



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

05 Gennaio 2023

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



Precari Covid, il Sunas: «L'orario di lavoro sia di almeno 18 ore settimanali»

La richiesta del sindacato «soprattutto per continuare a garantire ai cittadini interventi a livello multiprofessionale e multidimensionale».

5 Gennaio 2023 - di Redazione

«Facendo seguito alle precedenti comunicazioni e richieste riguardanti il personale sanitario, socio-sanitario ed amministrativo reclutato durante l'**emergenza Covid 19**, chiediamo che l'**orario** dei lavoratori e professionisti Covid, in particolare degli assistenti sociali, sia pari **almeno a 18 ore settimanali**». Lo scrive alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie siciliane (e per conoscenza all'assessore alla Salute) **Salvatore Poidomani** (*nella foto*), segretario generale del **Sunas**, il sindacato Professionale degli assistenti sociali, aderente alla Confederazione CSE.

«Riteniamo tale scelta necessaria non solo per dare **dignità** al lavoro di tanti professionisti impegnati nei servizi sanitari e socio sanitari territoriali ma soprattutto per continuare a garantire ai cittadini interventi a livello **multiprofessionale e multidimensionale**, fondati su criteri di efficacia, efficienza, qualità ed appropriatezza nell'ottica di una reale integrazione socio-sanitaria- aggiunge- Assegnare un monte orario al di sotto della suddetta soglia, come ci risulta stia avvenendo in alcune aziende sanitarie, rischia di ridurre drasticamente le attività socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione che fino ad oggi, pur tra mille difficoltà, hanno fornito adeguate risposte alle situazioni di bisogno, di disagio di fragilità in cui si trovano tante persone, in particolare minori, anziani e disabili».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Poi domani aggiunge: «Resta inteso che per il SUNAS l'obiettivo da perseguire è quello di rafforzare il sistema salute in Sicilia, anche attraverso il potenziamento degli organici, favorendo rapporti di lavoro stabili ed eliminando le forme di **precariato** non in grado di assicurare la qualità e la continuità degli interventi. Per questo continueremo a sollecitare le **istituzioni regionali e locali** a procedere a nuove assunzioni, implementando le dotazioni organiche, utilizzando le eventuali graduatorie esistenti e ricorrendo a forme di **stabilizzazione** previste dalla legge e in coerenza con i piani aziendali del fabbisogno del personale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Catania, maxi concorso per 190 assunzioni a tempo indeterminato

Scadranno il 26 gennaio i termini per la presentazione delle istanze di partecipazione al bando per dirigenti medici.

CATANIA – Maxi concorso all’Asp di Catania. Scadranno il prossimo 26 gennaio i termini per la presentazione delle istanze di partecipazione al concorso per la copertura, a tempo pieno e indeterminato, di **190 posti** di dirigente medico di varie discipline. «Con questo nuovo avviso continuiamo a sostenere la capacità occupazionale della nostra Azienda in modo da poter coprire il più alto numero possibile dei posti vuoti in organico – afferma il commissario straordinario dell’Asp di Catania, **Maurizio Lanza**. Per l’area dell’emergenza sappiamo che permangono le criticità di sistema ormai note in tutto il Paese, ma non ci sottraiamo alla sfida e contiamo anche sulla capacità dei territori di richiamare competenze e professionalità». Il concorso è stato Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (**GURI**), 4a Serie Speciale – Concorsi ed Esami n. 102 del 27.12.2022, ed è consultabile sul sito aspct.it nella sezione dedicata ai bandi di concorso, area dirigenza. «Le attuali condizioni del mercato del lavoro per le professioni sanitarie, e in particolare per medici specializzati- aggiunge il direttore amministrativo, **Giuseppe Di Bella**– impongono spesso il moltiplicarsi di procedure di reclutamento per assicurare la disponibilità di personale necessaria al quotidiano funzionamento dei servizi. Questi ultimi avvisi si aggiungono al già cospicuo lavoro messo in campo dall’UOC Risorse umane, diretta da **Santo Messina**, per poter garantire gli obiettivi di programmazione aziendale a fronte delle difficoltà con le quali ci misuriamo ogni giorno».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Nel dettaglio i posti a concorso:

- 17 posti di Anestesia e Rianimazione;
- 7 di Chirurgia generale;
- 16 di Direzione medica di Presidio ospedaliero;
- 5 di Gastroenterologia;
- 4 di Ginecologia e Ostetricia;
- 3 di Igiene degli alimenti e nutrizione;
- 11 di Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica;
- 2 di Medicina del lavoro;
- 44 di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza;
- 17 di Medicina fisica e Riabilitazione;
- 4 di Medicina trasfusionale;
- 2 di Nefrologia;
- 2 di Neonatologia;
- 1 di Oncologia medica;
- 10 di Ortopedia e Traumatologia;
- 3 di Otorinolaringoiatria;
- 6 di Patologia clinica;
- 6 di Pediatria;
- 1 di Pneumologia;
- 11 di Psichiatria;
- 16 di Radiologia diagnostica
- 2 di Urologia.

La procedura di partecipazione al concorso è interamente informatizzata. Per accedere alla piattaforma cliccare sul seguente link: <https://www.aspct.it/operatore/bandi-concorso/dirigenza/?news=11136>. Il termine per la presentazione delle istanze è fissato, come già anticipato, alle ore 23:59:59 del 26 gennaio 2023.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Concorsi per primari

Publicato, inoltre, sulla (GURS), n. 18 del 30.12.2022 la selezione per il conferimento degli incarichi quinquennali di Direttore delle seguenti Unità Operative:

UOC Cure Primarie e Integrazione Socio-Sanitaria

UOC Farmacia P.O. di Caltagirone

UOC Igiene Ambienti di Vita

UOC Implementazione dei Percorsi terapeutici e Verifica Appropriatezza

UOC Neurologia DEA 1 P.O. di Caltagirone

UOC Oculistica DEA 1 P.O. di Acireale

UOC Ortopedia e Traumatologia Presidio di Base P.O. di Biancavilla

UOC Ortopedia e Traumatologia Presidio di Base P.O. di Paternò

UOC Salute della donna e prevenzione Oncologica

UOC Servizio di Psicologia.

«**Nell'ultimo triennio**, caratterizzato soprattutto dal Covid – evidenzia il direttore sanitario, **Antonino Rapisarda** -, abbiamo nominato ben 38 nuovi primari, e abbiamo già calendarizzato 21 selezioni per la nomina di altrettanti direttori di Unità Operative Complesse. Con questo nuovo concorso diamo continuità al lavoro intrapreso in modo da consolidare il management aziendale». La presentazione delle istanze di partecipazione all'avviso sarà possibile solo dopo la pubblicazione del bando sulla GURI (Gazzetta Ufficiale).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Da Catania a Palermo controlli nelle case di riposo, sequestri e denunce



Controlli del Nas nelle case di riposo siciliane. Denunciati i legali responsabili di cinque strutture per anziani, ubicate nelle province di Messina e Catania, per aver omesso di comunicare il numero degli anziani ospiti alloggiati. Sempre nella provincia di Catania, denunciati i titolari di due ulteriori strutture ricettive per anziani per aver detenuto, per la successiva somministrazione, farmaci scaduti di validità. Sequestrate complessivamente 52 confezioni di medicinali per un valore di circa mille euro.

Il Nas di Palermo hanno invece segnalato all'autorità amministrativa e sanitaria il legale responsabile di una struttura ricettiva per anziani, in provincia di Trapani, per aver ospitato 18 persone in numero superiore a quello autorizzato. Il medesimo Nucleo, nella provincia di Agrigento, ha deferito all'autorità giudiziaria, il legale responsabile di una casa di riposo per aver abusivamente adibito un locale semi-interrato a spazio lavorativo in assenza di autorizzazione e delle necessarie verifiche sanitarie sulla salubrità del luogo.

Il «centralino» anti-Covid Dopo 2 anni chiuso il 1500 Il ministero: lo riattiviamo

ROMA Data di «nascita»: 27 gennaio 2020. Data di cessazione attività: 31 dicembre 2022. Il 1500 non è più attivo. «A partire dal primo gennaio 2023 il numero di pubblica utilità è temporaneamente sospeso», si legge sulla pagina internet del ministero della Salute, che fa poi riferimento all'ordinanza 931 della Protezione civile, per il superamento delle criticità in ambito sanitario derivanti dal rischio della diffusione di patologie collegate ad agenti virali.

In quasi due anni il 1500 ha risposto a milioni di telefonate — anche oltre 20mila al giorno nei periodi più difficili della pandemia da Covid-19 —, dato informazioni su tamponi e misure di contenimen-

to, vaccini e green pass (quando ancora era in vigore), tempi di isolamento, viaggi all'estero e relative procedure. Ma da cinque giorni il servizio è silenzioso. E 500 lavoratori, appositamente formati e dislocati su tutto il territorio nazionale, sono rimasti senza occupazione. Da parte del ministero della Salute, però, ci sarebbero tutte le intenzioni per trovare una «soluzione strutturale» perché il 1500 venga riattivato, fanno sapere dal dicastero dopo l'incontro di ieri con i sindacati Slc Cgil, Fistel Cisl e Uilcom Uil.

Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive dell'ospedale San Martino di Genova, chiede l'immediato ripristino del numero: «È stato utile ai cittadini per ricevere informa-

zioni, anche sui vaccini. Dovrebbero però essere i medici a dare indicazioni corrette e questo — puntualizza — è mancato. A volte le parole dei colleghi non hanno aiutato, ma confuso i cittadini». Il virologo dell'Università di Milano, Fabrizio Pregliasco: «Deve riprendere a funzionare perché è stata un'occasione unica di comunicazione diretta delle istituzioni, serve al Paese».

«Sono d'accordo con la chiusura pro tempore. Adesso si può anche sospendere, immagino abbia un costo — è invece la reazione di Massimo Andreoni, primario di Infettivologia al Policlinico Tor Vergata di Roma — ma se la situazione Covid dovesse tornare a preoccupare sarà bene riattivarlo». Per l'infettivolo-

go, sebbene i casi positivi «siano sottostimati, negli ospedali la situazione è tranquilla». Nonostante, secondo le rilevazioni del 3 gennaio della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), la curva dei ricoveri per Covid in Italia sia in aumento del 9,6% e molti pazienti arrivano in ospedale perché hanno sviluppato insufficienza respiratoria grave o polmonite.

Clarida Salvatori

I profili



I due virologi
Matteo Bassetti (in alto) e Fabrizio Pregliasco



La pandemia

Le regole per il Covid

di Luca Ricolfi

Mai, da quando è scoppiata la pandemia di Covid, l'opinione pubblica si era trovata in uno stato di sospensione come quello attuale. Ad alimentare questo stato d'animo contribuiscono almeno tre fattori.

Il primo è la mancanza di indicazioni concordate da parte del mondo scientifico riguardo alle categorie per le quali si raccomanda la vaccinazione. Dopo l'epoca "vaccinatevi tutti, anche i bambini piccoli", si è passati a una fase di maggiore moderazione e selettività, in cui l'indicazione prevalente è di vaccinare i cosiddetti fragili e gli anziani (ma la soglia non è chiara: 65 anni? 60? 50?). La ratio di questo mutamento di prospettiva non è chiarissima, e probabilmente è il risultato di un mix di ragioni: con la variante omicron la letalità del Covid appare significativamente diminuita (secondo taluni sarebbe addirittura inferiore a quella dell'influenza); l'elevatissimo numero di infezioni del 2022 ha allargato significativamente l'area dell'immunità naturale; gli studi sugli effetti avversi hanno rafforzato il sospetto che il bilancio costi/benefici del vaccino non sia positivo per tutte le fasce d'età e per tutte le condizioni.

Il secondo fattore che alimenta il nostro stato di sospensione è il cambiamento di governo, da taluni percepito come propedeutico a un sostanziale mutamento di approccio al problema del Covid. Penso che questa percezione sia fondamentalmente errata, in almeno due sensi: nel corso del 2022 il governo Draghi era già diventato ben poco restrittivo,

tollerando un numero di infezioni giornaliere che un anno prima avrebbe fatto scattare l'allarme; quanto al nuovo governo, per ora non vi sono tracce dei rimedi (cure domiciliari e ventilazione meccanica controllata) su cui Fratelli d'Italia tanto aveva puntato quando era all'opposizione. Resta il fatto che il cambio di governo alimenta la nostra incertezza su quale politica sanitaria ci riserverà il futuro.

Infine, il terzo fattore di sospensione è la Cina. I tamponi sui passeggeri cinesi in arrivo negli aeroporti di Fiumicino e Malpensa fanno ipotizzare che, in questo momento, i contagiati possano essere mezzo miliardo di persone. Di qui il timore che emergano nuove varianti pericolose, un timore amplificato dall'imminente capodanno cinese (22 gennaio), che farà spostare milioni di persone dai paesi occidentali alla Cina e ritorno. Difficile dimenticare che, nel 2020, l'epidemia esplose in Italia poche settimane dopo quelle festività. E che, anche allora, si pose il problema dei controlli aeroportuali, ben poco efficaci se attuati da un solo paese e limitati ai voli diretti con la Cina. Che fare, dunque?

La risposta spetta al governo e alle autorità sanitarie. Come comune cittadino, mi sentirei, forse, di raccomandare una cosa soltanto: che una risposta vi sia, e sia motivata. Perché lo stato di sospensione in cui siamo gettati non fa bene né al nostro morale, né alla vita sociale, né all'economia. Dopo tre anni di Covid, quello cui tutti aspiriamo è un ritorno il più celere possibile a un ragionevole regime di (relativa) normalità. Il che significa che ci vogliono regole chiare, e che i mutamenti delle regole devono essere spiegati e resi comprensibili.



Covid, l'Europa non teme le ritorsioni: «Test obbligatori per chi arriva dalla Cina»

LO SCENARIO

ROMA Sulla gestione della pandemia l'Unione europea non intende farsi intimidire dalla Cina. Dopo il rifiuto della fornitura gratuita di vaccini messi a disposizione da Bruxelles per la popolazione cinese, e le dichiarazioni di Mao Ning, portavoce del ministro degli esteri cinese, che senza giri di parole ha minacciato possibili contromisure nei confronti di tutti i Paesi che sottopongono a un test anticovid negli aeroporti i passeggeri che arrivano dalla Cina, ieri Bruxelles ha tirato dritto per la sua strada: gli Stati Ue sono «fortemente incoraggiati a introdurre per tutti i passeggeri in partenza dalla Cina agli Stati membri il requisito di un test Covid-19 effettuato non oltre le 48 ore prima dalla partenza dalla Cina», ha comunicato la presidenza di turno svedese dell'Ue. Non solo: la Commissione ha fatto sapere che saranno prese «misure giustificate in relazione all'evoluzione della situazione in Cina - ha ribadito la portavoce Dana Spinant - in linea con consultazioni avute tra i nostri esperti e scienziati». I Paesi membri, dunque, non solo non indietro ma hanno già stilato diverse raccomandazioni su come reagire al rischio di una nuova ondata. Il documento condiviso, che sarà valutato dalla Presidenza, pre-

vede in sostanza che i passeggeri che arrivano dalla Cina dovranno indossare mascherine per evitare il rischio di contagio, saranno obbligati a sottoporsi a test anticovid prima di mettersi in viaggio dal Paese; si procederà quindi alla sorveglianza genomica. Come ha rimarcato il portavoce della Commissione europea Tim McPhie, si punta su un approccio coordinato dei Paesi membri per poter così «individuare il rischio potenziale» di contagio proveniente dalla Cina.

RICOVERI IN AUMENTO

Intanto, in Italia il Sars-Cov 2 continua a mettere in pericolo anziani e fragili che non hanno fatto la quarta dose. Secondo gli ultimi dati della Fiaso, la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, negli ospedali sono in aumento i ricoveri dei pazienti con insufficienza respiratoria o polmonite: l'87% dei contagiati non ha effettuato la dose di richiamo negli ultimi 6 mesi. «La popolazione fragile è sempre meno protetta - ha messo in guardia il presidente della Fiaso, Giovanni Migliore - Va intensificata la campagna di vaccinazione». È stabile invece il dato delle terapie intensive con il 68% dei pazienti ricoverati con conseguenze gravi dell'infezione. In questo caso la percentuale dei soggetti non vaccinati resta stabile al 36%, i pazienti hanno un'età media di 71 anni. «Sono dati interlocutori - ha rimarca-

to Migliore - La settimana prossima riaprono le scuole, la circolazione virale potrà aumentare».

