



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

07 MARZO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Villa Sofia-Cervello, ecco i vincitori del concorso per dirigente medico

La selezione per 4 posti in Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza era stata indetta alla fine del 2019. Dei 37 candidati ammessi si sono presentati alla prova scritta solo 2 che alla fine sono risultati vincitori.

7 Marzo 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. I posti in palio a **Villa Sofia-Cervello** erano 4, ma alla fine i vincitori sono stati solo 2. Alla **prova scritta** del concorso per dirigenti medici nelle Uoc di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza, infatti, 35 dei 37 candidati ammessi non si sono presentati.

Il concorso per titoli ed esami era stato indetto il 13 dicembre del 2019 e pubblicato sul sito internet aziendale il 27 gennaio del 2020 con scadenza il 24 febbraio dello stesso anno.

Tramite una delibera del 30 agosto 2021 si è provveduto all'ammissione dei candidati. Si arriva al 21 settembre del 2021, con la nomina della Commissione esaminatrice. I candidati erano in tutto 39, ma due sono stati esclusi rispettivamente in quanto non in possesso di un requisito specifico e per istanza pervenuta oltre i termini.

Dei 37 candidati restanti, alla prova scritta del 23 febbraio 2022 si sono presentati solo 2 che in seguito alle prove d'esame (pratica e orale) e alla valutazione dei titoli sono stati assunti a tempo indeterminato. Si tratta di **Federico Danesvalle** (82,730 punti) e **Antonino Vaglica** (80,050 punti).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Tutte le criticità del “DM 71”

di Filippo Palumbo e Maria Giuseppina La Falce

La bozza anticipata da Quotidiano Sanità del cosiddetto DM 71 presenta diversi aspetti meritevoli di alcune osservazioni al fine di suggerire integrazioni e verifiche per dare maggior forza ai programmi in corso di riforma dell'assistenza territoriale per la quale si sono previsti investimenti davvero cospicui a partire da quelli del Pnrr



07 MAR - La pubblicazione di una [bozza di testo del cosiddetto DM 71 su Quotidiano Sanità](#) consente finalmente di capire in che termini si sta chiudendo questa lunga fase di predisposizione del provvedimento finalizzato al potenziamento dell'Assistenza territoriale previsto dal PNRR italiano con specifico riferimento alla Missione 6, in connessione con alcuni aspetti della Missione 5.

L'intendimento è quello di suggerire integrazioni e verifiche rispetto al testo oggi disponibile per dare maggior forza a questa linea per la quale si sono previsti investimenti davvero cospicui.

Una prima riflessione va fatta sul fatto che non vi è una perfetta aderenza tra quanto previsto dalla bozza del provvedimento e il testo che risulta approvato dalla UE (vedi **Fascicolo interistituzionale: 2021/0168 (NLE) NOTA Origine: Segretariato generale del Consiglio Destinatario: Delegazioni Oggetto: Allegato RIVEDUTO della DECISIONE DI ESECUZIONE DEL CONSIGLIO relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia**)

Nel testo che risulta alle UE per l'attuazione della Componente 1 della Missione 6, la Riforma 1 è data dalla definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. La riforma costituisce un elemento preparatorio per gli investimenti della componente. È volto a istituire un nuovo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

modello di assistenza sanitaria territoriale e creerà un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Tale finalità sarà conseguita mediante due percorsi differenziati per Assistenza territoriale e per Prevenzione (come del resto previsto nella proposta presentata dal Governo italiano). Inoltre, per il primo percorso la sequenza logico procedurale appare essere la seguente:

Nell'impianto del decreto presentato in bozza, non solo appare operato un ripensamento rispetto al percorso separato per la Prevenzione ma per il percorso *unificato* si procede saltando la fase di definizione di un quadro normativo adeguato e fissando direttamente gli standard, che, peraltro, costituiscono solo una parte dell'allegato al provvedimento (l'altra parte è costituita da linee di indirizzo generali e specifiche che ne fanno una sorta di mini piano sanitario nazionale).

Rispetto a questa situazione riteniamo di dover avanzare le seguenti **osservazioni e proposte**.

Aspetti generali

Nella parte introduttiva della bozza di provvedimento in esame, proprio in conseguenza del salto logico procedurale sopra evidenziato, al primo e secondo capoverso di pagina 2 si dice:

“VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1.....omissis...:

VISTA la Riforma sulle Reti di prossimità.....omissis,,,,,, nell'ambito del PNRR (M6C1-1 “Riforma1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate...omissis...”

In questo modo è come se si facesse riferimento ad una Riforma che è stata conseguita.

A nostro avviso sarebbe stato più aderente alla situazione attuale far riferimento ad iniziative finalizzate a conseguire operativamente la Riforma sulle reti di prossimità, prefigurata dal PNRR.

Questa impostazione consentirebbe, come proponiamo alla fine di questo contributo, di superare tutta una serie di difficoltà connesse all'attuale impostazione, alcune delle quali di portata tale da poter determinare grandi difficoltà nell'approvazione e nella attuazione di quanto si vuole proporre per l'assistenza territoriale

Il raccordo con il DPCM 2017 di fissazione dei livelli essenziali di assistenza. L'articolo 1 comma 169 della legge n.311/2004 corrispondeva alla necessità di garantire che le prestazioni definite dall'allora DPCM 2001 sui Lea venissero erogate con modalità uniformi sul territorio nazionale coerentemente con le risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale.

A tal fine la norma disponeva che con regolamento ai sensi dell'articolo 17, comma 3 della legge 400/1988 potevano essere fissati gli standard qualitativi strutturali, tecnologici e di processo e possibilmente di esito e quantitativi di cui ai Livelli essenziali di Assistenza. La Corte Costituzionale intervenuta con la sentenza 134/2006 che aveva stabilito ai fini dell'adozione del suddetto regolamento fosse necessaria l'intesa della Conferenza Stato Regioni e non il semplice parere, ha avuto modo di affermare che gli standard sono integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti nel settore sanitario.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Alla luce di quanto sopra una prima riflessione a seguito della lettura della bozza di decreto concerne la necessità di operare una distinzione tra gli standard direttamente collegati all'erogazione delle prestazioni di cui al vigente DPCM Lea 2017 e quelli che invece sono gli aspetti organizzativi legati ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici minimi per l'esercizio di attività sanitarie come nel caso di ospedale di comunità case della famiglia, che in qualche modo attengono alla competenza concorrente delle Regioni.

Solleva qualche perplessità la previsione che le Regioni possano dare attuazione a un così complesso apparato unicamente con un atto generale di programmazione. Se si guarda al DM 70/2015, che fu adottato in attuazione di una specifica norma, il contesto normativo di cui alla bozza di decreto in esame sembrerebbe richiedere piuttosto un provvedimento legislativo e forse anche una norma quadro statale che ne delimiti i principi e criteri.

Aspetti specifici

Prevenzione. Qui occorre esprimere una forte riserva e un giudizio critico. Alcune pagine in cui si sintetizzano aspetti generali, condivisibili ma privi di una effettiva garanzia circa la loro implementazione operativa, non risolvono il problema. Va fatto e va previsto di più, certo sul piano anche culturale e di impostazioni innovativa basata sulla integrazione polisetoriale e politematica, ma soprattutto sul piano del potenziamento operativo e strutturale dei Dipartimenti di Prevenzione.

Perché non prevedere anche qui degli standard e dei criteri di esito ma anche di processo e di risorse professionali e tecnico strumentali?

Francamente il capitolo a ciò dedicato nell'attuale testo non sembra un documento che fa il punto su ciò che è accaduto in occasione della vicenda pandemica e non vi è garanzia che disfunzioni e carenze non si ripresentino.

Il rapporto con il DM 70 del 2015. Anche qui ci pare di dover suggerire una linea di approfondimento e integrazione.

Una duplice considerazione preliminare va fatta.

In primo luogo, come già detto, il DM 70 del 2015 fu adottato non solo in base alla previsione normativa a carattere generale inerente alla possibilità e alla modalità di fissazione di standard qualitativi e quantitativi in materia di livelli essenziali di assistenza (art. 1, comma 169, L. 311/2004 e correlata sentenza della Corte Cost. 134/2006) ma anche in base ad una disposizione di legge specifica (DL 95/2012 convertito con la L. 135/2012).

In secondo luogo, nella stesura del testo del DM per l'Assistenza territoriale si nota lo sforzo di mantenere un parallelismo con il DM sugli standard ospedalieri. Non si tiene conto del fatto che il vigente testo del DM 70/2015 è stato predisposto in riferimento ad una definizione dei LEA che era necessariamente quella del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, la quale per l'assistenza ospedaliera poggiava su liste negative piuttosto che su una definizione in positivo. Inoltre si era in presenza di una difficoltà relativa al fatto che per i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie, a suo definiti con il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, si poneva un problema per la loro modifica o aggiornamento.

Ciò a seguito della nuova situazione che si era venuta a creare; da un lato la perdita della potestà regolamentare dello Stato in materia di tutela della salute, dall'altro il fatto che nell'ambito di tali requisiti vi



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

erano parti effettivamente riconducibili alla materia tutela della salute ma altre riconducibili alla materia livelli essenziali delle prestazioni, in quanto ritenute indispensabili per garantire efficacia e sicurezza delle prestazioni sanitarie.

In altre parole, oggi in presenza di un nuovo provvedimento vigente per la definizione dei LEA (il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017) che ha notevolmente modificato l'impianto precedente, una eventuale riscrittura del DM 70 esiterebbe da un punto di vista formale, non sostanziale, in un testo in parte diverso da quello attuale. In ogni caso il DM 70/2015 si spinge verso il territorio tanto da prevedere esso stesso un ambito transmurale nel quale creare le condizioni per cui competenze cliniche di ambito ospedaliero vengano messe a disposizione per la erogazione di prestazioni in ambito extraospedaliero, a livello ambulatoriale o domiciliare.

Non solo ma il DM 70 ha dato anche indicazioni sulle cure intermedie e sullo stesso Ospedale di Comunità. Occorre portare a sintesi e a coerenza tutto questo e fare in modo che tra i testi sugli standard nei due settori dell'Ospedale e del Territorio vi siano saldature e coerenza. Non è un'operazione semplice in quanto l'evoluzione sul campo delle modalità con cui si fa assistenza sanitaria è continua. L'attuale fase di *impasse* collegata allo stress operativo determinato dalla pandemia sarà inevitabilmente seguita da una ripresa dei processi evolutivi che si erano andati a delineare.

Sul versante ospedaliero, nell'articolo con cui abbiamo partecipato al Forum sugli ospedali promosso da QS avevamo evidenziato:

- la tendenza degli ospedali a spostarsi sempre più sul trattamento dell'acuzie
- la tendenza dei singoli presidi a lavorare sempre più come parte di un assetto funzionale più ampio sia rispetto al territorio in cui operano, sia rispetto alla rete degli altri ospedali su scala regionale e nazionale. Questo ultimo processo, se guidato darebbe concretezza al tema della integrazione assistenziale Tema al quale dedichiamo il punto successivo

Il tema dell'integrazione assistenziale e gli approcci Medicina di popolazione, Sanità d'iniziativa e della Stratificazione della popolazione per profili di rischio. L'integrazione assistenziale è la principale sfida che ci aspetta sul piano culturale, programmatico ed operativo. Nell'attuale indice dell'allegato questo tema non appare direttamente citato. Certamente in alcuni capitoli, ad es, **2, 3 e 4**, il tema viene richiamato, ma andrebbe più fortemente evidenziato, L'enfasi è data alla sanità di iniziativa e alla stratificazione del rischio che si avvale di una lettura integrata dei dati disponibili allargata a quella che è una necessaria maggiore capacità di presa in carico.

Ciò richiede lo sviluppo di forme di integrazione assistenziale. Questa parte, che pare poggiarsi soprattutto sulle importanti esperienze della Regione Toscana (CCM-Chronic Care Model e ECCM-Expanded Chronic Care Model) e della Regione Emilia Romagna (Progetto RiskER) è condivisibile sul piano prospettico allargato all'intero Paese, ma al momento per molte Regioni rappresenta solo l'avvio di un percorso.

Nelle due realtà regionali citate questo approccio è fortemente presidiato sul piano anche amministrativo e si procede con progetti ad hoc formalmente approvati dai competenti organi regionali e specifiche verifiche. In molte altre realtà regionali tutto il percorso è ancora da compiere, per cui considerare standard queste modalità organizzative (tutte ancora da contestualizzare nelle singole Regioni) è un azzardo sotto il profilo giuridico e amministrativo ed è un'obiettivo forzatura. Senza tener conto poi della impossibilità sotto il profilo costituzionale di conseguire una diretta applicazione in tutto il Paese.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

In ogni caso questo è solo uno degli aspetti della più generale iniziativa che occorre sviluppare per conseguire l'integrazione assistenziale a tutto campo. Si potrebbe, al riguardo, tener conto delle elaborazioni già disponibili in campo nazionale e internazionale. Per esempio rinnoviamo il suggerimento di andarsi a rileggere un approfondimento quale quello operato nella realtà bolognese: [Forme di integrazione nell'Area metropolitana di Bologna](#)(il materiale è consultabile sul sito della [Conferenza territoriale sociale e sanitaria metropolitana di Bologna](#).) per avvalersi dell'analisi ancor valida delle esperienze maturate in campo internazionale, nonché della scrupolosa rassegna delle forme tecnico assistenziali e amministrative con cui può essere realizzata l'integrazione a livello istituzionale, con una disamina delle varie tipologie di integrazione anche tra istituzioni diverse.

