che ufficialmente dovrebbero decorrere dal primo di gennaio 2023. Anticipazioni che saranno definite nei prossimi giorni per completare il quadro di tutti i presidi ubicati nell'Isola.

Ma entriamo nel dettaglio di nomi e cognomi, dei presunti manager della sanità. Partiamo dal capoluogo siciliano: all'**Asp di Palermo** dovrebbe andare l'ex deputato a Bruxelles di Popolo della Libertà, **Salvatore Iacolino**, che ha diretto anche quella di Agrigento. Iacolino, si ricorderà, ha ricevuto la scorsa estate la nomina a direttore amministrativo dell'Asp di Caltanissetta, per affiancare il manager Alessandro Caltagirone. Dunque, il direttore generale **Daniela Faraoni** lascerebbe Palermo per dirigere l'**Asp di Catania**. Dall'unificazione delle vecchie Usl (12



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

luglio 1995), è stata la prima donna al vertice dell'Azienda sanitaria del capoluogo. La Faraoni è stata, tra l'altro, direttore amministrativo dell'azienda ospedaliera San Giovanni Di Dio, dell'Asp di Caltanissetta, dell'azienda ospedaliera ospedali riuniti "Villa Sofia – Cervello" e dell'Asp di Catania.

Al Policlinico di Messina andrebbe Fabrizio De Nicola, attualmente direttore generale dell'Arnas Garibaldi di Catania. De Nicola ha una carriera di lungo corso nella pubblica amministrazione: già direttore generale dell'Asp di Trapani e alla guida del Policlinico Universitario di Palermo. Infine, si parlerebbe di un ritorno all'Asp di Agrigento per **Salvatore Lucio Ficarra**, adesso a capo dell'Asp di Siracusa. Il direttore generale, vanta, tra le altre cose, esperienze anche a Caltanissetta e Gela con ruoli di direzione e responsabilità nei settori amministrativo ed economico-finanziari. In attesa di aggiornamenti, al momento queste sarebbero le notizie.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

ilSicilia.it
indipendente nei fatti

risarcimento per quasi due milioni di euro

PALERMO, MORTA DOPO DOSE KILLER DI CHEMIOTERAPIA: CONDANNATI MEDICI

Morì dopo una dose killer di chemioterapia all'ospedale Policlinico di Palermo Valeria Lembo. Un errore fatale che portò a **somministrare dieci volte la dose necessaria**, fu accertato nel corso del processo penale.

I sanitari coinvolti nella vicenda sono stati oggi condannati dai giudici della Corte dei conti d'appello presieduta da Giuseppe Aloisio. Il primario Sergio Palmeri dovrà risarcire l'azienda sanitaria con 875 mila euro, l'oncologa Laura Di Noto e l'allora specializzando Alberto Bongiovanni **dovranno pagare la somma ciascuno di 318 mila euro**. Le infermiere Elena Demma e Clotilde Guarnaccia sono state assolte. Era il 2011 quando a Valeria, mamma 34 enne di un bimbo di sette mesi, si sottopose a quel trattamento risultato fatale. Secondo le indagini le fu somministrato un farmaco chemioterapico in dose eccessiva, 10 volte quanto previsto dai protocolli.

La Procura regionale della Corte dei conti di Palermo ha contestato, ai medici il danno erariale. **L'ospedale Policlinico è stato condannato a risarcire i familiari con quasi due milioni di euro.**

PANDEMIA

Covid, aumentano ricoveri e intensive ma non i vaccinati

Continuano a crescere i ricoveri Covid nei reparti ordinari, +11%, e in terapia intensiva, +28%, mentre restano stabili i contagi. Lo rileva il monitoraggio indipendente della Fondazione Gimbe nella settimana 25 novembre-1 dicembre: in particolare, nella settimana, i ricoveri con sintomi sono stati 8.458 contro 7.613 e le persone ricoverate nelle terapie intensive 320 contro 250. Rispetto alla settimana precedente si registra una sostanziale stabilità dei nuovi casi (227.420 vs 229.122)

che, per Gimbe, restano però fortemente sottostimati (50%).

Rispetto alla campagna di vaccinazione anti-Covid sono state oltre cinque milioni le somministrazioni della quarta dose vaccinale, ma la copertura è solo al 26,9%. La platea per la quarta dose, si spiega nel report Gimbe, "include 19 milioni di persone: di queste, 12,3 milioni possono riceverlo subito, 1,7 non sono eleggibili nell'immediato in quanto guarite da meno di 120 giorni e 5 milioni l'hanno già ricevuto".



Dal clima all'ambiente: parte la lotta contro le future pandemie

Il piano. Stanziati 500 milioni per dare vita al Sistema di prevenzione dai rischi ambientali e climatici: le Asl dovranno coordinarsi con la rete già operativa delle Arpa per monitorare le minacce alla salute

Una sfida è scongiurare l'«inferno climatico» evocato in occasione dell'ultima Cop 27 in Egitto dal segretario generale Onu António Guterres: a ogni aumento della temperatura di un decimo di grado crescono anche i rischi per la salute umana, a partire da killer come le malattie cardiovascolari. Un'altra è ricacciare indietro le pandemie che covano in qualche punto del pianeta, in attesa che il giusto mix di ingredienti dia fuoco di nuovo alla miccia. Un'altra ancora è contrastare con dosi massicce di appropriatezza quegli extra-abusi di rimedi salvifici come gli antibiotici, che perdono efficacia per l'impiego scellerato nel mondo umano e animale. E chi più ne ha, ne metta. La «One Health» - o «Planetary Health» se si amplia lo sguardo all'intero pianeta - ha bussato con prepotenza alla porta dopo la pandemia, ricordandoci che solo un approccio integrato e sistemato capace di tenere insieme benessere ambientale e salute animale e umana potrà salvarci. Non è retorica: la marcia andava invertita «ieri».

La corsa ai ripari è faticosamente partita - sia sul fronte internazionale con la nuova sinergia a quattro «pro Planetary Health» avviata da Fondo per l'alimentazione e l'agricoltura (Fao), Organizzazione per la salute animale (Oie), Programma Onu per l'ambiente (Unep) e Organizzazione mondiale della sanità (Oms) - sia a livello di singoli Stati. L'Italia ha segnato il cambio di passo trovando risorse nel Piano nazionale complementare (Pnc), dove con soldi propri finanzia azioni di sostegno al Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr): alla «One Health» sono destinati 500 milioni

destinati al programma «Salute, ambiente, biodiversità e clima». I tempi sono gli stessi del Pnrr, quindi strettissimi: da qui al 2026 accanto al Sistema di prevenzione ambiente (Snpa) che già esisteva con la rete delle Arpa e che fa capo all'Ispra va attuato un Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (Snps). Istituito ad aprile, va ora riempito di contenuti. Si tratta di realizzare un'architettura integrata che tenga insieme mondi fino a oggi separati - ambiente e salute umana e animale, appunto - attivando anche nel Servizio sanitario nazionale, nelle Regioni con le loro Asl e dipartimenti di prevenzione, i nodi di una rete capillare. Fatta di infrastrutture, di tecnologie (va creata anche una piattaforma dati nazionale), di ricerca e in più di personale adeguato. I temi dei progetti? Dalla correlazione tra qualità dell'aria e salute all'abbattimento del rischio di inquinamento indoor, dal monitoraggio delle microplastiche ai contaminanti per i pesci che popolano il Mediterraneo. L'approccio è il più vasto che si possa immaginare proprio perché in un'ottica «One Health» tutti gli interventi, tra ambiente e salute, vanno tenuti insieme. Non mancano le critiche: «È un sistema che resta bicefalo - afferma il presidente della Società italiana di medicina ambientale (Sima), Alessandro Siani -. Così l'integrazione è difficile: ad esempio le Agenzie regionali per l'ambiente sono state private di figure esperte anche in sanità mentre le Asl non hanno tecnici competenti sull'ambiente. Si rischia di non parlare la stessa lingua. Inoltre servono strumenti per capire se le politiche e gli investimenti stiano andando nella direzione giusta così

da poter intervenire se necessario. Insieme al Consorzio interuniversitario di informatica stiamo approntando un sistema di monitoraggio basato su algoritmi dell'Oms, quindi validati, implementato per la realtà italiana. Adottarlo consentirebbe check periodici ad esempio sugli effetti dell'inquinamento dell'aria, che secondo gli ultimi dati Ue nel 2020 ha prodotto 61 miliardi di costi sociali e sanitari e 606mila anni di vita persi in Italia».

Per ora, si legge nei report ufficiali, il cronoprogramma One Health che come per il Pnrr segue ritmi pressanti è stato rispettato: livello locale (Regioni, Asl e dipartimenti di prevenzione) e centrale (Iss e ministero della Salute) stanno lavorando così come è in piedi la collaborazione tra Snps (area salute) e Snpa (area ambiente). Ma il 2026 è sempre più vicino e la consapevolezza sulla One Health è ancora in gran parte da costruire.

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per la Società di medicina ambientale il rischio è quello di creare un sistema bicefalo che non dialoga I NUMERI DELL'INFLUENZA
Sul sito del Sole 24 Ore una pagina basata sui principali dati d'Influenza dell'Iss, aggiornata ogni venerdì, con dati e grafici di Lab24 consente ai lettori di monitorare la diffusione dei virus influenzali. Nell'ultimo aggiornamento si osserva una forte crescita: la stagione 2022-23 già oggi è la più aggressiva dal 2009-10.



