



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

17 MAGGIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Enna, nuovo direttore della Medicina Legale

Concetta Brugaletta ha sottoscritto il contratto quinquennale in seguito a selezione pubblica.

17 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

La dottoressa **Concetta Brugaletta** è il nuovo Direttore della **Medicina Legale**, Fiscale e Necroscopica dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna. Sottoscritto il contratto quinquennale in seguito a selezione pubblica, alla presenza del Direttore Generale, Francesco Iudica, e del Direttore Sanitario, Emanuele Cassarà. Il Direttore Generale, **Francesco Iudica**, dichiara: «La nomina del Direttore della UOC Medicina Legale è di rilevante importanza nella definizione della struttura aziendale a carattere territoriale. Nel rispetto del mandato istituzionale ricevuto, l'attuale Direzione ha lavorato, senza sosta, per assegnare responsabilità e obiettivi attraverso la selezione e la nomina dei dirigenti di strutture e servizi ospedalieri, territoriali e amministrativi. La finalità è costruzione di una sanità sempre più vicina ai cittadini e ai loro bisogni di salute».

La dottoressa Brugaletta ha affermato: «Sono emozionata, onorata e felice per il mio incarico, impegnativo e sfidante al tempo stesso. Ringrazio tanto la Direzione per la fiducia accordatami e ringrazio il mio predecessore per il lavoro svolto in tanti anni e, con lui, i colleghi con i quali, insieme, divideremo, al di là dei ruoli, come una squadra, le sfide che abbiamo dinanzi. Per me la Medicina Legale è una scienza da vivere con passione che necessita di **menti aperte al confronto** anche con altre discipline.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La **mission** dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Legale di questa ASP sarà quella di contribuire alla tutela e al sostegno, in particolare, delle fasce più deboli della popolazione nonché migliorare i servizi e il governo dei processi assistenziali. A tal fine, verranno introdotti e implementati modelli organizzativi e professionali. Sono consapevole della grande **responsabilità** che ho nei confronti della Direzione, dei miei colleghi e, soprattutto, degli utenti che afferiscono alla Medicina Legale. Cosciente anche del desiderio dimostrato dall'ASP di Enna al cambiamento rispetto al passato, sarà mio compito intraprendere questo percorso di rinnovamento».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Arresti a Brancaccio, 16 mila mascherine rubate al Civico e rivendute a Ballarò da un ex Pip

17 Maggio 2022



Mascherine rubate e vendute al mercato nero di Palermo. C'è anche questo nelle indagini che hanno portato alla retata con 31 arresti di carabinieri e polizia a Brancaccio. Un episodio che gli investigatori definiscono "isolato", nel senso che seppur portata a termine da parte di soggetti coinvolti nella retata, non si tratta di una attività "specificamente e direttamente riferibile alle attività criminali abituali di cosa nostra ma eseguita solo perché se ne era verificata l'occasione". L'autore del furto sarebbe Pietro Paolo Garofalo, anche lui fra gli arrestati di oggi, accusato di avere sottratto 16 mila mascherine FFP3 da un deposito dell'ospedale Civico, dove l'uomo lavorava essendo un ex Pip appartenente dal bacino "EmergenzaPalermo". In particolare Garofalo avrebbe sottratto venti cartoni ancora imballati contenenti ciascuno 800 dispositivi di protezione, poi nascosti in un magazzino nella sua



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

disponibilità e infine ceduti per la vendita ad un'altra persona di Ballarò, un venditore abusivo di sigarette e che avrebbe anche spacciato cocaina nel quartiere.

Il ricovato ammonta a cinquemila euro, 250 euro a scatola (circa 30 centesimi per ogni mascherina rubata).

Covid

I positivi sommersi

Tra chi non denuncia o non sa fare i test dilagano i contagi non ufficiali gli esperti: sono la metà di quelli registrati

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

Le temperature salgono e i contagi scendono, ma la bella stagione potrebbe essere meno solare di quel che ci si aspetta per via dei «Covid mascherati», i circa 150 mila positivi sommersi dei test «fai da te». Quelli che per non perdere la giornata di lavoro o magari solo la partita allo stadio non fanno sapere a nessuno che nel display del test casalingo di barrette ne sono apparse due. Che fino a prova contraria imporrebbero di starsene a casa in isolamento fino a un tampone che accerti la riconquistata negatività. Una regola che infranta, ancora oggi, equivale al commettere un reato penale. Impossibile da accertare, si di-

rà. Ma resta il fatto che andandosene spensieratamente in giro con il virus al seguito si mettono a rischio circa 9 milioni di fragili tra over 80 e immunodepressi, che nemmeno con il vaccino possono dirsi al sicuro.

Secondo i farmacisti, ormai di test salivari e antigenici in formato domestico «se ne vendono più di quanti non siano i tamponi eseguiti quotidianamente in farmacia», ammette il presidente della Federfarma friulana, Luca De Grassi. Un po' di calcoli li ha fatti il professor Massimo Ciccozzi, responsabile di statistica medica ed epidemiologia molecolare all'Università Campus Bio-Medico di Roma. «Complessivamente si può stimare un abbondante 50% di casi sommersi: visti i 286 mila dell'ultima settimana, fanno circa 150 mila positivi, con un 15% che nasconde di esserlo, più un 30-35% di falsi negativi, perché non sanno fare correttamente un tampone». «I test vanno eseguiti da personale istruito a farli, infermieri professionisti o farmacisti che hanno fatto dei corsi specifici. A casa invece per paura di

farsi male molti fermano il tampone alla narice e così il risultato è chiaramente falso», spiega a sua volta Roberto Tobia, segretario nazionale di Federfarma, la federazione dei titolari di farmacia. «I test in sé sono abbastanza affidabili, siamo oltre il 90% di attendibilità, ma fatti in casa la percentuale scende al 50%. Noi continuiamo a consigliare di eseguire i test in farmacia o nei laboratori, perché la tracciabilità resta fondamentale».

La pensa così anche Ciccozzi. «La guerra ce l'ha fatto dimenticare ma il virus c'è ancora. Omicron 4 e 5 hanno in realtà più o meno la stessa contagiosità e patogenicità della variante originale - spiega ancora il professore - a con una letalità intorno allo 0,2%. Ma se ho 50 mila contagi conteremo 100 vittime, se lasciamo troppi positivi liberi di circolare e contagiare il prossimo i casi raddoppiano



LA STAMPA

e così anche i morti. Per questo dobbiamo far capire che la tracciabilità resta fondamentale». Ma a volte l'interesse personale prevale su quello collettivo. Magari perché dichiarando la positività si finisce per perdere soldi, come nel caso di commercianti, liberi professionisti o lavoratori a chiamata. In certi casi però i motivi sono molto più futili, come ci racconta tra il divertito e l'indispettito sempre Ciccozzi. «Tempo fa incontro un mio amico allo stadio con la Ffp2 tirata su pur non essendoci più l'obbli-

go. Strano, mi dico, prima non la portava mai. Poi il giorno dopo manda un messaggio a tutti noi vicini di posto per dirci che era risultato positivo al test. Per me non voleva saltare il derby».

