



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

20 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



Arnas Civico, vanno avanti le stabilizzazioni: al via bando per il personale del comparto

Rivolto ai titolari di contratto a tempo determinato e in possesso dei requisiti previsti al comma 1 dell'art. 20 del D. Lgs 75/2017.

20 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Vanno avanti le **stabilizzazioni** dei precari all'**Arnas Civico**. Una delibera del direttore generale **Roberto Colletti** (*nella foto*) di cui Insanitas ha preso visione dà il via all'iter per il **personale del comparto** titolare di **contratto a tempo determinato** e in possesso dei requisiti previsti al **comma 1** dell'art. 20 del **D. Lgs 75/2017** (cioè il decreto attuativa della "Legge Madia").

Le istanze vanno presentate tramite PEC entro il primo giugno del 2022 a condizione che i precari:

a) siano stati in servizio con contratti a tempo determinato successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124/2015 (anche per un solo giorno dopo il 28 agosto 2015) presso l'Arnas Civico. Se il soggetto non è più in servizio, viene data la priorità di assunzione al personale in servizio alla data di entrata in vigore del decreto (22 giugno 2017). Questo criterio rimane prioritario per definire l'ordine di assunzione a tempo indeterminato.

b) siano stati assunti a tempo determinato da una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, derivante da concorso/avviso pubblico per titoli e/o esami, ovvero in esito ad



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

una valutazione comparativa delle esperienze professionali e dei requisiti specificatamente richiesti per la figura professionale da ricoprire, anche in amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione, in relazione alle medesime attività svolte;

c) abbiano maturato, al 30/04/2022, almeno 3 anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi 8 anni, anche presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale. Ai fini del computo dei 36 mesi negli ultimi otto anni, valgono anche i periodi riferiti a contratti diversi, anche come tipologia di rapporto, ma devono riguardare la stessa attività e lo stesso inquadramento professionale. Si precisa che rientra nella stabilizzazione anche chi, all'atto dell'avvio delle procedure di assunzione a tempo indeterminato non è in servizio.

L'Arnas Civico al fine di redigere le relative graduatorie di merito per singolo profilo utilizzerà seguenti **criteri supplementari**:

A) anzianità di servizio complessiva presso l'Arnas Civico (1,20 punti per anno) a parità di punteggio;

B) anzianità di servizio complessiva presso Aziende del SSN (1,20 punti per anno).

Per anzianità di servizio complessiva si intendono i periodi svolti presso la pubblica amministrazione del SSN con tipologie di lavoro tempo determinato e/o flessibile. In caso di persistente parità si applicano le preferenze previste dall'articolo 5 del D.P.R. 487/94 e successive modificazioni.

Nei giorni scorsi, con scadenza il 17 maggio, era stato pubblicato pure un Avviso per la stabilizzazione a tempo indeterminato del personale del Comparto (ctg. Bs, C, D), stavolta ai sensi dell'art. 20 **comma 2** del D. Lgs.vo n. 75/2017 ss.m.ii. In questo caso tra i requisiti previsti anzitutto la titolarità di un contratto di lavoro flessibile, anche di diversa tipologia ma con esclusione di quelli di somministrazione presso pubbliche amministrazioni, successivamente alla data di entrata in vigore della Legge n. 124/2015 (anche per un solo giorno dopo il 28 agosto 2015) presso l'Arnas



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Civico. Inoltre il precario deve avere maturato, alla data del 31/12/2021, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso e/o anche presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale.

Un altro avviso, scaduto il 16 maggio, ha dato il via invece all'iter per la stabilizzazione dei dirigenti medici precari.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Ospedale “San Giovanni di Dio”, la direzione della Radioterapia va a Michele Bono

Vincitore della procedura concorsuale per il conferimento dell'incarico quinquennale, ha firmato il contratto con il commissario straordinario dell'Asp di Agrigento.

20 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

AGRIGENTO. Anche il reparto di **radioterapia** dell'ospedale “**San Giovanni di Dio**” di Agrigento ha il suo nuovo primario. Si tratta del dottor **Michele Bono** (*a destra nella foto*), vincitore della procedura concorsuale per il conferimento dell'incarico quinquennale di direttore di struttura complessa.