Subito il piano contro i super batteri, un'emergenza da 11mila morti all'anno

Antimicrobico resistenza
In manovra 40 milioni

Marzio Bartoloni

Qualcuno è sicuro che sarà la responsabile della prossima pandemia. Di certo c'è che una delle più grandi minacce alla salute mondiale si chiama «resistenza agli antimicrobici», in particolare agli antibiotici destinati a combattere i batteri. Secondo l'Oms entro il 2050 questa minaccia potrebbe provocare più morti di cancro, diabete e malattie cardiovascolari. Già ora in Italia si contano 11mila vittime l'anno anche a causa del nostro primato vi-

sto che siamo tra i maggiori consumatori di antibiotici al mondo assumendo questi farmaci anche per un'influenza o un'infezione virale di altro tipo, quando assolutamente non andrebbero prescritti, a

meno che non ci sia una sovra-infezione batterica. A pesare sull'abuso di antibiotici anche la auto somministrazione, una pratica molto diffusa tra gli italiani.

Nasce da qui il nuovo Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza 2022-2025 che prevede una serie di azioni: dalla sorveglianza e il monitoraggio dell'impiego degli antibiotici - solo negli ospedali quasi un ricoverato su dieci si infetta con germi quasi sempre antibiotico-resistenti - alla ricerca fino alla formazione e alle campagne di informazione sul corretto uso di questi farmaci. Il piano è approvato proprio nei giorni scorsi alla Conferenza Stato Regioni e soprattutto può contare su risorse dedicate che sono state stanziare dalla legge di bilancio ora all'esame del Parlamento: il testo che sarà appro-

vato entro fine dicembre stanziando infatti 40 milioni all'anno per tre anni - dal 2023 al 2025 - proprio per finanziare gli interventi previsti dal Piano nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Piano ora all'esame delle Regioni prevede azioni di monitoraggio, ricerca, formazione e comunicazione



L'intervista. **Silvio Brusaferrò**
Presidente Istituto superiore Sanità

«Così la strategia one health in Italia sarà realtà nel 2026»

«**A**l 2026 l'Italia dovrà aver realizzato una rete diffusa su tutto il territorio, ma fortemente coordinata a livello nazionale, articolata su salute umana e animale e tutela dell'ambiente. È esattamente questo l'obiettivo della strategia One Health». Il presidente dell'Istituto superiore di sanità (Iss) Silvio Brusaferrò è in prima linea nell'attuazione del Piano complementare «Salute, ambiente, biodiversità e clima», di cui coordina tre delle cinque linee di investimento condivise con il ministero della Salute.

Gli attori in campo sono tanti e la scommessa è cruciale: non c'è un rischio dispersione?

Dalle Regioni è arrivata una risposta corale: abbiamo individuato dei referenti sulle tematiche principali - dalla formazione ai sistemi informativi fino all'attuazione delle singole misure - con cui l'Iss che è capofila interloquisce di continuo. Sono le Regioni a decidere in quale contesto e con quali priorità attivare i progetti, ma la Cabina di regia a cui con noi partecipano ministero della Salute, Ispra e le stesse Regioni si riunisce ogni mese. In questo primo anno abbiamo raggiunto tutti gli obiettivi del Piano e siamo in linea con l'attuazione dell'agenda.

C'è un tema di personale da recuperare e formare per realizzare al meglio i progetti?

Gli investimenti del Pnc e del Pnrr, che viaggiano collegati, sono infrastrutturali: vanno a creare spazi fisici, ad acquisire tecnologie, a realizzare sistemi informativi capaci di condividere i dati. Ma di certo serve più personale, da inserire soprattutto nei dipartimenti di prevenzione delle Asl, e già sono stati approvati decreti in questo senso. Man mano che le strutture saranno operative, andranno supportate con le professionalità necessarie. Intanto assieme alle Regioni si stanno pianificando corsi di formazione per chi è già operativo.

Quali sono le priorità di salute da centrare per valorizzare la strategia One Health?

La One Health è la lente attraverso la quale leggere i bisogni di salute ma prima ancora serve a proteggerla con un approccio più ampio che tuteli le persone e le

comunità così come gli animali e l'ambiente. I tre aspetti non possono essere letti separatamente: creare un buon contesto ambientale e porre attenzione al mondo animale e a tutta la filiera alimentare, prendersi cura della salute dell'uomo, sono elementi strettamente correlati. La One Health serve da una parte a prevenire e dall'altra a ridurre o controllare la portata di fenomeni che impattano sulla salute, come l'antibiotico-resistenza. Che è un paradigma - su cui l'Italia deve lavorare mettendo a sistema le buone pratiche esistenti - di come sia cruciale intervenire con un'azione integrata e con strumenti appropriati.

Non siamo in ritardo? Dovevamo forse agire decenni fa...

Il concetto di One Health è stato sviluppato da qualche anno ma solo ora c'è consapevolezza diffusa. Oggi abbiamo l'opportunità di fare rete e anche dei sistemi informativi molto più sofisticati. Non solo: finalmente anche a livello di opinione pubblica si è capito che salute ed economia sono strettamente correlate e questo è un elemento di stimolo. Mettere a sistema politiche One Health significa migliorare qualità della vita, benessere fisico e progresso di un Paese.

Al termine di questi 5 anni l'Italia sarà più forte anche rispetto alle nuove pandemie in agguato?

Realizzare un monitoraggio capillare, standardizzato e condiviso consentirà di avere contezza tempestiva dei fenomeni, di poterli studiare e affrontare, possibilmente con risposte precoci nel caso di situazioni dirompenti come una pandemia. Tenendo conto che sono eventi da leggere in una dimensione più ampia e qui arriviamo al concetto di Planetary Health: è molto importante che istituzioni internazionali e Stati si accordino per affrontare insieme queste sfide. Le modalità di comportamento, sia dei singoli sia dei sistemi-Paese, possono determinare l'aumento o la riduzione di un rischio e di questo abbiamo fatto e stiamo facendo tutt'ora esperienza con la gestione del Covid. Quanto all'Italia, è una scommessa che dobbiamo giocare tutti insieme. Sono convinto che il Paese a partire da questo piano abbia gli strumenti giusti per riuscirci: competenze ed entusiasmo.

— **Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cina, serve la mappa per la transizione politica da zero-Covid

Revoca restrizioni. Per evitare un'ondata fuori controllo, il Paese deve aumentare le vaccinazioni, avere scorte di antivirali e allentare la quarantena

Francesca Cerati

La Cina sta mostrando segni di allentamento della sua rigorosa politica zero-Covid (ha ridotto i blocchi, le regole di quarantena e i requisiti dei test a vari livelli) e anche gli alti funzionari hanno ammorbidito i toni sui pericoli posti dal virus. Ma non è ancora chiaro quando il Paese potrebbe porre fine a una strategia che confina milioni di persone nelle loro case, scatena proteste e richieste di dimissioni del presidente Xi Jinping.

Anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha esortato la Cina a cambiare il suo metodo di affrontare il Covid e, secondo fonti Reuters, il governo è in procinto di annunciare ulteriori allentamenti. Ma se il Paese dovesse revocare la sua politica zero-Covid, dati i suoi bassi tassi di vaccinazione e la mancanza di immunità naturale tra la sua popolazione, secondo le proiezioni della società inglese di analisi della salute Airfinity, ci potrebbero essere fino a due milioni di morti. Insomma, una riapertura completa pone delle grandi sfide e potrebbe mettere a rischio un sistema sanitario che ha meno di cinque letti di terapia intensiva ogni 100.000 persone.

Su come la Cina può evitare un'ondata di morti e malattie gravi, è un quesito a cui Nature ha cercato di rispondere. Tra le priorità c'è ovviamente quella di aumentare la vaccinazione di richiamo per le persone anziane. Secondo lo studio di Nature Medicine, la Cina potrebbe ridurre i decessi del 61% se somministrasse una terza dose a tutti gli adulti idonei di età pari o superiore a 60 anni. Ma finora, solo il 69% delle persone in quella fascia di età - e

solo il 40% di quelle di età pari o superiore a 80 anni - ha ricevuto una terza dose. Aggiungendo che «un modo per incentivare le persone a ricevere una terza dose potrebbe essere quello di allentare le restrizioni per coloro che lo fanno, come dare loro accesso agli spazi pubblici» ha detto Xi Chen, economista della Yale University di New Haven, nel Connecticut, che studia il sistema sanitario pubblico cinese.

E in tema di vaccini, va ricordato che la Cina ha rifiutato di importare quelli internazionali e utilizza solo vaccini sviluppati a livello nazionale che si sono rivelati meno efficaci. A settembre, però, è stata approvata una versione inalabile, prodotta da CanSino Biologics, che se dovesse risultare efficace (i ricercatori sono in attesa dei dati della sperimentazione clinica in fase avanzata) potrebbe non solo prevenire malattie gravi, ma bloccare anche la diffusione virale. Questo sarebbe uno scenario da sogno perché la vaccinazione di massa con questo vaccino consentirebbe alla Cina di uscire dal Covid-19 senza subire un'ondata ingestibile.

Non solo. I produttori cinesi stanno anche conducendo studi clinici in fase avanzata su vaccini specifici per Omicron e su quelli che utilizzano la tecnologia mRNA. Anche questi potrebbero offrire una protezione migliore rispetto ai vaccini attualmente utilizzati in Cina.

Un'altra strategia importante, secondo Nature, è approvvigionarsi di farmaci antivirali, formare più personale medico e aumentare il numero di letti ospedalieri. Lo studio di Nature Medicine suggerisce infatti che la Cina potrebbe ridurre i decessi dell'89% trattando tutti coloro che hanno sintomi di Covid-19

con l'antivirale nirmatrelvir.