Storie di ordinaria incoscienza. «Perché se mi contagio io, sano e vaccinato, poco male, ma se poi senza sapere di essere positivo il virus lo trasmetto a una persona anziana o a un malato oncologico – dice ancora il professore – ecco che il guaio diventa se-

rio». Qualcuno dovrebbe andare a spiegarlo ai furbetti del tampone fai da te. —

**Federfarma avverte
“I tamponi vanno
eseguiti solo
da personale istruito”
Ciccozzi: “Possiamo
ipotizzarne 150 mila
a settimana, compresi
i tanti falsi negativi”**

15%

La stima di coloro
che non comunicano
il risultato
di un test positivo

13.668

I nuovi contagi di ieri
su 104.793 tamponi
(tasso di positività
al 13%), 102 le vittime



Sotto controllo

Il numero dei ricoveri resta stabile, anche se come sempre dopo il weekend si registra un leggero aumento: 353 (+6) in terapia intensiva, 7.631 (+99) nei reparti ordinari

MICHELE NUCCI / L'ESPRESSO



Scontro sulle mascherine a scuola Speranza: «Decide la scienza»

L'affondo di Toti e poi di Salvini. I nuovi positivi sono 13mila: mai così pochi da 5 mesi

Troppo caldo per la mascherina in classe. «L'obbligo va abolito». Giovanni Toti sventola la bandiera per primo e, da presidente della Liguria, si propone di portare la posizione al tavolo del confronto Stato-Regioni. Il segretario della Lega, Matteo Salvini, da sempre ostile alla linea del rigore nella lotta contro il Covid, rincara la dose: «Cambiamo una regola inutilmente punitiva». Dal ministro della Salute, Roberto Speranza, però, arriva una mozione d'ordine: «Non sono valutazioni da affidare alla politica, a decidere sarà la scienza». L'obbligo è in vigore, in base all'ultimo decreto legge in corso di conversione, fino alla fine dell'anno scolastico.

La polemica è innescata da una doppia circostanza: le alte temperature e l'abolizione di restrizioni in tanti altri Paesi. In Francia, da ieri, è caduto l'obbligo di indossare le mascherine sui mezzi di trasporto pubblico. Nel resto d'Euro-

pa, sempre da ieri, non è più indispensabile proteggersi in aereo e in aeroporto: l'Italia, invece, ha scelto la prudenza, infatti a bordo degli aerei che arrivano dall'estero o viaggiano in Italia l'obbligo di mascherina resiste. Così come vi-ge ancora sui mezzi di trasporto pubblico in generale, nei teatri e nei cinema, e, ap-

punto, a scuola. Una scelta in continuità con la strategia anti Covid del governo e di Speranza in particolare (ieri fatto oggetto di due diverse contestazioni no vax). Ma che suscita periodici scontri anche sul terreno politico.

«Più di trenta gradi e obbligo di mascherina per ore anche se seduti al banco? Non ha senso», è la sortita tranchant di Salvini sui social. Toti aveva argomentato così: «Come è possibile che gli studenti debbano indossarla in classe, anche mentre sono seduti distanziati nei banchi, e poi

possano girare senza nei centri commerciali al chiuso, nell'ora dello shopping? Almeno nell'ultimo mese di lezioni, eliminiamo l'obbligo di mascherina a scuola». Obbligo definito una forma di «crudeltà per gli studenti» dalla Rete per la scuola in presenza. Il sottosegretario leghista all'Istruzione, Rossano Sasso, condivide l'appello di Toti: il caldo e i dati dei positivi in discesa, osserva, renderebbero maturi i tempi per rivedere l'obbligo: «Si potrebbe circoscriverlo solo al momento in cui ci si alza dal banco, si entra e si esce da scuola, le occasioni in cui si rischia maggiormente il contagio. La decisione finale spetta al ministro Speranza, che mi auguro si dimostri più in sintonia con il Paese reale».

Il ministro, però, a margine di un evento a Genova, ribadisce il principio fissato fin da inizio pandemia: «Decide la scienza, non la politica». E la

scienza invita ancora alla prudenza, sollecitando a guardare anche a New York, dove ci si avvia a ripristinare il livello alto (con mascherine) di allerta. E a prepararsi a un autunno con nuovi picchi di contagi. Intanto continua il costante miglioramento degli indicatori: ieri i positivi sono stati 13.668, mai così pochi da 5 mesi. In calo anche il tasso di positività (13%). Di nuovo sopra 100 i decessi: 102.

Adriana Logroscino

Negli Stati Uniti

New York pronta ad alzare il livello di allerta e reintrodurre le protezioni

La scheda

● I nuovi contagiati in Italia indicati nel bollettino di ieri, sono 13.668, ma i dati del lunedì sono sempre al ribasso

● In risalita rispetto agli ultimi giorni, invece, i decessi: 102, contro i 62 di domenica e i 91 di sabato

● Da ieri sui voli in Europa (non per quelli in Italia) la mascherina non è più un obbligo: è nata anche da qui la polemica sulle mascherine a scuola



L'ORDINE DEI MEDICI

“Mascherine in classe, ora si potrebbero non indossare”

ROMA

A guardare la colonnina di mercurio sembra già piena estate e nelle mascherine si schiuma. Soprattutto nelle vecchie quattro mura scolastiche, dove l'aria condizionata è un miraggio. Così ieri è partito l'assalto per liberare naso e bocca ai ragazzi dalle elementari in su. Lanciato dal sottosegretario leghista all'Istruzione, Rossano Sasso, rilanciato poi dal leader del Carroccio Matteo Salvini e, a sorpresa, dal numero uno dell'Ordine dei medici.

Salvo proroghe, l'obbligo nelle scuole, così come in cinema, teatri, sale da concerto, pala-

sport e mezzi di trasporto, scade in realtà tra non molto, il 15 giugno. Quando più o meno inizieranno anche le vacanze scolastiche. Ma con un caldo più da Ferragosto che primaverile, anche un mese può diventare pesante da passare a volto coperto. «Quella di toglierle è una richiesta che mi è arrivata da tante famiglie, che ci sollecitano ad adottare una misura di buon senso. Tanto più - rimarca il sottosegretario Sasso - che i dati epidemiologici stanno migliorando e le temperature impennandosi, soprattutto al Sud».

«Più di 30 gradi in classe e obbligo di mascheri-

na per ore anche seduti al banco? Non ha senso, cambiamo questa regola inutilmente punitiva», rincara la dose Matteo Salvini. Che trova un inaspettato alleato nel presidente dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli. «La situazione è migliorata e a scuola si possono tenere le finestre aperte con un buon ricambio d'aria. In queste condizioni si può pensare di eliminare la mascherina in classe. Magari tra una settimana», puntualizza più prudentemente Anelli.

Se l'appello verrà accolto dal governo è difficile dirlo. L'idea non convince infatti il ministro

Speranza, che ha visto di buon occhio la decisione del suo collega tedesco di lasciare l'obbligo di Ffp2 in aereo, oltre che sui treni a lunga percorrenza, fino al 23 settembre. Nonostante ieri sia entrato in vigore il nuovo protocollo dell'Agenzia europea per la sicurezza dei voli, che cancella da subito l'obbligo, da noi in vigore fino a metà giugno. Salvo sconti. PA. RU. —



Mezzo milione di persone in quarantena

La pandemia è arrivata, allarme rosso in Corea del Nord

Kim Jong-un convoca il Politburo e mobilita l'esercito. Oms, Cina e Seul offrono aiuti

dal nostro corrispondente

PECHINO – Cinquanta morti e un milione e duecentomila casi (“di febbre”, come li classifica il regime). Per due anni e mezzo Kim Jong-un aveva provato a tenere il Covid fuori dai confini sigillati del suo Regno eremita. Non ce l’ha fatta. E ora trema. Da quando il focolaio di Omicron è scoppiato in Corea del Nord la settimana scorsa, i numeri continuano a salire. Mezzo milione di persone è in quarantena ed è stato imposto un lockdown nazionale.

Per i media di Stato soltanto 168 casi sono dovuti al virus e solo uno dei 50 morti è per Covid. Improbabi-

le, vista la reazione furiosa di Kim che se l’è presa con le autorità sanitarie e alcuni ufficiali per non aver saputo gestire l’epidemia. Il Maresciallo ha mobilitato pure l’esercito per «l’approvvigionamento di farmaci a Pyongyang». «Le farmacie della capitale non sono attrezzate», ha dichiarato durante l’ultima riunione del Politburo, chiedendo che restino aperte 24 ore su 24. «La diffusione di questa epidemia maligna è la più grande sciagura che si sia abbattuta sul nostro Paese dalla sua fondazione», scrive l’agenzia ufficiale *Kcna*. Secondo l’Oms nessun nordcoreano è mai stato vaccinato. Del resto Kim i vaccini li ha sempre rifiuta-

ti: sia quelli del programma Covax sia quelli cinesi. Un’offerta di aiuto era già arrivata dal vicino Sud nei giorni scorsi. Offerta ribadita anche ieri. Pure la Cina si è detta pronta. E l’Oms avverte di una diffusione rapidissima, se non si agisce subito.