Tutto ciò all'insegna della parola d'ordine **fare rete**: a) tra i servizi territoriali con la centralità del ruolo dei medici di famiglia; b) tra gli ospedali, compresi gli ospedali di insegnamento, esportando le migliori pratiche; c) tra ospedali e servizi territoriali, con un modello organizzativo in cui le reti territoriali si coordinano con le reti ospedaliere, soprattutto con i dipartimenti ospedalieri più generalisti orientati alla continuità assistenziale.

In ogni caso non si può non rilevare quanto previsto per l'assistenza domiciliare ove in merito all'integrazione con le recenti disposizioni della legge finanziaria 2022 (n.234/2021-art 1 commi 159 e seguenti) di introduzione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali (LEPS) , l'operatività degli standard è rinviata all'intesa da *“sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163 (rectius comma 161 n.d.r.), della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e de comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.*

La bozza di decreto prevede poi che *“Le Regioni e le Province autonome, in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS.”*

Il raccordo con i provvedimenti regionali di attuazione delle norme emergenziali, Tenuto conto che alcune parti del programma PNRR si completeranno nel 2026, ci si chiede quale sia il tipo di raccordo con tutto ciò che è avvenuto sul territorio (o sarebbe dovuto avvenire o è ancora in corso) a seguito della legislazione emergenziale.

È significativo che il recente decreto del Ministro della salute di ripartizione delle risorse del PNRR e del Piano per gli investimenti complementari prevede che la ripartizione delle risorse avverrà al momento del perfezionamento dei Piani operativi regionali (comprendenti gli Action Plan), tenuto conto della ricognizione in corso da parte della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute. L'erogazione delle risorse è condizionata alla sottoscrizione di un contratto istituzionale di sviluppo, di cui parte integrante sono i piani operativi regionali, che andavano perfezionati entro il 28 febbraio 2022.

Ma sono gli stessi Piani operativi regionali previsti dall'articolo 18, comma 1 del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18 convertito dalla legge 24 aprile 2020, n.27?

E poi tutte le disposizioni affini al provvedimento in esame come si raccordano? Si tratta di quelle relative



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

agli USCA, infermiere di quartiere, centrali operative regionali, strutture di prossimità, distretto, residenze sanitarie assistenziali.

Proposta

Al termine del paragrafo **Aspetti generali**, abbiamo accennato a possibili iniziative per evitare che le criticità sopra menzionate indeboliscano l'operazione per il rafforzamento della Assistenza Territoriale,

In particolare, tali iniziative potrebbero essere promosse stipulando una Intesa in sede di Conferenza Stato Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Con l'Intesa Stato Regioni sopra ipotizzata si potrebbero recepire, anche con miglioramenti, gran parte dei contenuti culturali e di spinta al cambiamento dell'attuale proposta di Decreto regolamentare e prevedere un più asciutto decreto ministeriale di natura regolamentare per definire eventuali necessari standard qualitativi e quantitativi ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Resta da definire il percorso per la Riforma della Prevenzione facendo in modo che il percorso separato sia solo procedurale e non esiti in una deleteria separazione operativa e istituzionale.

Una notazione finale va fatta e riguarda il tema delle risorse rese disponibili a regime per tutta questa operazione che resta condizionata dal Livello effettivo di finanziamento del SSN negli anni successivi al triennio in corso.

Filippo Palumbo

Già Direttore Generale e Capo Dipartimento per la Programmazione sanitaria presso il Ministero della salute

Maria Giuseppina La Falce

Già Dirigente presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



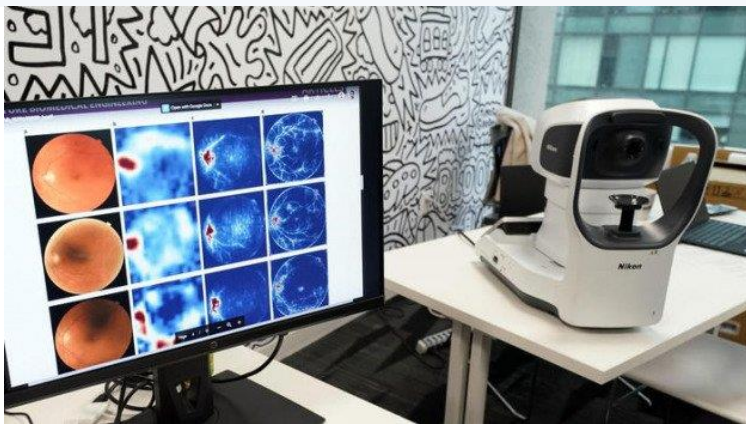
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

In Italia rischio glaucoma per 1,2 milioni, solo metà lo sa

07 Marzo 2022



(ANSA) - ROMA, 07 MAR - Conoscere meglio una minaccia ancora nascosta come il glaucoma, la malattia che mette a rischio la vista e che può essere curata, ma che viene riconosciuta solo nella metà dei casi: è questo l'obiettivo della settimana mondiale del glaucoma promossa dall' Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità (Iapb). "Non distrarti. Il glaucoma può bruciare la tua vista", è il messaggio per la settimana Mondiale di Iapb Italia Onlus, che promuove la campagna nel nostro Paese con l'Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti. Si calcola che in Italia siano 1,2 milioni le persone a rischio di glaucoma. La malattia è "la seconda causa di cecità al mondo" ed è particolarmente insidiosa, "perché non presenta sintomi in fase iniziale nella maggior parte dei casi, ma si avverte solo quando il danno al nervo ottico e alla vista è irreparabile", osserva il presidente di Iapb Italia Onlus, Mario Barbuto. La diagnosi tempestiva, aggiunge, e una "visita oculistica ogni anno dopo i sessant'anni, e ogni due tra i 40 e i 60, si conferma - osserva Barbuto - la principale forma di



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

prevenzione".

Immagine simbolo della campagna italiana è quella di un uovo al tegamino bruciato ai bordi, nella quale tuorlo e albume rappresentano pupilla e iride e le bruciature ai bordi la progressione del glaucoma, la malattia "brucia" gradualmente la vista periferica senza che la persona se ne accorga, osserva lo chef Alessandro Circiello, che ha prestato il suo nome per la campagna in Italia.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA [.it](http://www.118sicilia.it)

Covid: Sebastiani, frena discesa ingressi terapie intensive

07 Marzo 2022



(ANSA) - ROMA, 07 MAR - La discesa della curva degli ingressi giornalieri nelle terapie intensive sta registrando una frenata, così come quella dei decessi; tre settimane fa, inoltre, è diminuita sensibilmente la velocità di discesa della percentuale dei positivi ai test molecolari e in quasi la metà delle province la discesa della curva dell'incidenza dei casi positivi ad entrambi i tipi di test è in una fase di stasi, mentre si rileva una crescita in quelle di Siena, Perugia, Agrigento e Trapani. Notevole è invece la crescita, negli ultimi dieci giorni, dell'incidenza nella provincia di Cosenza. E' quanto indica l'analisi del matematico Giovanni Sebastiani, dell'Istituto per le Applicazioni del Calcolo 'M.Picone', del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr). "L'analisi dei dati epidemiologici rivela che, a livello nazionale, nella



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

prima settimana di marzo è avvenuta una frenata della discesa della curva degli ingressi giornalieri in terapia intensiva, il cui valore medio negli ultimi sette giorni è pari a circa 45 unità", osserva l'esperto. "Lo stesso - prosegue - è avvenuto a partire dall'ultima settimana di febbraio per la curva dei decessi, il cui valore medio negli ultimi sette giorni è pari a circa 200 morti al giorno". (ANSA).

L'Argomento

Sanità privata, accordo IEO e Cimop sul contratto: ora manca solo Aiop

04/03/2022

Raggiunto l'accordo tra l'Istituto Oncologico Europeo (IEO) e la CIMOP (Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata) per l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro della dirigenza medica della sanità privata.

La sottoscrizione del contratto è avvenuta ieri, 3 marzo, presso la sede dello IEO a Milano alla presenza della Dott.ssa Barbara Cossetto, Dott.ssa Anna Lauro e Dott.ssa Elisa Indelicato, insieme ai consulenti legali avv. Giovanni Costantino e avv. Antongiulio Costantino, e ai cinque rappresentanti sindacali aziendali Dott.ssa Benedetta Barbieri, Dott.ssa Anna Bottelli, Dott. Lorenzo D'Acquisto, Dott.ssa Monica Iorfida e Dott.ssa Giuseppina Lamantia, seguiti e supportati dal segretario nazionale, dott.ssa Carmela De Rango e dal consulente legale di CIMOP, avv. Mario Berruti.

Per effetto dell'accordo raggiunto, IEO applicherà il contratto collettivo nazionale del lavoro della **sanità privata ARIS – CIMOP** per il personale medico. L'introduzione dei contratti collettivi nazionali, oltre a rispondere ai dettami previsti dalle vigenti disposizioni regionali in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, introduce un trattamento economico e normativo certo, collegato a dinamiche contrattuali nazionali.

L'applicazione ai circa 230 medici IEO del nuovo CCNL dei dirigenti medici dipendenti delle strutture sanitarie, sottoscritto in data 7 ottobre 2020 da ARIS e CIMOP e l'armonizzazione di quanto previsto dal vecchio Contratto Integrativo Aziendale, è un atto di responsabilità da parte dell'Istituto Europeo di Oncologia che, pur con tutte le difficoltà attraversate nel periodo pandemico, ha confermato la volontà, nell'ottica di un accordo complessivo, a dare applicazione al nuovo CCNL.

CIMOP e IEO sono riusciti a trovare una intesa armonizzando l'organizzazione presente nei vecchi accordi con le previsioni del nuovo CCNL e mantenendo la regolamentazione aziendale sull'esclusività.

Entrando nel merito, il contratto integrativo aziendale ha una decorrenza economica dal luglio 2020 e conserva la sua validità fino al 31 dicembre 2023. Al suo interno è stata individuata una apposita indennità di esclusività IEO che si aggiunge ai trattamenti previsti dal CCNL, garantendo a tutto il personale una retribuzione

sensibilmente superiore a quella prevista dai tabellari del contratto nazionale con l'intento di consolidare il rapporto esclusivo dei medici.

La dottoressa Barbara **Cossetto**, Direttore Centrale Risorse Umane di IEO, ha manifestato la sua soddisfazione per la definizione dell'accordo: "E' stata una lunga trattativa – ha affermato – ed entrambe le parti hanno dovuto impegnarsi a fondo per giungere ad un punto di equilibrio. Alla fine, siamo riusciti ad individuare un'intesa complessiva in termini economici e normativi di soddisfazione per il personale medico e, al contempo, economicamente sostenibile per l'Istituto. La sottoscrizione del contratto integrativo aziendale è avvenuta nell'assoluta convinzione che solo attraverso il benessere e la serenità del personale possono essere garantite le cure e la migliore assistenza. La centralità del paziente passa attraverso la centralità di tutto il personale sanitario e quindi dei medici, a cui va la riconoscenza IEO per la professionalità e lo spirito di abnegazione da sempre vissuti e ancor più testimoniati in questo periodo di pandemia."

Notevole soddisfazione per il risultato raggiunto e per la maturità di confronto dimostrata dallo IEO e dalla rappresentanza sindacale medica CIMOP è stata espressa dal Segretario Nazionale della CIMOP, dott.ssa Carmela **De Rango**, secondo cui entrambe le parti hanno dimostrato competenza e capacità di mediazione tra i desiderata dei medici e le risorse messe a disposizione dall'Istituto

"E' un Istituto no profit che conosco molto bene – osserva la dott.ssa De Rango – dove sono presenti numerose eccellenze, un'alta professionalità e lo sviluppo della ricerca clinico scientifica molto intensa a favore dei pazienti oncologici, così come era stato tracciato dal fondatore nel 1994, il Professor Umberto Veronesi. Credo che l'accordo rappresenti il punto di caduta di un percorso oggettivo, di cui vado orgogliosa".

Per CIMOP la sottoscrizione del CCNL CIMOP-ARIS da parte di IEO è un altro tassello che va a confermare la bontà di impianto del contratto nazionale e la possibilità di personalizzarlo con accordi di secondo livello, utili ad integrare la base contrattuale nazionale con risorse aggiuntive in base alle disponibilità aziendali.