Infine, la rimodulazione della quarantena. La transizione da zero Covid dovrebbe consentire a contatti stretti e alle persone infette con malattia lieve, o senza sintomi, di prendersi cura di se stesse a casa. «Ciò libererà grandi risorse per concentrarsi sul trattamento dei vulnerabili» spiega Chen.

In altri termini, l'allentamento non deve essere trascinato e la comunicazione deve essere chiara. Spetta a Pechino essere trasparente sulla sua strategia, in modo che le persone e le imprese possano iniziare a pianificare e investire. Invece, il governo cinese finora non ha pubblicato alcuna tabella di marcia per passare dal contenimento alla gestione. E prima di pensare al prodotto interno lordo è più importante, in questo momento, mappare la transizione politica della pandemia, pubblicarla e attuarla.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In corso in Cina studi clinici su vaccini specifici per Omicron e su quelli che utilizzano la tecnologia mRNA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

I CONTROLLI DELL'ARMA: È POLEMICA SULLE COOPERATIVE

I Nas in ospedali ed Rsa: 165 irregolarità su 11.600 verifiche

Sono 165 le posizioni lavorative irregolari su 11.600 figure professionali controllate dal Nas dei carabinieri in ospedali e Rsa in tutta Italia. Nella maggioranza dei casi si tratta di camici bianchi over 70 in corsia oltre i limiti di età, di infermieri non iscritti all'Albo, di dottori senza adeguata specializzazione e formazione, così da trovarsi dinanzi a medici non specializzati in Medicina d'urgenza in reparti di Pronto soccorso, o medici generici incapaci di eseguire un parto cesareo pur essendo impiegati in un reparto di ostetricia, come accaduto in provincia di Vercelli.

Sotto accusa il sistema delle prestazioni lavorative per figure sanitarie date in appal-

tate. I controlli, spiegano i Nas, sono stati effettuati in strutture che «per sopperire alla carenza di personale e garantire l'erogazione minima dei servizi di cura ed assistenza, ricorrono sempre più spesso a contratti di appalto per avvalersi di professionalità sanitarie - medici, infermieri ed operatori sanitari - forniti da società esterne, solitamente riconducibili a cooperative». Sono stati svolti accessi in 1.934 strutture sanitarie, monitorando 637 imprese e cooperative e verificando l'idoneità di oltre 11.600 figure tra medici (13%), infermieri (25%) e altre professioni sanitarie (62%). I militari hanno segnalato 205 persone, tra responsabili di cooperative, titolari

di strutture sanitarie ed operatori sanitari, di cui 83 all'autorità giudiziaria e 122 a quella amministrativa. 43 i casi di esercizio abusivo della professione.

Le irregolarità rilevate sono dunque pari all'1,42%. Tanto basta però al maggiore dei sindacati dei medici ospedalieri, l'Anaa-Assomed, per tuonare, senza fare distinzioni, contro il sistema delle cooperative, responsabile, afferma il segretario Pierino Di Silverio, di aver generato «un vero e proprio Far west professionale nella sanità, con una destrutturazione della professione: non contano più le qualifiche» ma solo «coprire i turni, e in nosocomi o Rsa è come essere in una catena di montaggio». Sulla stessa lun-

ghezza d'onda anche il presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo) Filippo Anelli, per il quale cooperative e medici a gettone sono «la conseguenza di una sanità che non valorizza più le professioni, e che è divenuta sempre meno attrattiva per i professionisti. Ma spetta ai direttori generali vigilare e verificare che i professionisti impiegati abbiano tutte le qualifiche necessarie».

(V. Sal.)



I controlli dell'Arma/Ansa



L'INDAGINE DEI NAS

Medici a gettone e personale non qualificato Irregolarità in ospedali e residenze per anziani

■ Sono 165 le posizioni lavorative irregolari riscontrate in ambito sanitario dai carabinieri del Nas, che hanno eseguito controlli a tappeto in tutto il Paese. I Nas hanno segnalato complessivamente 205 persone, tra responsabili di cooperative, titolari di strutture sanitarie ed operatori sanitari, di cui 83 all'autorità giudiziaria e 122 a quella amministrativa. I militari hanno setacciato 1.934 tra strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private che, per sopperire alla carenza di personale e garantire l'erogazione minima dei servizi, ricorrono a contratti di appalto per avvalersi di professionalità sanitarie - medici, infermieri ed operatori sanitari - forniti da società esterne. Otto titolari di cooperative sono stati deferiti per l'ipotesi di reato di frode e inadempimento nelle pubbliche forniture per aver inviato personale per assistenza ausiliaria negli ospedali pubblici in numero inferiore rispetto a quello previsto dai contratti o impiegato ausiliari al posto di professionisti.



La truffa dei medici senza qualifiche con super compensi Scoperta dai Nas

ROMA Alcuni effettuavano parti cesarei, senza essere medici specializzati in ginecologia. Altri lavoravano nei Pronto Soccorso, ma di medicina di urgenza avevano studiato ben poco. Per fronteggiare la carenza di personale, durante la pandemia, spesso le strutture sanitarie pubbliche e private hanno fatto ricorso alle cooperative. Ma a giudicare dall'esito delle verifiche dei

Nas, aver appaltato all'esterno il servizio si è rivelato una scelta poco sicura. Su 1.934 controlli, hanno segnalato 205 persone non in regola.

Melina a pag. 19

Controlli sui medici coop: over 70 e senza qualifica ma con super compensi

► Gli accertamenti dei Nas: negli ospedali ► Falsi infermieri e parti cesarei eseguiti 165 sanitari fuori regola. A costi altissimi da chi non ha il titolo di ginecologo

L'INCHIESTA

ROMA Alcuni effettuavano parti cesarei, senza essere medici specializzati in ginecologia. Altri lavoravano nei Pronto Soccorso, ma di medicina di urgenza avevano studiato ben poco. Altri ancora indossavano invece il camice di infermiere, e in realtà erano operatori sociosanitari. Per fronteggiare la carenza di personale, durante la pandemia, spesso le strutture sanitarie pubbliche e private hanno fatto ricorso alle cooperative. Ma a giudicare dall'esito dell'attività investigativa condotta dai Carabinieri Nas, aver appaltato all'esterno il servizio di assistenza si è rivelato una scelta niente affatto sicura. Su 1.934 controlli in strutture sanitarie, i Nas hanno segnalato complessivamente 205 persone, tra responsabili di cooperative, titolari di strutture sanitarie ed operatori sanitari, di cui 83 all'autorità giudiziaria e 122 a

quella amministrativa. Oltretutto, a fronte delle irregolarità, i costi sono altissimi, visti i compensi consistenti, spesso del tutto fuori mercato riconosciuti a questi medici: tra i 120 e i 150 euro all'ora, pari a circa 1.500 euro per una giornata di lavoro, ovvero un turno di 12 ore.

CARENZE DI ORGANICO

I Nas hanno accertato la fornitura, da parte delle cooperative, di medici con più di 70 anni e di personale non specializzato; 43 i casi di esercizio abusivo della professione. «L'attività è nata in seguito ad ispezioni che il Nas effettua sul territorio nazionale – spiega il tenente colonnello Salvatore Pignatelli, comandante del gruppo Carabinieri per tutela della salute di Milano – Ci eravamo resi conto che alcune strutture sanitarie soffrivano di carenze organiche, spesso determi-

nate dalle cooperative. In alcune circostanze, soprattutto in centri complessi nel Centro Nord, abbiamo individuato un paio di cooperative che partecipavano abitualmente ad una serie di gare, per l'assegnazione di personale sanitario in varie strutture ospedaliere nazionali: vincevano, ma poi non fornivano il personale stabilito nel contratto». In sostanza, partecipavano alle gare ben sapendo che in caso di



contestazioni le ammende non potevano superare il 10 per cento del valore del contratto. «Quindi a loro comunque conveniva vincere», spiega Pignatelli.

Il problema è che pur di aggiudicarsi l'appalto, allegavano un elenco di medici spesso inventato. «Nella documentazione – spiega il comandante – inserivano curricula di professionisti che erano ignari di essere coinvolti in questa situazione, oppure si trattava di personale che al massimo aveva collaborato con loro in alcune circostanze ma solo negli anni passati. Spesso i curricula li recuperavano pure su internet». Andava a finire così che l'azienda sanitaria chiedeva per esempio 200 operatori sanitari per un periodo determinato, le cooperative erano invece in grado di assicurarne a volte soltanto 150. E quando l'azienda sanitaria se ne accorgeva, faceva una contestazione degli addebiti, che però era del 10 per cento del valore dell'appalto. «Ora stiamo ricostruendo tutte le gare a cui hanno partecipato queste cooperative – rimarca Pignatelli - Abbiamo trovato altri casi, per

esempio in provincia di Milano, dove in una rsa per anziani, i dipendenti erano stati fittiziamente e artatamente licenziati e poi riassunti con una falsa cooperativa, che era stata creata ad hoc dalla rsa proprio per cercare di avere le agevolazioni fiscali».

NESSUN CONTROLLO

Il fenomeno, in realtà, potrebbe essere molto più vasto. «Durante la pandemia c'è stata una richiesta di medici che non poteva essere soddisfatta dalle strutture sanitarie – ricorda Pignatelli - Il problema è che a volte le cooperative non controllano i requisiti dei loro stessi dipendenti, quindi molti non avevano titoli abilitativi o comunque non erano stati approvati dal nostro ministero. In alcuni casi, poi, le residenze per anziani che hanno difficoltà a trovare personale possono non approfondire più del dovuto determinate verifiche». Come dire, meglio non andare troppo per il sottile, poco importa se si tratta o meno di un medico o di un infermiere abilitato. «La situazione ten-

derà a peggiorare – ammette con dispiacere Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri - Mi piange il cuore sapere che i direttori generali spendono tanti soldi per le cooperative e non incentivano invece il personale interno. La prospettiva è ormai drammatica, il lavoro diventa sempre meno attrattivo e i medici specializzati se ne vanno via».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AI DIPENDENTI DELLE COOPERATIVE STIPENDI ANCHE DA 1.500 EURO AL GIORNO PER RIMEDIARE ALLE CARENZE D'ORGANICO



Schillaci free vax

I vaccini hanno effetti anche sulla circolazione del Covid.