Anche Oltreoceano gli esperti mantengono alta l'attenzione. Negli Stati Uniti la nuova sottovariante di Omicron, ribattezzata Kraken, ha fatto raddoppiare il numero di casi in una sola settimana. L'epidemiologo americano Eric-Feigl-Ding non ha dubbi: «La nuova variante è più immuno-evasiva e più infettiva rispetto alle precedenti». E c'è il rischio che possa arrivare anche in Europa. Le recenti stime dei Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) non fanno presagire infatti nulla di buono: la nuova variante ha più che raddoppiato il numero di contagi Covid ogni settimana nell'ultimo mese, passando da circa il 4% al 41% delle nuove infezioni nel mese di dicembre.

Graziella Melina

LA RACCOMANDAZIONE DI BRUXELLES: TAMPONE NON OLTRE 48 ORE DALLA PARTENZA IN ITALIA RISALGONO I RICOVERI



Controlli all'aeroporto di Amsterdam per i viaggiatori in arrivo dalla Cina: anche in Olanda è previsto che chi proviene dal Paese asiatico si sottoponga a un test anti Covid



Altro che discriminazione L'Ue sui tamponi ai cinesi segue il modello italiano

Vittoria del governo Meloni: anche per l'Europa occorre una stretta fatta di test prima del chek-in negli aeroporti per i viaggiatori che provengono dal Paese del Dragone. E mascherine in volo

CLAUDIA OSMETTI

■ È la prima vittoria in Europa di Giorgia Meloni. Passa la linea italiana sui tamponi Covid negli aeroporti per i viaggiatori che provengono dalla Cina. E dire che, quando una settimana fa, a Malpensa e poi anche a Fiumicino, sono cominciati i primi test al gate di sbarco, è scoppiato un mezzo putiferio. Politico e anche internazionale. Con i soliti cori di chi tacciava la misura d'esser discriminatoria (mica vero) e organismi sovrastatali come l'Ecdc (il Centro europeo per il controllo delle malattie) che la trovava «ingiustificata». Ecco, «ingiustificata» un piffero.

Tanto per cominciare perché «riteniamo che le cifre attualmente pubblicate dalla Cina sotto-rappresentino il reale impatto della malattia», dice l'Organizzazione mondiale della sanità e l'antifona è chiara: i dati di Pechino non fotografano quello che sta realmente accadendo nel Dragone, meglio avere un argine di sicurezza. E poi perché occorre una stretta fatta di mascherine sui voli e test prima del chek-in, oltre che di una sorveglianza genomica. La Commissione europea, riunita per l'occasione ieri pomeriggio, inserisce queste raccomandazioni in una bozza che, adesso, sarà valutata dalla presidenza Ue per una «adozione formale». Insomma, è cosa fatta (e decisa), mancano solo alcuni passaggi burocratici.

Tim McPhie, che è il portavoce della Commissione, sottolinea pure come i 27 Paesi membri dovrebbero avere «un approccio coordinato» sulla «pande-

mia da Covid-19 che non ci ha ancora lasciato»: e questo significa, in soldoni, che ogni sforzo comune deve essere teso per «individuare il rischio potenziale» proveniente dall'Asia. Siamo onesti, è semplice buon senso. Primo perché il 2020 ce lo siamo lasciati alle spalle e

li deve rimanere, nel passato. Secondo perché una cosa ci ha insegnato il Sars-cov2: che coi virus non esistono frontiere e se la risposta non è comune (o meglio, comunitaria) serve a poco. Lo hanno spiegato, in questi giorni, virologi e immunologi ed esperti. Nel mondo globalizzato, nel mondo degli scali aerei e dei voli low-cost, non si può pensare a un sistema chiuso. È quello su cui ha puntato la Cina, dopotutto: ed è lì da vedere come è andata a finire, con gli ospedali di Shanghai che non riescono a curare i pazienti e sono costretti a stenderli sui marciapiedi dei parcheggi e i contagi che corrono alla velocità della luce.

Non la

prenderà benissimo il presidente Xi Jinping

(che ha appena rifiutato l'aiuto di Bruxelles per una fornitura gratis di vaccino anti-Covid: No-no-facciamo-da-soli «la nostra fornitura è soddisfacente») e dovranno mandar giù il rospo anche i tedeschi, che di allinearsi alla proposta di Meloni non ne hanno voluto sapere nemmeno quando la Spagna ha fatto lo stesso o la Francia o il Regno Unito (anche se non è più nell'Ue).

L'Ue «intende adottare misure giustificate in relazione all'evoluzione della situazione in Cina, in linea con consultazioni avute tra i nostri esperti e scienziati», ribadisce la Commissione. Intanto cala al 20% la percentuale del tasso di positività tra i passeggeri testati a Milano su due voli partiti da Nanjing e da Wenzhou il 2 gennaio (era al 50% quella rilevata in precedenza, il giorno di Santo Stefano); merito, sostiene l'assessore al Welfare di Regione Lombardia Guido Bertolaso, dell'ordinanza ministeriale che dispone il possesso di un tampone negativo al momento dell'imbarco. Chiamatela «proposta Meloni» o «linea italiana» o come vi pare: l'importante è che sia applicata. Con buona pace di quanti, nell'ultima settimana, hanno storto il naso.



Negli Usa sale Kraken: è al 40% dei contagi

La crescita più rapida dalla comparsa di Omicron, di cui è una sottovariante. Il rischio delle reinfezioni

Tutti gli occhi sono puntati sulla Cina, ma a preoccupare gli esperti che da tre anni studiano la pandemia da Covid è soprattutto una nuova sottovariante che arriva dagli Stati Uniti, battezzata Kraken, come il leggendario mostro marino con le fattezze di un calamaro gigante, «cugina» della più conosciuta Gryphon. Secondo i dati dei Centres for Disease and Prevention (Cdc) negli Stati Uniti i casi di Covid-19 sono raddoppiati nell'ultima settimana e oggi oltre il 40% dei contagi sono dovuti a Kraken, che ufficialmente si chiama XBB.1.5: appena un mese fa la nuova sottovariante era al 4% mentre oggi, nel Nord-Est del Paese rappresenta il 75% dei casi. Nella sola New York Kraken è aumentata di oltre il 140% in un mese. La sua diffusione sta letteralmente galoppando e in poche settimane si è registrata la crescita in assoluto più rapida di una sottovariante dai tempi di Omicron 1.

«Da alcuni mesi non vediamo una variante decollare a questa velocità» ha detto alla Cnn Pavitra Roychoudhury, direttrice del sequenziamen-

to del Covid-19 presso il laboratorio di virologia della University of Washington School of Medicine. L'epidemiologo americano Eric-Feigl-Ding ha sottolineato su Twitter che «la nuova variante è più immuno-evasiva e più infettiva rispetto alle precedenti». Anche Eric Topol, direttore dello Scripps Research Translational Institute della California ha sottolineato che «XBB.1.5 ha acquisito una doppia mutazione critica che mantiene alta la sua fuga immunitaria e ne aumenta l'infettività». Tim Spector, professore di epidemiologia genetica al King's College di Londra sospetta che «XBB.1.5 possa essere la nuova variante a cui prestare attenzione nel 2023».

Secondo il data base GISAID, in cui gli scienziati di tutto il mondo condividono le sequenze del coronavirus per identificare le mutazioni potenzialmente pericolose, XBB.1.5 sarebbe stata rilevata per la prima volta a New York e nel Connecticut a fine ottobre.

Kraken deriva da una mutazione della prima sottovariante di Omicron XBB, nota come

Gryphon, un ricombinante delle varianti BA.2.10.1 e BA.2.75. Entrambe sono in grado di eludere gli anticorpi acquisiti con la vaccinazione o l'infezione, tuttavia XBB.1.5 è caratterizzata da una mutazione aggiuntiva che la renderebbe più abile a legarsi saldamente all'ACE2, la porta di ingresso che il virus utilizza per entrare nelle nostre cellule, e si spiegherebbe così la sua alta contagiosità. Le ricerche su questa sottovariante (in Italia sono state finora registrate due sequenze secondo il report Iss) sono però ancora estremamente limitate.

Molti virologi ed epidemiologi concordano sul fatto che XBB.1.5 ha tutte le caratteristiche per guidare una nuova potenziale ondata di Covid-19, tuttavia secondo gli studi finora condotti sulla cugina Gryphon non sembra che XBB.1.5, che è comunque sempre una derivata da Omicron, causi una malattia più grave rispetto ad altre sottovarianti, soprattutto nelle persone che sono vaccinate con un richiamo aggiornato. L'aumento complessivo dei ricoveri che si sta registrando ne-

gli Stati Uniti sembra essere più elevato nelle zone dove Kraken è dominante.

I sintomi sono ancora mal di gola, tosse, stanchezza, dolori articolari e muscolari diffusi, con un maggiore coinvolgimento delle alte vie aeree. Anticorpi neutralizzanti, indotti dalle vaccinazioni e dalle infezioni precedenti, ma soprattutto i linfociti T che riconoscono più elementi del virus, proteggono dalla malattia grave. Tuttavia nei soggetti anziani e fragili queste armi sono meno efficaci e tendono a calare con il tempo. Matteo Bassetti, direttore delle Malattie Infettive al San Martino di Genova è perentorio: «Il messaggio è che si deve fare la dose di richiamo, mentre in Italia abbiamo ancora un 70% della popolazione target che non ha fatto il booster, né il primo né il secondo».

Cristina Marrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

40

per cento
dei contagi
Quelli dovuti
alla
sottovariante
Kraken,
ufficialmente
battezzata
XBB.1.5, negli
Stati Uniti, dove
la
sottovariante
sembra essersi
svilupata e
cresce

75

per cento
dei casi di
Covid
in alcune zone
degli Stati Uniti
in cui la
sottovariante
Kraken è stata
sequenziata.
Nella sola New
York è
aumentata di
oltre il 140 per
cento in un
mese



L'intervista

«Ma nessuna variante distrugge l'immunità La pandemia è finita»

Il virologo tedesco Mertens: fase endemica

di **Margherita De Bac**

«**I**l rischio reale non è particolarmente elevato, al momento. A meno che non appaiano varianti sorprendenti». A parlare è il virologo Thomas Mertens, presidente di Stiko, la commissione sui vaccini tedesca presso il Robert Koch Institut, una delle massime autorità scientifiche di riferimento in Europa.

Quanto è elevato il rischio che l'intensa diffusione del virus Sars-CoV-2 in Cina generi una variante non Omicron capace di bucare la protezione indotta dai vaccini utilizzati in Italia e nell'Ue?

«Non ritengo che il rischio sia particolarmente alto, adesso. È vero però che le mutazioni avvengono soltanto durante la replicazione del virus e sono un normale processo biologico, specialmente per quelli come il Sars-CoV-2. Più la moltiplicazione è alta, più le mutazioni accadono e alcune possono portare alle cosiddette varianti».

I timori sulla diffusione della sotto variante derivata da Omicron, chiamata Gryphon, e della «cugina» Kraken, sono fondati?

«Nessuno dei virus visti finora è in grado di minare completamente l'immunità composta da anticorpi e, in particolare, quella cellulare (composta da cellule T), molto

importante. In altre parole, il virus ha già trovato una sua condizione quasi ottimale in termini di infettività. Per spiegarla in termini molto semplici, potrebbe ritenersi soddisfatto del suo stato attuale che gli permette di infettare facilmente e convivere con l'uomo. Oltretutto le possibilità che ha di cambiare ulteriormente non sono illimitate».

È d'accordo col suo collega italiano, il virologo Giorgio Palù? In un'intervista al Corriere della Sera ha affermato che non sussistono più gli elementi in base ai quali si possa parlare di pandemia.

«Sì, assolutamente concordo con lui. La pandemia si riferisce a una situazione in cui un agente infettivo nuovo per l'uomo e precedentemente sconosciuto al sistema immunitario umano si diffonde indefinitamente in tutto il mondo. Endemia significa che un agente patogeno noto si mantiene presente nella popolazione e crea infezioni, ma contro il quale esiste una certa immunità di base costruita grazie alla vaccinazione e all'infezione contratta naturalmente».

E allora come mai continuano ad arrivare ondate di infezioni?

«Anche in una situazione endemica possono verificarsi ondate stagionali di infezione che non dovrebbero spaventare più di tanto. In genere si tratta di eventi più blandi accompagnati da casi di malattie gravi meno comuni tranne

che nelle persone a rischio per età e per condizioni precarie di salute già esistenti, specialmente se non vaccinate quattro volte».

Quindi potremmo affermare che siamo fuori dalla pandemia?

«Lo stato pandemico è legato a un agente patogeno molto specifico, il Sars-CoV-2, ed è stato proclamato dall'Oms, l'organizzazione mondiale della sanità. Ma questa condizione pandemica non può essere prolungata a causa degli altri virus respiratori che circolano attualmente. Prendo come esempio la Germania. A mio parere nel mio Paese non esiste più lo stato pandemico poiché la stragrande maggioranza delle persone è guarita o è stata vaccinata e l'epidemia si sta sviluppando con un andamento endemico».

Cosa pensa dei controlli sui cittadini cinesi negli aeroporti che l'Ue raccomanda in tutti i 27 paesi comunitari, sull'esempio dell'Italia che ha cominciato per prima? La Germania non era favorevole.

«Al momento non vi è alcuna giustificazione scientifica convincente per una misura del genere. Credo che altre valutazioni, non solo infettivologiche, potrebbero avere un ruolo in questa scelta. C'è da considerare infatti che una



presa di posizione comune dell'Ue era auspicata».

Vaccinarsi con dosi di richiamo è utile in questa fase e per quali individui?

«Senz'altro è utile per le persone non vaccinate sufficientemente. In una situazione endemica le raccomandazioni sul vaccino per il Covid-19 dovrebbero essere integrate con quelle normalmente utilizzate contro le altre malattie infettive. È necessario chiarire chi dovrebbe essere immunizzato col vaccino in futuro, quando e a quale distanza dall'ultima dose ricevuta. Stiko

sta attualmente lavorando per proporre su base scientifica uno schema di vaccinazione anti Covid standard, quindi non più emergenziale, per gli anni futuri».

Vuol dire che potremmo arrivare a richiami periodici, più o meno come succede per l'influenza?

«Sì, può darsi che a un gruppo di persone da definire arriveremo a raccomandare richiami periodici».

Molti si domandano: cosa accadrà dopo questa pandemia?

«Per quanto riguarda le misure di controllo delle infezioni la responsabilità individuale avrà un ruolo importante»

mdebac@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Shanghai
Accoglienza di alcuni pazienti affetti da Covid-19 all'ospedale Shanghai di Shanghai. Di recente la Cina ha eliminato la maggior parte delle restrizioni anti-Covid, dopo forti proteste, e assistito a un vero boom di casi e ricoveri

Il profilo



● Thomas Mertens, virologo tedesco, è il presidente di Stiko, la commissione sui vaccini tedesca istituita presso il Robert Koch Institut, una delle massime autorità scientifiche di riferimento in Europa

● Stima che il rischio reale delle nuove varianti non sia particolarmente elevato, e che i vaccini restino efficaci



IN CORSA • Medici: “Nuove ondate ci metterebbero in difficoltà”

Ospedali e Covid, in tre anni non è cambiato (quasi) nulla

» **Natascia Ronchetti**

L'unico vera novità in fondo è costituita dalle “bolle”, le stanze attrezzate (e isolate) in ogni reparto per i pazienti con il Covid-19 ricoverati per altre patologie: entrano per un intervento programmato o dal Pronto soccorso e scoprono, con il tampone d'ingresso, di essere positivi. Per il resto poco o nulla è cambiato negli ospedali italiani, a ormai tre anni di distanza dalla prima e violenta ondata epidemica.

Poco o nulla al netto della flessibilità organizzativa. “L'allestimento di reparti Covid è una difficoltà superata, sono attivabili rapidamente in ogni struttura”, dice Giovanni Migliore, presidente di Fiaso, la federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere. Parole rassicuranti che però non trovano nessuna conferma tra il personale sanitario. “È vero, abbiamo una preparazione diversa e sappiamo cosa ci troviamo di fronte, a differenza del 2020: ma le condizioni organizzative sono peggiorate, prima di tutto perché si è aggravata la carenza di medici e infermieri”, spiega Pierino di Silverio, segretario nazionale di Anaa. Sinda-

cato dei medici ospedalieri. Infatti dei primi ne mancano 15 mila, dei secondi 30 mila dei quali 17 mila solo nelle terapie intensive e sub-intensive. Le attrezzature, come i respiratori, non mancano. Ma spesso sono ferme nei magazzini. “Semplicemente perché non c'è il personale per metterle in funzione”, dice Alessandro Vergallo, segretario di Aaroi-Emac, a cui fanno capo anestesisti e rianimatori. Così, eccoci punto e a capo. Con l'aggravante che i numeri sulle carenze sono sottodimensionati. Calcolati prendendo in esame solo la gobba pensionistica, non tengono conto della fuga dei medici dal sistema sanitario pubblico. “Tanti si dimettono per accettare incarichi di tipo libero professionale con le cooperative alle quali le aziende sanitarie appaltano i servizi - prosegue Vergallo -. Possono scegliere i turni e percepire fino a 1.200 euro per dodici ore”.