In aumento i casi giornalieri. Andreoni: «L'emergenza non è finita» Covid, il colpo di coda: salgono i contagi

Francesco Malfetano

Risalgono i contagi e scatta l'ennesimo allarme Covid. A testimoniare, non solo la prudenza abituale delle parole del ministro della Salute Roberto Speranza, ma soprattutto i dati di questi ultimi giorni. In particolare, basta confrontare il bollettino giornaliero di ieri con quello di domenica scorsa

per rendersene conto. Ieri i nuovi casi sono stati poco più di 35 mila. La domenica precedente circa 30 mila. Le cause? «È diminuita l'attenzione e il freddo non aiuta».

A pag. 11

Il rimbalzo della pandemia Covid, risalgono i contagi «È diminuita l'attenzione»

► Non solo i casi giornalieri, in aumento anche il rapporto tra positività e tamponi
► Andreoni: «Nessun allarme, ma pensare che l'emergenza sia già finita è un errore»

IL FENOMENO

ROMA «Superare lo stato d'emergenza non significa d'un tratto magicamente essere fuori da ogni vincolo, perché il Covid continua ad essere una sfida con cui fare i conti». La pandemia insomma non è finita, e quindi serve prestare attenzione. A testimoniare, non è solo la prudenza abituale delle parole del ministro della Salute Roberto Speranza ma soprattutto i dati degli ultimi giorni. In particolare basta confrontare il bollettino giornaliero di ieri con quello di domenica scorsa per rendersene conto. Ieri i nuovi casi sono stati poco più di 35 mila. La domenica precedente circa 30 mila. Non a caso è in risalita anche la media mobile settimanale dei casi confermati. Ieri era 36.522, in aumento rispetto ai giorni precedenti. Sabato invece 35.890 e ve-

nerdi 35.663. Non solo. «Negli ultimi giorni è in crescita anche la media mobile del rapporto tra nuovi casi e tamponi effettuati, passando dal 9,12% di mercoledì al 9,67% di ieri» spiega Roberto Cauda direttore dell'Unità operativa complessa (Uoc) di Malattie Infettive del Policlinico Gemelli di Roma. Piccoli e diffusi movimenti al rialzo che, se confermati, potrebbero risultare molto significativi perché capaci di indicare - ma è presto per dirlo con contezza - un'inversione della curva.

Tant'è che estendendo il discorso a livello settimanale, se tra il 14 e il 20 febbraio i nuovi contagi erano stati oltre 363 mila e tra il 21 e il 27 invece 289 mila (con una diminuzione di quasi 75 mila casi), nell'ultima settimana - tra il 28 e il 6 marzo - i casi

sono stati 255 mila. Vale a dire che il trend al ribasso è fortunatamente continuato, ma ha quasi dimezzato il suo impatto. «Serve cautela - ragiona però Cauda - c'è una frenata ma il calo c'è ancora». Peraltro anche «La discesa della curva degli ingressi giornalieri nelle terapie intensive sta registrando una frenata - analizza il matematico Giovanni Sebastiani, dell'Istituto per le



Applicazioni del Calcolo 'M.Picone', del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr) - così come quella dei decessi». Un trend questo confermata da quanto accade in altri Paesi europei. Un andamento simile a quello italiano si riscontra in Germania come in Francia o nel Regno Unito. Il caso più eclatante è proprio quest'ultimo: dal 22 febbraio a ieri i casi sono passati da 398mila giornalieri a 664mila. Un'impennata significativamente vicina all'annuncio del premier Boris Johnson per l'eliminazione delle restrizioni anti-Covid.

L'ITALIA

Un fattore che potrebbe essere dietro anche alla situazione italiana. «La sensazione è che ci sia in giro una certa grado di stanchezza - spiega Massimo An-

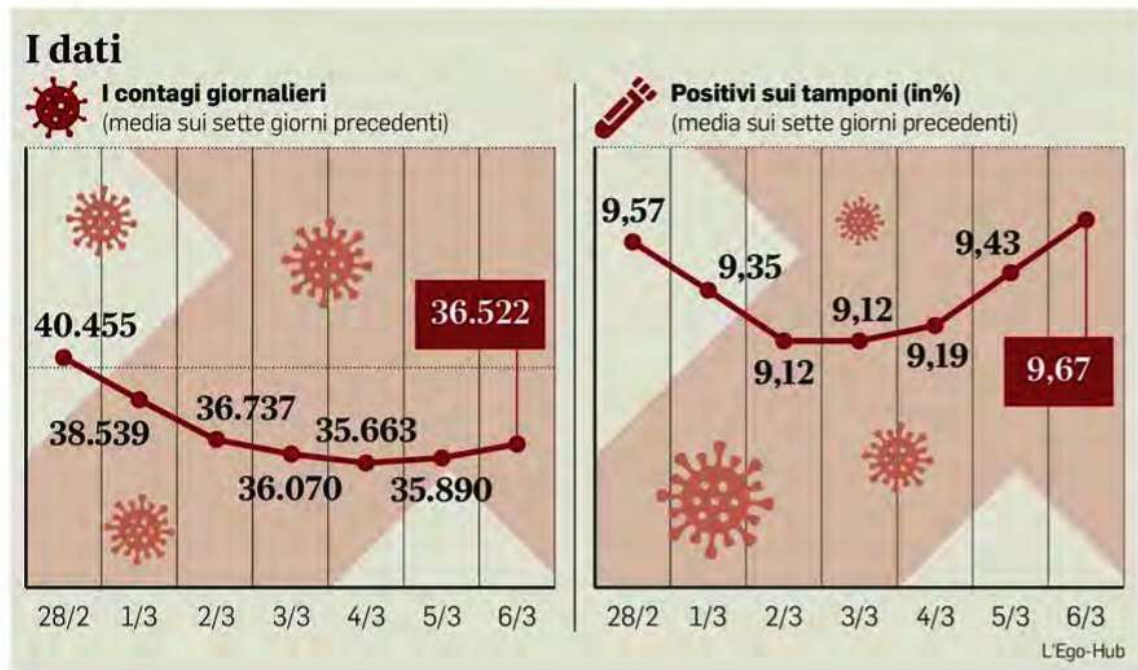
dreoni, primario di infettivologia al Policlinico Tor Vergata di Roma e direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit) - e questo senza dubbio un impatto sulla curva ce l'ha. È forse passato il messaggio che ce l'abbiamo fatta e un pochino si è persa l'attenzione». Ma le concause potrebbero essere tante. E se il ministero della Salute per ora esclude che l'arrivo dei profughi ucraini possa avere un qualche impatto, è invece plausibile che un peso l'abbiano avuto il calo della copertura vaccinale dopo 4 mesi dalla somministrazione (e con i booster in Italia si è iniziato a novembre) e, «davvero in minima parte» spiega ancora Andreoni, anche il freddo che negli ultimi giorni ha tenuto maggiormente le persone in ambienti chiusi. In ogni caso è presto perché l'atte-

sa road map delle riaperture promessa dal governo possa esserne condizionata. «Oggi questi dati sono difficili da interpretare - conclude Andreoni - magari abbiamo raggiunto il plateau, e dobbiamo accettare che in questa stagione il virus circola in questo modo. Sarebbe l'endemizzazione del Covid. Ma è presto per dirlo».

Francesco Malfetano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SEBASTIANI (CNR):
«FRENA LA DISCESA
DELLA CURVA
DEGLI INGRESSI
IN TERAPIA
INTENSIVA»**



Ancora lontana la soglia d'allarme

Covid, risalgono i contagi ma i ricoveri restano stabili

Tasso di positività sui tamponi di nuovo in crescita, i virologi rilanciano l'allarme
Pregliasco: «Troppa disattenzione, in questi giorni c'è stato un effetto liberi-tutti»

CLAUDIA OSMETTI

■ Sì, è vero: l'aumento c'è (ed è lieve). Però no, non è il caso di preoccuparci. Ché abbiamo fatto tutto quello che potevamo (l'89,45% degli italiani con più di dodici anni ha completato il proprio ciclo vaccinale e l'82,54% il braccio ce l'ha messo addirittura tre volte), il resto è opera di Omicron (con i nuovi casi che, un paio di mesi fa, son schizzati su alla velocità della luce) e, adesso, è anche una questione di "assestamento". D'accordo: gli addetti ai lavori registrano i primi segnali di risalita. Dobbiamo dircelo, perché la pandemia è fatta di numeri e ci siamo abituati a leggerla nelle tabelle del ministero della Salute.

L'Iss, al secolo l'Istituto superiore di sanità, sostiene che l'Rt, cioè il tasso di contagio, nell'ultima settimana, abbia "guadagnato" qualche zero virgola: è passato dallo 0,73 di fine febbraio allo 0,75 di oggi. Lo stesso ha fatto l'indice di trasmissibilità sui ricoveri ospedalieri (che ora tocca lo 0,77 e, prima, era lo 0,76). La buona notizia è che finché resta sotto l'uno (ossia sotto la soglia d'allarme) può essere gestito abbastanza facilmente e, comunque, non prelude a un exploit esponenziale di quelli che ci hanno già mandato a gambe all'aria almeno un paio di volte. La "cattiva" notizia è che, sulle piccole unità, il trend sembra confermato: sa-

bato (i dati di ieri - 35.057 contagi, 105 morti e la percentuale di positività all'11,8% - lasciano il tempo che trovano perché di domenica si fanno meno tamponi e così la fotografia, necessariamente, risulta sfuocata) si sono contate 39.963 nuove infezioni, 1.588 in più rispetto a sette giorni prima, con un leggero incremento su base settimanale del 4%.

Lo ripetiamo, perché il concetto deve essere chiaro e non dobbiamo avere il benché minimo dubbio: c'è da star tranquilli. Quantomeno nella misura in cui, un'emergenza sanitaria che dal 2020 ci sta scombuscolando l'esistenza, ce lo lasci essere. «Col grande desiderio di "farla finita" ci si è lasciati andare, quasi fosse un liberi-tutti», commenta il virologo e ricercatore Fabrizio Pregliasco. Il grande caos di gennaio, le code per fare un tampone, i test positivi che si moltiplicavano manco fossero tabelline, milioni di cittadini in quarantena. E poi, quasi di colpo, il sereno. La tregua. La vita che torna alla normalità perché i vaccini da una parte e il virus più contagioso dall'altra hanno creato quell'equilibrio che «non ha fatto scomparire la malattia», aggiunge Pregliasco, «però ci ha traghettato in questa fase che è sicuramente migliore». Già, ma allora perché adesso, seppur in maniera tenue, i numeri sembrano andare nell'altra direzione?

«Ci sono diversi fattori da tenere presente. Anzitutto i focolai,

che ci sono ancora e sono diversi: ma proprio per questo arrivano in maniera differente» e, quindi, possono incidere (o no) sulla conta del bollettino di giornata. «Pochi giorni fa ero in Sicilia», commenta l'esperto, «e mi raccontavano che lì adesso c'è la coda dei bambini. Una sorta di concausa può essere vista anche nell'abbandono dell'obbligo delle mascherine all'aperto, perché hanno rappresentato una misura di protezione molto importante, non l'unica e magari neanche la principale, ma sicuramente fondamentale. Invece, da circa un mese (dall'11 febbraio, per essere precisi: ndr), non dobbiamo più portarle quando camminano per strada. Si tratta, ovviamente, di decisioni di carattere politico che devono tenere in considerazione tanti aspetti. Non c'è solo l'emergenza sanitaria, c'è anche quella economica».