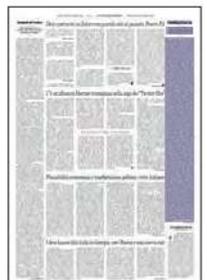
Nature: spunti per il governo

Le revisioni di letteratura, quando aggiornate, sono particolarmente utili per fare il punto di ciò che sappiamo circa un determinato argomento, e in alcuni casi possono aiutare a capire meglio affermazioni scivolose, e pericolose, come quelle fatte dal ministro della Salute Orazio Schillaci, che in un'intervista a Libero, ieri, ha consigliato la quarta dose contro il Covid-19 soltanto ai fragili e non agli altri, per poi affermare di non vedere alcuna ragione per essere a favore dell'obbligo vaccinale. A Schillaci consigliamo di esaminare un articolo pubblicato il due dicembre su Nature Reviews Microbiology dedicato ai dati che disponiamo sulla carica virale misurabile dopo infezione da Sars-CoV-2 e sul recupero di virus infettivo dai soggetti infetti: sono questi, infatti, due dei più importanti parametri che influenzano la capacità di un virus di propagarsi in una popolazione. Concentriamoci sui dati presentati per Omicron. Innanzitutto, si ribadisce come la vaccinazione, e maggiormente una dose recente di richiamo, diminuisca sostanzialmente le possibilità di conseguenze gravi dell'infezione. Per quanto riguarda la quantità di Rna virale recuperabile nei soggetti infettati da Omicron, non

si riscontrano differenze, qualunque sia la dose di vaccino, con i non vaccinati, tanto per Ba.1 che per Ba.2. Inoltre, la durata di tempo entro la quale è possibile recuperare particelle virali infettive è parimenti indifferente allo status vaccinale, così come la frazione di pazienti infetti da cui si recuperano tali particelle. La revisione però evidenzia un punto importante: dopo infezione da Omicron, coloro che hanno ricevuto almeno una dose di richiamo mostrano una ridotta quantità totale di virus infettivo a 5 giorni dopo i primi sintomi. Quindi, anche se in vitro si recupera virus infettivo indipendentemente dallo stato vaccinale, la quantità che si ritrova è diversa. Siccome poi, nonostante ciò che si dice in Italia nelle stanze della politica, la finestra di infettività arriva a 10 giorni dopo i sintomi, il dato a 5 giorni mostra che coloro che hanno effettuato almeno una dose di richiamo sono potenzialmente meno infettivi a parità di tempo trascorso dall'insorgere dei sintomi. Ora noi sappiamo già che la protezione dall'infezione conferita da una dose di richiamo dei vaccini correnti, nei confronti di Omicron, non è nulla, anche se decade dopo due mesi. Questo significa che, modulando bene i tempi

di richiamo rispetto alle ondate epidemiche, si ottiene il massimo effetto sulla circolazione virale, sia in termini di infezione, sia in termini di trasmissione, come abbiamo visto per il dato a cinque giorni. Inoltre, la quarantena di cinque giorni per gli infetti, anche sulla base dell'ultima revisione disponibile, è insufficiente, se lo scopo è ostacolare il più possibile la circolazione virale. Concludendo, quindi, esistono ancora un limitato effetto di prevenzione di infezione e trasmissione dei vaccini disponibili, insieme ad un dimostrabile effetto di un isolamento più lungo di cinque giorni. Si quindi tratta di calibrare temporalmente gli interventi di sanità pubblica, tenendo conto anche di questa ultima revisione; sempre che, invece, non si decida di lasciar circolare liberamente Sars-CoV-2, assumendosi la responsabilità di ospedalizzazioni e morti evitabili in aumento. E' questo che intende fare il ministro Schillaci?

Enrico Bucci





Dir. Resp. Marco Tarquinio

LA RICERCA PUBBLICATA SU NATURE

Covid, un vecchio farmaco può evitarlo

Più che puntare solo sul virus, uno studio anglo-tedesco propone di chiudergli le vie di accesso

VITO SALINARO

E se invece di eliminare il Sars-CoV-2 si puntasse a sbarrargli le vie d'ingresso alle cellule umane? Magari utilizzando un farmaco orale, economico, fuori brevetto e già disponibile? È quanto propone un team di scienziati dell'Università di Cambridge e dell'Ospedale di Addenbrooke (Uk), in collaborazione con il Berlin Institute of Health at Charité (Germania), che ha utilizzato l'acido ursodesossilico (Udca), già trattato per una malattia del fegato, indirizzandolo a protezione delle porte d'ingresso del recettore Ace2, l'obiettivo del virus. Per questo motivo, osservano gli autori dello studio, il farmaco dovrebbe essere efficace contro tutte le varianti, presenti e future, come anche contro eventuali nuovi coronavirus che utilizzassero la stessa via d'ingresso.

Il lavoro dei ricercatori, guidati da Fotios Sampaziotis sul fronte britannico, e da Ludovic Vallier, su quello tedesco - e la cui prima autrice è l'italiana Teresa Brevini,

dottoranda a Cambridge -, ha trovato spazio sulla rivista scientifica *Nature* ed è stato condotto su organoidi (modelli d'organo miniaturizzati fabbricati in laboratorio), animali, organi umani e su un piccolo gruppo di volontari sani. Se i risultati saranno confermati in studi più ampi, l'Udca potrebbe affiancare i vaccini offrendo uno "scudo" efficace anche ai pazienti per i quali la vaccinazione non funziona o è inaccessibile, nonché alle persone a maggior rischio di infezione. «Abbiamo trovato un modo per chiudere la porta al virus, impedendogli di entrare nelle nostre cellule e proteggendoci dal contagio», spiega Sampaziotis, il cui gruppo di ricercatori, impegnato a studiare le patologie dei dotti biliari, in maniera quasi fortuita, si è imbattuto in una molecola, nota come "Fxr", capace di regolare lo stato di apertura o chiusura di Ace2. Donando una prospettiva che, a questo punto, è più di una semplice speranza.

Sul fronte dei vaccini, BioNTech e Pfizer (il cui ad, Albert Bourla, ha rifiutato ieri per la seconda volta di comparire davanti al Parlamento europeo per un'audizione sulle trattative portate avanti con la Commissione Ue per fornire vaccini) hanno chiesto l'autorizzazione di emergenza negli Usa per

l'immunizzante bivalente contro le varianti Omicron Ba.4 e Ba.5 adattato per i bambini con meno di 5 anni. Se sarà autorizzato, i bambini potrebbero ricevere due dosi dell'originale vaccino Pfizer-BioNTech seguite da una terza per Omicron Ba.4 e Ba.5. Intanto, la Fondazione Gimbe fa sapere che nella settimana fra il 25 novembre e l'1 dicembre i ricoveri sono aumentati dell'11,1% nei reparti "ordinari" (da 7.613 a 8.458), e del 28% nelle terapie intensive (da 250 a 320), mentre la crescita dei decessi è stata del 9,5%. Solo il 26,9% degli italiani, avverte Gimbe, ha ricevuto la quarta dose e le persone non vaccinate sono 6,7 milioni.

BioNTech e Pfizer chiedono agli Usa l'ok al vaccino aggiornato per bambini con meno di 5 anni. Gimbe: solo il 26,9% di italiani ha la quarta dose



Covid 19, vaccino, responsabilità sanitaria e diritto

“Responsabilità sanitaria e sanità responsabile”, è il titolo del nuovo volume di Pasquale Mautone edito da Giuffrè Francis Lefebvre (2022), con interessante prefazione di Lucio Romano. Pasquale Mautone è avvocato Cassazionista e giornalista. Docente in Diritto civile Università di Napoli “Federico II”; presso cui è anche Dottore di ricerca in “Economia e management delle aziende e delle organizzazioni sanitarie”. Difensore Asl e Aziende Ospedaliere, consulente Regione Emilia-Romagna. Da sempre impegnato per la “dignità dell’Avvocatura”, siede al Consiglio Distrettuale di Disciplina della Corte d’Appello di Napoli.

Il volume fornisce un contributo scientifico-dogmatico aggiornato sul delicato tema della pandemia da Covid-19 che ha rappresentato una sfida inedita per l’ordinamento costituzionale, poiché mai, nella storia repubblicana, era stato necessario disporre misure giuridiche suscettibili di incidere tanto in profondità sulla organizzazione sociale e sulle abitudini dei cittadini, al punto da provocare un vero e proprio sconvolgimento della vita politica ed economica del Paese.