ADESSO, PER ESEMPIO, di anestesisti ne mancano 4 mila. Chi resta è stanco e provato. “Una nuova ondata di Covid-19 sarebbe drammatica, saremmo nuovamente in una situazione di gravissima emergenza”, dice Vergallo. Proprio le terapie in-

tensive si rivelerebbero ancora una volta un anello debole. Prima della pandemia i posti letto, in tutta Italia, erano circa 5 mila. Nelle fasi più critiche erano saliti a oltre 8 mila, oggi sono scesi a 6.500. Un 30% in più che però non è strutturale.

Sembra il gioco delle tre carte. I posti sono dichiarati, perché attivabili. Ma solo potenzialmente. In realtà, esistono solo in teoria e non possono essere operativi: semplicemente perché non ci sono né gli anestesisti né gli infermieri necessari, condizione che riguarda più o meno tutte le regioni. Non che negli altri reparti le cose funzionino meglio.

Di fatto tutto è fermo all'organizzazione disegnata ormai quasi otto anni fa dal decreto 70 del 2015, quando con la spending review furono tagliati i posti letto (oggi sono 3,7 per mille abitanti, contro una media europea di 4,5: ne sono stati soppressi 30 mila) e dei quali una parte è comunque assorbita dalle lungodegenze. Otto anni, per una sanità che è stata peraltro travolta dalla pandemia e che deve imparare a convivere con il virus, sono come un'era geologica.

“ORA MANCANO chirurghi, anestesisti, medici d'emergenza-urgenza, infettivologi, ortopedici, ginecologi, pediatri -



aggiunge Di Silverio -. E si continua a optare per i reparti Covid, con il rischio di commistioni, e non invece, come dovrebbe essere, per presidi ospedalieri di primo e secondo livello per coloro che contraggono l'infezione in forma severa. Mentre le università non danno il nulla osta per l'assunzione degli specializzandi, che permetterebbe di aumentare il

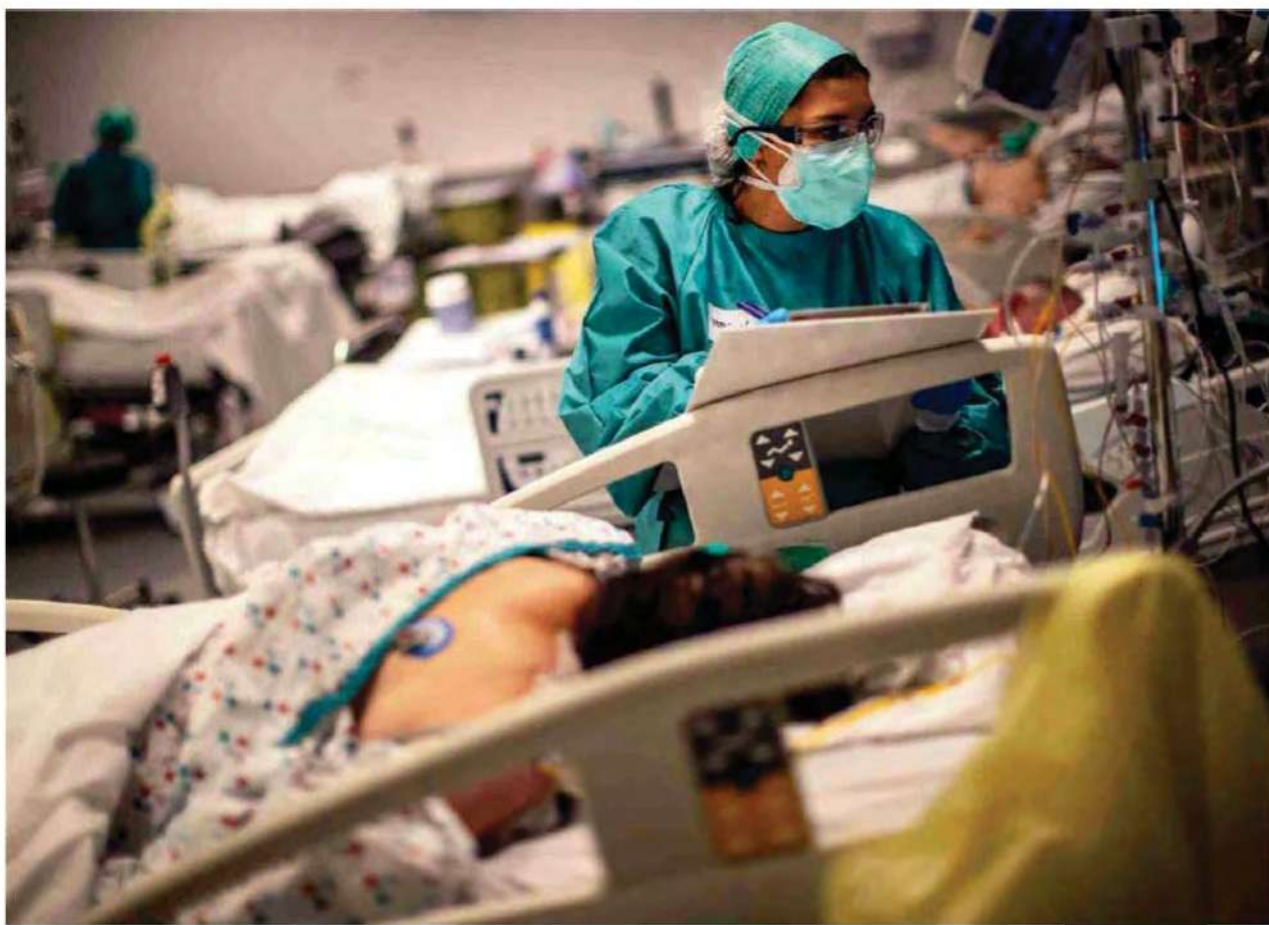
numero dei medici in corsia, grazie al decreto Calabria”.

Quanto alla flessibilità, secondo Di Silverio, non è il modello giusto. “Il pericolo concreto è quello di bloccare le cure ordinarie per tutte le patologie non Covid - dice -. Già adesso siamo sommersi dalle lunghe liste d'attesa che si sono

generate in tre anni. In queste condizioni con una nuova ondata rischiamo davvero di non poter curare le persone”.

Terapie intensive

Erano arrivate a essere oltre 8 mila, ora si sono ridotte a 6.500



Carenza di personale

Alla Sanità pubblica mancano circa 45 mila tra medici e infermieri
FOTO LAPRESSE



La Pubblica amministrazione

Figli e figliastri negli ospedali Gli impiegati della sanità esclusi dalla stabilizzazione

di Rosaria Amato

ROMA – Durante la pandemia magari non erano in prima fila come i medici e gli infermieri, ma adesso non ci stanno ad essere lasciati indietro. La legge di Bilancio proroga, per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, la possibilità di assumere a tempo indeterminato, entro il 31 dicembre 2024, solo «il personale sanitario e sociosanitario» che abbia maturato 18 mesi di servizio nella sanità pubblica entro il 31 dicembre 2023 (invece che entro fine 2022), ma non prevede nulla a favore del personale amministrativo e dei tecnici non sanitari, che dalla fine di dicembre sono in rivolta per chiedere che anche a loro venga estesa la stessa possibilità. «Capisco che ci sia stata maggiore attenzione ai medici e agli infermieri – dice Stefano Corsini, dell'esecutivo nazionale sanità dell'Usb – ma durante il Covid hanno lavorato tutti insieme, la sanità è una grande barca dove ognuno fa la sua parte. Una parte di questi precari non può neanche essere stabilizzata con l'ultima proroga approvata per la legge Madia, che si riferisce ai contratti flessibili e non a quelli a termine. Se non si interviene con il Milleproroghe, sarà la fine delle speranze di un lavoro stabile per molte persone».

Una preoccupazione condivisa anche dalle Regioni, che rischiano di rimanere a corto di personale: alcune, come la Sicilia e l'Abruzzo, si sono mosse in autonomia, con una proroga di alcuni mesi, in attesa che il governo approvi un nuovo provvedimento. Cosa che l'esecutivo si è impegnato a fare, dando parere favorevole all'ordine del giorno presentato il 23 dicembre da un gruppo di deputati di Fratelli d'Italia alla Camera. «Il nostro ordine del giorno – afferma la prima firmataria, Elisabetta Lancellotta – ha ricevuto 288 voti favorevoli, e impegna il governo a trovare la formula idonea nel più breve tempo possibile. Troveremo al più presto una soluzione: è una questione di equità e di valorizzazione di tutte le figure professionali che operano nella sanità». Sindacati e lavoratori guardano con speranza al Milleproroghe, approvato al Senato, ma potrebbero rimanere delusi perché, a un primo esame, sembra difficile varare un emendamento che modifichi una norma della legge di Bilancio: nel provvedimento si possono inserire solo proroghe di norme in scadenza. Le altre soluzioni, come una modifica alla legge Madia, non sarebbero così immediate.

In Sicilia i circa 2500 precari coinvolti annunciano "proteste a oltranza", ma anche nelle altre Regioni c'è grande agitazione. La norma in legge di Bilancio, e l'eventuale sua estensione agli amministrativi, non si traduce tra l'altro in un'assunzione automatica, ma solo in un'autorizzazione a procedere, riservata alle Regioni che ne abbiano l'esigenza e la possibilità.

Quella dei precari della sanità non è l'unica richiesta di stabilizzazione nel pubblico impiego di cui è investito il Milleproroghe: ieri protestava anche l'Anief, per gli insegnanti e i dirigenti nelle graduatorie, ma non ancora assunti. Il provvedimento prevede inoltre già diverse proroghe dei termini di stabilizzazione per una serie di categorie di lavoratori pubblici, dagli assistenti sociali nei Comuni ai dipendenti di alcuni ministeri.

Il numero

2500

In Sicilia

Solo in Sicilia i precari coinvolti sono 2.500 ma anche in altre Regioni c'è agitazione



INCHIESTA SANITA' PER I DOTTORI DI FAMIGLIA ANCHE 1500 PAZIENTI

Medici in trincea

FRANCESCA DEL VECCHIO

Il telefono del dottor Ivano Pondini, medico di medicina generale a Opera, nell'hinterland milanese, inizia a squillare prima delle otto, orario che ha dato ai suoi pazienti come riferimento. - PAGINE 6 E 7



Il medico in trincea

La giornata con un dottore di famiglia a Milano: "Seguo da solo 1650 pazienti"
Le chiamate dalle 8, dopo le 20 la burocrazia: "Quale laureato vuole lavorare così?"

FRANCESCA DEL VECCHIO
MILANO

Il telefono del dottor Ivano Pondini, medico di medicina generale a Opera, nell'hinterland milanese, inizia a squillare prima delle otto, orario che ha dato ai suoi pazienti come riferimento. «Vado avanti almeno fino alle nove e mezza a rispondere. La cosa

più frustrante è quando un paziente chiama solo per avere la prescrizione di un esame che gli ha indicato uno specialista, privatamente, senza che il medico di famiglia sia stato informato. Così il nostro diventa un lavoro di segreteria, si perde il rapporto medico-paziente». Il dottor Pondini cerca di non lamentarsi troppo ma il suo telefono continua a

squillare anche quando, terminato l'orario «delle telefonate» inizia quello delle visite ambulatoriali. Che non vanno mai al di sotto delle cinque ore al giorno, «ma an-



LA STAMPA

che sei, se ho pazienti in studio senza appuntamento. In tanti anni, non ho mai mandato via nessuno».

Quando l'ambulatorio è finalmente chiuso - più o meno alle 20 - è il momento di rispondere alle mail - circa una trentina al giorno - e di dedicarsi alla burocrazia: «Le scartoffie sono la cosa che più ci fa perdere tempo: durante le settimane clou di somministrazione del vaccino antinfluenzale, ho chiesto a mia figlia che mi aiutasse a compilare i moduli di ciascun paziente. È una enorme perdita di tempo che moltiplicata per il numero degli assistiti diventa un vero e proprio lavoro aggiuntivo».

È alla burocrazia si somma di tanto in tanto qualche novità da parte di Ats «che per risparmiare, scarica su noi medici ulteriori obblighi. Per esempio compilare i piani terapeutici, che prima venivano redatti solo dallo specialista. Che senso ha farne quattro copie?». I piani terapeutici sono particolari prescrizioni per farmaci che possono essere prescritti solo da Centri specialistici autorizzati dalla Regione e devono contenere, oltre all'anagrafica del paziente, anche il nome del medico, la diagnosi, il farmaco prescritto, il dosaggio, le modalità e

i tempi di assunzione. Secondo le nuove normative, vanno redatte in quattro copie, di cui una spetta al medico di famiglia: «Molte volte capita che la compilazione da parte dello specialista sia errata o incompleta e quindi tocca rifarla daccapo». Ma il vero punto dolente è la mole di pazienti sommata al carico di ulteriori incombenze che esulano dal lavoro di medico. «Ho 1.650 pazienti e il mio massimale dovrebbe essere 1.500, ma con i ricongiungimenti familiari è inevitabile che quel tetto venga superato». Per ogni assistito, il compenso mensile è di 3.44 euro, per gli over 75 circa un euro in più. «Anche la burocrazia che svolgiamo ci viene retribuita, ad esempio i certificati di invalidità, quelli per la patente. Ma farei volentieri cambio: meno burocrazia, più pazienti, stesso stipendio. Avremmo il tempo di visitare le persone come una volta». L'accordo collettivo nazionale ritiene necessario un medico di medicina generale ogni mille abitanti sopra i 14 anni (al di sotto è di competenza pediatrica). Dunque, un rapporto uno a mille. E Regione Lombardia, che nel 2007 aveva alterato il rapporto portandolo a uno a 1.300, venne condannata in tribunale dopo un ricorso presen-

tato dalla Cgil. Esiste però un rapporto, ovvero il numero massimo di pazienti che un medico può assistere fissato a 1.500, alzato nuovamente a 1.800 dall'ultima convenzione che, con le deroghe previste, lo porta a 2.000. Il rapporto è destinato ad alterarsi ulteriormente, in particolare in Lombardia dove ci sono circa 9 milioni di cittadini over 14 e solo 5.500 medici di base, quasi tutti convenzionati al vecchio massimale di 1.500 e tutti in crescita di assistiti per via dei pensionamenti in corso. Ne mancano quindi all'appello 3.500 e secondo le stime ne mancheranno sempre di più visto che nei prossimi cinque anni ne andranno in pensione 2.500, la metà di quelli in servizio. Nel frattempo le scuole di formazione sfornano sempre meno medici di base. «Quale neo laureato vorrebbe uscire dall'Università, fare un corso abilitante che dura tre anni a 700 euro al mese e in più fare guardie mediche e altri lavoretti per arrotondare? È impensabile. E anche le condizioni in cui siamo costretti a lavorare non invogliano certo i giovani a

intraprendere la strada della medicina di base. Non parliamo poi dei fondi che ogni anno vengono destinati alla sanità: fatta eccezione per i due anni di pandemia, ogni anno i governi ci danno sempre meno». Risultato: l'Italia ha la classe di medici di base più anziana al mondo.