Il neo-primario è stato ricevuto questa mattina dal commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, **Mario Zappia** (*a sinistra nella foto*) per la formale sottoscrizione del contratto.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Covid, ecco i nuovi sintomi di Omicron: più orticaria e problemi alle unghie e meno febbre

20 Maggio 2022



Il Covid si trasforma, cambiano le varianti e cambiano anche i sintomi. Dagli studi e dall'analisi dei casi quotidiani emerge che con Omicron e le sue sotto-varianti ci sono meno infezioni che provocano febbre e manifestazioni gravi (anche grazie alla copertura vaccinale) e diminuisce il numero di contagiati che perdono olfatto e gusto.

Ma nuovi sintomi hanno preso il posto dei vecchi. O meglio, sono adesso più evidenti rispetto al passato. Per esempio, si registrano più spesso casi di pazienti con problemi alla pelle, come orticaria o macchie sulle unghie, come mette in luce uno studio sul Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology

C'è anche chi deve fare i conti con le lesioni alle dita dei piedi fino o anche con la perdita dei capelli. Tra i nuovi sintomi individuati ci sono anche il calo o la perdita dell'udito e i fischi alle orecchie.

"Omicron si è manifestato come un virus più diffusivo, ma che colpisce prevalentemente le vie aeree superiori, come naso e faringe, risparmiando in parte i bronchi e i polmoni, dove si generano le patologie più gravi", ha detto Hans Kluge, direttore per l'Europa dell'Oms.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il virus si attacca sempre più alla pelle, ma i fenomeni come rash cutaneo o orticaria tendono a sparire dopo pochi giorni, senza la necessità interventi specialistici. Le lesioni cutanee, invece, sono molto più fastidiose o dolorose, dunque in questi casi è preferibile consultare un medico.

I problemi alle unghie colpiscono soprattutto gli adolescenti asintomatici o che hanno contratto Omicron in forma leggera. Tra i sintomi più diffusi ci sono le linee di Beau, bande orizzontali alla base delle unghie delle mani o dei piedi, o le linee di Mees, bianche e orizzontali.

Il caso**Vaiolo delle scimmie
rischio contagi
Allarme in Italia****di Bocci, Di Cori e Dusi**● *alle pagine 22 e 23***L'ALLARME**

Il vaiolo delle scimmie arriva anche in Italia

“Rischio rapporti sessuali

Un giovane contagiato e due casi sospetti allo Spallanzani: tornati dalla Spagna, non sono gravi
L'Ecdc: i primi cluster nelle comunità gay. Le associazioni: evitare gli errori fatti con l'Aids

di Elena Dusi

Tre casi in due giorni solo a Roma: uno confermato, due in attesa del risultato dell'analisi sul virus. Il vaiolo delle scimmie non si era mai comportato così. Finora aveva colpito soprattutto viaggiatori provenienti dall'Africa, o al massimo i loro conviventi. Dal 14 maggio invece una ventina di pazienti in Gran Bretagna, Spagna, Portogallo, Svezia e Usa sono risultati positivi senza mai aver viaggiato in luoghi a rischio. Altrettanti sono i casi sospetti in Europa, in 17 attendono la diagnosi in Canada. La maggior parte sono uomini e hanno avuto di recente rapporti sessuali con altri uomini, avverte l'Organizzazione mondiale della sanità.

Il primo paziente romano si è presentato mercoledì notte al pronto soccorso del Policlinico Umberto I. È un giovane tornato

da poco dalle Canarie. Il viso che all'improvviso si è riempito di bolle lo ha spaventato, facendolo correre in ospedale nonostante non avesse gravi sintomi. L'allerta europea lanciata già da alcuni giorni dall'Ecdc, European centre for disease control, ha permesso ai medici del pronto soccorso di riconoscere il problema. Le pustole tipiche della malattia sono rotonde e grandi come un bottone di camicia. Partono dal viso, poi dopo poche ore si estendono anche sul tronco, fino ai genitali.

Il giovane ieri mattina è stato trasferito all'Istituto per le malattie infettive Spallanzani, dove è arrivata la conferma: virus del vaiolo delle scimmie o monkeypox, lo stesso che circola in Europa da due settimane e che, secondo l'Ecdc, ha almeno due caratteristiche del tutto nuove rispetto alla malattia che conosceamo finora: «È la

prima volta che troviamo catene di trasmissione senza legami con l'Africa centrale o orientale». Nessuno dei casi europei o nordamericani era stato in quei posti o aveva avuto contatto con persone provenienti da lì. «Questi sono anche i primi casi al mondo - prosegue l'Ecdc - osservati nella categoria di uomini che hanno avuto rapporti sessuali con altri uomini». La franchezza dell'Ecdc ha causato l'indi-



gnazione del Partito Gay. «Chiediamo al Ministero - ha dichiarato il portavoce Fabrizio Marrazzo - di intervenire per evitare che, come negli anni '80, si crei uno stigma contro le persone gay».