I kit per i test non sono sufficienti e il sistema sanitario arretrato. Così scriveva l’Onu a marzo: «Scarsi investimenti in infrastrutture, personale medico, attrezzature e medicinali; energia elettrica irregolare e strutture igieniche inadeguate».

Secondo gli analisti, il fatto che Kim abbia riunito il Partito all’alba e che le notizie dei primi contagi siano state pubblicate immediatamente è un segnale dell’aiuto che il Maresciallo sta chiedendo al mondo. Dubbi su una Corea del Nord libera dal virus sono riemersi periodicamente. Come ci entrato? C’è chi dà la colpa a qualche contrabbandiere di confine, chi ai soldati arrivati a Pyongyang per l’ultima parata militare. Nel frattempo il regime incoraggia l’uso di antidolorifici e antibiotici. Ma anche gargarismi con l’acqua salata o tazze di tè alle foglie di salice da bersi tre volte al dì. – **G.M.**



▲ Crisi sanitaria

Kim Jong-un mentre ispeziona una farmacia a Pyongyang



L'INTERVISTA

FABIO DE IACO (SIMEU)

“Non è più possibile garantire il servizio di Pronto soccorso”

» **Natascia Ronchetti**

“**C**io che sta facendo il ministro della Salute Roberto Speranza per migliorare la programmazione sanitaria è un bene. Ma non è affatto sufficiente. I risultati li vedremo non prima di cinque anni, se va bene. E noi abbiamo bisogno assoluto adesso”. Fabio De Iaco è il presidente della Simeu, Società di Medicina di emergenza-urgenza, nonché direttore del Pronto soccorso dell'ospedale Maria Vittoria di Torino. Vale a dire uno dei circa 600 in Italia alle prese con un quotidiano fatto di lunghissime attese, pazienti costretti sulle barelle per giorni, medici che gettano la spugna (in media ne scappano cento ogni mese) a causa di storiche carenze d'organico (ne mancano oltre 4

mila) che obbligano a turni massacranti chi resta. “E la situazione ormai è davvero critica ovunque, non ci sono isole felici”, dice De Iaco.

Dottore, cosa vi serve nell'immediato?

Abbiamo assoluto bisogno di risorse umane. Non riusciamo più a redigere nemmeno i piani ferie, perché non sappiamo come sostituire i colleghi. E quando ci riusciamo è solo al prezzo di un superlavoro obbligato per due settimane di riposo. Certo, ci fapiacere che il ministro Speranza ci dica ‘adesso si cambia’. Ma ci vuole tempo e noi abbiamo necessità di aiuto domani mattina. La situazione era già drammatica nel 2019. La pandemia ha esacerbato tutto, perché riducendo i posti letto per i pazienti non Covid ha provocato uno strozzamento. Noi ora alziamo le mani: stiamo gestendo servizi che non sono degni di questo nome.

Come è stato possibile arri-

vare a questo punto?

Per troppo tempo sono stati commessi sempre gli stessi errori nella programmazione dei fabbisogni formativi. Poi ci è piombata addosso l'emergenza sanitaria. E purtroppo il lavoro in pronto soccorso non è più attrattivo da nessun punto di vista, né economico né professionale. All'ultimo concorso di 1.152 borse approvate e finanziate per la specializzazione ben 626 sono state rifiutate. Noi sono anni che stringiamo i denti. Cosa possiamo fare quando abbiamo 30-40 pazienti che aspettano giorni per essere ricoverati?

Quindi cosa proponete?

Bisogna reclutare medici attingendo alle scuole di specializzazione. E subito. Ma non con il decreto Calabria, che consente agli specializzandi di partecipare ai concorsi. Dobbiamo farlo stabilendo che dal terzo anno devono entrare diretta-

mente negli ospedali con l'inquadramento di dirigenti in formazione.

E questo basterebbe?

No, va riformato profondamente il sistema del 118, che adesso opera in convenzione. Integriamolo con il Pronto soccorso, diamo anche a questi operatori il profilo di dirigenti medici, per rendere concreta la loro figura, che oggi non ha una identità professionale. Poi è necessario prevedere una contrattazione diversa rispetto a tutti gli altri specialisti. Questo perché l'intensità del lavoro e il livello di usura di questi medici, con effetti disastrosi sulla vita privata, non sono paragonabili a quelli dei colleghi degli altri reparti ospedalieri.

the
bio
SA

Ok le proposte di Speranza, ma serve di più e subito: la situazione è drammatica



Strutture al collasso
In tutta Italia c'è carenza di personale e lunghe attese. A lato, Fabio De Iaco. FOTO ANSA



CHI SPINGE PER IL SÌ

Dagli avvocati agli infermieri: sono tutti a favore

Ecco gli ordini e i collegi professionali che chiedono al Parlamento di approvare la nuova norma

••• A spingere per l'approvazione della legge sull'equo compenso sono quasi tutti gli ordini professionali, che in Italia sono 26. Di questi, 23 sono rappresentati da Professioni Italiane, associazione presieduta da Armando Zambrano, il cui vicepresidente è Marina Calderone. Professioni Italiane raggruppa Rete Professioni Tecniche (organismo che riunisce 9 Consigli nazionali di ordini e collegi professionali di area tecnica: Ingegneri, Architetti, Geometri, Geologi, Periti industriali, Agronomi, Periti agrari, Tecnologi alimentari, Fisici-chimici, per una platea di circa 600mila iscritti) e Comitato Unitario Professioni. Gli ordini a favore della legge sull'equo compenso sono quindi: Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Federazione Nazionale degli Ordini della

Professione di Ostetrica, Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione, Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani, Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali, Consiglio dell'Ordine Nazionale dei Biologi, Collegio Na-

zionale degli Agrotecnici e degli Agrotecnici Laureati, Consiglio Nazionale Architetti Pianificatori Paesaggisti e Conservatori, Consiglio Nazionale del Notariato, Consiglio Nazionale degli Attuari, Consiglio

Nazionale dei Consulenti del Lavo-

ro, Consiglio Nazionale Ordine dei Giornalisti, Consiglio Nazionale degli Spedizionieri Doganali. A favore della legge c'è anche tutto il mondo dell'avvocatura rappresentato dall'Ordine degli Avvocati. In particolare Francesco Perchinunno, presidente di Aiga, l'Associazione Italiana Giovani Avvocati, che si è espresso a favore della riforma, invitando anche a «non sottovalutare il significato effettivo della norma che estende pienamente, anche alla Pubblica amministrazione, l'obbligo di riconoscere compensi non inferiori ai parametri: di fatto viene ristabilito il principio dei minimi scomparso 15 anni fa. La legge va approvata senza modifiche e senza esporsi a rischi insensati».

*Il presidente Aiga
Francesco Perchinunno
«Va approvata
senza modifiche»*



Francesco Paolo Perchinunno
Presidente di Aiga, l'Associazione Italiana Giovani Avvocati



I NODI DELLA LIBERALIZZAZIONE

Dal ddl Concorrenza troppe criticità sulla sanità

••• Dall'esame del ddl Concorrenza giungono segnali poco incoraggianti per il futuro della sanità italiana. Ne è convinta Barbara Cittadini (*nella foto*), presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), secondo la quale «è giusto interrogarsi sulla durata delle concessioni balneari, per le quali nel ddl Concorrenza viene chiesta una proroga di 5 anni, ma va anche precisato che la riformulazione dell'articolo 13 demanda la definizione delle modalità dell'attività di controllo, vigilanza e monitoraggio delle strutture, ai fini di accreditamento e contrattualizzazione, a decreti del ministero, da emanare entro 90 giorni».

Senza considerare, aggiunge, che «non sono coinvolte le associazioni maggiormente rappresentative del comparto di riferimento nella fase istruttoria di adozione degli stessi, mentre è prevista una revisione periodica il cui arco temporale non è definito, proprio lì dove la programmazione in sanità è fondamentale».