La giornata del dottor Pondini, comunque, non finisce con mail e scartoffie: restano le visite domiciliari. «Cerco sempre di garantirle ma se ne ho due al giorno, questo vuol dire quasi due ore della mia giornata lavorativa. E poi dicono che dovremmo dare la disponibilità per lavorare nelle case di comunità: quando, di notte?». Pure le ferie, tasto dolente: «Non siamo dipendenti del Servizio sanitario nazionale, quindi non abbiamo vacanze retribuite. Siamo liberi professionisti pagati dallo Stato. Per cui, quando vogliamo andare in ferie le opzioni sono due: o paghiamo un sostituto circa 130€ al giorno, oppure ci accordiamo con un collega che prenda temporaneamente i nostri pazienti». Ma con il carico di assistiti individuale, l'opzione due si scarta da sola. —

Ivano Pondini, medico

Le scartoffie sono ciò che ci fa perdere più tempo, ho perfino chiesto aiuto a mia figlia

Il nodo delle ferie
“O paghiamo noi un sostituto o ci affidiamo a un collega”

5500
I medici di base in Lombardia dove ci sono circa 9 milioni di pazienti over 14



1800
Il tetto massimo di pazienti alzato dall'ultima convenzione in Lombardia

“Si perde il rapporto medico-paziente sta diventando un lavoro di segreteria”

Le condizioni in cui siamo costretti a lavorare non invogliano certo i giovani medici



In Italia 80 mila camici bianchi, la metà medici di base, poi ex guardie mediche, pediatri, specialisti delle Asl
Ma l'orario è inferiore agli ospedalieri, la rete non fa da filtro ai Pronto soccorso e il fascicolo elettronico non decolla

Il flop dell'assistenza territoriale così si è rotto il patto con i pazienti

IL DOSSIER

PAOLO RUSSO
ROMA

Nell'agosto del 2019 il numero 2 della Lega, Giancarlo Giorgetti, la Caporetto dell'assistenza domiciliare dell'annus horribilis 2020 l'aveva a modo suo preannunciata, quando scatenando le ire dei diretti interessati disse: «Nei prossimi cinque anni mancheranno 45mila medici di base, è vero. Ma chi va più da loro? Oggi nel mio paese vanno a farsi la ricetta, ma chi ha meno di 50 anni va su internet a cercarsi lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico di famiglia, quella roba lì è finita». Parole coerenti con quello che proprio il Carroccio ha perseguito nei suoi numerosi anni di governo della Lombardia, dove si è puntato forte sui super ospedali e poco sul territorio. Finendo per far travolgere il sistema sanitario lombardo dall'urto della prima ondata. Ma «quella roba lì», la prima trincea sanitaria dell'assistenza territoriale, alla lunga ha finito per essere spazzata via anche altrove. E se non solo non ha retto all'urto del Covid, ma non fa da filtro agli ospedali contribuendo al loro congestionamento e si perde per strada i cronici sempre più numerosi in una popolazione che invecchia, questa volta non si può dire sia tutta la colpa della carenza di personale. Ma casomai di come lo si utilizza. Perché l'esercito dei camici bianchi sparso per il territorio non è poi così esiguo. I medici di famiglia, pur in calo, sono 42mila, a questi si aggiungono circa 20mila specialisti ambulatoriali delle Asl, 7.400 pediatri di libe-

ra scelta e 10mila ex guardie mediche, quelle che dovrebbero venire a casa la notte o quando è festa. In tutto 80mila medici. Mica pochi. Solo che lavorano come lupi solitari, senza comunicare tra loro e con orari che è eufemistico definire flessibili.

Partiamo dal grosso della truppa, i medici di famiglia. La convenzione che regola il rapporto di lavoro dei medici di medicina generale fissa un orario minimo di 5 ore settimanali per chi non supera i 500 pazienti, 10 ore per chi è tra 500 e mille, 15 ore tra i mille e i 1.500. Due anni fa siamo andati a vedere come stiano effettivamente le cose esaminando un campione rappresentativo di 200 studi di otto grandi città. Ebbene l'orario medio di apertura era di appena 14 ore settimanali, nonostante ciascun medico abbia mediamente in carico circa 1.300 assistiti. E il problema è che diversi di loro hanno anche due studi, ubicati in quartieri diversi. Per cui il pertugio da sfrutta-

re per ottenere una visita per molti si fa ancora più stretto. Occorre dire che poi qualche oretta in più i nostri dottori la lavorano, perché una volta che si è entrati in sala di attesa entro l'orario comunque la visita è dovuta. Poi ci sono quelle a domicilio. Che però, come esperienza di molti assistiti insegna, sono eventi rari. «È comunque un orario

molto più ridotto rispetto a quello degli ospedalieri, che fanno anche le notti e devono garantire la reperibilità», precisa Marco Geddes, già vice presidente del Consiglio

superiore di sanità e tante pubblicazioni sul nostro sistema sanitario alle spalle. «All'estero, contrariamente che da noi -spiega- lavorano in equipe e fanno tutta una serie di accertamenti di primo livello, come elettrocardiogrammi ed ecografie ed è grazie a questo filtro della medicina del territorio che in Germania il Covid ha mietuto molte meno vittime».

Gli specialisti ambulatoriali delle Asl, dal canto loro, «negli anni sono finiti per andare a turare le falle nelle corsie degli ospedali dove c'è carenza di personale, con le Regioni che invece di assumere hanno finito per aumentare il loro tetto orario sul quale si basa la retribuzione», spiega il segretario nazionale del sindacato medico Anaao, Pierino De Silverio. Che rivela però il paradosso: «Ora si ritrovano a non poter tornare sul territorio perché il pagamento di quel così alto numero di ore non è stato programmato dalle Regioni». Controsensi di una Sanità dove ancora si ragiona "a silos". Ogni amministrazione a coltivare il proprio orticello, mentre invece la digitalizzazione va avanti e consentirebbe a ospedale e territorio di lavorare in modo sempre più integrato.

Poi ci sono «i medici di continuità assistenziale», quelli che una volta si chiamavano guardie mediche. Se chiedi il loro intervento arrivano ma senza aver avuto alcun contatto con il tuo medico curante, con il quale non condivi-



LA STAMPA

dono quel fascicolo sanitario elettronico che con un colpo di click dovrebbe consentire di sapere quali mali ci affliggono, che medicine assumiamo, che accertamenti e con quali esiti abbiamo fatto recentemente.

L'ex ministro Speranza a questa giungla ha cercato di mettere ordine con un decreto di riforma dell'assistenza territoriale, finanziato con 7 miliardi di Pnrr, che rischiamo tra l'altro di perdere se da parte della maggioranza perdurerà l'ostracismo verso Case e o Ospedali di comunità. Per le prime sono già in molti casi partiti i cantieri per tirar su 2.564 maxi ambulatori, dove dovrebbero lavorare in team medici di famiglia, specialisti e infermieri, con dota-

zioni tecnologiche in grado di eseguire esami diagnostici di primo livello, come elettrocardiogrammi o ecografie. I 381 ospedali di comunità, dotati di 20 letti, dovrebbero essere invece a conduzione più infermieristica, perché destinati a offrire assistenza a chi non ha più bisogno di restare in corsia ma non è neppure nelle condizioni di essere rispedito a casa. «Ora serve trovare le risorse per reclutare il personale», rinvia la palla il ministro della Salute, Orazio Schillaci. Discorso che vale sicuramente per gli infermieri, che nel territorio sono proprio merce rara. Mentre per i camici bianchi basterebbe forse un provvedimento che ricollocasse in modo più effi-

ciente quell'esercito sparpagliato nel territorio. Speranza ci aveva provato, predisponendo un decreto che intanto vincolava i medici di famiglia a lavorare 38 ore, delle quali 18 nelle case di comunità. Ma dopo la levata di scudi dei diretti interessati però non se ne è fatto più nulla. Potenza di una lobby con la quale la politica, tutta, ha sempre filtrato. —

Un decreto dell'ex ministro Speranza puntava a finanziare ospedali di comunità. Le ex guardie mediche intervengono senza alcun contatto con il medico di famiglia



MARCO GEDDES
EX VICE PRESIDENTE
CONSIGLIO DI SANITÀ



In altri Paesi i medici di base fanno anche accertamenti di primo livello, come le ecografie



PIERINO DE SILVERIO
SEGRETARIO NAZIONALE
ANAAO ASSOMED



Gli specialisti ambulatoriali delle Asl sono finiti a turare i buchi nelle corsie degli ospedali



L'urto dei Covid
La prima linea dei medici di base è stata travolta dalle richieste di assistenza che arrivavano dai pazienti malati, soprattutto anziani

NICOLA HARRIS/ANSA

Gli altri approfondimenti su La Stampa



Le prime due puntate dell'inchiesta sulla Sanità in Italia: dal focus sulle liste d'attesa e la mancanza di fondi alle difficoltà dei professionisti che nei Pronto soccorso si occupano di medicina d'urgenza



Spese sanitarie con invio semestrale

Comunicazioni

La cadenza mensile programmata da gennaio è stata rinviata al 2024

Marcello Tarabusi

Anche per il 2023 sarà semestrale l'invio dei dati di spesa al Sistema tessera sanitaria; l'invio a cadenza mensile, che doveva entrare in vigore il 1° gennaio, è stato rinviato all'anno 2024. Lo ha disposto un provvedimento del direttore generale della Ragioneria del Mef, datato 27 dicembre.

Il provvedimento richiama una nota dell'agenzia delle Entrate del 19 dicembre 2022, n. 467966 «con la quale si prevede la proroga della trasmissione semestrale dei dati al Sistema tessera sanitaria». I nuovi termini sono i seguenti: entro il 30 settembre 2023, per le spese sostenute nel primo semestre dell'anno 2023; entro il 31 gennaio 2024, per le spese sostenute nel secondo semestre dell'anno 2023; entro la fine del mese successivo alla data del documento fiscale, per le spese sostenute dal 1° gennaio 2024.

Il provvedimento è opportuno, considerato che non erano state risolte le criticità di coordinamento tra l'obbligo di invio mensile, che sarebbe scattato il 1° gennaio, e il regime dei contribuenti con liquidazione Iva trimestrale o differita.

La proroga si riferisce alle spese dell'anno 2023 e riguarda tutti i soggetti obbligati alla trasmissione delle spese sanitarie, compresi gli esercenti l'arte ausiliaria di ottico, per i quali invece l'invio dei dati di spesa dell'anno 2022 va fatto in unica soluzione (senza divisione in semestri) entro il prossimo 31 gennaio. Rimane ferma la regola per cui la scadenza dell'adempimento è legata alla data del pagamento e non a quella del documento fiscale. Andranno trasmesse entro il 30 settembre 2023 tutte le spese pagate entro giugno 2023. Quelle pagate da luglio in poi, anche se il documento fosse emesso precedentemente, dovrebbero essere

trasmesse entro il 31 gennaio 2024, scadenza prevista per l'invio dei dati relativi al secondo semestre 2023.

Articolo integrale su:

ntplusfisco.ilsole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA PANDEMIA

Abrignani e la Cina “I controlli sono giusti”

FRANCESCO RIGATELLI

«Non ha più senso parlare di un richiamo annuale della vaccinazione anti-Covid, ma di un aggiornamento in base alle varianti correnti». Per Sergio Abrignani, professore ordinario di Immunolo-

gia all'Università Statale, direttore dell'Istituto nazionale di genetica molecolare Invernizzi del Policlinico di Milano e membro del Consiglio superiore di Sanità, «chi ha più di 60 anni e non è guarito o non si è vaccinato negli ultimi quattro-sei mesi dovrebbe fare una dose aggiornata ad Omicron 5, che sia la quarta o la quinta». - PAGINA 8



L'INTERVISTA

Sergio Abrignani

“Un vaccino all'anno non basta più chi è scoperto da 6 mesi faccia il richiamo”

L'immunologo: “Agli over 60 né immunizzati né guariti subito la dose con Omicron 5 garantisce una copertura maggiore anche verso l'ultima variante Gryphon”

FRANCESCO RIGATELLI

«Non ha più senso parlare di un richiamo annuale della vaccinazione anti-Covid, ma di un aggiornamento in base alle varianti correnti». Per Sergio Abrignani, professore ordinario di Immunologia all'Università Statale, direttore dell'Istituto nazionale di genetica molecolare Invernizzi del Policlinico di Milano e membro del Consiglio superiore di Sanità, «chi ha più di 60 anni e non è guarito o non si è vaccinato negli ultimi quattro-sei mesi dovrebbe fare una dose aggiornata ad Omicron 5, che sia la quarta o la quinta».

La variante Gryphon è passata negli Stati Uniti dal 4 al 41 per cento. Potrebbe es-

sere il virus più contagioso di sempre?

«Si tratta di una sottovariante di Omicron, che sembrerebbe essere più competitiva delle altre. Negli Stati Uniti sta spiazzando Omicron 5 dimostrando sul campo di essere più contagiosa e di avere una maggiore capacità di sfuggire agli anticorpi neutralizzanti indotti dai primi vaccini. Due vantaggi competitivi notevoli, anche se va notato che in Italia questa sottovariante circolerebbe da ottobre con risultati molto minori. Ora è da vedere cosa succederà e per questo è importante monitorare la situazione».

Perché in Italia secondo il report dell'Istituto superiore di sanità di fine dicembre Gryphon era ferma al 2 per

cento dei nuovi contagi?

«Non saprei, fatto sta che se quei dati come penso sono realistici la sua diffusione resta molto bassa. In ogni caso, chi ha una vaccinazione aggiornata è protetto verso Gryphon. E anche chi ha solo le prime dosi resta coperto dal rischio di malattia grave».

Gryphon c'entra con l'ondata cinese?



LA STAMPA

«Purtroppo della Cina sappiamo poco e questo desta preoccupazione. Da quello che si riscontra negli aeroporti ci sono diverse varianti circolanti, tra cui Omicron 5 e Gryphon».

Il monitoraggio degli arrivi dalla Cina è utile per capire dunque?

«È una decisione europea importante, dopo la scelta d'avanguardia italiana. In molti momenti della pandemia abbiamo dettato l'agenda del resto, ed è bene continuare così. Penso al lockdown, in quel momento l'unica possibilità, alle tre dosi e al Green pass introdotto al pari di Francia e Germania. Si può essere stati più o meno d'accordo, ma è indubbio che siano state risposte mitigatrici di un'emergenza inedita».

Come si spiega che l'84 per cento degli italiani ha fatto due dosi, il 70 per cento degli italiani tre e solo il 30 per cento degli over 60 quattro?

«In tutto l'Occidente si registra una stanchezza vaccinale. Il paradosso è che si muore di meno proprio grazie ai vaccini e che il 25-30 per cento dei decessi attuali avviene perché non ci si vaccina a sufficienza. A dicembre ci sono stati 3mila morti e in tutto il 2022 oltre 47mila».

Cosa suggerisce agli over 60?

«Se non lo hanno ancora fatto di vaccinarsi con il nuovo vaccino bivalente che contiene l'Rna della Spike di Omicron 5, che dovrebbe proteggere dalla malattia grave di più dei primi vaccini e limitare pure maggiormente la trasmissione del virus. Chi ha più di 60 anni e non è guarito o non si è vaccinato negli ultimi quattro-sei mesi dovrebbe fare una dose aggiornata ad Omicron 5, che sia la quarta o la quinta».

Perché Omicron produce tante sottovarianti?

«Nell'ultimo anno il Sars-Cov-2 si è arroccato attorno a questa variante, perché ha trovato una combinazione ideale di alta diffusività, relativa bassa virulenza e capacità di sfuggire parzialmente ai primi vaccini. Queste tre caratteristiche hanno permesso a Omicron di durare e variare su se stessa».

Varierà di più?

«Le varianti di solito emergono quando c'è tanto virus circolante e poca risposta immunitaria. Per questo si guarda con preoccupazione a certe aree del mondo. Nessuno sa come andrà a finire, ma sembra che la pandemia vada verso un'endemia più prevedibile e contenuta dai vaccini disponibili».

E i farmaci?

«Riguardano la cura e non la prevenzione del virus. Esiste una combinazione di anticorpi monoclonali efficace contro Omicron 5, che viene data ai pazienti a rischio di complicanze nei primi cinque giorni dalla diagnosi, e in alternativa si usano i farmaci antivirali».

Le circolari del nuovo ministro della Sanità Schillaci sono in controtendenza con i messaggi iniziali del governo?

«Le circolari segnalano che la pandemia non è finita, che in certe situazioni servono ancora le mascherine e che i vaccini sono la risposta necessaria. Mi sembrano messaggi di buon senso».

Avrebbe altri consigli da dare?

«Sarebbe importante impegnarci a sequenziare di più i

campioni di virus in Italia dove se ne analizzano a migliaia, mentre in Inghilterra sono milioni e in Francia e Germania centinaia di migliaia».

Non è l'eterna battaglia di Crisanti?

«Di tanti di noi ed è un'idea quasi ovvia, perché in Italia manca un programma centralizzato di sequenziamento».

Ha seguito il caso che ha coinvolto il microbiologo

ora senatore Pd?

«Ne ho letto, ma non vorrei parlare di un collega».

Ha visto che il direttore generale dell'Aifa, Nicola Magrini, viene mandato via dal governo per lo spoils system e per la riforma dell'agenzia che non prevede più quel ruolo?

«Ogni nuovo ministro della Salute ha nominato un direttore generale e la riforma prevede un presidente e due direttori, uno amministrativo e uno scientifico. Il presidente resterà il virologo Palù. Se sceglieranno due buoni direttori avremo un'ottima agenzia altrimenti no».