Eppure ciò



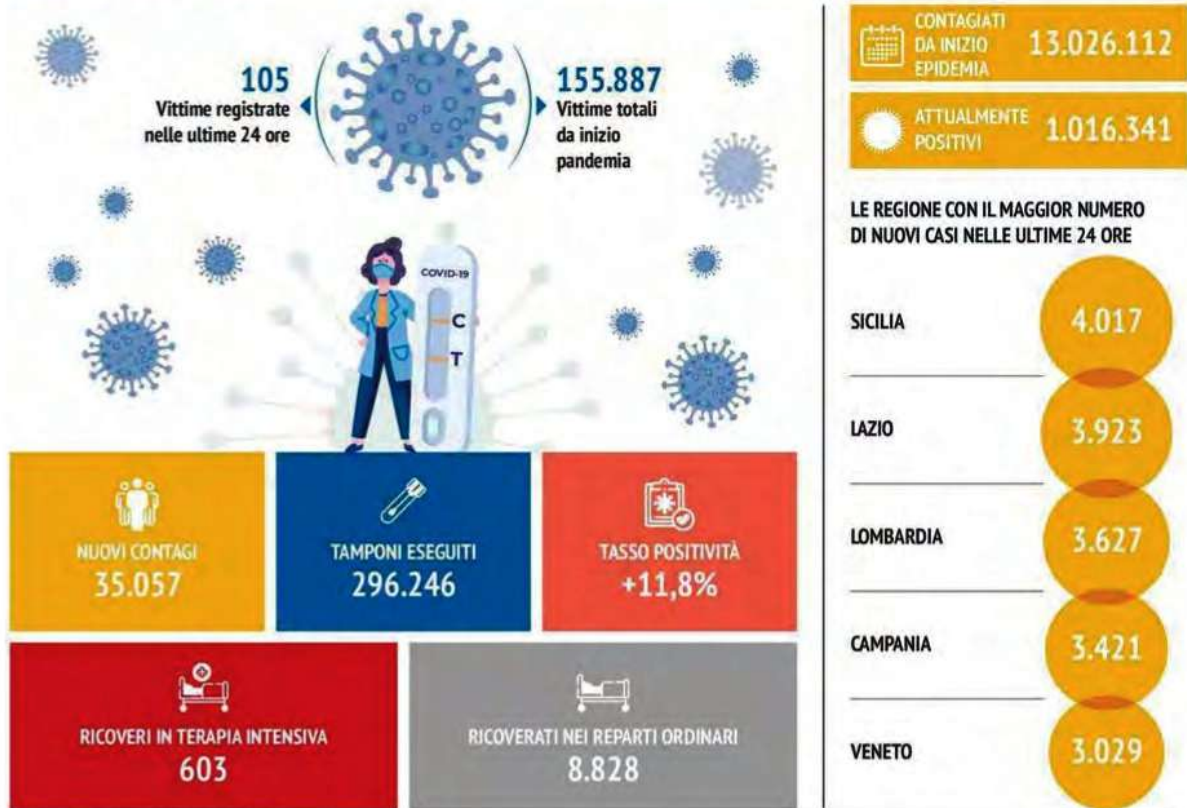
che forse sta pensando di più è proprio un "cambio di percezione" del virus che stiamo vivendo tutti, sulla nostra pelle. Le misure che si allentano (sacrosanto sforbiciarle), i tg che si riempiono di altre (terribili) notizie: basti pensare alle manifestazioni, giustissime, che so-

no nate in queste ore a favore dell'Ucraina invasa dai tank russi. «Rispetto al coronavirus vivevamo già in un clima di rilassatezza», chiosa Pregliasco, «è ovvio che le marce oceaniche di qualche migliaio di cittadini, se la si prende dal punto di vista dei contagi, possano incidere. Però, ecco, fino a un mese fa non ci sarebbe venuto in mente di organizzarne una, nonostante la drammaticità di quello che sta avvenendo a Kiev e che è fuor di discussione». Mentre i dati nazionali

parlano di sei pazienti in meno nelle terapie intensive e un calo di altri 146 nei reparti covid ordinari, tanto per dirne una, a Bolzano i ricoveri crescono, rispettivamente, di uno e di cinque.

«Ci sono diversi fattori da tenere presente. Anzitutto i focolai, che ci sono ancora e sono diversi: ma proprio per questo arrivano in maniera differente. Pochi giorni fa ero in Sicilia e mi raccontavano che lì adesso c'è la coda dei bambini»
Fabrizio Pregliasco

BOLLETTINO COVID



FONTE: Ministero della Salute - ISS, ore 18 del 6 marzo

L'EGO - HUB



Il sottosegretario replica ai leader: «Stop solo se lo consentiranno i dati» **Sileri sul green pass frena i partiti**

... Il sottosegretario alla Salute Sileri replica ai politici che si vogliono intestare la fine del green pass. «Ascoltare la scienza fin qui ha funzionato - racconta il sottosegretario a Il Tempo - quindi continuiamo così: deve decidere il Cts». E sul pericolo varianti con l'ingresso in Italia dei profughi dall'Ucraina non ha dubbi: «Il rischio c'è, ma nessuna emergenza».

De Leo a pagina 7

L'INTERVISTA

Il sottosegretario alla Salute: «Il documento varrà anche per i rifugiati»

«Via il green pass? Conteranno i dati»

Sileri sul certificato: «Capisco i partiti, ma seguiamo la scienza
Rischio varianti con i profughi? C'è, ma nessuna emergenza»

PIETRO DE LEO

... Sottosegretario Pierpaolo Sileri, Giuseppe Conte ha detto di aver chiesto a Draghi la revisione del super green pass sui luoghi di lavoro già per il 1° aprile. Lei, il giorno prima aveva aperto a un percorso più graduale. C'è quindi una distanza sul tema tra M5S-partito e M5S di governo?

«Non direi proprio. C'è una discussione in atto tra tutte le forze politiche che sostengono il governo sulla gradualità e sui tempi di allentamento delle misure, visto che la situazione epidemiologica continua a migliorare. Come sempre, si deciderà ascoltando la scienza, valutando i dati epidemiologici e i suggerimenti del Cts: è un metodo di lavoro che sinora ha funzionato, e non vedo la necessità di modificarlo».

Il Capogruppo della Lega al Senato, Massimiliano Romeo, ha detto che alla scaden-

za dello stato di emergenza, il 31 marzo, verrebbero meno le basi giuridiche del green pass. È così?

«Non sono un giurista, ma mi lascia tranquillo la constatazione che negli uffici del Governo e dei Ministeri ci sono funzionari che sulla materia sono molto esperti. Ciò che conta veramente è la direzione che abbiamo intrapreso grazie al miglioramento della situazione epidemiologica, che ci porterà progressivamente e con gradualità alla rimozione delle misure di contenimento del virus».

Ora ci troviamo ad affrontare l'arrivo di un ingente flusso da un Paese, l'Ucraina, dove solo il 35% è vaccinato. Il nostro Paese corre dei rischi dal punto di vista pandemico?

«Al momento stiamo parlando di circa 10.000 per-

sone, vedremo nei prossimi giorni se il

flusso aumenterà, e di quanto. A tutti i profughi in arrivo in Italia verrà fatto il tampone, a tutti verrà offerta la vaccinazione o il richiamo, oltre ovviamente all'accesso completo ai servizi del nostro sistema sanitario: ricordiamo che tra i profughi vi sono tanti soggetti fragili, anziani, donne, bambini, e che purtroppo potrebbero arrivare anche persone con traumi bellici».

Matteo Bassetti qualche



giorno fa ha affermato che dall'emergenza umanitaria può nascere una nuova variante. È così?

«Le probabilità che si diffondano nuove varianti virali aumentano quando la circolazione del virus è intensa, quindi se l'esodo dei profughi dovesse avvenire in situazioni di sovraffollamento il rischio di un incremento della circolazione virale potrebbe esserci. Va detto però che le varianti che abbiamo avuto sino ad oggi, da ultima Omicron, non sono emerse da situazioni di emergenza umanitaria. La veri-

tà è che dobbiamo spingere sulle vaccinazioni per raggiungere l'obiettivo fissato dall'Oms del 70% della popolazione mondiale vaccinata entro il 30 giugno».

Il governo ha dato mandato alle Regioni di predisporre l'offerta di vaccinazione per tutti gli over 5 che arrivano. Come stanno rispondendo al momento i governatori?

«Nessuno si sta tirando indietro. Ad ogni profugo verrà assegnato un codice Stp (Straniero Temporaneamente Presente) che permetterà di registrare non solo la vaccinazione Covid, ma anche le vaccinazioni di base che purtroppo in Ucraina hanno una copertura piuttosto bassa, come dimostrano le recenti epidemie di morbillo e di poliomielite. Il

nostro sistema sanitario si prenderà cura di queste persone allo stesso modo dei cittadini italiani».

Al di là di questo, c'è un tema culturale. Il governo sta pensando a un'attività di sensibilizzazione per i profughi?

«Il nostro obiettivo per l'immediato è metterli al sicuro dalla guerra, curarli se ne hanno necessità e fornire ad essi la profilassi vaccinale se lo desiderano. In Italia c'è una consistente comunità ucraina, che siamo sicuri contribuirà all'integrazione di queste persone».

Lei ha affermato che per i rifugiati non c'è obbligo green pass, bastando il tampone. Ma dal punto di vista pratico non rischiano di esserci poi dei problemi da qui a fine marzo?

«Non credo proprio: i rifugiati godono degli stessi diritti e degli stessi doveri dei cittadini italiani, compreso il requisito del green pass per svolgere le attività o fruire dei servizi per i quali è richiesto. Ma il progressivo allentamento e la eliminazione finale delle restrizioni, verso i quali ci stiamo avviando, direi che presto risolverà il problema alla radice».

Problemi giuridici

«Non so se mancherà la copertura legale senza stato d'emergenza. Ma mi fido dei nostri tecnici»

La gestione degli ucraini

«Hanno coperture basse anche con le vaccinazioni base. Lo dimostrano le recenti epidemie di morbillo»



Prudente
Il sottosegretario alla Salute Pierpaolo Sileri (LaPresse)



La puntata di Capital Vision

Malattie rare, finalmente una legge il Pnrr punta ai centri di eccellenza

La serie sui grandi trend economici e finanziari firmata da Repubblica e Affari&Finanza ha avuto come tema una questione spesso dimenticata. Le prospettive legislative aprono la strada verso servizi attenti e di qualità

ANDREA FROLLÀ

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza, la sostenibilità economica e sociale delle cure, gli investimenti sulla ricerca e ancora le partnership tra pubblico e privato. Nonostante l'importanza dei fronti aperti e la delicatezza delle sfide, di malattie rare si discute sempre poco e spesso in modo poco approfondito. Eppure, il tema merita tutt'altra attenzione, sia per la sua rilevanza sociale sia per la sua portata economica.

Il messaggio chiave dell'ultima puntata di Capital Vision non avrebbe potuto scegliere un giorno migliore per emergere. L'appuntamento con la serie sui grandi trend economici e finanziari firmata da Repubblica e Affari&Finanza è infatti andato in onda su Repubblica.it lo scorso 28 febbraio 2022, in occasione della Giornata mondiale delle malattie rare. Una ricorrenza che Capital Vision ha cercato di onorare diffondendo insieme agli ospiti della puntata più conoscenza, cultura e consapevolezza in tema di malattie rare.

«Tutti noi abbiamo provato un senso di isolamento durante le chiusure e questo è esattamente la sensazione che i malati rari vivono quotidianamente – spiega Annalisa Scopinaro, presidente Uniamo, Federazione Italiana Malattie Rare – Ci sono state problematiche di continuità della presa in carico dovute alle chiusure degli ospedali, ma anche problemi di accesso alle cure domiciliari e allo spostamento dei medici nei reparti Covid 19. Al tempo stesso, abbiamo vissuto anche esperienze positive: penso alla digitalizzazione delle ricette, alla proroga online dei piani terapeutici e allo sviluppo di forme di

tele-assistenza e tele-medicina». La digitalizzazione aiuterà ma, sostiene Scopinaro, non bisogna commettere l'errore di credere che la partita sarà squisitamente tecnologica. «Se a tutto ciò non accompagniamo un investimento sul personale sanitario che possa riempire gli spazi aperti dall'innovazione, avremo perso una battaglia. Le necessità che ruotano attorno alle malattie rare sono infatti anche di continuità dell'assistenza, ricambio generazionale e stabilizzazione del personale».

Particolarmente delicato è il fronte della sostenibilità economica della lotta alle malattie rare. «Servono anni solo per trovare un nome al malessere e quando finalmente si trova un nome non va meglio – sottolinea la presidente di Uniamo – Mancano i centri di riferimento, anche perché la competenza è estremamente specialistica. Come Paese dovremmo prenderci in carico il trasporto del paziente dalla residenza al centro specialistico, perché non è possibile che tutti i costi siano a carico delle famiglie. C'è un grande problema di sostenibilità economica e abbiamo intere famiglie che si impoveriscono. L'80% delle terapie non è rimborsato dal sistema sanitario, c'è bisogno di tanto supporto psicologico e servono cicli di riabilitazione fisica». Sotto questo punto di vista, un contributo importante è atteso dal Piano nazionale di ripresa e resilienza: «Il mondo delle malattie rare necessita di un cambiamento strutturale dei modelli di presa in carico delle persone affette da malattie rare. Serve infatti più vicinanza al domicilio del paziente, ma anche una specializzazione in linea con la nu-

merosità delle persone assistite».

Al Piano nazionale di ripresa e resilienza si lega anche la recente svolta legislativa impressa dal nostro Paese. «La legge sulle malattie rare pone degli obiettivi importanti da raggiungere, come l'uniformità di erogazione delle prestazioni e dei farmaci sul territorio nazionale, il coordinamento e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e ancora il potenziamento della rete nazionale delle malattie rare – spiega Fabiola Bologna, deputata e segretaria della XII Commissione Affari Sociali e Sanità della Camera dei Deputati – C'è poi il Piano nazionale per le malattie rare, che di fatto è il libretto delle istruzioni di questa legge: individua i compiti e le funzioni dei centri di coordinamento e definisce le modalità di attuazione, dalla presa in carico della persona alla formazione dei medici, passando per la ricerca e la prevenzione. Il tavolo ministeriale si sta occupando dell'aggiornamento del piano e speriamo di arrivare presto alla pubblicazione». Gli investimenti previsti dal Pnrr puntano in particolare a rafforzare la capacità di risposta dei centri di eccellenza, favorendo il trasferimento tecnologico e la ricerca applicata.