La struttura del volume analizza la disciplina dei danni da Covid-19, tenendo in debita considerazione la sentenza della Cas-

azione n. 10579/2021 che nella liquidazione del danno predilige il sistema tabellare “a punti” del Tribunale di Roma, rispetto al *barème* “a forbice” del Tribunale di Milano; ma soprattutto approfondisce la disciplina della responsabilità della struttura sanitaria ai tempi del Covid-19 e della responsabilità a seguito della somministrazione del vaccino e dei relativi danni; esamina il ruolo del Clinical risk management in combinato disposto col consenso informato (anche al trattamento sanitario del vaccino) e il delicato dibattito sul “fine vita”. Inoltre, l’opera valuta la complessa

questione della protezione dei dati personali alla sfida del Covid-19; ed infine, decodifica gli interventi del riformatore sul discusso tema della sicurezza sui luoghi di lavoro ex art. 2087 c.c. e del principio giurisprudenziale della “massima sicurezza tecnologicamente possibile”, nonché della prevenzione del contagio da Covid-19 sui luoghi di lavoro, della campagna vaccinale, dell’obbligatorietà della certifica-



zione verde cd. "green pass", del cd. "green pass" rafforzato e dello *smart working* ai tempi del Coronavirus.

Proprio sul delicato tema dell'obbligo vaccinale del personale sa-

nitario, l'Ufficio Comunicazione e Stampa della Corte Costituzionale (Presidente Silvana Sciarra), con comunicato del 01 dicembre 2022, nell'attesa di

leggere con attenzione le giuste motivazioni della Consulta, ha ritenuto inammissibile, per ragioni processuali, la questione relativa alla impossibilità, per gli esercenti le professioni sanitarie che non abbiano adempiuto all'obbligo vaccinale, di svolgere l'attività lavorativa, quando non implichi contatti interpersonali. Sono state, inoltre, ritenute "non irragionevoli, né sproporzionate, le scelte del legislatore adottate in periodo pandemico

sull'obbligo vaccinale del personale sanitario", esattamente quanto da sempre sostenuto dall'autore Pasquale Mautone nell'opera in questione, ovvero in linea col disposto dei Giudici di Piazza del Quirinale, alla luce proprio della sentenza n. 5/2018 (Presidente Cartabia), che già delineava i presupposti, affinché l'obbligo vaccinale potesse ritenersi compatibile con i principi

dell'art. 32 della Costituzione: 1) se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; 2) se vi sia "la previsione che esso non inci-

da negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato ..."; 3) se nell'ipotesi di danno

ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio sia prevista comunque la corresponsione di un'"equa indennità" in favore del danneggiato.

Il titolo del volume "Responsabilità sanitaria e sanità responsabile", afferma Pasquale Mautone, «vuole valorizzare proprio il grande valore dei vaccini per il contenimento della pandemia e la protezione delle fasce più deboli: ne deriva che la vaccinazione deve essere vista come un'opportunità per la popolazione. Per i professionisti sanitari, invece, esiste un vero e proprio "dovere etico e morale" di sottoporsi a vaccinazione, al fine di tutelare loro stessi e i pazienti, oltre che fungere da "modello da perseguire" per l'intera collettività».

"RESPONSABILITÀ SANITARIA E SANITÀ RESPONSABILE", IL VOLUME A CURA DI PASQUALE MAUTONE, AFFRONTA TUTTI GLI ASPETTI GIURIDICI LEGATI ALLA PANDEMIA



ZUCCOTTI, RESPONSABILE PEDIATRIA DEL SACCO E DEL BUZZI DI MILANO, RASSICURA

«BASTA ALLARMI SU COVID E INFLUENZA»

«Non è un'emergenza sanitaria, casomai organizzativa: continua a mancare la medicina del territorio e quindi i genitori in ansia corrono negli ospedali. Ma i piccoli non rischiano quasi mai: lasciamo che i virus circolino tra loro e creino l'immunità naturale»

«L'ho detto anche per il coronavirus: sbagliato vaccinare i bimbi per proteggere gli anziani»

di **PATRIZIA FLODER REITTER**



■ L'influenza circola di più? Dopo due anni di cattività è normale. Perciò correre a vaccinare i piccini non serve.

a pagina 7

► COVID, LA RESA DEI CONTI

L'INTERVISTA **GIAN VINCENZO ZUCCOTTI**

«Non c'è un'emergenza influenza tra i piccini Vaccinarli è inutile»

Il responsabile pediatria del Buzzi: «Immunizzarli per tutelare gli anziani non serve. Il Covid? È meglio un'immunità naturale»

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ L'ultima emergenza sembra essere l'influenza. Una malattia respiratoria non nuova, che da anni infetta larghe fasce della popolazione tra autunno e inverno. Durante la pandemia da Covid, se n'era vista poca in giro anche perché ci avevano chiusi in ca-

sa, o costretti con la mascherina all'aperto così come nei locali pubblici. Adesso che è arrivata l'epidemia australiana, torniamo a leggere e sentire previsioni catastrofiche. Questa volta, sugli effetti del virus stagionale in grandi e piccini. Toni allarmistici, soprattutto per le ricadute nei bambini.

Gian Vincenzo Zuccotti, preside della facoltà di medi-

cina e chirurgia della Statale di Milano, responsabile pediatria e pronto soccorso pediatrico dell'ospedale Sacco e dell'ospedale dei bambini



VERITÀ

Buzzi di Milano, già durante lo stato di emergenza aveva avuto parole rassicuranti per i genitori, terrorizzati dalle conseguenze del Covid sui loro figli. «Mantenendo la circolazione virale tra i piccoli si può aiutare a mantenere viva la memoria immunologica anche negli adulti», era stata una delle dichiarazioni rilasciate dal professore alla *Verità*. Con il supporto della scienza e della vasta esperienza clinica, smontò allarmismi, così pure l'inutile ricorso alla quarantena nelle scuole, esortando a un rapido ritorno alla normalità.

A Zuccotti, oggi, abbiamo chiesto se davvero dobbiamo preoccuparci del virus stagionale galoppante.

Professore, tra «impennata di casi», «assalti» ai pronto soccorso, «febbri altissime e persistenti, tossi ingestibili» ci viene dipinta un'influenza cattiva. Il suo reparto è affollato di bimbi malati?

«Di altre patologie, sì, anche bronchioliti da virus respiratorio sinciziale senza però essere ai livelli dello scorso anno. L'influenza circola, come altri virus stagionali, però la bronchiolite da Rsv richiede più ricoveri. Qualche bambino ha complicanze legate alla sindrome influenzale, ma sono pochi. La grossa affluenza è al pronto soccorso».

Come spiega questa corsa alla medicina d'urgenza?

«L'influenza è molto diffusa come sempre, oggi ancor più visto che per due anni non ha circolato, sebbene il virus non sia così mutato da preoccupare. I bambini sono maggiormente colpiti, ma con un decorso quasi sempre benigno e che non comporta particolari rischi. In ambito pediatrico si tratta di un'emergenza organizzativa, non sanitaria».

Il territorio non aiuta le famiglie?

«Una volta i genitori avevano nonni, parenti di supporto che li aiutavano a contenere le

ansie. Adesso cercano il conforto nel pediatra di famiglia e quando non ricevono risposta dal personale sanitario, corrono al pronto soccorso. L'abbiamo visto con il Covid, capita nuovamente con il virus stagionale perché continua a mancare la medicina del territorio».

Come va curato il bimbo con sindrome influenzale?

«Aiutandolo con antipiretici in presenza di raffreddore, febbre e un po' di tosse. Idratandolo bene e senza preoccuparsi quando non ha voglia di mangiare, perché è normale. Se dopo tre giorni le condizioni non migliorano, allora si può chiamare il pediatra per capire se è opportuno che veda il piccolo, ma non serve precipitarsi al pronto soccorso».

Bisogna somministrare il vaccino antinfluenzale ai bambini sani?

«I piccoli con malattie croniche o patologie sottostanti sono le categorie più vulnerabili, eppure non viene mai fatto il grande sforzo di vaccinarli tutti. Nei sani, qualcuno può avere complicazioni legate all'influenza, ma ripeto: l'evoluzione è quasi sempre favorevole. Come è accaduto con i sintomi del Covid nei bambini, quasi sempre asintomatici o paucisintomatici, quando ritenevo che vaccinarli non fosse una priorità per lasciarli acquisire un'immunità naturale, così credo che si debba accettare la convivenza con il virus. Dell'influenza e di altri stagionali».

Raccomandano l'antinfluenzale nei bambini, perché può contribuire a ridurre la diffusione anche nella popolazione adulta e anziana.

«L'ho detto anche per il Covid, non è che dobbiamo vaccinare i bambini per proteggere gli anziani, che sanno di essere a rischio e di dover fare il vaccino ogni anno».

«I vaccini antinfluenzali

proteggono solo dall'influenza e dalle sue complicazioni, non da altre malattie», puntualizza un vademecum dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Perciò un bambino si infetta con altri virus respiratori?

«Certo, magari evita l'influenza, anche se il vaccino ha una efficacia parziale nel rendere immune il bambino dalla possibilità di contrarla, ma altri virus continuano a circolare. La somministrazione riduce un po' il carico delle infezioni che si possono prendere durante il periodo invernale, senza impedire al bimbo di ammalarsi di altri malanni stagionali. È sempre stato così».

Quindi sarebbe giusto proporre la vaccinazione contro l'australiana Ah₃N₂ nei piccoli, senza generare allarmismo.

«Un genitore decide come gli sembra più opportuno, dopo aver ricevuto le necessarie informazioni. Ma deve sapere che i bimbi sani, non vaccinati, non corrono più rischi. Non si può creare una criticità per ogni virus in circolazione».

Sempre in tema di infezioni. Il Covid è ormai diventato endemico, eppure la campagna vaccinale prosegue. Non sarebbe ora di smetterla di raccomandare ai genitori di far inoculare i propri figli, pure in età pediatrica?