Tra le altre decisioni che spettano al governo c'è l'attuazione del Pnrr sulla sanità, per esempio con il progetto delle case di comunità sul territorio. Che ne pensa?

«Non sono un esperto, certo la pandemia ha dimostrato che sia giusto investire sulla medicina territoriale».

Come vede invece annosi problemi come le liste d'attesa o il rapporto pubblico-privato?

«La centralità dev'essere il paziente. Bisogna chiedersi quale sia il metodo migliore per aiutare i cittadini, per esem-

pio in Lombardia vengono da tutta l'Italia per curarsi: un motivo ci sarà».

E il rapporto pubblico-privato?

«Va modificato nella misura in cui migliora il servizio per il paziente».

L'altro lamentato problema è la carenza di personale. Realtà o disorganizzazione?

«Il numero di medici in Italia è comparabile ai grandi Paesi europei. Uno dei problemi è stata l'insufficienza di posti in molte scuole di specializzazione, che ha generato una carenza di competenze. Da sempre invece mancano gli infermieri».

Tornando ai vaccini, oltre a quelli anti-Covid quali suggerisce?

«I vaccini si suddividono in pediatrici e non. Tra i primi, dieci sono obbligatori e alcuni raccomandati come pneumococco e meningite. Agli adolescenti, e dopo se non li si è fatti, si suggeriscono papilloma virus e ancora meningite. Agli over 60 il pneumococco, il fuoco di Sant'Antonio e ovviamente ogni anno l'antinfluenzale. Per tetano e pertosse si possono fare richiami a qualsiasi età. Immunologicamente non c'è limite alle dosi contemporanee, ma per motivi di fastidi al braccio è consigliabile non farne più di due insieme». —

La decisione europea sul test conferma il primato dell'Italia nella gestione del Covid fin dall'inizio

In tutto l'Occidente c'è una stanchezza vaccinale, il paradosso è che si muore di meno solo grazie ai vaccini

Le circolari di Schillaci segnalano con buon senso che la pandemia non è finita ora bisogna sequenziare di più a livello nazionale

Agli anziani va suggerito anche l'anti-pneumococco il fuoco di Sant'Antonio e ovviamente ogni anno l'antinfluenzale



ANTIVIRUS



TUTTI I MISTERI DEL LONG-COVID

✚ VISTO che contrarremo l'infezione da SarSCoV2 probabilmente più volte nella nostra vita, sarebbe davvero importante conoscere a fondo gli effetti chiamati long-Covid. Se ne stanno interessando in molti, infettivologi, virologi, neurologi e non solo. Malgrado siano passati quasi tre anni di pandemia e siano state avanzate alcune ipotesi, il quadro è tutt'altro che chiaro. Ne parla un interessante articolo pubblicato lo scorso novembre su *Science News*, *How researchers are working to fill the gaps in long COVID data* (Come i ricercatori stanno lavorando per colmare le lacune nei dati del long COVID). Sono molti gli interrogativi rimasti senza risposta, ad esempio in che modo la vaccinazione influisce sulle possibilità di sintomi a lungo termine. Nell'analisi dei

dati esistono delle lacune. Quelli disponibili hanno rilevato che dal 10 al 30% dei pazienti che hanno contratto l'infezione, hanno sintomi postumi. Ciò equivale a milioni di persone che, molto tempo dopo la fine della pandemia, potrebbero ancora affrontare le conseguenze della malattia. Saranno dati attendibili? I sintomi possono essere più svariati e per questo, a volte, non annotati, dalla perdita dell'olfatto fino a disturbi cognitivi debilitanti o, a volte, registrati ma non dovuti all'infezione. Banalmente, il gap dello studio è definire i sintomi che possono rientrare nel long Covid. Non sono neanche d'aiuto le cartelle cliniche. Spesso poco chiare nella causa del ricovero e nella gravità della patologia. Inoltre, i registri dei medici di fa-

miglia non documentano tutti i sintomi che il paziente mostra, perché spesso sottovalutati. E per molti pazienti, le informazioni sui diversi sintomi possono essere diffuse in diversi sistemi sanitari, rendendo difficile per i ricercatori collegare i punti. Di fatto oggi, nell'argomento, si brancola ancora nel buio. Che alcuni pazienti abbiano accusato sintomi mai prima lamentati, dopo essersi ammalati di Covid, è una realtà. Quanto siano presenti a causa del post Covid, resta da definire, come resta da valutare quanto pesino i fattori psicologici.

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*



Spoils system, il governo va avanti Via Magrini dal vertice dell'Aifa

La decisione di Schillaci. Letta (Pd): sulla salute c'è bisogno di continuità, scelta sbagliata

ROMA Il direttore di Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, ha ricevuto la lettera con cui il ministro della Salute Orazio Schillaci pone fine al suo mandato.

La carica di Nicola Magrini, come di tutti coloro che lo hanno preceduto, è soggetta al sistema dello spoils system. Prima di lui avevano ricevuto lo stesso trattamento da parte dei governi entranti Mario Melazzini (nominato da Beatrice Lorenzin, Pd), e Luca Li Bassi (Giulia Grillo, M5S). Quest'ultimo venne sostituito all'inizio del 2020 da Magrini su iniziativa del ministro dell'esecutivo Conte, Roberto Speranza, prima che concludesse il secondo dei cinque anni che gli spettavano.

Un cambiamento annunciato dunque. La lettera è il definitivo atto formale. «Nel ringraziarla per il prezioso lavoro svolto presso l'Agenzia, le rappresento che non è mia intenzione confermarla», scrive Schillaci. Da oggi, Magrini dovrà «limitarsi alla cura delle attività di ordinaria amministrazione».

La deposizione non avvie-

ne senza polemiche. Il farmacologo bolognese viene sostenuto con decisione dalla senatrice Pd, Sandra Zampa: «Ha guidato Aifa nel pieno della pandemia con grande competenza. Lascia senza parole la fretta con cui è stato esonerato, dopo una vergognosa riforma dell'agenzia inserita in un decreto estraneo al tema».

Il segretario dei democratici Enrico Letta su Twitter: «Su salute, protezione dei deboli c'è bisogno non di scelte faziose ma di continuità. La scelta è grave e sbagliata». La presidente dei senatori di FI, Licia Ronzulli, è pronta al contrattacco: «Dopo 11 anni di gestione clientelare del potere Letta grida allo scandalo perché vengono legittimamente prese decisioni e scelte figure ritenute migliori per i vertici degli enti pubblici».

E adesso? Il nuovo direttore subentrerà il 23 gennaio. In situazioni analoghe del passato, per governare l'interregno era stato indicato un facente funzioni, il più anziano dirigente presente in Aifa, che traghettasse l'agenzia fino alla direzione definitiva.

Nel dopo Melazzini e dopo Li Bassi, si trattò di Renato Massimo. L'ipotesi di un commissario esterno non è mai stata messa sul tavolo. In questo caso c'è una novità che potrebbe allungare i tempi del definitivo cambio al vertice. Nel decreto Calabria approvato a fine anno dal governo Meloni, un emendamento ha introdotto la riforma di Aifa finalizzata, come

ha spiegato Schillaci, a sveltire le pratiche di autorizzazione dei farmaci già passati al vaglio dell'agenzia europea Ema. In un'intervista al *Corriere* il ministro smentì le voci sul commissariamento.

Aifa avrà un presidente del consiglio di amministrazione con responsabilità legale (l'attuale è il virologo Giorgio Palù che potrebbe essere confermato), due direttori, amministrativo e tecnico scientifico (già previsti ma mai nominati). Verranno accorpate le commissioni tecnica, scientifica e «prezzi» composte da 10 esperti in tutto.

Deve essere approntato il regolamento, da sottoporre

all'esame di quattro ministeri. Procedura che si annuncia non veloce, dunque. Alla riforma l'opposizione contesta il fatto che equivalga alla perdita di indipendenza di Aifa. Il futuro dell'agenzia è legato anche a come verrà articolato il regolamento.

Il suo buon funzionamento non può essere scisso dallo spessore e dall'autorevolezza scientifica dei suoi tecnici e dei suoi consulenti specie in una fase in cui l'industria farmaceutica sforna medicinali ad alta complessità e altissimi prezzi.

Margherita De Bac
mdebac@rcs.it

La riforma

● A fine dicembre è entrata in vigore la riforma dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che comporterà un riassetto gestionale e amministrativo

● Lunedì il ministero della Salute guidato da Orazio Schillaci ha inviato una lettera al dg dell'Aifa Nicola Magrini sollevandolo dall'incarico dal 23 gennaio, anticipando di pochi giorni la fine del suo mandato iniziato nel 2020 con l'ex ministro Roberto Speranza

Gli avvicendamenti



Giovanni Legnini Avvocato, 63 anni, ex vicepresidente del Csm, era commissario straordinario per la ricostruzione del Centro Italia



Guido Castelli Senatore di FdI, 57 anni, succede in qualità di commissario straordinario a Legnini, che resta in carica per l'emergenza Ischia



Nicola Magrini Medico e farmacologo clinico, 61 anni, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco. nuscita il 23 gennaio



Giorgio Palù Virologo, 73 anni, presidente dell'Aifa: alla scadenza del mandato di Magrini potrebbe occuparsi anche della direzione generale





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL CASO

Aifa, il dg Magrini verrà sostituito «Una scelta pericolosa e di parte»

Tocca anche a Nicola Magrini, il direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, scontare la dura legge dello *spoils system* che il nuovo governo sta applicando da giorni per numerosi incarichi pubblici di primo piano. Ecco allora che al capo dell'Aifa è arrivata in queste ore la lettera firmata dal ministro della Salute Orazio Schilacci, in cui gli viene comunicata la rimozione dall'incarico con effetto quasi immediato: Magrini dovrà lasciare il suo ruolo il prossimo 23 gennaio, restando in carica per la gestione ordinaria fino a nuova nomina. Che per ora, a dire il vero, resta tutta in salita visto che dell'Aifa è in corso da settimane ormai una radicale riforma, con tanto di probabile abolizione della figura stessa di dg: per sostituirlo provvisoriamente il ministero potrebbe puntare infatti su una soluzione "interna", come un dirigente di area, o su Patrizia Popoli, presidente della Commissione tecnico-scientifica di Aifa e direttrice del Centro nazionale ricerca e valutazione dei farmaci dell'Istituto superiore di sanità. L'esperta avrebbe il curriculum giusto e durante la pandemia è apparsa anche in diverse trasmissioni televisive per parlare di vaccini Covid. Ancora, potrebbe arrivare un super tecnico (per esempio un docente universitario) o essere coinvolto l'attuale presidente dell'Aifa, il professor Giorgio Palù, chiamato a occuparsi anche della direzione generale.

La rimozione di Magrini, tuttavia, è destinata a sollevare un polverone politico. Il numero uno di Aifa - di cui era presidente proprio fino all'arrivo di Giorgio Palù - ha avuto un ruolo centrale durante la pandemia: fu l'ex ministro Speranza a volerlo in quel ruolo all'inizio di marzo 2020. «Siamo uno dei Paesi più vaccinati al mondo, e con i vaccini miglio-

ri. Ma non dobbiamo sederci sugli allori. Non si vive di rendita e la campagna deve essere proseguita» aveva detto Magrini nella sua ultima intervista da direttore generale dell'Aifa, rilasciata proprio un paio di giorni fa a *Repubblica*, in cui erano emerse tutte le sue preoccupazioni sul calo delle vaccinazioni in atto ormai da settimane nel nostro Paese, complice la linea di normalizzazione del Covid inaugurata proprio dal governo che lo ha "licenziato". «Si tratta di una scelta di discontinuità grave e sbagliata - commenta il segretario del Pd, Enrico Letta -. Una scelta di parte che è anche un segnale pericoloso e preoccupante. Su salute, protezione dei più deboli e lotta alla pandemia c'è bisogno non di scelte faziose ma di continuità». Posizione ribadita dal capogruppo Pd in commissione Affari sociali e già sottosegretario alla Salute, Sandra Zampa: «Siamo senza parole». Per la maggioranza replica Licia Ronzulli (FI): «È diritto di chi governa scegliere le figure che ritiene migliori e più preparate per rivestire incarichi delicati e di alta responsabilità». Intanto, si cerca una soluzione per il numero di pubblica utilità 1500 sul Covid, sospeso dal 1° di gennaio (e che vede impiegati circa 500 lavoratori): ieri si è tenuto un primo incontro con i sindacati al Ministero della Salute e si è ribadita la volontà di mantenere attivo il servizio.



L'INTERVISTA/1

Sandra Zampa

“Vicenda squallida la maggioranza pensa solo a occupare le poltrone”

La senatrice del Pd: “Stanno facendo così ovunque
finiranno per minare il funzionamento degli enti”

SERENA RIFORMATO
ROMA

«**U**na vicenda squallida». Secondo Sandra

Zampa, senatrice Pd, ex sottosegretaria alla Salute nel Conte II con il ministro Roberto Speranza, la rimozione «affrettata» del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco Nicola Magrini «dice molto della bramosia di occupare le poltrone che ha questo governo».

Non era certo inaspettato. La carica è fra quelle soggette allo spoils system: chi vince le elezioni decide i vertici.

«Mi colpiscono soprattutto i modi. Si sono precipitati a esonerarlo senza nemmeno aspettare la scadenza naturale dell'incarico a fine gennaio, come se non si fosse davanti a un professionista di alto profilo. Del resto, da quanto mi risulta, lo spoils system è stato applicato in maniera radicale a tutti i livelli anche all'interno del

ministero della Salute: molti professionisti sono stati subito allontanati. Persino chi lavorava lì da anni».

C'è chi considera Magrini vicino al centrosinistra. Anche la vostra, a marzo 2020, è stata una nomina politica?

«Il direttore generale è stato scelto dal ministro Roberto Speranza perché il suo curriculum era di indiscutibile qualità professionale. In quel momento veniva da esperienze all'estero. Ero sottosegretaria quando è stato nominato e posso dire di non aver mai sentito associare il suo arrivo a ragioni di appartenenza politica. La selezione ha seguito un iter amministrativo che avrebbe permesso ricorsi, che non ci sono stati perché nessuna aveva qualcosa da ridire sulle sue competenze. La priorità non era guardare a destra o sinistra. Faccio notare che il presidente uscente di Aifa, a sua volta in carica dal 2020, è Giorgio Palù, considerato politicamente all'opposto rispetto all'esecutivo di cui facevo parte».

Nella fretta di sostituire Magrini ha influito la necessità di marcare la discontinuità con la gestione della pande-

mia e dei vaccini?

«L'Aifa si è sempre pronunciata dopo il via libera dell'Ema, l'Agenzia europea per i medicinali. Non c'entra nulla con l'appartenenza politica. Certo può darsi che Magrini sia stato visto come legato al ministro Speranza anche solo in ragione della nomina».

Eppure insisto: il cambio di dirigenza è previsto dalle legge. Nei primi 90 giorni dalla fiducia, quindi entro il 24 gennaio, l'esecutivo ha il diritto di nominare i funzionari. Forse il problema è proprio lo spoils system?

«Dipende. Mi sembra comprensibile che una parte politica voglia ai vertici degli istituti figure di fiducia anche sulla base di una certa affinità politica. Per esempio, è normale che un ministro scelga con questo criterio il proprio capo di gabinetto. Ma che senso ha per i tecnici come il direttore generale dell'Agenzia del farmaco? Si finisce per mettere in discussione anche il funzionamento degli enti».

Cosa pensa della riforma di Aifa?

«Non ha nemmeno la dignità di essere chiamata così. Si è mai vista una riforma in un emenda-



LA STAMPA

mento, peraltro nel decreto Calabria che niente aveva a che fare con il tema? La necessità di cambiamenti nell'organizzazione di Aifa c'è, ma non così. La decisione di abolire il direttore generale e accentrare i poteri nelle mani del presidente renderà l'Agenzia di controllo ancor più dipendente dalla politica».

Anche il commissario per la ricostruzione post terremoto

Magrini fu scelto per il curriculum, forse non piace perché lo considerano vicino a Speranza



SANDRA ZAMPA
EX SOTTOSEGRETARIO
MINISTERO DELLA SALUTE

Giovanni Legnini non è stato riconfermato.