La grande sfida di sistema è dunque creare una condizione com-



plexiva di benessere. In quest'ottica sono da leggere pure altre iniziative recenti. «Un'altra iniziativa fondamentale riguarda l'istituzione del Comitato nazionale per le malattie rare, che garantirà la condivisione degli obiettivi e degli indirizzi tra tutti gli attori coinvolti in questa lotta. Non dimentichiamo poi il regolamento che stabilirà il meccanismo di funzionamento degli incentivi fiscali finanziati dalla legge sulle malattie rare. Questi incentivi consentiranno a soggetti pubblici e privati di impegnarsi nello sviluppo dei protocolli terapeutici e nella produzione di farmaci orfani». Ultimo, ma non meno importante, il bi-

nomio assistenza-innovazione: «La pandemia ci ha messo di fronte a scelte tecnologiche che dovremo garantire anche nel prossimo futuro, su tutto il territorio nazionale. Dobbiamo inoltre favorire le partnership all'interno del sistema di garanzia pubblico, valorizzando soprattutto le iniziative con una base operativa già sperimentata tramite progetti pilota. È nostro dovere – conclude l'onorevole Bologna – garantire una maggiore sostenibilità economica, incentivando l'eliminazione di sprechi ed efficienze».



Annalisa Scopinaro
presidente
Uniamo



Fabiola Bologna
deputata



1

1 Il tavolo ministeriale si sta occupando di aggiornare il piano



SANITÀ E DISCRIMINAZIONI

Oltre 300 milioni di persone nel mondo convivono con le malattie rare. La stima in Italia è di oltre 2 milioni di persone e di queste il 20% ha meno di 18 anni. Il 72% delle patologie ha origini genetiche, mentre il 20% è riconducibile a fattori ambientali, infettivi o allergici. Il tempo medio per una diagnosi delle malattie rare, che hanno un andamento cronico, ingravescente e spesso invalidante, oscilla dai 4 fino ai 7 anni. Il 33% dei pazienti in Italia ha ricevuto la diagnosi definitiva al di fuori della Regione di residenza. Proprio questa disomogeneità di trattamento

costringe il paziente e la famiglia a spostarsi in un'altra città o in un'altra regione per poter accedere alla terapia disponibile. Ciò accade spesso per lunghi periodi, generando una situazione fortemente discriminante tra persone affette dalla stessa malattia rara.

Le diagnosi



«Nuovo picco in Gb» Ricciardi avverte: «Senza restrizioni il Covid può tornare»

Diodato Pirone

«Il covid non è sparito, bisogna evitare di abbassare la guardia». È chiarissimo il consiglio di Walter Ricciardi, consigliere del ministro della Sanità Roberto Speranza: «Il vero obiettivo è impedire al vi-

rus di ripartire in ottobre. Nuovo picco a Londra. E con la guerra attenzione alla migrazione massiccia». *A pag. 13*



L'intervista Walter Ricciardi

«Non abbassare la guardia a Londra il Covid è tornato»

► Il consigliere del ministro Speranza: «No all'eliminazione del Green pass» ► «In Gran Bretagna hanno tolto tutte le restrizioni e i contagi stanno risalendo»

E chiarissimo il consiglio di Walter Ricciardi, ex presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e attuale consigliere del ministro della Sanità Roberto Speranza: «Non abbassare la guardia sul fronte del Covid anche se la guerra in Ucraina sembra aver tolto il virus dal nostro radar».

Professore, lei è sempre stato favorevole a interventi decisi e severi. Ma il Covid sembra aver perso forza. Non è il caso di allentare la presa?

«Non ancora se non a piccoli passi. Dobbiamo avere lungimiranza perché il vero obiettivo è impedire al virus di ripartire in ottobre».

Cosa significa in concreto?

«Da un lato l'andamento dell'epidemia è senza dubbio migliorato e la pressione sugli ospedali è scesa anche se la curva dei contagi

cala un po' meno velocemente di quanto ci aspettavamo».

E l'altro lato?

«Sottolineo tre elementi».

Quali?

«Primo: i contagi sono ancora moltissimi e abbiamo 200 morti al giorno. Secondo: a causa della invasione dell'Ucraina da parte della Russia di Putin, in Europa è in corso una migrazione di milioni di persone poco vaccinate e senza protezioni. Terzo: in Africa solo il 5% delle persone è vaccinato. Dunque ci sono le premesse per una ripresa della pandemia e per l'arrivo di nuove varianti».

Morale?

«Non sottovalutiamo il Covid. L'abbiamo fatto per due estati e poi siamo stati costretti a prendere contromisure pesanti. Dobbiamo continuare a difenderci con le mascherine e i vaccini, ma anche

a tagliare l'erba sotto i piedi del virus vaccinando l'Africa e quei Paesi dell'Asia che sono indietro».

Ma non è troppo pessimista?

«Basta dare un'occhiata ai dati della Gran Bretagna: a Londra dal 24 febbraio hanno eliminato ogni restrizione e adesso i contagi stanno risalendo. I governi europei, dunque, sono avvisati».

Cosa si può fare per limitare



l'ondata di contagio che con ogni probabilità arriva assieme ai rifugiati ucraini?

«Fatto salvo il dovere dell'accoglienza, dobbiamo essere consapevoli che una massa di persone poco vaccinate che si sposta in condizioni precarie costituisce un potenziale maxi-focolaio. Quindi le Regioni e le Asl si devono organizzare, tamponando tutti i rifugiati, invitandoli a vaccinarsi e a mantenere tutte le precauzioni di legge».

La variante Omicron arriva dall'Africa. Come è possibile che solo il 5% degli africani sia vaccinato?

«Vanno cedute le licenze di produzione dei vaccini. In Sud Africa c'è una fabbrica di vaccini ma non funziona. Assurdo».

Veniamo all'Italia. Le Regioni ma anche alcune forze politiche premono per ridurre o eliminare il Super Green Pass, in particolare sul lavoro. Che ne pensa?

«Mi sentirei più tranquillo se i politici studiassero il caso inglese. Capisco che sia popolare elimina-

re le restrizioni, ma sarebbe assurdo tornare a inseguire il virus con nuove restrizioni in autunno».

Cosa si potrebbe fare in concreto?

«Mantenere il Green pass all'aperto non ha più molto senso ma al chiuso è bene restare vigili. Non solo per il Certificato ma anche per le mascherine».

Lei è estremamente prudente nonostante i dati sulle vaccinazioni italiane siano impressionanti con quasi 135 milioni di somministrazioni...

«E' vero, l'Italia ha fatto un'ottima campagna di vaccinazione, la migliore fra i grandi paesi europei. Tuttavia, non possiamo nascondere i limiti: la campagna non è andata benissimo fra i bambini dai 5 agli 11 anni e mancano ancora alcuni milioni di vaccinati con la terza dose».

Come spiega questi buchi in una rete a maglie strette?

«Molti genitori pensano che i rischi del vaccino siano superiori ai benefici. E' un errore di valutazio-

ne perché non è vero che il Covid non abbia effetti pericolosi o comunque "lunghi" sui bambini. Inoltre, una sola Regione, la Puglia, ha portato i vaccini nelle scuole come andava fatto ovunque in Italia».

Dal 31 marzo non ci sarà più stato d'emergenza. Preoccupato?

«Le Regioni saranno ancor di più in prima fila. Spetterà soprattutto a loro non perdere di vista la lotta al Covid-19. Non si distraggano».

Diodato Pirone

I GENITORI CHE NON VACCINANO I FIGLI SBAGLIANO A VALUTARE I RISCHI: OMICRON È PERICOLOSO ANCHE PER I PICCOLI

DOVEROSO ACCOGLIERE I RIFUGIATI UCRAINI MA SONO POCO VACCINATI, DEVONO FARE I TAMPONI E TENERE LE PROTEZIONI



Il professor Walter Ricciardi, consigliere del ministero della Salute

I casi accertati in Italia



Palù, presidente Aifa «Le origini del Covid: errore in laboratorio?»

di **Margherita De Bac**
a pagina 23



«Nuovi indizi sull'errore in laboratorio Così potrebbe essere fuggito il virus»

Palù, presidente dell'Aifa. «Possibile ipotizzare una manipolazione per soli scopi di ricerca»

di **Margherita De Bac**

ROMA Si rinsalda l'ipotesi che a scatenare la pandemia sia stato un virus fuoriuscito involontariamente da un centro di ricerca. «Lo spillover con salto di specie animale-uomo potrebbe essere stato compiuto per cause accidentali da un virus del pipistrello sperimentalmente adattato a crescere in vitro», squarcia il velo sulle origini del Sars-CoV-2 Giorgio Palù, virologo doc, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco.

Lei ha contribuito a corroborare questa tesi, in un articolo recente. Quali sarebbero le nuove prove?

«È suggestivo un dato, che andrà comunque confermato da ulteriori verifiche di altri ricercatori. Il ceppo prototipo di Wuhan, quello che ha cominciato a manifestarsi in Cina con forme gravi di polmonite, e tutte le varianti che ne sono derivate, anche quelle considerate non interessanti nella classificazione internazionale, presentano una caratteristica affatto peculiare. Nel gene che produce la proteina Spike (quella che il virus utilizza per agganciare la cellula da infettare) appare inse-

rita una sequenza di 19 lettere appartenente a un gene umano e assente da tutti i genomi dei virus umani, animali, batterici, vegetali sinora sequenziati. La probabilità che si tratti di un evento casuale è pari a circa una su un trilione. Una sequenza essenziale perché conferisce al virus la capacità di fondersi con le cellule umane e di determinare la malattia».

Dunque questa sequenza è stata inserita apposta?

«Si può ipotizzare una manipolazione effettuata per soli scopi di ricerca, non certo con intenzioni malevole. Non sarebbe la prima volta che un virus scappi per sbaglio da un laboratorio ad alta sicurezza».

Quale potrebbe essere stata la finalità dello studio?

«Ad esempio per scoprire se certi virus di mammiferi, in questo caso del pipistrello, possano avere potenziale pandemico e decifrare quali caratteristiche genetiche vi contribuiscano. Scopo nobile dal punto di vista scientifico, ne sono certissimo: prevenire uno spillover naturale, cioè l'esatto contrario di quello che magari può essere avvenuto nella realtà. Non è una novità che il laboratorio di Wuhan da oltre una decade si dedichi tra l'altro alla coltura di virus di pipistrelli».

Resta sempre in piedi l'ipotesi dell'origine del virus dal

pipistrello con un passaggio diretto all'uomo o indiretto attraverso un ospite intermedio (si è parlato del pangolino) o una serie di scambi successivi uomo-animale-uomo?

«Alcuni studi recenti, che usano la bioinformatica per indagare l'evoluzione del virus, ci orienterebbero in tal senso. Manca però la prova regina che suffraghi l'origine naturale. Da un lato, non si è ancora trovato l'ospite intermedio e dall'altro, RaTG13, il virus del pipistrello *Rhinolophus affinis* il cui genoma è al 97% identico al Sars-CoV-2, ha scarsa capacità di infettarci. Per validare quale delle ipotesi in campo (spillover naturale o di laboratorio) sia più verosimile, sarebbe auspicabile, come più volte richiesto dall'Oms e dalla comunità scientifica, la collaborazione delle autorità cinesi».

A che serve scoprire da dove viene questo virus?



«È estremamente utile. Identificando un eventuale ospite intermedio, sarebbe possibile risalire all'iniziale sorgente del contagio e bloccare la trasmissione epidemica, come è avvenuto per altri virus provenienti dal mondo animale».

L'epidemia in Italia è agli sgoccioli. Ci aspetta un'estate libera?

«Non si può prevedere cosa avverrà tra qualche mese. Certo è che la prospettiva sembra favorevole se consideriamo l'andamento di questi giorni e l'approssimarsi della bella

stagione che ostacola la trasmissione di tutti i virus a diffusione aerea».

L'adesione al vaccino Novavax va a rilento. Eppure era stato accolto come quello ideale per convincere esitanti e no vax.

«Credo che la fascia dei no vax che irriducibilmente si oppone alle vaccinazioni (una sparuta minoranza, fortunatamente) non accetterà mai nessun vaccino. Il grosso vantaggio di Novavax, oltre alla dimostrata efficacia e sicurezza, è un altro. Può essere conservato per mesi a temperatu-

re da frigorifero, 3-4 gradi e a temperatura ambiente, condizione che faciliterà il suo impiego nelle popolazioni del mondo che non hanno a disposizione una catena del freddo e hanno bisogno di essere immunizzate se vogliamo la fine della pandemia».

Finalità

«Forse la ricerca mirava a scoprire il potenziale pandemico di certi virus dei pipistrelli»



Virologo
Giorgio Palù,
73 anni,
presidente
dell'Aifa
(Imago)



In Cina

Operatori al lavoro accanto a una gabbia con topi, all'interno del laboratorio P4 di Wuhan, capitale della provincia di Hubei in Cina. Il laboratorio P4 è tra i pochi al mondo autorizzati a gestire agenti patogeni con un alto rischio di trasmissione da persona a persona (Foto di Johannes Eisele / Afp)



LE STATISTICHE

Drastico calo di nascite Ma non è colpa del virus

In quanto a nascite già da anni l'Italia ha numeri bassi. Gli anni di pandemia hanno ovviamente peggiorato le cose, facendoci raggiungere il minimo storico. Il 2021 si è chiuso con meno di 400mila neonati. Un crollo progressivo, che si è accentuato negli ultimi otto anni, e che fa impallidire rispetto al picco di oltre un milione nel 1964, in pieno baby boom (meglio era andato solo nel 1946, effetto della fine della guerra), in un'Italia che era di poco più di 51 milioni. Ora siamo a 59 milioni, e anche questa soglia dovrebbe essere abbattuta al ribasso, tornato ai livelli non lontani dal 2007. Nel 2020 i nuovi nati erano stati 404.892, cioè 15mila in meno rispetto al 2019.