«I vaccini anti Covid sono importanti, ma non è detto che vadano dati a tutti. Visto il comportamento che questa infezione ha avuto nei bambini, la somministrazione nelle fasce di età più bassa non la ritenevo e non la ritengo una priorità. L'essersi contagiati, in modo naturale, consentirà



VERITÀ

ai bimbi di gestire al meglio nuove, eventuali infezioni. Anche perché, che cosa facciamo? Li vacciniamo ogni quattro mesi come è stato fatto per gli adulti?»

Quindi dosi solo ai piccoli in fragili condizioni di salute e perciò a rischio?

«Sicuramente. La vaccinazione contro il Covid non è una strategia che si può pensare di adottare per tutti i bambini. Con il buon senso,

lasciamo che acquisiscano l'infezione naturale come è avvenuto in questi due anni, senza per forza evitarla».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ESPERTO Gian Vincenzo Zuccotti dirige la pediatria degli ospedali Sacco e Buzzi a Milano [Imago]



Salvaguardare il benessere

Visite mediche test e check up Italiani distratti

Annullano, rinviando, non si informano riguardo gli esami clinici
Sono molte, troppe, le persone nel nostro Paese che non eseguono
accertamenti e controlli per individuare tempestivamente patologie
Lo rivela la nuova ricerca dell'Osservatorio Sanità di Unisalute

di **Luigi dell'Olio**

Il 64% degli italiani non sa cos'è di preciso un test genetico e appena il 15% lo ha già svolto o conta di farlo entro i prossimi dodici mesi. È quanto emerge dall'ultima ricerca dell'Osservatorio Sanità di Unisalute, condotta insieme a Nomisma. Dunque, c'è molta strada da fare sul piano della sensibilizzazione, considerato che l'analisi di Dna e Rna può fornire un supporto importante nella diagnosi delle malattie genetiche e individuare precocemente eventuali patologie, in modo da poter intervenire prontamente. Un test che risulta particolarmente importante quando si ha una storia di malattie genetiche in famiglia o per avere la conferma di una diagnosi clinica.

«Per gli italiani il test del genoma rappresenta uno strumento di prevenzione ancora poco conosciuto, al quale ricorrere per lo più in presenza di serie motivazioni di salute o indicazioni di rischio», analizza Valentina Quaglietti, project manager di Nomisma. «Chi lo ha già effettuato o si appresta a farlo, è spinto soprattutto dalla presenza di malattie ereditarie in famiglia e in ottica di

prevenzione», aggiunge Quaglietti.

Tra coloro che lo hanno fatto, il 77% afferma di averlo trovato utile perché ha escluso la presenza di una patologia genetica (nel 45% dei casi) o perché l'ha correttamente rilevata (nel 32%).

Il tema della consapevolezza è cruciale nel campo della salute, come dimostrano altre rilevazioni di Unisalute e Nomisma. Dalle quali emerge, ad esempio, che il 46% degli italiani rimanda le visite mediche tutte le volte che ha un problema di salute ritenuto trascurabile e il 48% si cura solo quando inizia a soffrire di un disturbo o una malattia, con la conseguenza di peggiorare le cose. Negli ultimi due anni, il 49% degli esami per la prevenzione è stato annullato o rinviato, con le quote più elevate di trascuratezza che si sono registrate per analisi del sangue e visite dermatologiche.

Dallo scoppio della pandemia e tuttora recarsi nelle strutture di cura è considerato pericoloso e così in tanti evitano di andare al pronto soccorso o di farsi visitare dal medico specialista per il timore di contrarre il virus.

Sul secondo versante, l'Italia spesso si fa vanto del suo sistema di sanità pubblica universale, ma

la prova dei fatti indica che non sempre i principi sbandierati trovano applicazione concreta. Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa sancisce l'impegno per il Sistema sanitario nazionale a garantire una prestazione in 72 ore se urgente, entro dieci giorni se c'è il codice "breve", entro 30 per una visita e 60 per un esame se è differibile, mentre si può arrivare fino a 120 in caso di visita o esame programmato, con il medico che al momento della prescrizione indica il codice di priorità sulla ricetta.

Spesso, tuttavia, si va ben oltre queste scadenze, come rilevato da uno studio di Cittadinanzattiva, che indica in quasi due anni l'attesa per una mammografia e un anno per una ecografia e una tac. Per effettuare risonanza occorre aspettare anche 180 giorni, 100 per una colonscopia.

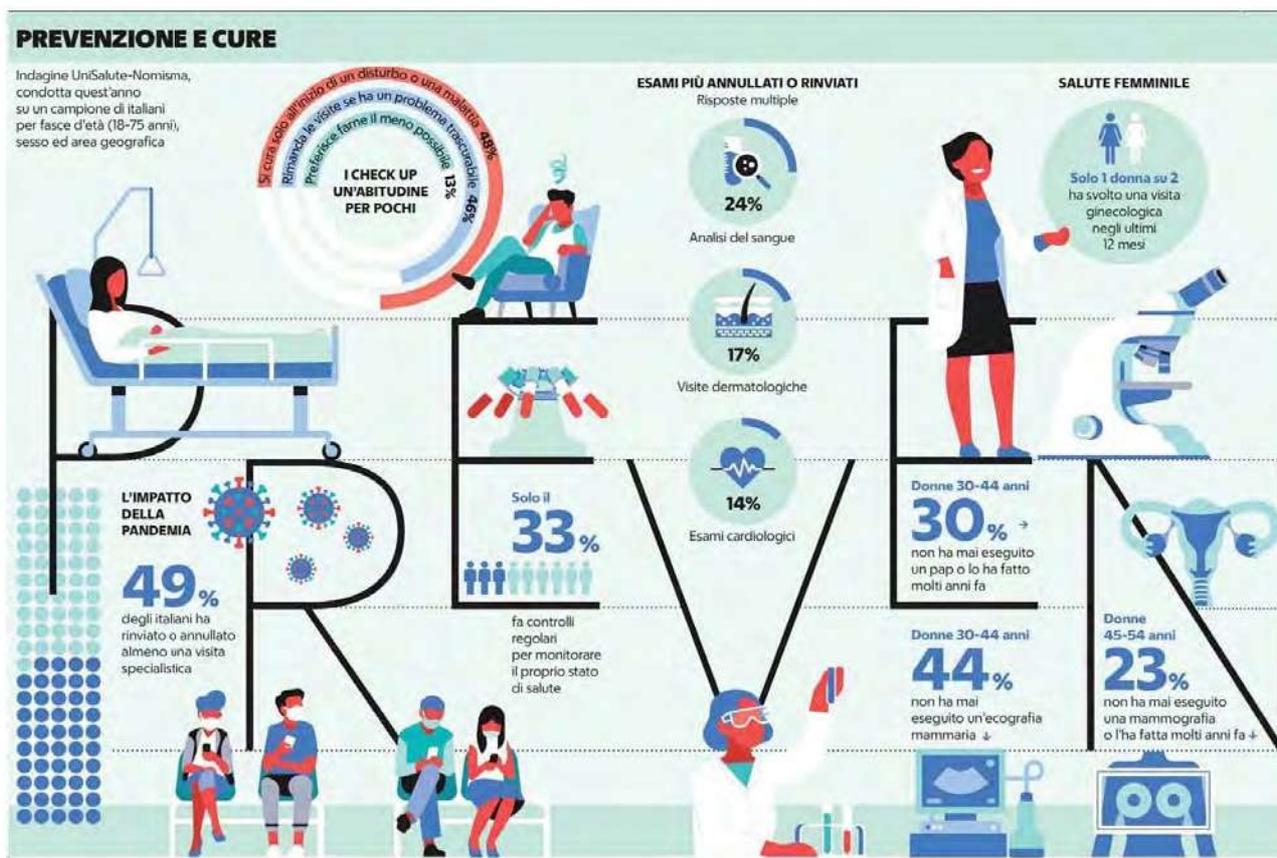
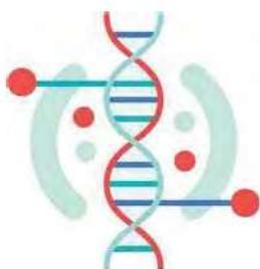
Il risultato è che, chi può, si rivolge all'assistenza privata, mentre tutti gli altri vi rinunciano. Uno studio di Eurostat ha analizzato la situazione nei vari Paesi della spesa out of pocket, vale a dire quanto i cittadini pagano di tasca pro-



pria per accedere a prestazioni sanitarie presso il privato non per una libera scelta, ma perché non riescono ad accedere alle medesime prestazioni nel pubblico. È emerso che in Italia siamo al 22,7% del totale (circa 40 miliardi all'anno nell'ultimo lustro) contro il 9,8% della Francia e il 12,7% della Germania.

A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, nonché alla luce di un bilancio dello Stato in crescente difficoltà nel momento in cui si tratta di rispondere alle esigenze di welfare e assistenza, la situazione è destinata ad aggravarsi negli anni a venire.

Eppure l'Italia è sottoassicurata su questo fronte: sono oltre 15 milioni gli italiani con un'assicurazione sanitaria grazie alla contrattazione collettiva. Cittadini che possono contare sull'ombrello protettivo costituito dalla quota che nel Ccn è destinata al welfare. I restanti tre-quarti della popolazione restano fuori da questa opportunità, se si eccettuano i pochi casi di chi ha sottoscritto una polizza salute individuale, un ambito verso il quale cresce l'attenzione alla luce dell'esperienza pandemica.



L'intervista

“Pubblico e privato alternativi? Il futuro è l'integrazione”

Giovanna Gigliotti, ad di Unisalute che ha 11 milioni di assistiti, ritiene che “i tempi sono maturi per una sinergia tra i due ambiti”

«Non si tratta di scegliere tra la sanità pubblica e quella privata, ma di prendere atto che la prima, sottoposta allo stress della gestione Covid e alla carenza dei medicinali, impone alle famiglie di sostenere da sole la spesa per ricorrere a cure indispensabili. Con la conseguenza che quote crescenti di popolazione hanno difficoltà ad accedere alle cure e in certi casi vi rinunciano».