In questo modo, si mettono a rischio gli investimenti in campo sanitario e si apre la strada al-

la fuga dal nostro Paese di tanti investitori, con conseguenze negative sulle prestazioni offerte dal nostro Servizio sanitario Nazionale.

Purtroppo «non si tiene abbastanza in considerazione la necessità di una programmazione di lungo periodo non solo per le risorse tecnologiche, ma anche per quelle umane» sottolinea la presidente di Aiop, che precisa come «le previsioni del ddl Concorrenza non sono, tra l'altro, conformi al diritto europeo, dal momento che il mercato dei servizi sanitari viene escluso dalla Bolkestein e dalla Direttiva Concessioni».

Il ddl Concorrenza interviene, con l'articolo 13, sulla disciplina di accreditamento e convenzionamento delle strutture di diritto privato, con l'effetto di promuovere la concorrenza tra i soli erogatori di diritto privato e non, anche, tra quelli di diritto pubblico.

Aiop, informa la Cittadini, ha chiesto di «armonizzare il sistema di revisione al quadro normativo vigente e di superare la logica anacronistica e irrazionale dei tetti di spesa, ma al momento senza successo. Non per questo, però - chiari-

sce - rinunciamo nel nostro compito di difesa di diritti legittimi».

«Mettere sullo stesso piano le strutture di diritto pubblico e quelle di diritto privato e far concorrere entrambe nell'ambito delle procedure selettive per l'individuazione degli accordi regionali è l'unica strada percorribile per dare una prospettiva futura di rilancio al settore». «Per stimolare una vera concorrenza - conclude - occorre inoltre superare i tetti di spesa di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, norma emergenziale che ha bloccato a tempo indeterminato la possibilità di erogare servizi al di là di quanto è avvenuto nel 2011, prevedendo un limite massimo all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti di diritto privato del Ssn».

LEO. VEN.



Long Covid: in Italia 120 centri per le cure, metà sono al Nord

La mappa. Secondo il monitoraggio dell'Iss la distribuzione non è omogenea
In gran parte attività ambulatoriale e day hospital. Linee guida entro l'estate

Marzio Bartoloni

Per molti guariti può iniziare già dopo qualche settimana dal contagio il calvario della sindrome Long Covid. Un insieme di sintomi che ancora non ha un perimetro clinico oggettivo, ma che può durare molti mesi e diventare anche molto debilitante.

Per questo sono spuntati un po' in tutta Italia ambulatori e centri ospedalieri per curare questa sindrome che potrebbe accompagnarci ancora per anni e con un impatto per i servizi sanitari molto importante visto che le stime più prudentziali dicono che almeno un contagiato su dieci viene colpito da qualche forma di Long Covid. Al momento in Italia si contano 120 centri che curano questa malattia: la metà sono concentrati nel Nord con la Lombardia che da sola ne ha già 23, seguita dal Lazio (16), dalla Sicilia che ne ha 10 come la Liguria e poi Puglia (9), Toscana (8) e Veneto (7). Nessuna struttura specifica per il Long Covid invece risulterebbe ancora attiva in Sardegna, Basilicata e Valle d'Aosta. Questo almeno emerge dalla prima mappa che sta tracciando l'Istituto superiore di Sanità - il lavoro è in via di aggiornamento ma è già a buon punto e sarà completo per giugno - per provare a fotografare cosa si fa in Italia per curare questa prima eredità pesante del Covid e cioè tutti quei pazienti che, archiviata l'infezione in sé e per sé, hanno ancora strascichi e per mesi non si sentono più pienamente come prima.

Una sindrome quella del Long Covid che colpisce più organi (cuore, polmoni, cervello, reni, ecc.) e provoca diverse complicazioni - "nebbia cognitiva", affaticamento, depressione, diabete, miocarditi, ictus solo per segnalarne alcuni - e che potrebbe diventare una vera e propria malattia cronica se confermato quanto

emerge da un recentissimo studio cinese su un'ampia platea di pazienti e pubblicato su «The Lancet Respiratory Medicine» che ha evidenziato come più della metà (55%) di chi è stato ricoverato per Covid dopo 2 anni presenta ancora almeno un sintomo della malattia.

Da qui il progetto di sorveglianza che vede come capofila l'Iss e coinvolge diversi enti e ospedali ed è coordinato da Graziano Onder, Direttore del Dipartimento di malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento dell'Iss, che punta a censire la rete di strutture che si occupano del Long Covid e anche la dimensione del fenomeno. L'obiettivo è poi quello di standardizzare e rendere omogenee le cure attraverso linee guida e best practices da mettere a fattor comune.

Secondo il monitoraggio dell'Iss al momento la stragrande maggioranza dei centri (95) assicura esclusivamente attività ambulatoriali (visite, esami, analisi, ecc.), ma dodici assistono i pazienti anche con day hospital, altri cinque addirittura con il ricovero mentre otto centri erogano prestazioni di riabilitazione. Infine 109 centri si occupano esclusivamente di pazienti adulti, ma 6 strutture invece lo fanno solo per pazienti pediatri mentre altri 5 centri lo fanno per entrambe le tipologie di pazienti. A segnalare questi



pazienti ai centri sono spesso gli stessi ospedali dove sono stati ricoverati ma crescono anche le segnalazione dei medici di famiglia

«La sfida per i sistemi sanitari è saper affrontare nei prossimi anni questa sindrome, dando una definizione oggettiva per questo stiamo collaborando con l'Istituto superiore di sanità che ha un piano sulle buone pratiche per il Long Covid, con cui standardizzare l'assistenza nei centri attraverso linee guida nazionali. Speriamo per la fine dell'estate di arrivare a un documento ufficiale», conferma Matteo Tosato, responsabile Unità operativa Day hospital post Covid Fondazione Policlinico Gemelli Ircs di Roma. Il centro ha preso in carico, da aprile 2020, oltre 2.500 pazienti. Al

momento il post Covid «non ha criteri diagnostici», evidenzia l'esperto, e «il

sintomo più comune è la *fatigue*, la stanchezza. Ovvero, per i guariti c'è una difficoltà nel riprendere la normale attività quotidiana, ma è chiaro che come percepisco la fatica è una cosa molto soggettiva. Non abbiamo, appunto, un criterio diagnostico condiviso a livello della comunità scientifica». Da qui appunto la necessità di linee guida a livello nazionale.

«Alcuni dei sintomi più brutti a livello cardiovascolare, le aritmie, l'ictus o i disturbi respiratori - continua Tosato - sono molto più comuni in coloro che hanno avuto forme severe. La *fatigue* invece si è dimostrata non correlata al grado di severità di malattia: chi ha avuto un Covid leggero ha avuto lo stesso una forma di stanchezza postuma».

Insomma il post Covid rischia di diventare una vera e propria malattia con cui dovremo fare i conti nei pros-

simi anni? «In parte è già così - avverte il responsabile Uo Day hospital post Covid del Gemelli - Guardiamo al Lazio: fino al 31 dicembre del 2021 siamo stati un Day hospital post Covid», mentre «da gennaio su decisione della Regione si è aperto un percorso ambulatoriale per i pazienti post Covid, in pratica sdoganando la sindrome come condizione clinica. Quindi mi arriva il paziente con l'impegnativa del medico, con scritto post Covid. Attenzione però - conclude Tosato - Serve una standardizzazione di questi centri, per questo l'Iss sta lavorando a un documento che possa dare una linea guida unica a cui poi ogni centro dovrà attenersi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MATTEO TOSATO
Responsabile
Unità Day hospital
post Covid
Fondazione
Policlinico Gemelli
Ircs di Roma



COME COMUNICARE NELLE CRISI

Come è cambiato il rapporto tra istituzioni sanitarie e cittadini dopo due anni di pandemia? Quali errori sono stati commessi e come non ripeterli? Il

«Manuale di Comunicazione di crisi in sanità» di Andrea Camaiora analizza l'eredità comunicativa dell'era Covid e stimola dirigenti e medici a cambiare a favore di nuovi modelli di interazione