È un errore pensare che sia tutta colpa del Covid e della crisi economica che ne è scaturita. Il vero motivo è che non ci sono i genitori. Di fatto, risentiamo oggi dell'onda lunga di trenta/quarant'anni fa, quando l'Italia aveva smesso di fare figli e faceva i conti con una crisi demografica mai vista pri-

ma. Tanto che nel 1991 (quando non erano in corso né guerre né epidemie) siamo arrivati a una media di 1,19 figli per donna, record negativo mai visto prima. I grafici dell'Istat sulle nascite rendono bene l'idea del crollo a picco delle nascite dagli anni Sessanta (anni in cui imperava l'ottimismo economico e si investiva parecchio nella famiglia) agli anni Ottanta-Novanta. Complici del drastico cambiamento sociale sono stati vari elementi: l'emancipazione delle donne, sempre più istruite e inserite nel mondo del lavoro, l'utilizzo più diffuso della pillola contraccettiva, la legge sull'aborto, l'ambizione delle donne non solo a diventare mamme ma anche a lanciarsi nella carriera. E, in sintesi, il rinvio della costruzione di una famiglia con un'età sempre più alta per cominciare la prima gravidanza. I figli non concepiti trent'anni fa sono i genitori che mancano oggi. Tra una settimana l'Istat renderà noto il dato del 2021 ma con tutta probabilità non ci saranno sorprese né inaspettati boom di nascite.



MANCANO GENITORI

I figli mai nati per il calo di nascite di 30 anni fa, sono i genitori inesistenti di oggi. Ne nasce un nuovo calo



L'INCHIESTA

CENTENARI A PROVA DI PANDEMIA

CENTENARI a prova di pandemia

*Negli anni del
Covid l'aspettativa
di vita è diminuita
Ma il numero di
anziani che hanno
superato il secolo
è aumentato*

*Nel corso del 2021
hanno oltrepassato
la quota record
di 17mila
E nel 2040 saranno
quasi quattro
volte tanto*

In un secolo guadagnati oltre **30 anni** di vita

di **Paolo Stefanato**

La realtà, talvolta, può sembrare paradossale. Il primo gennaio 2020, l'anno precedente al Covid, le persone con più di cent'anni in Italia erano 14.804. Per il 2020 ci si aspetterebbe un calo: invece no. Nell'anno più duro della pandemia, con gli anziani soggetti al rischio maggiore, i centenari sono aumentati di oltre 2mila unità, raggiungendo, al primo gennaio 2021, il numero record di 17.156, con una percentuale dello 0,29 per mille della popolazione. Per quasi l'85% circa si tratta di donne.

Sono dati che a prima vista appare difficile capire, eppure (...)

segue alle pagine **20** e **21**



il Giornale

segue da pagina 19

(...) c'è una spiegazione demografica ineccepibile: tutto è legato alla fine della Prima guerra mondiale, quella del 1915-1918. Negli anni di conflitto le nascite sono crollate (da circa un milione l'anno a quasi la metà) mentre al ritorno della pace si è assistito a un'impennata della natalità. Così oggi, un secolo dopo, si fanno i conti, semplicemente, con una platea di persone molto più vasta; se a questo fattore puramente statistico si aggiungono poi i progressi della scienza e del benessere, non stupirà sapere che tali numeri sono destinati a salire ancora. «Ritroveremo un andamento di questo tipo dal 2040, con riferimento alla Seconda guerra mondiale: prima i centenari saranno in calo, poi in crescita, fino al baby boom degli Anni 50-60», osserva Giorgia Capacci, responsabile dell'indagine sulla popolazione supercentenaria dell'Istat (i supercentenari sono coloro che hanno compiuto 105 anni). Le proiezioni dell'istituto di statistica si spingono ai prossimi decenni: nel 2040, per esempio, gli ultracentenari saranno 55.800 (scenario mediano), su una popolazione stimata in 56 milioni di abitanti.

Tra i centenari attuali, stando ai dati più recenti (del 2019), ben 1.112 hanno raggiunto e superato il traguardo dei 105; i supercentenari oltre i 110 vivi al 1 gennaio 2019 sono (erano) 21, raddoppiati rispetto al 2009, quando se ne contavano 10. In dieci anni (2009-2019) i centenari sono passati da 11mila a oltre 14mila, quelli di 105 e oltre sono più che raddoppiati, da 472 a 1.112, con un incremento del 136%. La quota maggiore è residente nel Nord Italia, la regione con la più alta percentuale è la Liguria. Dei 125 individui che tra il 2009 e il 2019 hanno raggiunto e superato i 110 anni di età, il 93% è costituito da donne. È rimasta un mito Emma Morano, nata a Civiasco (Vercelli) ma vissuta a Verbania, morta a 117 anni nel 2017, per due

anni la più vecchia del mondo.

La popolazione anziana aumenta (va ricordato che al 1 gennaio 2021 gli ultranovantenni sono 804mila e che gli ultraottantenni sono un esercito di 4,47 milioni di persone) ma essendo aumentati i decessi è sceso il dato sull'aspettativa di vita alla nascita, principale parametro della longevità.

«Il dato dell'Istat ad oggi disponibile è riferito al 2020 - spiega Giorgia Capacci - anno in cui era a 82,1 anni, rispetto agli 83,2 del 2019». Il maggior numero di decessi per Covid ha senza dubbio influito. Giova il confronto con cent'anni fa: «Nel 1921 la speranza di vita era di 49,3 anni per i maschi, 50,8 anni per le femmine». E in questo dato c'è tutto il progresso del benessere in ogni sua più minuscola accezione.

Altro discorso riguarda l'età media (ovvero la media aritmetica dell'età della popolazione a una certa data) che oggi in Italia è piuttosto elevata, 45,9 anni, quando la media dell'Unione Europea è di 43 anni. «Come è noto siamo il Paese più anziano d'Europa, con un invecchiamento pari solo a quello della Germania. Nel mondo ci batte solo il Giappone», ricorda la funzionaria dell'Istat, che spiega: «Speranza di vita e numero di nascite incidono sull'invecchiamento della popolazione: più basse sono le nascite e più a lungo vive la gente, più il Paese invecchia. In Italia ci sono poche nascite e una speranza di vita elevata. Anche in Germania c'è un'alta speranza di vita, ma ci sono anche tante nascite che sostengono i numeri. Noi quindi invecchiamo di più». Tutti concetti che, tradotti in cifre, contribuiscono ai calcoli con cui si determina il livello delle pensioni.

Fin qui la fotografia dello stato di fatto demografico e delle previsioni statistiche. Ma sull'invecchiamento della popolazione c'è un altro, sconfinato tema da approfondire: i per-



il Giornale

chè di questo progresso, legati in primo luogo alla medicina e alla scienza. «Fino al 1830 - spiega Andrea Ungar, professore ordinario di geriatrica all'Università di Firenze - l'aspettativa di vita è rimasta fra i 30 e i 35 anni in tutto il mondo. Cambia tutto alla metà dell'800, grazie alla rivoluzione industriale che ha portato una profonda trasformazione nelle abitudini di vita, di igiene, di alimentazione, di comfort. In quegli anni la medicina diventa davvero una scienza. L'unione delle due cose - scienza e condizioni di vita - ha portato all'allungamento della vita media. Pensiamo agli antibiotici, all'analgesia che ha permesso di operare le persone, ai vaccini...».

Ma la medicina non è tutto. Continua Ungar: «Per l'invecchiamento la genetica conta per il 25%, mentre il 75% riguarda ciò che si definisce ambiente nel suo insieme. Per esempio: la solitudine o vivere in una zona disagiata accorciano la vita, abitare in città fa vivere più a lungo, perché intorno c'è la società che si muove. Sono dati certi. E poi la vedovanza accorcia la vita, specialmente nell'uomo». La scienza poi va intesa in senso ampio, come miglioramento delle condizioni di vita: anche le fognature, la sicurezza alimentare, l'illuminazione delle città contribuiscono a un miglior benessere complessivo. «Tant'è - sottolinea il professore - che l'aumento dell'aspettativa di vita appartiene ai Paesi sviluppati, mentre nei Paesi sottosviluppati, anche se possiamo usare gli stessi

farmaci, l'aspettativa rimane bassa: è un portato della civiltà».

A chi gli chiede se è vero che la medicina vede a 120 anni il prossimo traguardo di vita, Ungar dà una risposta netta: «No, a 150! Anzi, c'è chi dice che la persona che vivrà 150 anni sia già nata. Sono stime piuttosto empiriche, naturalmente. Ma l'idea di arrivare a 120 anni è più che realistica, e lo vediamo già nel ruolo sociale degli anziani. Se cioè oggi parliamo di anziani, dobbiamo riferirci agli ultra 75enni, non più agli ultra 65enni. Tra i 65 e i 75 possiamo chiamarli grandi adulti o anziani giovani. I settantenni di oggi sono superattivi, l'80% degli ultra 75 è autonomo nelle attività di base della vita quotidiana. Si tratta di una popolazione anziana che in maggioranza sta bene».

E i centenari come stanno? «Sono sicuramente soggetti superselezionati, che hanno cioè una genetica favorevole e un'incidenza di malattie nel corso della vita nettamente inferiore alla media. Comunque restano pur sempre centenari, non si può pensare che l'età non abbia nessun impatto sullo stato funzionale e cognitivo. Un centenario è un centenario, anche se esce tutti i giorni e va a bere il caffè. Sopra i 95 anni parliamo di soggetti molto fragili ai quali basta poco per perdere un equilibrio. Noi ci auguriamo che fra 60-70 anni, se davvero la vita arriverà a 120, i centenari di allora saranno gli ottantenni di oggi mentre quelli di 120 saranno i superfragili da trattare

come delle coppe di vetro molto sottili. È l'onda della società e delle generazioni, ci si laurea più tardi, ci si sposa più tardi, si fanno figli più tardi...».

Ma esiste un elisir di lunga vita? «Saperlo!», sorride il professore. «Vivere una vita più piena possibile, più autonoma possibile, più curiosa possibile, non smettere mai di imparare, non smettere di guardare al futuro come attività. Un soggetto che va in pensione giovane e smette di lavorare e di avere interessi è destinato a invecchiare male. Poi ovviamente tutto quello che è prevenzione, alimentazione, fattori di rischio cardiovascolare, mobilità, camminare, mantenere un giusto peso, mantenere un cervello attivo... E poi la bellezza: una signora di 97 anni diceva che vivere a Firenze, una delle città più belle del mondo, le allungava la vita».

Paolo Stefanato

*Nel 1921 si viveva in media
49 anni gli uomini
e 50 le donne. Oggi si
superano abbondantemente
gli 80. E per gli scienziati i
150 non sono fantascienza*

*In Italia gli ultra-ottantenni
sono un esercito formato
da quasi 5 milioni di persone
Gli ultranovantenni sono
800mila. La grande
maggioranza sono donne*



Prima la pandemia, ora la guerra

«Figli sotto choc? Non coccolateli»

Lo psicoterapeuta Pellai e il senso di paura: la storia è fatta di virus e conflitti, non dipende da noi
«Sbagliato tenere i ragazzi in una comfort zone, li rendiamo più insicuri. Facciamoli continuare a crescere»

di **Giovanni Panettiere**

Pensavamo di esserci lasciati alle spalle la pandemia, la paura della morte per malattia. Credevamo di avercela fatta, di aver recuperato l'agognata normalità. Ci sbagliavamo. Eccoci di nuovo in mezzo al guado, stavolta a tu per tu col rischio di una guerra nucleare. Noi tutti, in particolare gli adolescenti, il nostro futuro, che, nel giro di due anni e poco più, si sono trovati a fare i conti prima col Covid, ora con l'arsenale atomico in mano allo zar Putin. «La vita è imprevedibile, non potrà mai dipendere interamente da noi - liquida le illusioni Alberto Pellai, medico e psicoterapeuta dell'età evolutiva -. Anche i ragazzi sono chiamati a farne esperienza, ma l'errore più grande che possiamo fare è tenerli coperti, al sicuro come se quanto sta accadendo non ci fosse. Piuttosto bisogna aiutarli a fare ciò che la loro età esige per un sano sviluppo: prendersi dei rischi calcolati per esplorare il mondo circostante, anche adesso. Con la possibilità magari di scoprire dentro di sé una resilienza maggiore delle generazioni che li hanno preceduti in questi ultimi decenni contrassegnati da pace e benessere».

Non pensa piuttosto che i ragazzi finiscano per viverci come degli 'sfigati planetari' proprio perché incappati in uno stato d'emergenza dietro l'altro?