«Sono davvero molto stupita perché il suo lavoro è sempre stato giudicato positivamente anche dai presidenti di Regione di centrodestra. Mi sembra la conferma di una gestione delle nomine poco rispettosa della cosa pubblica». —





L'allarme influenza

Farmaci introvabili, la soluzione dei generici «Ma i medici frenano»

► Le farmacie comunali scrivono al ministro: «Italiani penalizzati, intervenga il governo»

► Lo studio: il 56% dei pazienti rifiuta preparati senza marca perché non consigliati dal dottore

IL CASO

ROMA Equivalenti e farmaci galenici. Non sono la soluzione all'attuale carenza di alcune medicine, ma possono essere di grandissimo aiuto nel tamponare questa penuria. Specialmente quella che riguarda i farmaci utilizzati contro l'influenza, il Covid e altre infezioni tipiche di questa stagione. Perché, anche se i problemi di reperimento dei principi attivi e delle materie prime riguardano anche equivalenti e preparati galenici, in Italia se ne fa un utilizzo così scarso che aumentarne il ricorso potrebbe alla fine rivelarsi determinante per superare questa fase delicatissima. Federfarma lo ha ribadito più volte specificando che, nonostante la carenza di alcuni farmaci segnalata dall'Agenzia italiana del farmaco, «al momento c'è sempre un'alternativa per i cittadini che non riescono a trovare il farmaco di cui hanno bisogno», sottolinea il segretario nazionale Roberto Tobia. Manca la tachipirina? Abbiamo a disposizione diverse alternative di generici per il paracetamolo. Manca il Nurofen per bambini?

Le farmacie attrezzate possono tranquillamente procedere con preparazioni galeniche di ibuprofene efficaci e sicure come il loro corrispettivo di marca. «Sugli equivalenti è questione di cultura», dice Michele Uda, direttore generale di Eguaglia. Questo nonostante il generico sia un farmaco che ha lo stesso principio attivo, la stessa quantità e identica modalità di rilascio all'interno del nostro corpo, del farmaco originale. In altre parole, nonostante sia una copia esatta del farmaco da cui trae origine. «Anche se gli acquisti di farmaci equivalenti sono

in crescita, c'è una grossa fetta della popolazione che è ancora legata al farmaco di marca e che non considera proprio la possibilità di acquistare un prodotto di eguale efficacia e di minor costo», aggiunge Uda.

Il ricorso alle cure equivalenti, inoltre, non è omogeneo in tutta Italia: continua ad essere privilegiato al Nord, rispetto al Centro e al Sud. Secondo una ricerca Swg condotta per Eguaglia, solo 4 italiani su 10 optano per il generico e più del 30% della popolazione non lo compra mai. Neanche se c'è carenza per quelli di marca. È così che scatta la corsa all'accaparramento, determinando quello che Federfar-

ma ha ribattezzato «effetto scorta»: gli acquisti di farmaci che non servono per paura di non averne qualora in futuro diventassero necessari.

I SANITARI

La scarsa cultura dei cittadini è solo una delle cause. Ancora più impattante è lo scetticismo dei medici. Secondo il quinto Rapporto Farmacia di Cittadinanzattiva, tra le motivazioni che i cittadini danno per il mancato acquisto dell'equivalente, oltre il 56% dichiara che finché non è il medico a decidere non si assume la responsabilità di fare questa scelta. Inoltre, quasi il 18% dei medici, sia quelli di famiglia che gli specialisti, non ha mai parlato dei generici al proprio paziente.

Sul fronte dei preparati galenici, farmaci assemblati direttamente in farmacia sulla base di una farmacopea comunitaria, l'ostacolo principale al momento non è tanto la scarsa «cultura» dei cittadini, ma la carenza di principi attivi che colpisce anche questi prodotti e la



Il Messaggero

difficoltà per molte farmacie di attrezzarsi a produrre questi farmaci. Nel nostro paese ci sono solo 2mila farmacie in grado di realizzare prodotti galenici «avanzati», come ad esempio l'ibuprofene per i bambini. Quasi tutte riescono a fare preparazioni di base.

Intanto l'associazione delle farmacie comunali ha scritto una lettera al ministro Schillaci, chiedendogli di intervenire: «Si sta verificando, sempre di più, la mancanza dei farmaci distribuiti dalle farmacie: le farmacie comunali ritengono non più sostenibile tale situazione». Denunciano tra l'altro il fenomeno dell'esportazione «verso

Paesi ove il prezzo di alcuni farmaci è più alto rispetto a quello della vendita nel nostro Paese. Le farmacie comunali non praticano tali operazioni e ritengono ingiusto, soprattutto per la popolazione, subirne eventuali conseguenze».

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DENUNCIATO ANCHE
IL FENOMENO
DELLE ESPORTAZIONI
DI PRODOTTI IN
PAESI DOVE VENGONO
PAGATI DI PIÙ**

Farmacie italiane in difficoltà per mancanza di medicinali. E molti pazienti rifiutano i generici perché non consigliati



Sul Messaggero



Ieri la denuncia di Federfarma sulla carenza di farmaci: oltre 3mila quelli mancanti per motivi logistici o l'indisponibilità delle materie prime





L'intervista
Andrea Mandelli

«Li facciamo noi ma ci mancano i principi attivi»

«**N**el nostro paese ci sono circa 2mila farmacie in grado di effettuare preparazioni galeniche in maniera avanzata, cioè prodotti come l'ibuprofene in sciroppo per i bambini». A spiegare prospettive e limiti dei farmaci prodotti direttamente nei laboratori delle farmacie è Andrea Mandelli, presidente Federazione Ordine dei Farmacisti Italiani (Fofi).

State pensando di aumentare queste preparazioni per far fronte alla carenza di

farmaci?

«In realtà abbiamo iniziato a farlo già qualche mese fa, intorno alla fine della primavera scorsa, quando ci siamo accorti della carenza di alcuni farmaci, come appunto l'ibuprofene. Abbiamo mandato a tutte le farmacie il protocollo con le procedure per preparare questo farmaco, praticamente la ricetta. Questo proprio perché crediamo che le farmacie possano contribuire in maniera importante a questo problema di carenza».

Ma la carenza di principi attivi e di materie prime non riguarda anche i pro-

dotti galenici?

«Purtroppo sì. Mancano i principi attivi come ibuprofene e paracetamolo, ma anche materie prime necessarie per il confezionamento dei farmaci, come l'alluminio».

Anche la produzione dei generici ne risente?

«Sì, certamente. Ma un maggior ricorso ai farmaci equivalenti, che sono uguali a quelli di 'marca', può aiutare a sopprimere alla carenza di alcuni farmaci».

Val. Arc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Biomedicale, Governo all'opera sul payback: l'obiettivo è la proroga

L'allarme

Lunedì vertice al ministero dell'Economia per trovare subito una soluzione

Marzio Bartoloni
Flavia Landolfi

Il Governo prova a mettere di corsa una toppa al caos del payback che costringerà già entro metà gennaio circa un migliaio di aziende del settore biomedicale a sborsare 2,2 miliardi alle Regioni per lo sfornamento della spesa degli ospedali dal 2015 al 2018 negli acquisti di dispositivi medici. Dopo aver fallito l'appuntamento della manovra - gli emendamenti che rinviavano i pagamenti non sono passati - lunedì prossimo al ministero dell'Economia è fissato un incontro per trovare subito una soluzione: oltre al ministro Giorgetti e al viceministro Leo ci sarà anche la Ragioneria generale dello Stato che aveva bocciato gli emendamenti alla manovra per coperture giudicate allora troppo ballerine. «Usciremo da quella riunione con qualcosa in mano, credo che andremo verso un decreto-legge con una proroga di almeno 6 mesi per fare bene tutti i conti. L'alternativa è quella invece di trovare in quella sede le coperture per azzerare tutti i debiti delle aziende», avverte Ylenia Lucaselli (Fdi) della commissione Bilancio della Camera che parteciperà al tavolo del Mef avendo seguito da vicino la vicenda per la maggioranza presentando anche l'emendamento alla legge di bilancio, poi non approvato, che rinviava di 6 mesi i pagamenti eliminando anche il meccanismo del payback per le Pmi del biomedicale con una copertura di 200 milioni giudicata insufficiente. «Una proroga - aggiunge Lucaselli - servirà a elaborare i numeri, i costi, l'impatto sul bilancio dello Sta-

to e a immaginare una soluzione dal punto di vista delle Regioni».

La strada più semplice sembra dunque quella di una proroga per la scadenza dei pagamenti: l'ipotesi minima è dare 6 mesi in più alle aziende, un lasso di tempo che aiuterà a capire «se la soluzione al nodo del payback potrà essere risolta con il restringimento della platea alle sole Pmi oppure se dovendo affrontare il problema a 360 gradi possiamo trovare delle risorse aggiuntive anche attraverso

una rimodulazione dei bilanci delle Regioni. Perché la logica della norma era quella di aiutare le Regioni nei propri bilanci attraverso un tetto retroattivo, ma così facendo - conclude Lucaselli - però si aprono una serie di problemi, il primo dei quali è la ripercussione sui bilanci delle aziende».

Tra l'altro sul micidiale meccanismo del payback pende anche la spada di Damocle dei tribunali amministrativi - il Tar del Lazio in particolare si pronuncerà il 17 gennaio - che sono stati inondati da una pioggia di centinaia di ricorsi presentati dalle aziende che in alcuni casi di fronte al conto salato presentato dalle Regioni rischiano di chiudere i battenti: lo Stato ha chiesto a ognuno di loro il 50% della spesa in eccesso effettuata dalle Regioni rispetto al tetto per l'acquisto dei dispositivi medici fissato al 4,4% della spesa pubblica sanitaria. Le gare bandite dagli ospedali hanno superato il tetto e ora per correre ai ripari di fronte a bilanci in rosso è stata riesumata con il decreto aiuti bis del Governo Draghi una vecchia norma del 2015 finora mai applicata e relativa al 2015-2018 per 2,2 mi-

lardi che salgono a 3,6 miliardi se si contano anche il 2019 e il 2020. Nel mirino dei ricorsi ci sono ragioni di illegittimità e di incostituzionalità: «La posizione che verrà assunta dal Tar del Lazio sarà naturalmente molto rilevante per il futuro del payback e con esso il futuro delle tante imprese la cui sopravvivenza è legata a questa prima ordinanza con cui il giudice amministrativo sarà chiamato a decidere se sospendere l'obbligo di payback a carico degli operatori economici ricorrenti, eventualmente rimettendo la questione alla Corte Costituzionale», spiega l'avvocato Giorgia Romitelli, partner Dla Piper tra gli studi legali che hanno lavorato ai ricorsi. «Ormai una buona parte delle Regioni hanno pubblicato sui loro siti web l'elenco delle imprese destinatarie delle loro richieste definitive di payback. All'appello mancano solo Lazio, Campania, Basilicata e Calabria. La Lombardia ha richiesto il ripiano solo per il 2018. Se gli operatori non provvedono al relativo pagamento entro i successivi 30 giorni dalla relativa pubblicazione sui loro siti e quindi già nei prossimi giorni vanno incontro - conclude l'avvocato - anche al rischio che possa essere applicata la compensazione con eventuali loro crediti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Ecco l'innovazione targata Italia A Las Vegas va in mostra il futuro

ALBERTO CAPROTTI

Dalla "mascherina invisibile" che purifica l'aria respirata da chi la indossa, al dispositivo di sblocco biometrico tramite onde cerebrali di CryptoLab. Dal dispositivo portatile per effettuare analisi mediche autonomamente senza recarsi in laboratorio presentato da Lightscience, al sistema di autorizzazione di pagamento totalmente biometrico che riconosce l'impronta digitale di MyMoney. Tra le decine di soluzioni presentate dalle 51 startup che compongono la delegazione italiana al CES di Las Vegas al via oggi si nascondono tecnologie potenzialmente rivoluzionarie per settori come la medicina e la cybersicurezza, ma anche nuove applicazioni per la realtà aumentata e virtuale, il metaverso, l'Internet of Things, oltre a tanti sistemi di intelligenza artificiale per processare grandi quantità di dati, scovando legami causali, formulando previsioni di comportamento o trovando il modo migliore per risparmiare energia.

Il Salone dell'innovazione più importante del mondo accoglie quest'anno 2400 espositori e attende un pubblico di più di 100 mila persone nell'arco dei 4 giorni di expo. Un'edizione che vuole raccontare una tecnologia sempre più al servizio dei diritti umani, e che per la prima volta introdurrà la categoria prodotto Web3, che tiene insieme le tecnologie blockchain e il metaverso. All'interno del padiglione italiano all'Eureka Park gestito da ITA (Italian Trade Agency), l'Agenzia per la promozione all'estero e l'internazionalizzazione delle imprese italiane, la nostra de-

legazione è sostenuta dall'Agenzia ICE che, spiega il suo direttore generale Roberto Luongo, «promuove l'ecosistema innovativo italiano attraverso i suoi servizi supportando 51 startup di rilievo, che rappresentano tutti i settori di punta della tecnologia italiana e propongo soluzioni di grande valore per i loro mercati di riferimento. L'ecosistema italiano delle startup è oggi maturo, conta quasi 14 mila aziende innovative registrate e nel 2022 raggiungerà quasi 2 miliardi di investimenti. Una crescita che ICE alimenta a ciclo continuo, creando diversi punti di contatto tra le realtà innovative italiane e i principali attori e interlocutori del mercato internazionale. Esportiamo un'industria tecnologica competitiva, che fa il paio con la già affermata riconoscibilità del nostro Paese sul piano culturale».

Diversissimi gli ambiti nei quali gli espositori italiani si cimentano: dai parastinchi muniti di sensori che rilevano tutte le azioni e le giocate dei calciatori inventato da Soccerment, al tappeto smart di Domethics che monitora i parametri vitali dei cani, determinando lo stato di salute dell'animale. Curioso il progetto VirtualCrab, che offre esperienze museali innovative in "realtà mista", che consentono al visitatore di interagire con gli ologrammi. Plus Biomedicals invece ha sviluppato Cwash, un dispositivo per la pulizia dei denti automatizzato, che non richiede acqua e dentifricio: utile sia in mobilità che per le persone non autosufficienti, può essere usato ovunque e collegato al proprio smartphone per monitorare la propria igiene orale. Ma c'è anche Skyproxima, una startup aeronautica che pro-

getta sistemi di trasporto medico intelligenti. O Visionair Lab, che ha sviluppato Take a Breath, un purificatore d'aria indossabile con l'aspetto di un copricapo con visiera parasole che crea due flussi d'aria, uno che blocca l'aria esterna e uno che porta aria pulita a chi lo indossa.

Il CES 2023 segna anche il debutto tra i player mondiali dell'innovazione di Innovit, l'Italian Culture and Innovation Hub inaugurato lo scorso ottobre a San Francisco. Della missione è partner anche l'ente nazionale di ricerca Area Science Park, che ha organizzato un'Academy dedicata alle startup, un percorso di formazione per insegnar loro come trarre il massimo, in termini di opportunità di business, da un'esperienza come quella di Las Vegas. Tra i partner anche il Centro Estero per l'Internazionalizzazione della Regione Piemonte, che organizzerà un panel tematico sul settore automotive.

Durante i giorni del CES, il padiglione italiano ospiterà, nell'arena allestita al suo interno, diversi altri panel di approfondimento, iniziando oggi con una finestra sugli orizzonti europei dell'innovazione, con un panel dedicato alle opportunità del programma Horizon Europe per le startup, che precederà l'European Innovation Night. Nel tardo pomeriggio di domani, invece, è in programma l'Italian Investor Night, un'occasione di networking per le realtà italiane con gli investitori internazionali.

CES 2023

Medicina, metaverso cybersicurezza, applicazioni per la realtà aumentata e virtuale, sistemi di intelligenza artificiale: le invenzioni di 51 nostre startup al Salone della tecnologia più importante del mondo



La mascherina invisibile che purifica l'aria di Visionair Lab al CES 2023





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

STATI UNITI

La pillola abortiva libera in farmacia

Morresi a pagina 15

Usa, lo strappo dell'agenzia del farmaco: pillola abortiva in vendita in farmacia

ASSUNTINA MORRESI

Dal 3 gennaio 2023 negli Stati Uniti è possibile acquistare la pillola abortiva Ru486 nelle farmacie autorizzate, direttamente oppure online, con prescrizione medica. Finora negli Stati Uniti il mifepristone (principio attivo della Ru486, che provoca la morte dell'embrione in utero) poteva essere consegnato solo di persona, da un operatore sanitario, alle donne che ne facevano richiesta; il secondo prodotto per completare l'aborto farmacologico, il misoprostolo (che provoca le contrazioni per espellere l'embrione, da somministrarsi 48 ore dopo la prima pillola), è già da tempo disponibile in farmacia. A inizio 2023 la Fda aveva anche introdotto la dicitura «non provoca l'aborto» nel foglietto illustrativo delle «pillole del giorno dopo».