La prima fotografia delle strutture per il post Covid

DOVE SI TROVANO I CENTRI



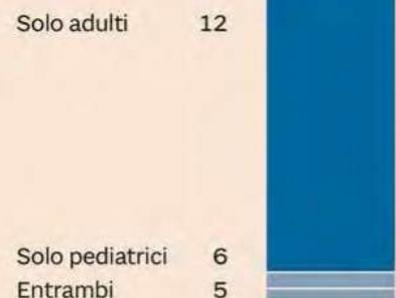
Fonte: Istituto superiore di Sanità

L'IDENTIKIT DEI CENTRI

TIPOLOGIA ATTIVITÀ ASSISTENZIALE



TIPOLOGIA PAZIENTI



Lo studio pubblicato su «Nature»: rischio contagio mille volte maggiore attraverso l'aria

Il vaccino a scuola non basta

Contro il contagio Covid decisivo il controllo ambientale

DI EMAUELA MICUCCI

Il rischio di infettarsi con il covid è 1.000 volte maggiore dopo l'esposizione a particelle di virus nell'aria rispetto al contatto con una superficie contaminata. Un monitoraggio sul Sars-Cov-2 nell'aria e sulle superfici, recentemente pubblicato su «Nature», stima il rischio di infezione negli edifici e negli autobus del Campus Ann Arbor dell'Università del Michigan. Dove, utilizzando campionatori di bioaerosol e kit di tamponi, sono stati raccolti 256 campioni di aria e 517 di superficie cioè per tutto il semestre autunnale e invernale 2020-2021, da metà agosto 2020 a fine aprile 2021.

Dalle aule, alle sale prove, dalle aree ufficio alle mense, passando per autobus e palestre, fino agli edifici per attività studentesche e ai tunnel del sistema di riscaldamento, ventilazione e aria condizionata (Hvac).

Un tipo di sorveglianza ambientale che, spiegano i ricercatori, può integrare altre misure come, ad esempio, il tracciamento dei contatti, i rapporti clinici e i test di laboratorio, for-

nendo così informazioni sui rischi di esposizione ambientale nella vita reale in preparazione per futuri focolai. «Possono rappresentare», si legge nello studio, «un'ulteriore fonte di informazioni per supportare decisioni basate sull'evidenza sulle strategie di mitigazione».

Tra i risultati emersi, dunque, quello che la probabilità stimata di infezione è di circa 1 per 100 esposizioni ad aerosol carichi del virus Sar-Cov-2 per inalazione e fino a 1 per 100.000 esposizione per contatto con superfici contaminate. Praticamente dopo un singolo tocco della superficie contaminata seguita da un tocco singolo del dito sulla membrana nasale c'è 1 possibilità su 100.000 di infezione da Sars-Cov-2. Confermando, quindi, che l'inalazione è la via di esposizione predominante rispetto al contatto con la superficie. «Il che sottolinea l'importanza di proteggere gli individui dalla trasmissione per via area di Sar-Cov-2 e potenzialmente altre malattie infettive respiratorie», osservano i ricercatori.

Inoltre, interpretandolo con i dati epidemiologi-

ci, il rischio di infezione derivante dall'esposizione ai campioni di superficie è stato stimato esser almeno 1.000 volte inferiore al livello di infezione tollerabile (di 55 su 100.000 persone), mentre il rischio da campioni di aerosol positivi era 20 volte superiore al benchmark.

I rischi di reinfezione stimati potrebbero essere ridotti dal 38,1% al 98,5% quando si utilizzando mascherine N95 (le ffp2) e del 49,7% se si indossa una mascherina in tessuto con un'efficienza di filtrazione del 50%.

Risultati che per i ricercatori «rafforzano ulteriormente la necessità di prevenire la trasmissione per via aerea attraverso l'implementazione di molteplici strategie di mitigazione, come una maggiore ventilazione, filtrazione dell'aria, controllo della capacità e coperture per il viso, soprattutto considerando il rischio di infezioni rivoluzionarie tra le persone completamente vaccinate».

La probabilità stimata di infezione è di circa 1 per 100 esposizioni ad aerosol carichi del virus Sar-Cov-2 per inalazione e fino a 1 per 100.000 esposizione per contatto con superfici contaminate



Salute 24

— alle pagine 28 e 29

L'Italia delle charity investe 5,7 milioni in ricerca di base

Telethon e Fondazione Cariplo. Obiettivo: studiare le porzioni oscure del Dna per sviluppare nuove terapie per le malattie rare (e non solo)

Francesca Cerati

Con un finanziamento pari a 5,7 milioni di euro, Fondazione Cariplo e Fondazione Telethon investono sulla ricerca di base per studiare le porzioni ancora oscure del nostro patrimonio genetico per arrivare allo sviluppo di nuove terapie per le malattie rare. Sebbene il genoma umano sia stato sequenziato completamente, circa un terzo delle proteine umane non sono ancora state descritte. Questa porzione di genoma ancora inesplorata potrebbe contribuire a chiarire nuovi meccanismi fisiologici e patologici e rappresentare una miniera per scoprire nuovi percorsi terapeutici.

«Sono tre le parole chiave di questa iniziativa: sinergia, ricerca fondamentale e ricerca ad alto rischio - commenta l'immunologo Alberto Mantovani, direttore scientifico di Humanitas e docente di Humanitas University - Nonostante il sequenziamento del genoma sia stato completato, non sappiamo ancora il significato del 20% delle parole codificate nel grande libro della vita, cioè nel Dna. E abbiamo motivo di pensare che possano essere coinvolte in alcune malattie e diventare potenziali bersagli terapeutici. Quindi le due charity insieme scommettono sulla ricerca fondamentale ad alto rischio

in quello che è proprio un buco nero della conoscenza, che in gergo viene chiamato ignoroma».

Ma questa sinergia colma un altro "buco nero" del nostro sistema pubblico della ricerca, cioè la scomparsa dei grant individuali che sono la base di qualunque sistema di ricerca. «Ricordiamo la lezione di Covid 19 - continua Mantovani, che è nella commissione medico-scientifica dei 15 scienziati di caratura internazionale per la scelta strategica del tema e della sinergia che ha portato al bando lanciato dalle due Fondazioni - se non fosse stata fatta ricerca ad alto rischio sulla struttura dell'Rna messaggero, non avremmo avuto in così poco tempo i vaccini a mRNA contro il virus».

Il bando di Fondazione Cariplo e Fondazione Telethon si è infatti ispirata a un'iniziativa del National Institutes of Health (Nih) statunitense focalizzata sullo studio di quelle parti del nostro patrimonio genetico che, ad oggi, restano oscure ma dovrebbero essere "illuminate". In particolare, i 24 progetti selezionati si focalizzano sullo studio dei cosiddetti bersagli Tdark, per i quali non sono note informazioni sulla struttura, sulla funzione e sulla interazione con molecole e farmaci. «E anche se l'obiettivo è arrivare a individuare soluzioni per le malattie rare, come spesso accade la

ricerca di qualità e ad alto rischio che parte con un'ipotesi specifica può avere ricadute anche in altri ambiti. Restando ancora nella cronaca di Covid19, la tecnologia che Biontech aveva pensato di impiegare per arrivare a vaccini terapeutici contro il cancro ci ha dato vaccini per il coronavirus. Lo stesso vale per le malattie rare. Basti pensare agli inibitori di jak. Si tratta di farmaci che oggi vengono impiegati sia per la cura di alcuni tumori del sangue sia come immunosoppressori nelle malattie reumatologiche (e probabilmente funzionano anche nel Covid grave perché spengono la risposta delle citochine infiammatorie), ma sono stati scoperti grazie agli studi sull'immunodeficienza grave legata a un difetto genetico, di jak appunto. È vero che il passaggio dalla scoperta del gene difettoso a un farmaco è un percorso lungo, anche di 20 anni, ma quella scoperta



ha di fatto innescato una cascata di conoscenza di cui oggi ne beneficiano pazienti con cancro e malattie reumatologiche. Se una sola di queste 24 ricerche sulle malattie rare portasse a un risultato di questo tipo sarebbe una grande prospettiva terapeutica anche per altre malattie».