Giovanna Gigliotti, amministratore delegato di UniSalute, invita a prendere atto che è tempo per un programmatico intervento che veda una condivisione e una sinergia tra pubblico e privato su un tema così importante e imprescindibile come la salute. E lo fa alla luce dell'esperienza maturata come prima assicurazione sanitaria in Italia per numero di clienti, avendo 11 milioni di assistiti provenienti da grandi aziende, dai fondi sanitari di categoria e casse professionali.

«Il Sistema sanitario nazionale riflette tutte le differenze di carattere sociale ed economico che caratterizzano da tempo il nostro Paese

e che sono state acuite dalla pandemia di Covid-19. Oggi, se si ha bisogno di una prestazione sanitaria, spesso occorre pagarla, anche se ci si rivolge al pubblico», sottolinea l'esperta, con riferimento all'attività intramoenia, vale a dire le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, all'interno della medesima struttura.

Anche perché, come evidenziato dalla gestione iniziale della pandemia, la sanità di base è in grossa difficoltà nel nostro Paese. «Come Paese non abbiamo programmato il turnover dei medici di base, con il risultato che molti di coloro che vanno in pensione non vengono sostituiti», aggiunge. Da qui la decisione di destinare 8 miliardi del Pnrr alla creazione di nuovi presidi sanitari territoriali come case e ospedali di comunità, in modo da compensare la tendenza alla riduzione di posti letto negli ospedali dovuta ai tagli degli ultimi lustri, con un modello di medicina diffusa sul territorio, che ridurrebbe i casi di ospedalizzazione solo ai ca-

si particolarmente gravi o che richiedono cure specialistiche. «La direzione individuata è giusta, ma occorreranno ulteriori risorse nel tempo per realizzarla. Intanto occorre tornare a focalizzarsi sulla prevenzione, che può salvarci la vita e, a livello di sistema, minimizzare i costi delle cure», sottolinea Gigliotti che aggiunge: «È quindi importante che il nuovo governo renda accessibili a tutti le polizze sanitarie. Non si tratta di chiedere una legislazione di favore, ma di parificare queste coperture alle polizze infortuni, che in parte sono deducibili dal reddito. Così», conclude, «è lecito attendersi un balzo in avanti degli italiani assicurati su questo fronte rispetto ai 15 milioni di oggi». Se molti lavoratori preferiscono rinunciare a una piccola parte dello stipendio per garantirsi coperture assicurative, conclude, «significa che la questione è ben avvertita. Non lasciamo che le tutele siano garantite solo a chi può beneficiare di contratti collettivi che le prevedono». — **I.d.o.**



Secondo il rapporto 2020 della Società italiana di medicina ambientale

Settantamila morti di mal'aria

di LORENA CRISAFULLI

In Italia, nel 2020, sono state circa 70mila le vittime premature ed "evitabili" da inquinamento atmosferico, per un costo sociale e sanitario elevatissimo secondo la Società Italiana di Medicina Ambientale (Sima) che opera nell'ambito della ricerca scientifica sulla qualità dell'acqua, dell'aria, dell'epidemiologia e dei costi delle patologie da esposizioni ambientali.

Un dato allarmante, che nulla ha da invidiare all'elevato numero di decessi provocati dalla pandemia. «In pratica, l'Italia rappresenta il 29% del totale di morti premature da PM_{2.5} in Europa, dove sono scese a 238.000, il 22% dei decessi evitabili da ossidi di azoto e il 21% di quelli dovuti ad eccessi di concentrazioni di ozono – ha spiegato il presidente della Sima, Alessandro Miani –. L'Italia è prima anche per numero di anni di vita persi: ben 606.000, quantificabili in circa 61 miliardi di euro di costi sociali e sanitari nel solo anno 2020».

Dal "World Air Quality Report", il rapporto annuale di IQAir, azienda svizzera leader nel settore della purificazione e filtrazione d'aria che si occupa di monitorarne la qualità, l'Italia si colloca al 67° posto per inquinamento atmosferico su 117 Paesi del mondo presi in esame. Nel "Bel Paese", i livelli di PM_{2.5}, ovvero le polveri sottili identificate come "mate-

riale particolato", rimangono al di sopra dei limiti sanitari stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle Linee guida 2021.

Nella classifica di IQAir, ponderata sulla popolazione, a livello europeo la penisola è preceduta soltanto da: Croazia al 35° posto, Polonia al 53°, Grecia al 54°, Bulgaria al 60°, Slovacchia 62°, Ungheria 65°, Romania 66°. Su scala mondiale, i Paesi in cima alla lista con il tasso peggiore risultano il Bangladesh (1°), il Chad (2°) e il Pakistan (3°). L'Aea, l'Agenzia europea per l'ambiente, ha constatato che, anche se nel 2022 i dati sono in miglioramento, in Europa sono morte oltre 200 mila persone a causa dell'inquinamento atmosferico. Questo fenomeno, che provoca terribili danni alla biodiversità, alle colture e alle foreste, rappresenta una delle minacce più gravi per la salute del pianeta e dei suoi abitanti. Respirare un'aria particolarmente inquinata, infatti, si traduce in termini concreti in un aumento del rischio di insorgenza di patologie respiratorie, soprattutto nelle zone più industrializzate del Paese, come la Pianura Padana.

Anche l'Istituto Superiore di Sanità insiste sulla stretta correlazione esistente tra l'esposizione al pulviscolo più piccolo, PM_{2.5}, e l'aumento del rischio di mortalità e di tumore delle vie respiratorie. «L'esposizione prolungata nel tempo anche a bassi livelli di PM₁₀ e PM_{2.5} è associata all'aumento di disturbi respiratori come tosse e catarro, asma, diminuzione della capacità polmonare, riduzione

della funzionalità respiratoria e bronchite cronica insieme ad effetti sul sistema cardiovascolare (...). Nelle persone sensibili come asmatici, individui con malattie polmonari, malattie cardiache e negli anziani è ragionevole aspettarsi un peggioramento delle loro condizioni e dei loro disturbi. I bambini fino a 12 anni, avendo una frequenza di respirazione doppia, introducono nei polmoni volumi d'aria maggiori rispetto agli adulti e possono essere a maggior rischio per alcuni effetti respiratori come gli attacchi di asma bronchiale».

Impegnarsi a ridurre il tasso di inquinamento atmosferico, promuovendo politiche più efficaci a livello nazionale, vuol dire contribuire dunque al miglioramento della salute dei cittadini, in conformità con i dettami dell'Ue. «L'Italia è tra i Paesi europei che deve compiere i più netti progressi per l'attuazione della *Zero Pollution Strategy* europea, che sottende la revisione delle "Linee guida per la qualità dell'aria" presentate dalla Commissione europea lo scorso 26 ottobre, per allinearsi alle più stringenti direttive Oms entro il 2050 – ha sottolineato Miani –. Ancora una volta, il nostro appello al nuovo Governo è un



invito a non perdere l'occasione del Pnrr, per invertire rapidamente la rotta con un'attenta strategia di allocazione delle risorse e verifica in corso dei risultati prodotti, a cominciare dal "Programma salute, ambiente e clima" per proseguire con la mobilità sostenibile, l'efficiamento energetico degli edifici con annessi riscaldamenti domestici».

La *Zero Pollution Strategy* europea, cui il presidente della Sima fa riferimento, ha lo scopo di ridurre entro il 2050 l'inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo a livelli non più considerati dannosi per la salute e gli ecosistemi naturali, creando un ambiente privo di sostanze tossiche. «Il piano d'azione – si legge sul portale della Commissione europea –

mira a rafforzare la leadership verde, digitale ed economica dell'Ue, creando al contempo un'Europa e un pianeta più sani e socialmente più equi. Fornisce una bussola per integrare la prevenzione dell'inquinamento in tutte le pertinenti politiche dell'Ue, per intensificare l'attuazione della pertinente legislazione dell'Ue e individuare eventuali lacune».

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi prefissati, l'Unione Europea ribadisce la necessità di intervenire e migliorare la qualità dell'aria per ridurre del 55% il numero di morti premature causate dall'inquinamento atmosferico; la qualità dell'acqua riducendo i rifiuti, in particolare quelli di plastica in mare (del 50%) e le microplastiche rilasciate nell'am-

biente (del 30%); la qualità del suolo riducendo del 50% le perdite di nutrienti e l'uso di pesticidi chimici, oltre che ridurre del 25% gli ecosistemi dell'Ue in cui l'inquinamento atmosferico minaccia la biodiversità; del 30% la quota di persone cronicamente disturbate dal rumore dei trasporti e ridurre significativamente la produzione di rifiuti e del 50% i rifiuti urbani residui. Un piano ambizioso che, se messo in atto in tutte le sue linee programmatiche, può portare a una drastica riduzione dell'inquinamento atmosferico in Europa che, come il resto del mondo, è sempre più in balia dei cambiamenti climatici e delle sue devastanti conseguenze per l'ecosistema.