«Mi rendo conto che dal 2020 a oggi siamo piombati in uno sta-

to d'allerta permanente, una condizione pericolosa per gli adolescenti in quanto mette a dura prova le sicurezze conseguite nell'infanzia. Quelle indispensabili per uscire fuori, sperimentare e fare esperienze al fine d'imparare a relazionarsi con gli altri e con sé stessi. Tuttavia, assecondare una visione così sconfortante riduce l'esistenza dei ragazzi al solo aspetto della fatica quando per fortuna la vita non è solo questo».

Vuol dire che rischiamo di 'mettere fuori casa' una generazione d'insicuri cronici?

«Più che altro di far crescere soggetti in preda a un'ansia costante che li paralizza. Lo stato d'insicurezza attuale non va banalizzato, né sostenuto deve essere piuttosto affrontato, perché la vita è anche questa e la guerra in Ucraina non dipende certo da noi, ma da chi regge le sorti degli Stati».

Questa insicurezza deve essere relativizzata agli occhi delle nuove generazioni?

«Guerre e pandemie ci sono sempre state, non sono una novità della storia attuale. Se vogliamo, gli ultimi settant'anni di pace e progresso in Europa rappresentano un'eccezione che ci ha un po' illusi, quasi che potesse essere sempre così. Eppure dobbiamo aiutare i ragazzi a far leva sulle loro risorse interne. Paradossalmente, pur essendo ancora alle prese col Co-

vid e dapoco tempo con un conflitto per fortuna circoscritto al momento in un contesto geopolitico ben preciso, nonostante il rischio atomico, gli adolescenti hanno un'occasione importante per scoprire in sé stessi una resilienza agli

eventi negativi».

Come possiamo aiutare a farlo?

«Evitando di tenerli dentro una comfort zone, lontano da tutto ciò che accade intorno. Così non li proteggiamo, rischiamo solo di accentuare la paura, di demotivarli, col rischio che si chiudano in sé stessi e si sentano degli sfigati sempre in pericolo. Alla fine non daranno più importanza allo studio, allo sport, alle passioni. Un po' come degli atleti, che smettono di allenarsi per gli Olimpiadi perché tanto poi queste non ci saranno».

La vita procede, comunque.

«Esatto, anche perché gli adolescenti devono avere gli strumenti per fare esperienze e poter costruire il domani con le proprie mani e i loro pensieri».

Giusto parlare con i ragazzi della guerra?

«Sì, è bene che ci sia un confronto, che comprendano il contesto in cui si trovano per responsabilizzarli senza ansie su quelli che sono gli errori da non fare nella convivenza civile. Un processo simile lo hanno fatto sul versante della tutela dell'ambiente dove hanno maturato una sensibilità e un'attenzione maggiori dei loro predecessori».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PANDEMIA ED EVENTI BELLICI INCIDONO SULLA PSICHE

Stress da sovraccarico: riconoscere i sintomi e imparare a proteggersi

Insonnia, ansia e mal di testa: segnali da non sottovalutare
Per i ragazzi è importante seguire regole di comportamento

Federico Mereta

Una tempesta perfetta. Da un lato la pandemia, che per fortuna si sta attenuando ma non permette certo di abbassare la guardia, dall'altro gli eventi bellici. In mezzo a queste due grandi perturbazioni che si scontrano, c'è la nostra psiche. Le reazioni variano da persona a persona, manifestandosi con insonnia, ansia, mal di testa inspiegabili, irritabilità.

«Stiamo vivendo una condizione di sovraccarico da stress emotivo che rischia di bruciare quelle energie psichiche che potevano finalmente derivare dall'abolizione delle mascherine all'aperto e quella prossima dello stato d'emergenza, con un ritorno alla normalità che appare già pregiudicato dall'incertezza sull'evoluzione del conflitto e dalla crisi delle risorse» spiega Massimo di Giannantonio, presidente della Società italiana di Psichiatria (Sip) «Il mix di guerra e pandemia sgomenta e rende le persone più instabili e insicure, tornando ad acuire il disagio psichico di due anni di emergenza Covid, con il rischio di sviluppare un esaurimento emotivo da sovraccarico di stress e quindi un aumen-

to di ansia e disturbi dell'umore, proprio mentre tornavamo timidamente a sperimentare e riassaporare sentimenti di fiducia e speranza per il futuro».

Insomma, c'è bisogno di mettere in atto le contromisure più opportune, tra meditazione, vita in famiglia, relax e lotta al *burnout*. Perché ormai da due anni siamo sottoposti a uno stato di sovraccarico emotivo che forse era stato positivo ai tempi del primo lockdown, ma oggi per molti diventa una zavorra in termini di salute nella vita di ogni giorno, ben oltre quel sistema di compensazione che caratterizza lo stress acuto, con evidenti variazioni da persona a persona.

«Molti si trovano in una condizione psicofisica sgradevole e logorante per la quale l'organismo è sempre in condizioni di allerta e fatica "a staccare l'interruttore"» spiega Piero Barbanti, docente di Neurologia presso l'Università IRCCS San Raffaele di Roma «Questo ci porta in una condizione cronica di preallarme». Cosa succede quindi? Normalmente se il cervello avverte il pericolo, il corpo si prepara di conseguenza all'attacco o alla fuga. Il grande mediatore dello stress è il sistema nervoso vegetativo, coordinato dall'ipotalamo, che è per metà cervello e per metà ghiandola. Dietro comando del sistema limbico, responsabile delle emozioni, l'i-

potalamo impartisce ordini all'ipofisi, la quale, a sua volta, fa sentire la propria voce su ghiandole sessuali, tiroide e surreni. «L'ipotalamo è anche il grande orchestratore dei due fronti contrapposti del sistema vegetativo: il bellicoso sistema nervoso simpatico e il sistema nervoso parasimpatico, pacifista per definizione» riprende l'esperto «Nella condizione di stress, il sistema ipotalamo- ipofisi surrene è iperattivato e dunque gli apparati iniziano a iperfunzionare: i muscoli si contraggono, il cuore accelera, l'apparato respiratorio aumenta la frequenza del respiro, quello gastrointestinale comincia a funzionare eccessivamente, e le pupille si dilatano. Lo stress provoca quindi una condizione di iperattività e di iper-sveglia, che si traducono in insonnia, stanchezza, irritabilità, ansia e tensione continua». È a questo punto che si verificano i tanti malesseri che ci accompagnano, come dimostra un'indagine condotta da Human Highway per Assosalute. Tra i più comuni ci sono cefalea, riferita dal 48% delle persone, ansia, nervosismo, irritabilità (42,8%), tensioni



muscolari (39,6%) e disturbi del sonno (32,2%), di cui sono soprattutto le donne a soffrire.

Contromisure possibili? Oltre ai consigli (vedi a fianco), ci vuole in primo luogo una presa di coscienza.

«È fondamentale saper riconoscere i sintomi riferiti allo stress e ammettere di soffrirne» conclude Barbanti «Dobbiamo imparare che segnali in apparenza vaghi, come la riduzione della qualità del sonno, la tensione nervosa, la cefalea, la ridotta efficienza cognitiva, i dolori muscolari e alcuni disturbi dell'apparato digerente,

respiratorio e cardiovascolare, possono essere sintomi da stress. Per i ragazzi, conta moltissimo ritornare alle vecchie regole: nutrirsi bene, dormire adeguatamente, giocare, e frequentare la scuola, per riprendere quella creatività che è mancata durante l'ultimo periodo». Per loro le reazioni di iritabilità, impulsività, irrequietezza, nervosismo, disturbi del sonno e dell'alimentazione, possono diventare compagni di viaggio. E c'è bisogno di proteggerli a dovere. —

I consigli degli esperti

RICORDARE I BIORITMI



Sonno e alimentazione vanno **rispettati per qualità, quantità e orario**, evitando così il cosiddetto social jet-lag (fuso orario sociale), caratterizzato dallo sfalsamento del ritmo sonno-veglia e **alimentare rispetto alle esigenze fisiologiche**

SALVAGUARDARE IL RIPOSO



Il sonno ha un ruolo fondamentale per **contrastare lo stress**: per i ragazzi e i giovani, soprattutto, è necessario **dormire almeno 9 ore**, così che il cervello possa effettuare la sua "manutenzione", ovvero sistemare le sinapsi, consolidare i ricordi, e creare l'immaginazione

NUTRIRSI CON ATTENZIONE



Una **dieta mediterranea** a basso indice glicemico può essere la giusta soluzione per **ridurre** la cosiddetta **infiammazione** di basso grado e **contrastare** un disturbo da **stress**, ricordando di controllare l'utilizzo di sostanze psico-attive, come alcol e caffè

NON AVERE FRETTA



Bisogna ricordarsi che **non stiamo facendo una corsa**. È necessario creare **pause**, lasciare **spazio a creatività e a immaginazione**, aiutandoci anche con **musica, arte e meditazione**. Per consentire al cervello di far emergere le sue potenzialità di adattamento

L'EGO - HUB



La strategia di Takeda Italia

Non solo farmaci, anche home therapy l'intelligenza artificiale è una svolta

L'azienda è impegnata nello sviluppo di nuove molecole ma punta sull'innovazione lungo la catena di supporto. L'obiettivo è costruire ecosistemi funzionali. Parla Annarita Egidi, general manager

ROMA

«L'impegno nella lotta alle malattie rare è un nostro carattere distintivo, tant'è che la nostra pipeline è composta per il 50% da molecole con la designazione di farmaco orfano. Tuttavia, la vera sfida è definire dei nuovi schemi per cambiare il percorso terapeutico e migliorare così la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari, partendo sempre dall'ascolto delle reali esigenze, farmacologiche e non, dei pazienti e delle loro famiglie, e supportando il paziente dai primi sintomi sino al post-terapia».

Annarita Egidi, general manager di Takeda Italia, non ha dubbi: la vittoria della lotta alle malattie rare passerà sempre più dall'innovazione lungo tutta la catena di supporto e dalla capacità di costruire degli ecosistemi funzionali. Che si tratti dei primi sintomi e della diagnosi della malattia oppure della terapia vera e propria, spiega Egidi ad Affari&Finanza, la capacità di integrare le scoperte tecnologiche, scientifiche e farmaceutiche è sempre più determinante. Al tempo stesso, però, come dimostra la strategia perseguita negli ultimi anni dal colosso giapponese (30 miliardi di dollari di ricavi, 5 miliardi di investimenti R&S, presenza in oltre 80 Paesi e circa 47.000 dipendenti di cui oltre 1.100 in Italia), nessuno può credere di poter vincere sfide di questa portata in solitaria.

«L'interpretazione dei processi complessi, multidisciplinari e globali richiede un confronto strutturale tra gli attori del sistema, pubblici e privati, per mettere in rete tutte le competenze. Il nostro obiettivo è diventare un partner strategico del sistema economico

e sociale italiano, per dare soluzioni innovative alla domanda di salute, semplificare l'accesso del paziente alle cure e creare valore per il Paese attraverso investimenti in ricerca e sviluppo, produzione industriale, export e lavoro di qualità, abbracciando la digitalizzazione e la sostenibilità». La tesi promossa da Egidi è limpida: di fronte alla complessità delle sfide serve innanzitutto un confronto strutturale tra gli attori del sistema. «La parola partnership non è uno slogan, bensì un fattore competitivo strategico, indispensabile per trovare soluzioni innovative e condivise alle esigenze reali del Paese. Ecco perché – sottolinea la general manager di Takeda Italia – chiediamo la creazione di un tavolo permanente di confronto con i ministeri, l'Associazione italiana del farmaco e le Regioni, per disegnare un nuovo modello di gestione della spesa farmaceutica. Solo in questo modo è possibile sviluppare servizi e programmi di supporto più efficaci per i pazienti».

L'investimento strategico di Takeda nelle malattie rare è testimoniato anche dalla costituzione, a novembre 2021, della nuova unità di business "Rare". La divisione è nata per allineare in un unico team tutte le risorse necessarie per trasformare nei prossimi anni il trattamento di patologie poco diffuse, e ancora troppo poco conosciute. Nei prossimi 3/5 anni, prevede Takeda, il 70% del portafoglio prodotti della multinazionale sarà costituito da farmaci per il trattamento di malattie rare. Questa scelta organizzativa si va inoltre ad aggiungere agli imperativi strategici su cui l'azienda giapponese pone da tempo l'attenzione e che trovano uno scarico a terra nei 40 prodotti per il trattamento e la cura di 13 patologie (tra cui Hunter, Gaucher, Angioedema ereditario, Fabry, Sindrome dell'intestino corto, ecc.). «Ridisegnare la gestio-

ne dei pazienti con patologie croniche è la vera sfida del futuro – sintetizza Egidi – Non esiste una soluzione unica, in quanto differenze culturali e geografiche impattano in maniera importante nella medicina di prossimità. La soluzione è nel corretto utilizzo di tecnologie abilitanti, quali ad esempio gli algoritmi di intelligenza artificiale, per potenziare i network di cura e renderli efficaci e sostenibili».