I 24 progetti vedono coinvolti 35 gruppi di ricerca distribuiti su tutto il territorio nazionale (Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana, Molise, Trentino-Alto Adige e Veneto) e oltre 15 gli ambiti e le patologie oggetto di studio, tra cui disordini del neurosviluppo e della crescita, malattie reumatologiche, renali, neurologiche, distrofia muscolare, sindrome di

Rett, malattia di Huntington, una forma rara e genetica della malattia di Alzheimer, malattie del sangue, malattie mitocondriali.

«La ricerca di base, in particolare per quanto riguarda le malattie rare, è ancora oggi un ambito orfano di investimenti e questo limita il numero di studi avviati, in particolare in aree del tutto inesplorate - conclude Francesca Pasinelli, direttore generale di Fondazione Telethon - In verità, la ricerca di base è un apripista per l'innovazione in generale, sviluppando conoscenze chiave, potenzialmente utili anche per la ricerca applicata nel campo di patologie più frequenti. Alla luce di queste considerazioni Fonda-

zione Telethon e Fondazione Cariplo hanno deciso di creare quest'alleanza, che ci vede uniti nel comune obiettivo di favorire la crescita della ricerca scientifica attraverso progetti i cui risultati possano nel tempo rispondere alle necessità non soddisfatte dei pazienti e delle loro famiglie, in aree con opzioni terapeutiche scarse o nulle. Un sodalizio che proseguirà anche nei prossimi anni, augurandoci che anche altre Fondazioni seguano l'esempio di Cariplo mettendo a fattore comune risorse e competenze a sostegno della ricerca sulle malattie rare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ALBERTO MANTOVANI
Direttore scientifico di Humanitas e docente di Humanitas University

TECH ECONOMY HUB

20 maggio, Politecnico di Milano: III forum dell'innovazione promosso da Core e il Sole24Ore. Diretta streaming: <https://eventi.ilssole24ore.com/tech-economy-hub>



NUOVE FORME ASSISTENZIALI
Una delle sei tavole rotonde sarà dedicata al ruolo della Telemedicina, con un confronto tra rappresentanti delle istituzioni, accademici e manager

Il mercato della sanità digitale in Italia

I COSTI DELLA DIGITALIZZAZIONE

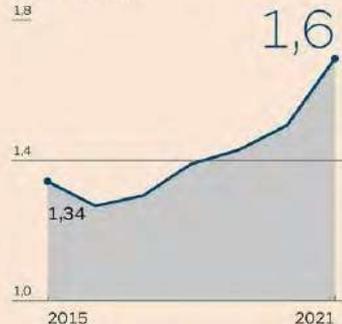
La spesa per la Sanità digitale nel 2021
Dati in euro

TOTALE SPESA **1,6**
MILIARDI



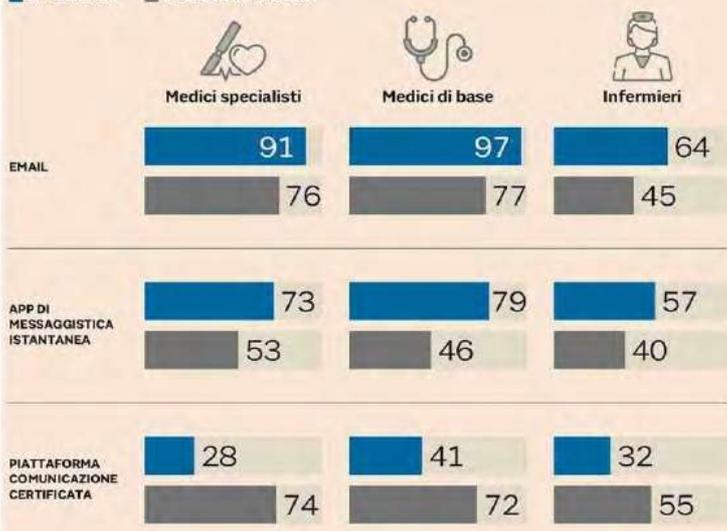
L'ANDAMENTO

L'evoluzione della spesa per la Sanità digitale
In miliardi di euro



I SISTEMI DI COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Dati in percentuale - Campione: 2.075 medici specialisti, 310 medici di base e 3.221 infermieri



GLI AMBITI DI INVESTIMENTO 2022

Risposte in % - Campione 135 strutture sanitarie



Fonte: Osservatorio Sanità Digitale Polimi



Sanità digitale: telemedicina e cartella clinica sono i settori dove si è speso di più

Direzioni strategiche Le priorità

Nel 2021, in Italia, la spesa per la Sanità digitale è cresciuta del 12,5% rispetto al 2020. L'anno scorso è stata pari a 1,69 miliardi di euro (1,3% della spesa sanitaria pubblica), nel 2020 1,5 miliardi di euro. Questa crescita, comunque, non è ancora sufficiente a imprimere quel "cambio di marcia" necessario per colmare il ritardo accumulato negli anni ma che potrebbe essere fatto dagli investimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Il dato ci viene anticipato l'Osservatorio Sanità Digitale della School of Management del Politecnico di Milano che quest'anno ha posto particolare attenzione alle aree identificate come prioritarie nelle linee di indirizzo del Pnrr nella Missione 6 Salute.

«In un quadro in cui la pandemia ha cambiato la percezione e la consapevolezza di istituzioni, cittadini e professionisti sanitari circa l'importanza di modernizzare i modelli di cura, il Pnrr, con le sue risorse e riforme previste, può costituire un punto di svolta epocale per imprimere al sistema sanitario italiano quella trasformazione in chiave digitale, essenziale per andare verso un modello di assistenza e cura innovativo, personalizzato e sostenibile, che come Osservatorio abbiamo chiamato modello di Connected Care» premette Chiara Sgarbossa, direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano - L'effettiva disponibilità e l'efficace messa a terra delle risorse non è però scontata. Lo "sblocco" di questi fondi da parte delle Istituzioni europee è condizionato allo sviluppo in tempi rapidi di programmi e riforme la cui realizzazione necessita di un vero e proprio cambio di marcia, rispetto a quanto fatto in passato. Certamente il Pnrr fornisce un elemento essenziale nella gestione di questo cambiamento, cioè una visione strategica. Tuttavia, aziende sanitarie e Regioni dovranno essere in grado di sviluppare una

propria visione e roadmap evolutiva, riportando nel contesto della propria organizzazione gli stimoli e le risorse previste nel Piano, affinché la loro strategia sia coerente con quella definita a livello nazionale. Inoltre, come già sta avvenendo, serviranno documenti e decreti attuativi per mettere in pratica quanto definito nella visione strategica».

La ricerca, che verrà presentata giovedì 19, ha quindi anche cercato di capire il punto di vista delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie italiane sul tema. A questo proposito i direttori delle aziende sanitarie ritengono molto rilevante l'attuazione degli interventi identificati nelle linee di indirizzo del Pnrr, ma il 46% di loro denuncia come ci sia, a oggi, ancora poca chiarezza su come utilizzare le risorse in gioco.

In particolare, evidenziano come siano rilevanti per la strategia aziendale - coerentemente con quanto rilevato gli scorsi anni - la cartella clinica elettronica (Cce) e il repository dei dati clinici. Ma anche le soluzioni che consentono l'integrazione con sistemi regionali e/o nazionali, come il fascicolo sanitario elettronico (Fse), poiché abilitano una corretta valorizzazione dei dati a livello sovra-aziendale. Altrettanto rilevanti sono i sistemi per l'integrazione ospedale-territorio per il potenziamento della Sanità territoriale e, soprattutto, i servizi di telemedicina. Meno prioritari, invece, i sistemi di data analytics, le soluzioni di intelligenza artificiale e di machine learning, «probabilmente perché è ancora necessario investire su un'adeguata raccolta e integrazione dei dati prima ancora di poterli valorizzare con strumenti avanzati e di investire di conseguenza sullo sviluppo di competenze a questi collegate» commenta Sgarbossa.