Pandemia Covid, i pm puntano Conte

L'indagine di Bergamo agli sgoccioli: nel mirino anche Speranza, Fontana e Gori

Felice Manti

■ Da qui a fine anno la Procura di Bergamo chiuderà la complessa indagine che potrebbe toccare nomi eccellenti. Uno fra tutti il leader M5s Giuseppe Conte, ex ministri e membri del Cts. Sui capi d'accusa ci sarebbe un confronto serrato dentro il pool guidato dal procuratore Antonio Chiappani e dall'aggiunto Maria Cristina Rota. L'indagine potrebbe colpire anche l'ex ministro della Salute Roberto Speranza, ex dirigenti della Sanità, alcuni amministratori locali come il sindaco di Bergamo Giorgio Gori e il governatore della Lombardia Attilio Fontana, come già anticipava *il Giornale* nell'aprile 2021. In tutto una ventina di persone, scrive ieri il *Corriere della Sera* edizione di Bergamo.

Tutto ruota intorno al «nesso eziologico» tra la mancata chiusura della zona rossa tra Alzano e Nembro, focolaio che ha impastato prima l'Italia poi l'Europa, almeno stando alle conclusioni dell'Ecdc, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Chi doveva chiudere la Valseriana? Il governo, come dice il decreto legge del 23 febbraio 2020? Il presidente di Regione? I sindaci, come già successo a Codogno? Quante persone si potevano salvare? Statisticamente dalle 2.700 alle 4.200 vite: i numeri arrivano dalla consulenza (teoricamente secretata) del professor Andrea Crisanti, perito della

Procura passato al Pd. Per le rivelazioni sulla perizia ai giornali, che avrebbero fatto infuriare Chiappani, il senatore dem ora rischia l'indagine per violazione del segreto istruttorio. La responsabilità era di Fontana, come dice Crisanti, anche se le carte e i giornali dell'epoca raccontano altro? O dei sindaci Pd di Nembro e Bergamo, che invece non hanno mosso un dito a differenza di quello di Codogno, come documentava ieri *il Giornale*? La risposta è nelle migliaia di pagine di informativa attesa entro l'anno.

Sappiamo che Conte si rimangiò la decisione di chiudere la Valseriana già il 3 marzo 2020 e che le forze dell'ordine arrivate negli hotel di Verdellino e Osio Sotto il 6 marzo tornarono indietro. Il perché è coperto dal segreto militare opposto alla giornalista Manuela d'Alessandro dell'Agf, che si mosse con l'ok della Procura per scoprire i veri motivi della retromarcia di Conte. «Le zone rosse costano troppo, vanno usate con parsimonia», avrebbe detto l'ex premier, che qualche giorno dopo chiuderà l'Italia in un lockdown per qualcuno inutile: perché alcune mascherine farlocche, sdoganate allegramente con degli artifizii giuridici (soprattutto quelle dell'ex commissario all'emergenza Covid Domenico Arcuri) anziché fermare i contagi - già in atto da giorni, secondo il presidente Aifa Giorgio Palù già da settembre-ottobre 2019 - potrebbero averli amplificati.

A quanto risulta al *Giornale* il 3 marzo l'assessore alla Sanità lombardo Giulio Gallera chiede ai tecnici dell'Iss e a Speranza cosa fare nella Bergamasca, visti i numeri preoc-

cupanti. Giovanni Rezza dice: chiudiamo. Silvio Brusaferrò frena: vediamo. Il 4 Gallera dice: «Abbiamo chiesto al ministro Speranza quali orientamenti abbia il governo, siamo pronti a qualsiasi misura, anche le più rigide». Arriva il decreto che Conte non firma. Il governo, a furia di dar retta ai tecnici, si era fatto sfuggire la situazione di mano. Il resto è Storia. Poi c'è il tema del piano pandemico. Ce n'era uno, fermo al 2006, rimasto comunque lettera morta. Il report Oms che su questo inchiodava Conte e Speranza è stato fatto sparire dall'esecutivo. Si sarebbe potuto applicare, contrariamente a quanto decise il governo, sentito il parere del Cts? Non c'erano dispositivi di protezione, né retrovirali, né mascherine, come avrebbe dovuto prevedere il piano e come l'Oms chiedeva a fine gennaio. Quelle che c'erano furono incautamente regalate da Conte e Speranza alla Cina, mentre nella Bergamasca i sindaci che andavano casa per casa senza protezioni a trovare i malati rischiavano la pelle. Toccherà ai pm il compito di costruire un capo d'imputazione contro Conte, Speranza e gli altri indagati che possa reggere tre gradi di giudizio. Al netto delle sentenze già emesse da qualche quotidiano.



FARSA

Il premier Giuseppe Conte nella conferenza stampa a Bergamo a tarda notte. Era il 27 aprile 2020. In quella circostanza il premier se la prese con le domande dei cronisti sulla mancata zona rossa nella Valseriana. Ora l'ex presidente del Consiglio rischia una incriminazione.



BOOM DI CASI DI INFLUENZA TRA I BAMBINI

Tutti nei Pronto soccorso a corto di pediatri

••• L'influenza australiana ha fatto raddoppiare nell'ultima settimana sia l'incidenza nei bambini che gli accessi nell'unico Dipartimento d'emergenza e accettazione (Dea di II livello) pediatrico del Lazio, il Bambino Gesù. Tra i 50 Pronto soccorso laziali solo poco più di una decina sono dotati di consulenza pediatrica. Si allungano così i tempi di attesa nei Ps per i piccoli pazienti. L'appello quindi è di curare i piccoli a casa, a meno che non abbiano pochi mesi.

Sbraga a pagina 18

**CAOS INFLUENZA**

Solo una struttura d'emergenza su cinque nel Lazio ha un consulente dedicato ai più piccoli. E si allungano i tempi di attesa

Caccia ai pediatri in ospedale

Boom di accessi di bambini con febbre e tosse nei Pronto soccorso. Ma non ci sono dottori

ANTONIO SBRAGA

••• L'effetto «marsupio» dell'influenza australiana ha fatto raddoppiare nell'ultima settimana sia l'incidenza nei bambini che gli accessi nell'unico Dipartimento d'emergenza e accettazione (Dea di II livello) pediatrico del Lazio, il Bambino Gesù.

Anche perché tra i 50 Pronto soccorso laziali solo «poco più di una decina sono dotati di consulenza pediatrica - sottolinea Patrizio Veronelli, segretario regionale della Confe-

derazione italiana pediatri (Cipe) - e soprattutto i casi più acuti tra i bimbi di 5-6 mesi devono essere ricoverati perché hanno bisogno di ossigeno. Purtroppo l'influenza ha

anticipato i tempi e arrivano bambini con tosse spaventosa e febbre fino a 40 gradi. Però raccomandiamo ai genitori di non andare ad intasare il Pronto soccorso: la febbre



non è un pericolo, per abbassare la temperatura basta l'antipiretico ed, eventualmente, un bagnetto caldo. Poi farli bere molto e fargli mangiare frutta. Solo se hanno problemi di respirazione allora bisogna andare dal pediatra o nei Pronto soccorso». Nei quali, però, l'assistenza pediatrica risulta a macchia di leopardo: «I tempi di attesa per la gestione degli accessi pediatrici potrebbero essere lunghi», avverte per esempio il sito del policlinico Casilino, nel cui «Pronto soccorso non è presente il pediatra e le eventuali urgenze pediatriche saranno gestite dai medici di P.S., con il sostegno in consulenza dei neonatologi. Trovete un pediatra presso i seguenti Pronto Soccorso: Perti-

ni, Umberto I, San Giovanni, Nuovo Ospedale dei Castelli, Bambin Gesù, San Camillo, Sant'Andrea, Gemelli e San Pietro Fatebenefratelli». Non al policlinico Tor Vergata, per il quale lo scorso anno al VI Municipio hanno avviato anche una raccolta di firme «per l'apertura di un Pronto Soccorso pediatrico». Ma il quadrante est è sguarnito anche in provincia: «Nei 5 ospedali dell'Asl Roma 5, con mezzo milione di residenti, solo il Pronto soccorso di Tivoli ha la consulenza pediatrica», denuncia il presidente del Comitato Salute ed Ambiente Asl Rm 5, Stefano Fabroni. E pure la medicina di territorio ha le sue carenze di pediatri: «Sì, ora ci sono decine di ambulatori scoperti, ma nell'arco dei prossimi anni nel Lazio ci sarà una carenza

di ben duemila pediatri», avverte Veronelli. È intanto il sovrappollamento, ma di tutte le età, continua nei 50 Ps laziali: alle 13,30 di ieri si contavano ben «974 pazienti in attesa di ricovero» su 2.613 persone complessivamente presenti nelle astanterie. Quindi più di uno su 3 in cerca di un posto letto (6 ore più tardi i pazienti in attesa di ricovero sono calati a 844): fino ad 85 all'Umberto I, 84 al Gemelli e al San Camillo, 60 al Sant'Andrea e 45 al San Giovanni.

L'appello degli specialisti

«Curare i bimbi a casa, a meno che non siano molto piccoli, con antipiretici e molta acqua»



PALERMO, LA DONNA AVEVA 34 ANNI

Morì per una dose sbagliata di chemio Condannati i medici e l'ospedale

■ Aveva 34 anni Valeria Lembo quando nel 2011 morì per una dose di chemioterapia sbagliata, di dieci volte superiore a quella necessaria, all'ospedale Policlinico di Palermo. Ieri i sanitari coinvolti sono stati condannati dai giudici della Corte dei conti d'appello presieduta da Giuseppe Aloisio. Il primario, Sergio Palmeri, dovrà risarcire l'azienda sanitaria con 875 mila euro, l'oncologa Laura Di Noto e l'allora specializzando Alberto Bongiovanni dovranno pagare la somma ciascuno di 318 mila

euro. Le infermiere Elena Demma e Clotilde Guarnaccia sono state assolte. L'ospedale di Palermo, invece, è stato condannato a risarcire i familiari con quasi due milioni di euro.