Per le donne negli Usa, quindi, nelle prime dieci settimane di gravidanza è sufficiente una prescrizione medica per abortire da sole a casa. Un percorso accelerato dalle limitazioni dovute alla pandemia, prima, e dalla sentenza dello scorso anno con cui la Corte Suprema ha eliminato il diritto all'aborto, poi: in entrambi i casi l'acquisto online dei

prodotti abortivi e la possibilità di abortire fuori alle cliniche sono stati offerti come soluzione, a maggior ragione negli Stati americani dove le leggi sono cambiate, in senso più restrittivo.

L'amministrazione Biden ha completato il percorso di "cancellazione" dell'aborto avviato nel 2000 quando la Fda (Food and Drug Administration, l'agenzia federale di farmacovigilanza) approvò il mifepristone per l'interruzione volontaria di gravidanza: la procedura farmacologica è infatti la strategia politica per rendere l'aborto invisibile, ricacciarlo totalmente nel privato delle donne, consentire alle istituzioni e alla società di disinteressarsene. Secondo Evan Masingill, *ceo* di GenBioPro che produce la versione generica della pillola abortiva, l'azione della Fda è «un passo nella giusta direzione» per aumentare l'accesso all'aborto e per «ridurre al minimo l'onere» per il sistema sanitario.

Espungere l'aborto dalla scena pubblica per spegnere anche la discussione e la riflessione collettiva sulla grande, scomodissima questione della maternità rifiutata: impossibile farlo per via parlamentare, di gran lunga più efficace sfruttare la procedura chimica che sembra offrire la via a un aborto facile, per il solo fatto che per interrompere la gravidanza basti una pillola, qualcosa che può stare nel palmo di una mano e si può ingoiare da sole, con un bicchier d'acqua.

Una semplicità solo apparente: ben noti i pesanti effetti collaterali ed eventi avversi dell'aborto con la RU486, la sua mortalità dieci volte maggiore di quella per aborto chirurgico (secondo il *New England Journal of Medicine*, rivista scientifica di settore altamente qualificata), la sua pericolosità perché non prevedibile, nell'entità dell'emorragia abortiva, nella dolorosità e nella sua durata - da poche ore a 15 giorni per l'intera procedura, tutta gestita dalla donna, a cui spetta la decisione, mentre l'aborto è in corso, di recarsi o no in ospedale per una assistenza medica diretta. Un aborto casalingo che, inoltre, espone a maggior pericolo tante donne che vivono situazioni di violenza con il partner o con chi le sfrutta sessualmente, e che ora potranno più facilmente essere costrette ad abortire, senza interferenze esterne, con il circuito tutto privato dell'aborto chimico.

In questo modo anche la libertà di scegliere di essere madri non è più a tema: la maternità e il suo rifiuto vengono egualmente marginalizzate nella scena pubblica, egualmente ridotte nei confini di scelte personali di natura medica, e smettono di essere qualcosa che riguarda tutta la società, e in particolare ogni donna.

IL CONFRONTO

L'ente federale Fda autorizza il libero acquisto della Ru486 negli Stati dove non vigono le restrizioni introdotte dopo la sentenza della Corte Suprema. Una decisione che rinchioda nel privato l'interruzione di gravidanza.



Se la scatola cranica diventa trasparente

ANDREA LAVAZZA

Mettete in una busta la descrizione di un delitto e il profilo psicologico del presunto autore, spedite copie a un certo numero di giudici chiedendo loro quale pena avrebbero inflitto al colpevole sulla base delle perizie a disposizione. Metà dei referti sono accompagnati da alcune immagini del cervello a sostegno della diagnosi di disturbo mentale, che nel testo è uguale per tutti. Il risultato dell'esperimento condotto negli Stati Uniti è stato abbastanza netto: "vedere" i disturbi ha prodotto sentenze molto più miti (ovvero, ha reso più credibili le valutazioni cliniche alla loro base). Le neuroscienze hanno dovuto fare i conti negli ultimi trent'anni con una benedizione che è diventata anche un grande problema. La possibilità di osservare in vivo il funzionamento del cervello, oltre a costituire una delle più grandi rivoluzioni della ricerca, ci ha anche messo, come dice il titolo originale di un meraviglioso libro di Stanislas Dehaene, "faccia a

faccia con il nostro cervello". In italiano è diventato *Vedere la mente. Il cervello in 100 immagini* (Raffaello Cortina, pagine 222, euro 26,00), che non tradisce lo spirito di una introduzione accessibile e godibile, ma condotta al massimo livello di rigore e di aggiornamento.

È stato affermato che le immagini del cervello sono le icone scientifiche della nostra epoca, capaci di scalzare il modello atomico planetario e la doppia elica del Dna come emblemi dei progressi conoscitivi recenti. Si tratta in effetti - più della struttura della materia e forse persino più della comprensione del funzionamento dei nostri geni - di una scoperta che ci porta a scrutare la nostra interiorità. Come scrive l'autore, in quel chilo e mezzo di materia molle sono racchiusi «la mia mente, la mia persona, i miei ricordi, la mia volontà».

Dehaene, docente di Psicologia cognitiva sperimentale al Collège de France e protagonista dell'epopea raccontata, sarebbe il primo a spiegare a quei giudici americani che non devono cadere nel tranello di considerare le neuroimmagini fotografie a colori del nostro sistema nervoso, il quale resta di uno scialbo grigio benché

il volume sprizzi tinte forti e accattivanti a ogni pagina. Anzi, la lettura del libro (di formato allungato come un album e costituito da un centinaio di brevissimi capitoli corredati da spettacolari figure tratte dagli esperimenti più rilevanti) favorisce una comprensione unica dei meccanismi che ci consentono di vedere, parlare, leggere e fare di conto, imparare e prevedere, muoverci e avere una coscienza... Anche la malattia mentale comincia a diventare comprensibile e abbiamo ora l'opportunità di intervenire con nuovi, sofisticati strumenti per contrastarla. Resta da combattere la tentazione di prendere quelle macchie rosse, blu e gialle nei nostri emisferi in formato digitale come il segno diretto che individua una corrispondenza perfetta tra alcuni circuiti e una funzione cognitiva o un comportamento. Ci ha provato alcuni anni fa un gruppo di studiosi che presentò presunte corrispondenze tra specifiche attivazioni neurali e giudizi politici, pubblicando i loro risultati sul "New York Times" e dando un colpo alla credibilità della nascente neuropolitica. Nei tribunali le neuroimmagini rischiano di intimorire e confondere gli operatori della

giustizia che le temono o vi si attaccano per scagionare i propri clienti. In ambito medico possono spingere a decisioni che debbono invece basarsi anche su altri fonti di evidenza. Nelle applicazioni commerciali del neuro-marketing sono in grado di innescare una deriva di sfruttamento dei nostri meccanismi inconsci e automatici per orientare le scelte di acquisto al di là del nostro controllo consapevole. Per tutto questo le tecniche che hanno reso "trasparente" la scatola cranica sono tutt'altro che di interesse specialistico per pochi addetti ai lavori. La guida offerta da *Vedere la mente* risulta quindi tanto affascinante quanto preziosa.

SCIENZE

La possibilità sempre più evoluta di vedere dal vivo il funzionamento del cervello apre immensi orizzonti di ricerca ma anche a possibilità di sfruttamento politico, commerciale e non solo



GENETICA

Scienza

Prevedere le malattie dei bambini

Jocelyn Kaiser, Science, Stati Uniti

Due progetti nel Regno Unito e negli Stati Uniti puntano a sequenziare l'intero genoma dei neonati per individuare patologie infantili che possono essere curate

L'idea un tempo fantascientifica di sequenziare il dna di tutti i neonati per uno screening dei geni che in futuro potrebbero condizionare la loro salute sarà messa alla prova da due grandi progetti. Il Regno Unito ha annunciato che, a partire dalla fine del 2023, sequenzierà i genomi di centomila neonati per individuare duecento malattie genetiche rare. A New York, negli Stati Uniti, un progetto simile, già avviato, sta cercando un numero simile di malattie in altri centomila neonati.

L'obiettivo è diagnosticare patologie curabili che i normali screening neonatali non sono in grado d'individuare. Se il sequenziamento segnala un problema, il neonato può essere curato, evitando una disabilità permanente o la morte.

Sequenziare l'intero genoma dei neonati, però, solleva alcuni interrogativi etici, tra cui per esempio chi può avere accesso ai dati e se per i genitori sarà un inutile motivo di preoccupazione, rivelando anomalie genetiche che potrebbero anche non causare mai malattie gravi. "La questione è delicata, ma c'è una reale urgenza d'individuare un maggior numero di malattie infantili", dice Richard Scott, direttore sanitario della Genomics England, l'azienda finanziata dal governo britannico che coordina il progetto.

In molti paesi si analizza una goccia di sangue presa dal tallone dei neonati per individuare decine di malattie genetiche, che vanno dai disturbi metabolici risolvibili con diete speciali a malattie come l'atrofia muscolare spinale, curabile con i farmaci. Con il sequenziamento dell'intero genoma, che è molto più costoso (fino a mille dollari), si potrebbero individuare molte altre malattie, tra cui alcune della tiroide che, se non trattate, rischiano di danneggiare il cervello.

Il Newborn genomes programme della Genomics England, che costa 129 milioni di dollari, inviterà i futuri genitori assistiti dal servizio sanitario britannico a partecipare a partire dalla fine del 2023. L'obiettivo è monitorare centomila neonati nel giro di due anni. Per evitare allarmismi sulle varianti genetiche con esito incerto o che potrebbero causare malattie in età adulta, i genitori riceveranno solo i risultati relativi a duecento patologie legate a varianti genetiche ben note, che quasi certamente si manifesteranno prima dei cinque anni. Sono tutte curabili grazie a trattamenti che vanno dai semplici integratori al trapianto del midollo osseo.

Secondo le stime, il progetto dovrebbe individuare almeno cinquecento neonati con malattie genetiche. I ricercatori affermano che se il test fosse esteso a tutti i bambini nati nel Regno Unito si potrebbero diagnosticare circa tremila patologie curabili all'anno.

Interrogativi economici

Alcuni esperti affermano che sarebbe più utile usare i finanziamenti pubblici per

ampliare gli screening attuali, che riguardano appena nove malattie. Altri avvertono che curare le malattie individuate grazie al sequenziamento graverà su un servizio sanitario già messo a dura prova. "A quanto pare i veri interrogativi sono di natura economica", dice Josephine Johnston, esperta di bioetica dell'Hastings center, negli Stati Uniti.

Il progetto di New York, lanciato nel settembre scorso e finanziato da due aziende, è coordinato da Wendy Chung, genetista della Columbia university. Prevede il sequenziamento del dna di centomila neonati in quattro anni per cercare 160 malattie curabili. I genitori possono scegliere di aggiungere cento disturbi incurabili del neurosviluppo, che potrebbero beneficiare di logopedia e fisioterapia.

Chung afferma di aver fatto tutto il possibile per rendere etico il progetto. Finora il 75 per cento delle seicento coppie avvicinate negli ospedali presbiteriani ha accettato di partecipare, e molte hanno scelto di conoscere i disturbi incurabili.

I due progetti mirano ad aiutare i politici a decidere se far diventare il sequenziamento una procedura di routine. "La copertura garantita dal sistema sanitario britannico ci permetterà di avere le risposte", dice Scott. Negli Stati Uniti, invece, la presenza di un sistema sanitario più frammentato complica un po' le cose, ammette Chung. ♦ *sdf*



RICERCA

Le scoperte del 2023

Nature, Regno Unito

Il settimanale britannico Nature afferma che il 2023 sarà un anno importante per i vaccini a rna. Nel 2022 è cominciata la sperimentazione di un vaccino a rna contro il covid-19 e l'influenza insieme. Quest'anno saranno avviate le sperimentazioni cliniche dei vaccini contro la malaria, la tubercolosi e l'herpes genitale.

Anche in astronomia sono attese nuove scoperte, grazie all'entrata in funzione del telescopio spaziale James Webb. Nel 2023 diventeranno operativi anche l'osservatorio Vera Rubin in Cile e il radiotelescopio Qitai in Cina. Saranno anche lanciati due strumenti per l'osservazione dell'universo, il telescopio spaziale Euclid dell'Esa e il

satellite giapponese Xrism. L'Organizzazione mondiale della sanità pubblicherà una lista di agenti patogeni che dovrebbe aiutare a prevedere le pandemie. Altri sviluppi riguardano l'uso della tecnica genetica crispr, la definizione del fondo di compensazione dei danni climatici previsto dalla Cop27, gli esperimenti di fisica delle particelle, i possibili nuovi farmaci contro la malattia di alzheimer e l'apertura del primo deposito di scorie nucleari sull'isola finlandese di Olkiluoto. ♦



LA CORRETTA ALIMENTAZIONE CONTRO I MALANNI DI STAGIONE



LA PAROLA AGLI ESPERTI

CIBO E SALUTE

di **Caterina e Giorgio Calabrese**, Tecnologa e medico nutrizionista

Un pieno di proteine per battere l'influenza

Manzo, pollo e tacchino cotti al vapore, oltre a uova e formaggi, aiutano il nostro organismo nella lotta contro virus e batteri

Dice un vecchio adagio: «Nutri il raffreddore, fai morire di fame la febbre». Ciò potrebbe essere dovuto al fatto che quando capita di prendere l'influenza si perde un po' l'appetito e quindi si tende a mangiare meno. È naturale, ma il cibo giusto aiuta invece a guarire più in fretta. Per sostenere il corpo già ai primi sintomi dell'influenza è necessario rafforzare il sistema immunitario e per farlo esistono dei metodi naturali efficaci. Si consiglia di seguire un'alimentazione equilibrata e ricca di sostanze nutritive per meglio affrontare la lotta a virus e batteri. Oltre a frutta e verdura di stagione, fibre, cereali e una ridotta assunzione di grassi e di zuccheri, le sostanze alleate del nostro organismo sono queste: proteine nobili, acidi grassi Omega-3, selenio, vitamine e zinco. Nelle proteine nobili troviamo gli aminoacidi essenziali, detti così perché il nostro organismo non li produce: si trovano principalmente in alcuni alimenti di origine animale come la carne, le uova, i formaggi, che forniscono inoltre ferro; sono precursori di enzimi e ormoni utili a combattere lo stress legato all'esposizione al freddo e apportano zinco e rame, due minerali implicati nella risposta immunitaria.

L'IMPORTANZA DELLA VITAMINA B12

La carne va consumata almeno 2-3 volte la settimana, bisogna cucinarla in modo semplice e condirla con olio e succo di limone. Sono consigliate piccole porzioni cotte al vapore, al cartoccio o ai ferri, alternando fra loro manzo, pollo e tacchino. Come tutti gli alimenti di origine animale, la carne contiene la vitamina B12, fondamentale per la sintesi dei globuli rossi. Sono ottimi anche un piatto di salmone per ricaricare l'organismo di vitamina D o il formaggio che ci assicura la stessa carica di proteine utili per le difese immunitarie. La febbre e i dolori muscolari tolgono molto al corpo, ma brodi, zuppe e liquidi caldi ci fanno riprendere più in fretta. Il brodo in particolare è ricco di sostanze nutritive e antiossidanti e previene inoltre la disidratazione. Caldo e corroborante, aiuta a lenire il mal di gola e a liberare il naso chiuso.

YOGURT PER LA FLORA INTESTINALE

Si può potenziare il brodo aggiungendo carni di pollo, ricche di proteine e ferro, e verdure sane, tutti alimenti che consentiranno di combattere meglio l'influenza. È stato accertato che gli ingredienti del brodo di pollo riducono collettivamente le infiammazioni e migliorano la risposta del sistema immunitario alle malattie. Anche il consiglio di utilizzare alimenti pro-

biotici e yogurt non è casuale nel caso siano stati usati farmaci antibiotici per trattare eventuali complicazioni di tipo batterico. Può essere utile inserire detti alimenti nella dieta, dato che le cure con antibiotici provocano spesso squilibri a livello della flora intestinale. Dal momento che questi trattamenti possono anche provocare carenze di tipo vitaminico, può essere opportuno assumere integratori (in particolar modo vitamina C e vitamine del gruppo B). Importante inoltre idratarsi nel modo corretto; spesso infatti le sindromi influenzali sono causa di un'eccessiva perdita di liquidi che vanno ovviamente reintegrati. Per il periodo invernale vanno bene anche bevande calde come tisane e tè, che idratano e allo stesso tempo scaldano. ●



NUOVE INTERCETTAZIONI

Ecco il dossier
che smentisce
Zaia su Crisanti

» MANTOVANI A PAG. 6



IL CASO TAMPONI

Le mezze balle di Zaia sull'esposto anti-Crisanti

LE INTERCETTAZIONI *Ora minimizza, ma al telefono nel 2021 diceva: "Lettere ai pm in punta di fioretto, a metà con la segnalazione"*

» **Alessandro Mantovani** racconta il presidente del Veneto, Luca Zaia, che non ha mai denunciato Andrea Crisanti. Anzi, spiegava sul *Corriere della Sera* di ieri, "alla procura non abbiamo mandato un esposto, ma credo bancali interi di materiali. Ovviamente non sul professor Crisanti: ogni volta che sorgevano contestazioni o perplessità sulle scelte dei tecnici di sanità pubblica, abbiamo provveduto a informare l'autorità giudiziaria delle fonti scientifiche a supporto delle scelte. E questo sin dal febbraio 2020".