Quindi, cartella clinica elettronica e telemedicina rappresentano ad oggi le due principali aree di investimento per il 2022: il 56% dei direttori e il 58% delle aziende sanitarie in-

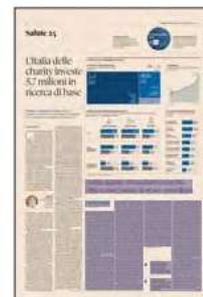
tende investire a breve nei servizi di telemedicina. Però, come rivela la ricerca del Politecnico, il suo impiego è diminuito rispetto al boom dovuto al Covid, nonostante il 26% dei medici specialisti dice di aver utilizzato la tele-visita durante l'ultimo anno. Comunque è una percentuale che è più del doppio rispetto al periodo pre-pandemia. Anche l'interesse rimane alto: oltre la metà dei medici e infermieri e il 70% dei pazienti vorrebbe utilizzare questi servizi nel futuro. Ciò che è letteralmente esploso, invece, è l'uso dei servizi di messaggistica per comunicare tra medico e paziente. Il 73% degli specialisti e il 57% degli infermieri le hanno utilizzate. Inoltre il 73% degli italiani dichiara di prendere decisioni relative alla salute basandosi sulle informazioni trovate online.

«È importante sottolineare che l'investimento in tecnologie sarà solo uno degli elementi su cui investire - v conclude Sgarbossa - Bisognerà attuare una revisione dei modelli organizzativi e di cura, ma soprattutto investire in un cambiamento a livello culturale e sviluppare nuove competenze tra tutti i diversi attori dell'ecosistema, ingaggiando professionisti sanitari, pazienti e cittadini, che vanno resi protagonisti attivi e consapevoli del processo di trasformazione».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TELEMEDICINA
**Diminuisce l'utilizzo
della telemedicina
rispetto al boom
dell'emergenza Covid,
ma è superiore al 2019**



L'intervista **Francesca Pasinelli**

«Ecco i nostri 24 progetti per curare le malattie rare»

► Il direttore generale di Telethon: «Con Fondazione Cariplo stanziati 5,7 milioni» ► «Fino a 25 anni fa per alcune patologie non c'era terapia. Ora vita media più lunga»

«**E** sistono malattie per le quali 25 anni fa neanche ci si aspettava di arrivare a disporre di una cura. Ma grazie all'innovazione biomedica per alcune patologie ci siamo riusciti». Francesca Pasinelli, direttore Generale di Fondazione Telethon, guarda alle prossime sfide con fiducia: insieme alla Fondazione Cariplo sono stati finanziati 24 progetti di ricerca di base per un totale di 5,7 milioni di euro. L'obiettivo è ambizioso. «Vogliamo comprendere gli aspetti genetici e i meccanismi molecolari oggi ancora sconosciuti per poter sviluppare nuove cure per le malattie rare».

Ventiquattro progetti: ce n'è qualcuno più promettente?

«Impossibile dirlo adesso. Abbiamo unito gli sforzi per finanziare un'area di ricerca che ancora oggi è oggetto di scarsi finanziamenti in generale. I progetti si focalizzano sullo studio dei cosiddetti bersagli Tdark, per i quali non sono note informazioni sulla struttura, sulla funzione e sulla interazione con molecole e farmaci. Il 35% del nostro dna è composto da queste proteine che conosciamo poco; gli strumenti di studio sono scarsi. Però ce ne potrebbero essere di rilevanti dal punto di vista strategico».

Cosa vi aspettate di scoprire?

«Ci sono stati esempi di proteine che in 12-20 anni sono passati dall'essere considerato Tdark a diventare bersagli di farmaci. L'obiettivo che ci siamo dati con Cariplo è destinare fondi per 3 anni proprio per consentire agli

scienziati italiani di indagare queste porzioni oscure del patrimonio genetico».

Perché è importante puntare sulla ricerca di base?

«La forza della ricerca di base sta nel fatto che si tratta di un ambito le cui ricadute possono essere infinite e non sono conosciute al momento dalla ricerca stessa. È guidata da uno spirito puro di curiosità che non ha finalità immediata, ma che poi apre prospettive enormi».

I passi avanti sono tanti

«In questo momento, una patologia per la quale abbiamo sviluppato una terapia è la leucodistrofia metacromatica; una malattia genetica legata a un difetto enzimatico che causa una forma neurodegenerativa grave e porta a morte certa: 25 anni fa neanche lontanamente ci si aspettava di arrivare a disporre di una cura. Eravamo ancora in una fase in cui la malattia veniva indagata nei suoi meccanismi. Pensiamo, poi, all'atrofia muscolare spinale, 15 anni fa sembrava impossibile disporre di una terapia. Eppure le varie conoscenze di questi anni sono andate a comporre un puzzle che è diventato una terapia».

Fa ben sperare per chi non può contare su una cura

«Certo, grazie all'evoluzione della ricerca biomedica si è andati a migliorare le condizioni di vita della persona e la durata della vita media. E questo è anche il frutto di interventi terapeutici, vaccinazioni, terapie, antibiotici, antinfettivi. Solo un secolo fa si moriva, da giovani, per un numero molto elevato di malattie che adesso non rappre-

sentano più di fatto un problema di vita o di morte».

Servirebbe investire di più per la ricerca oggi in Italia?

«Nel caso delle malattie genetiche rare, ricordiamo che tutte quelle famiglie che hanno voluto che nascesse un'organizza-

zione come Telethon erano consapevoli del fatto che anche laddove ci sono grandi investimenti, possono esserci priorità dettate da una maggiore incidenza di una patologia. Malattie neurodegenerative legate all'invecchiamento oppure il cancro possono essere una priorità».

I vostri fondi vanno anche a strutture pubbliche.

«Questo bando è destinato a finanziare circa 35 gruppi di ricerca su tutto il territorio nazionale. Si tratta per lo più di strutture pubbliche di ricerca, di centri universitari. Non dimentichiamo che la sinergia pubblica privata è fondamentale. In un certo senso, è come se lo Stato mette la macchina e noi la benzina».

Prossimi passi per il futuro?

«Ci auguriamo di continuare a godere della fiducia degli italiani e di poter disporre di risorse per poter continuare a finanziare la ricerca biomedica soprattutto in quegli ambiti per i quali ancora non abbiamo individuato i risultati».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ADENOMA DEL SURRENE

Rischi maggiori nelle donne

■ Si chiamano 'incidentalomi' e sono delle formazioni, quasi sempre benigne (adenomi), scoperte per caso a livello dei surreni (le piccole ghiandole endocrine a forma di berretto frigio, appoggiate sopra i reni), in occasione di un'ecografia o di una TAC addome effettuate per altri motivi. Scoperte tutt'altro che rare, visto che si riscontrano nel 3% dei 50enni e nel 10% delle persone over 70. Nella metà dei casi, in questi pazienti le analisi ormonali rivelano delle alterazioni del cortisolo, che non determinano però evidenti ricadute cliniche.

Finora, non erano del tutto note le implicazioni di queste modeste alterazioni del cortisolo sulla prognosi dei pa-

zienti. Per questo, il professor Massimo Terzolo, socio della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI) e ordinario di Medicina Interna all'Università di Torino, insieme ad un gruppo di ricercatori internazionali, ha deciso di effettuare uno studio di coorte, internazionale, multicentrico, per cercare una risposta a questa domanda. «Questo studio», commenta il professor Giorgio Sesti, presidente della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI) - costituisce un importante avanzamento delle conoscenze sugli effetti a lungo termine dell'incidentaloma surrenalico. Uno degli aspetti più interessanti dello studio è quello che mostra come questa condizione possa rientrare nell'ambito della

medicina di genere: le donne con età inferiore ai 65 anni risultano esposte al più alto rischio di eventi fatali, indicando così che questo gruppo potrebbe trarre il massimo beneficio dalla normalizzazione della secrezione di cortisolo mediante terapia farmacologica o chirurgica». Lo studio, è pubblicato su *Lancet Diabetes & Endocrinology*.