Attenzione però a credere che la lotta alle malattie rare sia solo una questione di farmaco. Altrettanto importante, spiega la general manager di Takeda Italia, è il supporto a domicilio: «L'home therapy presenta diversi benefici ma non viene consentita in maniera uniforme in tutte le Regioni: è necessario definire un modello organizzativo a tutela della sicurezza del paziente e anche dei sistemi sanitari regionali». Di sistema, conclude Egidi, è anche la partita legata al Piano nazionale di ripresa e resilienza. «L'industria vuole accompagnare il Pnrr con significativi investimenti in ricerca, sviluppo, innovazione. Del resto, la pandemia ha sottolineato il nesso indissolubile tra salute, economia e crescita. L'Italia è impegnata in un percorso di uscita progressiva dall'emergenza, nonché di contestuale rilancio della propria competitività, e il ruolo che il Paese sta assumendo è di promotore di una sfida europea comune, che consenta l'autonomia dell'UE in vari settori, in particolare quello della sanità, della ricerca e dell'innovazione. L'auspicio è che questa sfida riparta dalle leve più rilevanti e strategiche dell'industria e delle multinazionali del farmaco storicamente presenti sul territorio». – a.f.



Nuove frontiere

Doctor Robot arriva in corsia quando un algoritmo salva la vita

Big data e stampa 3D, intelligenza artificiale e realtà aumentata, l'hi-tech fa irruzione con diagnosi più accurate, cure innovative, ma soprattutto maggiore benessere per i pazienti

SIBILLA DI PALMA

L'alleanza uomo-macchina va delineandosi come un tema cruciale in molti settori e questo vale anche

per la medicina che sta vivendo una fase di profonda trasformazione legata ai progressi tecnologici. Nuovi strumenti, dall'intelligenza artificiale alle stampanti 3D, dalla realtà aumentata alla robotica, fino all'utilizzo dei big data, che hanno fatto irruzione nel panorama medico e sanitario, con l'obiettivo di innovare le cure e produrre diagnosi più accurate, oltre che di migliorare la qualità di vita dei pazienti. Non a caso il medtech, ovvero il settore delle tecnologie mediche e biomediche, ha assunto un ruolo sempre più centrale negli ultimi anni. Nel report "The European Medical Technology Industry in figures 2021", pubblicato da MedTech Europe, associazione di categoria che rappresenta le aziende europee attive nell'ambito dei dispositivi medicali, si evidenzia che il settore ha raggiunto nel 2020 un fatturato complessivo di circa 140 miliardi di euro, posizionandosi al secondo posto a livello globale con una quota del 27,6% del giro d'affari totale. In Europa sono circa 33 mila le aziende che producono tecnologie mediche, perlopiù localizzate in Germania, Italia, Regno Unito, Francia e Svizzera.

L'industria europea della medical technology occupa direttamente più di 760 mila addetti, di cui 94.153 in Italia (ovvero il terzo posto a livello europeo, dopo Germania e Uk). Nel 2020 il mercato europeo dei medical device è cresciuto dell'8,5%, mentre l'incremento medio annuo registrato nell'arco degli ultimi dieci anni è stato del 2,5%. Sempre secondo i dati di MedTech

Europe, nel 2020 le richieste di brevetti nell'ambito della tecnologia medica inviate all'European Patent Office sono aumentate del 2,6% rispetto all'anno precedente.

I primi cinque paesi europei in termini di fatturato nell'ambito dei medical device sono risultati Germania, che ha raggiunto il 25,6% del mercato europeo; Francia, con una quota del 14,7%; Uk, con una quota del 12,1%; Italia, con il 9,1%, e Spagna con il 6,3%.

Ma in che modo la medicina e i pazienti stanno beneficiando dei vantaggi della tecnologia? Un esempio riguarda la chirurgia robotica che consente di eseguire con successo interventi di elevata precisione in modo mini-invasivo, permettendo di ridurre anche i tempi di ripresa post operatoria. La realtà aumentata ha, inoltre, fatto il proprio ingresso in sala operatoria, permettendo ad esempio ai medici di fare pratica su un ologramma che riproduce gli organi del paziente prima di effettuare un intervento chirurgico grazie all'uso di particolari lenti.

A questo si affianca la stampa 3D, tecnologia le cui opportunità vanno dalla creazione di ortesi e altre apparecchiature personalizzate alla realizzazione di bite dentali e occlusali. Questa tecnologia viene impiegata anche per ricreare e sostituire valvole, vasi sanguigni e interi arti con delle copie realizzate in laboratorio. Sempre più protagonisti saranno, inoltre, i big data, che aiuteranno lo sviluppo di una medicina sempre più personalizzata, e gli algoritmi di intelligenza artificiale che, grazie all'abilità di lettura delle cartelle cliniche, sono in grado di formulare piani terapeutici, sviluppare nuovi farmaci e anche analizzare campioni di tessuto cancro-

geno, il tutto molto velocemente. Va poi citata l'avanzata della nanotecnologia che in futuro potrebbe essere utilizzata per lo svolgimento di esami non invasivi o per effettuare interventi di nanochirurgia. Infine, app, sensori e dispositivi indossabili sono un altro aspetto della rivoluzione tecnologica destinato a migliorare il futuro della medicina e la consapevolezza dei pazienti riguardo la loro stessa salute. Ad esempio, si tratta di strumenti utili per aiutare chi soffre di patologie croniche a registrare, analizzare e condividere informazioni per gestire la propria malattia o per migliorare la loro aderenza alla terapia.

L'utilizzo della tecnologia in ambito medico ha visto una forte accelerazione con l'arrivo della pandemia che ha richiesto di percorrere nuove strade anche in questo ambito per gestire i contagi e ridurli il più possibile. Durante i vari lockdown medici e pazienti hanno infatti iniziato a sperimentare servizi di telemedicina come il teleconsulto con gli specialisti, la televisita e il telemonitoraggio. La tecnologia è poi diventata un elemento di grande supporto anche all'interno degli stessi reparti ospedalieri. Grazie a strumenti che consentono, ad esempio, di monitorare da remoto i pazienti, di effettuare esami senza



dover effettuare spostamenti da un reparto all'altro o a robot in grado di fornire assistenza.

Il legame tra medicina e innovazione tecnologica promette di restare centrale anche una volta terminata la pandemia, considerato il contributo che potrà dare anche su alcune sfide cruciali per la nostra società, dalla cura di una popolazione la cui età media va facendosi sempre più elevata alla gestione delle malattie croniche che incidono sensibilmente sulla spesa sanitaria. Una fase di forti cambiamenti che coinvolge in maniera importante la figura del medico, chiamato ad aprirsi alle nuove opportuni-

tà offerte dal digitale e ad arricchire la propria formazione con nuove competenze che abbracciano, ad esempio, discipline specialistiche come l'ingegneria biomedica. Si tratta però di una strada che appare ancora tutta da percorrere. L'ultima edizione dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità realizzata dal Politecnico di Milano evidenzia, infatti, che le competenze digitali dei professionisti sanitari sono ancora insufficienti per cavalcare i nuovi trend della rivoluzione tecnologica. Il 60% dei medici specialisti e dei medici di medicina generale dispone, infatti, di suf-

ficienti competenze digitali di base, ma solo il 4% ha un livello soddisfacente in tutte le aree delle competenze digitali professionali (eHealth Competences).

5

I PAESI

Al vertice per fatturato di device: Germania, Francia, Uk, Italia e Spagna

+2,6%

RICHIESTE BREVETTI

Secondo i dati di MedTech Europe, nel 2020 le richieste di brevetti per tecnologia medica inviate all'European patent office sono aumentate del 2,6% rispetto all'anno precedente

L'alleanza uomo macchina va delineandosi come cruciale anche in medicina



1
ALESSANDRO DI MARCO/ANSA



In attesa della sentenza sulla sospensione, con gli arretrati

I poliziotti No-vax avranno lo stipendio

■ Un provvedimento temporaneo ma destinato a far discutere è senz'altro quello che arriva dal Veneto e coinvolge tre poliziotti no vax padovani sospesi dal servizio e dalla retribuzione, tra la fine di dicembre e l'inizio di gennaio, proprio in virtù del loro no al vaccino e dei rischi connessi.

Secondo quanto riferisce il *Corriere del Veneto*, i tre agenti tutti cinquantenni continueranno a non poter lavorare in polizia ma lo Stato almeno per ora dovrà pagare loro gli stipendi, compresi gli arretrati. Lo ha stabilito la presidente del Tribunale amministrativo regionale accogliendo parzialmente, in via provvisoria, la richiesta di sospensione presentata dai poliziotti. I tre sono sostenuti nel loro iter legale dal Cosap, uno dei sindacati di categoria. La sospensione per loro era scattata per legge nel momento in cui il governo, nel pieno della quarta ondata di covid aveva deciso per diverse figure professionali (dal personale scolastico a quello sanitario,

dalla polizia ai militari) che non potessero tornare a lavorare "fino alla comunicazione dell'avvio o del completamento del ciclo vaccinale o della somministrazione della dose di richiamo". Questo al fine di tutelare la salute delle persone che lavoravano negli stessi settori e arginare la diffusione dei contagi. Lo stesso provvedimento però prevedeva anche la sospensione della busta paga a fine mese. Naturalmente molti degli esclusi hanno fatto ricorso mettendo i tribunali nella condizione di esprimersi sulla legittimità dei provvedimenti. Lo stesso è accaduto nel caso dei tre poliziotti padovani. In attesa che si arrivi a sentenza, la presidente del Tar di Venezia ha però preso una decisione che solleverà ampio dibattito. Ha confermato cioè la sospensione dal servizio ma ha ritenuto sia consistente «il pregiudizio derivante dalla preclusione assoluta alla percezione dello stipendio», cosa che provocherebbe a danno dei tre agenti di Padova «una situazione di estrema gravità e urgenza». Di lì la decisione di concedere una misura che

tecnicamente viene detta "monocratica" e come tale ha effetto temporaneo. Insomma il Tribunale amministrativo ha accettato di sospendere il provvedimento che impone il green pass ma per la sola parte che concerne la retribuzione. Il che significa che i tre agenti non lavoreranno ma saranno pagati in attesa che si pronunci il collegio dei magistrati con sentenza definitiva. Il 23 marzo intanto è fissato un nuovo esame della domanda cautelare. Naturalmente il caso padovano rischia di non restare isolato. Sono tanti infatti gli agenti sospesi dal servizio che si sono rivolti al sindacato per contestare la sospensione e verificare se ci sono i termini e i presupposti per opporsi alla decisione del ministero dell'Interno.

La scheda

IL DECRETO 172

■ Il 15 dicembre scorso, con decreto legge 172, è scattato l'obbligo vaccinale per i lavoratori della sanità, docenti e personale della scuola, militari, forze di polizia

LA RETRIBUZIONE

■ Il mancato adempimento determina l'immediata sospensione dal servizio. Durante il periodo di sospensione non sono dovuti la retribuzione né altro compenso.



La pandemia

Covid, giù i casi Ma è allarme cyber attacchi

Contagi ancora in calo nel Lazio: su 40.908 tamponi ieri si sono registrati 3.923 nuovi casi positivi (-11), 3 decessi (-2), 1.113 ricoveri (-13). In lieve aumento le terapie intensive (+6). Crescono i guariti (+5.406) e il rapporto tra positivi e tamponi è al 9,5 per cento. I casi a Roma sono 1.822. La concentrazione maggiore continua a verificarsi nella Asl Roma 2 (680 casi), seguita dalla Asl Roma 2 (609) e dalla Asl Roma 3 (533). L'incidenza più bassa è

invece nella Asl Roma 4 (164). Nelle province le nuove infezioni sono 1.185, distribuite in misura più consistente nella Asl di Frosinone (438 nuovi casi) e Latina (413). Per quanto riguarda la campagna vaccinale le inoculazioni complessive superano i 13 milioni e 260 mila, le terze dosi sono 3,8 milioni con una copertura dell'80 per cento della popolazione adulta. Nella fascia pediatrica 5-11 anni si è raggiunto il 39 per cento di immunizzati con prima

dose. Il sistema regionale ha innalzato il livello di allerta al massimo contro il rischio di cyber attacchi, mentre prosegue l'accoglienza dei rifugiati ucraini nell'hub allestito nel piazzale antistante la stazione Termini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A PARTIRE DA OGGI

Novavax arriva nelle farmacie della Capitale

■ A partire da oggi 7 marzo nelle farmacie del Lazio sarà possibile sottoporsi alla vaccinazione anti-Covid con Nuvaxovid (Novavax), l'ultimo vaccino approvato dalle autorità sanitarie e da poco arrivato anche in Italia.

Nuvaxovid, a differen-

za dei vaccini a mRNA prodotti da Pfizer/BioNTech e Moderna, si basa sulla tecnologia delle proteine ricombinanti, già usata per altri vaccini in uso da anni. Secondo i dati disponibili, Nuvaxovid di Novavax mostra un'efficacia di circa il 90% nel prevenire la

malattia Covid-19 sintomatica anche nella popolazione di età superiore ai 64 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