Tra i "bancali" di Zaia però c'era anche un esposto dell'Azienda Zero della Sanità veneto, venti pagine in cui le dichiarazioni del professore oggi senatore Pd erano definite come una "campagna denigratoria dell'operato della Regione Veneto e delle altre regioni, con riferi-

mento all'utilizzo e all'acquisto dei tamponi rapidi, ovvero sia i test antigenici". È stato archiviato nei mesi scorsi a Padova su richiesta della pm Silvia Golin, la quale scriveva che l'esposto "sostanzialmente denuncia il professor Crisanti per diffamazione" ma "è privo della volontà punitiva" tipica delle denunce-querelle e quindi "manca una condizione di procedibilità". Golin però è comunque entrata nel merito, riconoscendo a Crisanti il "diritto di critica" anche per le "competenze in ambito scientifico superiori al cittadino medio".

DEL RESTO COSA doveva fare Crisanti? Aveva verificato che all'Ospedale universitario di Padova, su 61 positivi ai test

molecolari, gli antigenici Abbott comprati dalla Regione se n'erano persi 19. Falsi negativi. Un bel rischio. E Crisanti lo segnalò alla Regione e alla Procura, che poi ha chiesto il processo per il dirigente sanitario Roberto Rigoli, accusato di falso per una mail del 28 agosto 2020 in cui scriveva che aveva "provato" i test antigenici e il risultato era "sovrapponibile" a quello dei molecolari. Non è vero, specie per quei test di prima generazione, al di là dell'opportunità di utilizzarli perché più rapidi. È in corso l'udienza preliminare, l'altra imputata è l'ex



direttrice dell'Azienda Zero Patrizia Simionato. Entrambi respingono le accuse. Crisanti intanto ha pubblicato il suo studio su *Nature Communications*, non un giornale locale, sia pure dopo aver eliminato un'osservazione sul possibile rapporto tra l'uso dei test rapidi in ospedali e Rsa e l'alta mortalità di quei mesi in Veneto.

La Regione avrà pure mandato "bancali di materiali" in Procura ma nel gennaio 2021 uno dei problemi di Zaia era proprio Crisanti con le sue accuse sui tamponi rapidi. Infatti un primo incarico legale, osservava la pm Golin in base alle note della Regione, doveva essere conferito "per valutare la sussistenza di elementi, atteggiamenti o comportamenti di potenziale danno d'immagine al Servizio sanitario regionale da parte del professor Crisanti". Poi il mandato all'avvocato Fabio Pinelli, legale di tanti leghisti, investì "la ricognizione in studio negli ambiti di re-

sponsabilità, anche sotto il profilo penalistico, sul percorso di sanità pubblica seguito", con una parcella da 27 mila euro che la pm riteneva potesse configurare danno erariale, ben potendo l'Azienda avvalersi dei legali interni "a costo zero". Agli atti c'è una nota di Roberto Toniolo, a capo di Azienda Zero dal marzo 2021, che esclude di aver "conferito alcun mandato riferito all'esposto presentato ai danni di Crisanti". Anche per lui, dunque, l'esposto c'era.

Nella telefonata intercettata del successivo 12 maggio, quella in cui Zaia (non indagato) diceva che "da sedici mesi" cercava di portare Crisanti "allo schianto", il presidente del Veneto se la prendeva con Toniolo per aver scritto all'Università di Padova, pronta a difendere il microbiologo,

che non c'era alcuna denuncia a suo carico da parte della Regione. "Una lettera per togliere le castagne dal fuoco al Senato accademico", protestava Zaia. Dichiarando di aver giocato sull'ambiguità: "Gli avete fatto un favore giuridico da paura - diceva - perché se adesso dovesse andare in dibattimento lui tira fuori la lettera e dice... ma nessuno mi ha mai denunciato. È stata scritta in punta di fioretto... tutte le lettere mandate in Procura che sono una via di mezzo tra un esposto e una segnalazione".

Le intercettazioni documentano i rapporti tra la Regione e l'Università, in particolare con la Scuola di Medicina diretta da accademici che per la parte assistenziale dipendono dalla Regione. Tutto legittimo, naturalmente. Nacque da lì, all'inizio della pandemia, anche la collaborazione tra Crisanti e Zaia. A Vo' Euganeo il professore dimostrò per primo, a livello internazionale, che gli

asintomatici trasmettevano il virus, come fin lì era sfuggito alle autorità cinesi e all'Oms. Infatti si testavano solo i sintomatici. Alla fine dell'estate 2020, prevedendo la seconda ondata esclusa da altri esperti, Crisanti suggerì al governo Conte 2 un piano per moltiplicare i tamponi, ovviamente molecolari. Il Veneto fu la prima Regione, seguita poi dalle altre e dal ministero della Salute, a prendere la strada degli antigenici. E Crisanti dimostrò che usarli all'ospedale di Padova era pericoloso. Poco dopo, dalla fine di dicembre 2020, i vaccini cambiarono il corso della pandemia. La guerra tra il professore e Zaia era appena iniziata.

LA PM "LA SUA UNA DENUNCIA PER DIFFAMAZIONE"



IL BILANCIO**Cenoni e feste,
i casi di Covid
restano stabili**di **Clarida Salvatori**

Quest'anno, nonostante la minaccia che incombe dalla Cina, cenone di Natale e veglione di Capodanno non hanno contribuito all'innalzamento della curva epidemiologia da Covid. Facendo infatti il confronto con i dati pre natalizi, i contagi sono rimasti più o meno invariati. Il 24 dicembre erano stati registrati 2.093 casi, i ricoverati erano 672, mentre i pazienti più gravi in terapia intensiva 26. Il primo giorno dell'anno nuovo gli stessi parametri erano ri-

spettivamente a 2.294, stesso identico numero di malati in ospedale (672) e 24 in rianimazione. Problemi, comunque, negli ospedali: pazienti in attesa per più di 24 ore prima di essere ricoverati.

a pagina 4

Non c'è stata l'impennata di contagi per i cenoni e le feste di Capodanno

Pagnanelli (Policlinico Casilino): «Difficile distinguere tra Covid e altre patologie»

Quest'anno, nonostante la minaccia (per ora sminuita) che incombe dalla Cina, cenone di Natale e veglione di Capodanno non hanno contribuito all'innalzamento della curva epidemiologia da Covid. Almeno per quanto osservato finora.

Facendo infatti il confronto con i dati pre natalizi, i contagi sono rimasti più o meno invariati. Il 24 dicembre erano stati registrati 2.093 casi, i ricoverati erano 672, mentre i pazienti più gravi in terapia intensiva 26. Il primo giorno dell'anno nuovo gli stessi parametri erano rispettivamente a 2.294, stesso identico numero di malati in ospedale (672) e 24 in rianimazione.

Ieri infine i positivi erano un po' meno, ovvero 1.951, di cui 986 nella Capitale, ma era in lieve crescita il numero di chi ha dovuto far ricorso alle cure mediche (711 i ricoverati), mentre restava sostanzialmente invariato quello degli

intubati che necessitavano di supporto respiratorio (26).

«Dopo Natale e Capodanno gli accessi nei pronto soccorso sono aumentati del 10%. Anche per effetto delle chiusure dei medici di medicina generale. E in quasi tutti ci sono pazienti che aspettano il ricovero da oltre 24 ore (come da tabella in tempo reale della Regione, ndr)»: la fotografia dell'attuale situazione negli ospedali è di Adolfo Pagnanelli, a capo dei Dipartimenti di emergenza del Policlinico Casilino.

Quali sono i sintomi di più comuni nei pazienti che affollano il pronto soccorso in questo periodo? «A parte quelli di chi ha esagerato con il cibo sotto le feste - prosegue -, sono febbre e flogosi (infiammazione, ndr) delle prime vie aeree. E poi si vede qualche polmonite». Una sintomatologia che può essere ricondotta sia la Covid che a una comune influenza. «È

proprio questo il problema - spiega ancora Pagnanelli -. Quest'anno l'influenza stagionale è fortemente sintomatica. E distinguere tra questa e il Covid richiede tempo. Perché chiunque arrivi con febbre va isolato fino all'arrivo dell'esito del tampone. Il che rallenta ovviamente le operazioni di presa in carico e a volte causa anche il fermo delle ambulanze dell'Ares 118».

Ma al momento nessun impatto pesante sulla rete ospedaliera. «Con tutto che secondo me il numero dei positivi è fortemente sottostimato perché tanti fanno i tamponi ca-



salinghi e se positivi si auto isolano senza denunciarsi». Anche l'organizzazione degli ospedali oggi è del tutto diversa. «Finche i numeri lo consentono, i positivi vengono gestiti nel reparto specialistico di appartenenza, creando una "bolla", ovvero mettendo il malato in isolamento - conclude Pagnanelli -. Se poi ci si trova di fronte a un caso particolarmente grave, che necessita di cure specifiche, allora si pensa a un trasferimento allo Spallanzani o all'Umberto I, gli unici ospedali del Lazio ad avere ancora attivi i reparti di

malattie infettive Covid».

Per il resto le uniche buone abitudini da mantenere ancora in vita sono quelle legate alla prevenzione: «Mascherine e distanziamento, utili in pandemia, lo sono anche per il contenimento degli altri virus. E vanno tenute e attuate. In ospedale, negli ambienti sanitari in generale e se occorre anche al di fuori».

Clarida Salvatori

Precauzioni
«Mascherine e distanziamento sono utili per la pandemia e tutti i virus»

711

i ricoverati
nei reparti
ordinari per
aver contratto
il Covid



Adolfo
Pagnanelli



SANITÀ

Task force anti Covid, ma lente

Con la ripresa di pandemia e influenza tornano le Usca, le unità speciali per l'assistenza domiciliare. Per averle sul posto servono 48 ore di tempo. La rivolta dei medici Asl: per i tamponi altre 24 ore

Prorogate pure le Usca e le Usca. Continuando a circolare il Covid e circolando anche diversi altri virus respiratori, la Regione Lazio ha deciso di mantenere fino a fine marzo le unità mediche speciali utili ad assistere i pazienti a domicilio. Qualcosa però, stando alle comunicazioni inviate ai medici di medicina generale, sembra non andare per il verso giusto sui tempi di attivazione delle

Unità, superiori alle 48 ore, che fanno emergere diversi dubbi sull'efficacia degli interventi considerando che quel tempo è quello determinante per decidere, ad esempio, se somministrare a un paziente gli antivirali ed evitare così l'ospedalizzazione.

di **Clemente Pistilli** ● a pagina 3

SANITÀ E PANDEMIA

C'è l'assistenza domiciliare ma arriva dopo due giorni

Prolungata l'attività
delle unità speciali
Usca e Usca, ma
i tempi di attesa
rischiano di rendere
inutili gli interventi

di **Clemente Pistilli**

Prorogate pure le Usca e le Usca. Continuando a circolare il Covid e circolando anche diversi altri virus respiratori, la Regione

Lazio ha deciso di mantenere fino a fine marzo le unità mediche speciali utili ad assistere i pazienti a domicilio. Qualcosa però, stando alle comunicazioni inviate ai medici di medicina ge-

nerale, sembra non andare per il verso giusto sui tempi di attivazione delle Unità, superiori alle 48 ore, che fanno emergere diversi dubbi sull'efficacia degli interventi considerando che



quel tempo è spesso quello determinante per decidere, ad esempio, se somministrare a un paziente gli antivirali ed evitare così l'ospedalizzazione.

Dall'inizio della pandemia, la Regione ha deciso di attivare sia le Unità speciali di continuità assistenziale, le cosiddette Usca, che le Uscar, le Unità speciali di continuità assistenziale regionale, destinando le prime all'assistenza dei pazienti in isolamento domiciliare, che necessitano però di un controllo medico, e le seconde ai controlli nei luoghi a rischio cluster, come le Rsa. Un sistema con al centro l'Istituto Spallanzani, in prima linea dal 2020 e indiscusso punto di riferimento nella lotta al Covid-19.

Dopo aver deciso di prorogare fino a fine marzo il tampone per la fine isolamento e i tamponi gratuiti presso i medici di base, la Regione ha voluto mantenere in piedi anche le speciali Unità. Con una determina della Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria, firma-

ta dal direttore Massimo Annichiarico, la proroga è stata appunto disposta fino a fine marzo. La Regione ha specificato che l'unità di continuità assistenziale, équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di chi si trova in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità, prevede lo standard di un medico e un infermiere ogni 100mila abitanti e che nel Lazio è possibile attivare 58 Uca. Considerando le prestazioni diagnostiche-terapeutiche in carico alle Unità speciali di continuità assistenziale e «l'attuale momento di alta circolazione virale, dovuto anche alla presenza del virus Sars CoV-2 con altri virus respiratori», nell'attesa della progressiva attivazione delle Uca, è stato ritenuto opportuno mantenere le Unità speciali, le Uscar e le Usca. Una decisione presa sottolineando anche che attualmente le Uscar attive sono di media 30 al giorno e supportano le attività domiciliari nelle Asl Roma

1, 2, 3, 4, 5 e 6 a favore «dei soggetti con infezione da Sars CoV-2 sintomatici non ospedalizzati».

Non sempre però il sistema sembra funzionare nel modo migliore. La tempestività negli interventi per i pazienti sintomatici è fondamentale, ma ecco che ai medici che chiedono l'attivazione delle Unità speciali l'Asl Roma 5 paventa una tempistica che non appare ottimale. L'Azienda sanitaria specifica infatti che le Uscar, una volta inviata la documentazione, «attivano la prestazione entro 48 ore» dalla ricezione della richiesta e fanno i tamponi molecolari a domicilio, che «richiedono 12-24 ore almeno per la refertazione».

Le tappe

2020

Aprile

Approvazione del regolamento per il funzionamento delle Uscar

2022

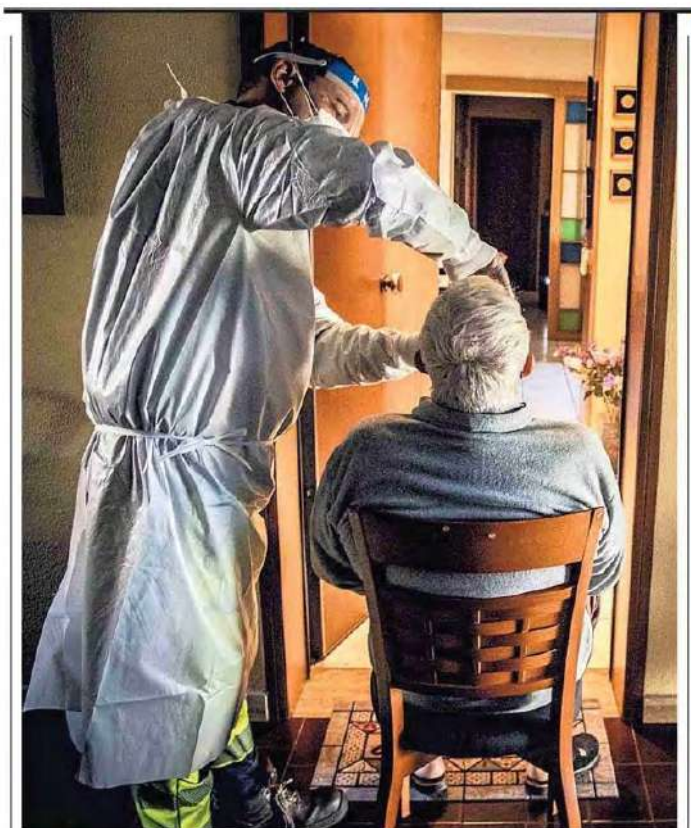
Maggio

Previsto il potenziamento delle cure domiciliari

31

Marzo

Termine stabilito al momento dalla Regione Lazio per il mantenimento delle Uscar e delle Usca



In casa Una unità di assistenza domiciliare, tecnicamente detta Uscar