Arriva lo stop all'esportazione di carne

Emergenza peste suina, l'Europa blinda la zona rossa di Roma Nord

Flaminia Savelli

Una zona rossa allargata e lo stop all'esportazione dei prodotti verso altri Paesi. È arrivata ieri la Decisione della Commissione europea per il contenimento della Peste suina

africana. Dopo i casi di infezione registrati lo scorso dicembre in Liguria e Piemonte, il contagio è arrivato nel Lazio. Con un primo focolaio registrato nella riserva dell'Insugherata, l'area verde che si allarga nel

quadrante nord della Capitale.

A pag. 13



IL PROVVEDIMENTO

Peste suina, allarme Ue «Zona rossa a Roma e divieto di esportazione»

►La Commissione: dalle aree infette non potranno uscire animali e prodotti ►Nel perimetro di contenimento il Lazio pensa a una cancellata di 60 chilometri

ROMA Una zona rossa allargata e lo stop all'esportazione dei prodotti verso altri paesi. È arrivata ieri la Decisione della Commissione europea per il contenimento della Peste suina africana. Dopo i casi di infezione registrati lo scorso dicembre in Liguria e Piemonte, il contagio è arrivato nel Lazio. Con un primo focolaio registrato nella riserva dell'Insugherata, l'area verde che si allarga nel quadrante nord della Capitale. Per l'emergenza la Regione Lazio ha aperto un tavolo con l'unità di crisi coordinata da Angelo Ferrari, commissario straordinario che ha proceduto con test e campionamenti per definire la zona rossa. Cioè il perimetro dell'infezione. Dunque le disposizioni che saranno in vigore fino al prossimo 31 agosto.

IL DOCUMENTO

L'ordinanza Ue - firmata da Stella Kyriakides, Commissaria europea per la Sicurezza alimentare e la Salute pubblica - precisa che «la situazione epidemiologica in Italia è ulteriormente cambiata per quanto riguarda la peste suina africana nel Comune di Roma; di conseguenza l'Italia ha attuato le necessarie misure di controllo e ha raccolto ulteriori dati relativi alla sorveglianza». Da qui la disposizione affinché «non siano autorizzati i movimenti di partite di suini detenuti nelle aree elencate come zona infetta e dei relativi prodotti verso altri Stati membri e paesi terzi». Nella Decisione stessa sono state quindi elencate le aree che comprendono oltre 5 mila ettari della riserva dell'Insughe-

rata e si allarga fino alla zona limitrofa del parco di Veio. Restano ora da definire le modalità per assicurare le misure di contenimento. La scorsa settimana la Regione Lazio ha annunciato l'installazione di una cancellata per delimitare il perimetro della zona infetta. Un sistema già adottato in Piemonte: nella zona rossa della Capitale si estenderà per sessanta chilometri.



LE REGOLE

Infine si procederà con il depopolamento cioè, l'abbattimento selettivo dei cinghiali. Sono 20 mila gli esemplari nelle aree verdi del Lazio, saranno gli uffici regionali a stabilire il numero di quelli da abbattere.

Mentre i veterinari delle Asl stanno eseguendo i test a campione sugli allevamenti di suini

regionali: sono 12.518 per un totale di 42.954. Nella Asl Roma 1, competente per la zona rossa, sono 103 le porcilaie registrate e vicine alla riserva. Nessuno dei test è risultato positivo ma se l'infezione non sarà contenuta, per tutti scatterà l'ordine di divieto di esportazione dei prodotti.

Flaminia Savelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**INTERESSATI OLTRE
5 MILA ETTARI
DALL'INSUGHERATA
AL PARCO DI VEIO
SÌ ALL'ABBATTIMENTO
SELETTIVO DEI CINGHIALI**

20.000

Sono in tutto i cinghiali presenti nel territorio del Lazio. Saranno le Asl a determinare quanti di questi esemplari vanno abbattuti per procedere a quello che viene definito il "depopolamento"

Cinghiali vicino ad una macchina nel parco dell'Insugherata



SANITÀ NEL CAOS

File di pazienti in attesa di ricovero e ambulanze ferme senza barelle

Finita l'emergenza Covid Non quella ai Pronto soccorso

ANTONIO SBRAGA

●●● Mentre l'emergenza-Covid continua ad attenuarsi, torna a riacutizzarsi quella dell'emergenza-urgenza nel Lazio, la Regione italiana con il più basso numero di servizi di Pronto Soccorso (50 Ps-Dea) in rapporto al numero della popolazione (c'è una struttura ogni 117.769 abitanti a fronte di una media nazionale di 90.546 residenti per ogni Ps-Dea). E quel 30% in più nei bacini d'utenza laziali (pari ad una media di 27.223 persone in più) pesa ogni giorno nelle astanterie sovraffollate dei 23 Pronto Soccorso, dei 22 Dipartimenti di emergenza accettazione (Dea) di I livello e dei 5 Dea di II livello. Ieri, ad esempio, alle ore 10 già si contavano «837 persone in attesa di ricovero». Una cifra-record nonostante il numero dei ricoverati per Covid sia aumentato solo di 20 persone (818 in totale) ieri nel

Lazio. Dove, su un totale di 14.950 tamponi, si sono registrati 1.745 nuovi casi (di cui 1.086 a Roma) positivi (-1.198 rispetto a domenica: il rapporto tra positivi e tamponi è all'11,6%), con 13 decessi (+11), 51 degenti nelle terapie intensive e +3.723 guariti. Eppure già di prima mattina si contavano ben «98 persone in attesa di ricovero o trasferimento» all'Umberto I (su un totale di 131 in trattamento), 78 al Pertini (su complessivi 103), 73 al Gemelli (su 146), 70 al San Camillo (su 98), 56 al Sant'Andrea (su 112), 55 a Tor Vergata (su 113) e 40 al San Giovanni (su 79). Mentre alle ore 13 si contavano ben «42 ambulanze fermate davanti ai Pronto Soccorso dal blocco-barella», quantifica il sindacato Usb Lazio. Il blocco-barella ogni giorno «sequestra» per lunghe ore le ambulanze in attesa della restituzione delle lettighe, che vengono usate nelle astanterie

per sistemare i pazienti bisognosi di ricovero, ma privi di posti letto disponibili nei reparti di degenza. Per sostituire quelle ambulanze bloccate davanti ai Ps-Dea, l'Ares 118 fa ricorso al noleggio dei mezzi di soccorso privati, inviati nelle postazioni territoriali rimaste sguarnite.

Soccorsi privati che lo scorso anno sono costati all'Ares 118 ben 5 milioni e 222 mila euro, pari ad una spesa media di 14 mila e 306 euro al giorno. Mentre nei precedenti 8 anni l'Ares ha complessivamente speso per l'affitto di questi mezzi di soccorso esterni ben 52 milioni e 662 mila euro, con una media di oltre 18 mila euro al giorno. Ma le strutture più sovraffollate risultano proprio i Dea di II livello, ossia quelli chiamati ad assicurare, «oltre alle prestazioni fomite dai DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia,

la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia vascolare e quella toracica», come spiega il Ministero della Salute. Però di queste maxi-strutture per l'emergenza-urgenza nel Lazio ce ne sono soltanto 5 a fronte del triplo presente in Campania (che ha la stessa popolazione, ma ne ha 14, come l'Emilia Romagna, nonostante abbia oltre un milione di residenti in meno) i 13 in Veneto e 12 in Sicilia. In questo già stretto imbuto dei soli 5 Dea di II livello (Umberto I, Gemelli, San Camillo, San Giovanni e il pediatrico Bambino Gesù) vengono poi trasportati anche i pazienti che non possono essere soccorsi nei restanti 45 Ps-Dea di I livello, già altrettanto insufficienti nel Lazio, finendo quindi per tappare un collo di bottiglia sempre più debordante di persone, in attesa per ore e giorni.

40

Ambulanze
Il numero
dei mezzi
di soccorso bloccati
fuori dai Ps

Ferme
Ambulanze in fila
davanti al Pronto
Soccorso in attesa
delle barelle