Anche gli altri due casi sospetti osservati a Roma sono giovani tornati di recente dalla Spagna. Per loro il test è in arrivo nelle prossime ore. Tutti e tre i pazienti sono in osservazione allo Spallanzani, ma stanno bene. Non hanno bisogno di alcuna terapia - che di fatto neanche esiste, a eccezione di alcuni antivirali sperimentali - e per prudenza restano in isolamento, anche se c'è bisogno di un contat-

to stretto e prolungato perché il vaiolo delle scimmie si trasmetta. «Il contagio può avvenire attraverso le goccioline di saliva e i contatti con le lesioni o i liquidi biologici infetti» spiega lo Spallanzani, che tranquillizza: «Al momento i tre casi osservati e gli altri casi verificatisi negli altri paesi europei e in Nord America non presentano segni clinici di gravità».

Nei prossimi giorni il virus del paziente infetto sarà sequenziato per intero. Il timore è che il microrganismo si sia adattato all'uomo e abbia imparato a contagiare gli individui della nostra specie senza bisogno di un contatto con un ani-

male. Se il focolaio si estendesse, potrebbe partire la vaccinazione di individui a rischio e giovani. Il vaccino per il vaiolo - la cui somministrazione in Italia è cessata nel 1981 - offre una certa protezione anche contro il vaiolo delle scimmie. La Spagna, riferisce *El Pais*, è pronta ad acquistarne migliaia di dosi. La Gran Bretagna ha iniziato a vaccinare i contatti dei suoi casi positivi. © RIPRODUZIONE RISERVATA



▲ Le eruzioni cutanee

Le mani di un paziente del Congo colpito dal monkeypox



Vaiolo delle scimmie, primo caso a Roma Contagi solo per contatto

► Focolaio alle Canarie, il malato è allo Spallanzani
Altri positivi in Europa. Per ora niente vaccini

Mauro Evangelisti

Una ventina di casi certi in Europa. E ieri a Roma è stato individuato il primo italiano con il vaiolo delle scimmie. Il malato è ora allo "Spallanzani", allerta Oms. Per ora niente vaccini.

A pag. 11

Mozzetti a pag. 11

Il nuovo allarme

Il vaiolo delle scimmie, primo caso a Roma Ma si frena sul vaccino

► Un positivo ricoverato allo Spallanzani
Altri due sospetti in attesa di conferma

► Possibile focolaio alle Canarie durante
una festa gay. Boom di contagi in Europa

IL CASO

ROMA Quattordici casi in Portogallo, più altri sei sospetti, tutti nell'area di Lisbona; 23 nella sola Madrid e uno a Gran Canaria; nove nel Regno Unito, uno in Svezia. Martedì scorso all'Umberto I di Roma è stato individuato il primo caso italiano. È un quarantenne tornato dalle vacanze alle Canarie, che presentava febbre e soprattutto manifestazione cutanee. I medici hanno intuito che

potesse essere vaiolo delle scimmie, come già visto pochi giorni prima in Inghilterra, e hanno deciso di sottoporlo all'esame. Ora tutti i pronto soccorso romani sono allertati. Nelle prossime ore lo Spallanzani avrà pronti i risultati dei test su altri due sospetti, non legati però al contagiato accertato. Almeno per uno dei due è molto probabile che arrivi una conferma. Il vaiolo delle scimmie si

sta diffondendo rapidamente in tutta Europa, soprattutto nella comunità gay, come spiega l'Ecdc (l'agenzia della salute dell'Unione europea). Segnalazioni però ci sono anche a Boston e nel Que-



bec. Il ministro della Salute, Roberto Speranza, spiega: «Teniamo alto il livello di attenzione». L'Istituto superiore di sanità ha costituito una task force di esperti. Precisazione: ad oggi non ci sono casi gravi.

DOSI

In alcuni paesi europei sta partendo una campagna vaccinale molto mirata, usando i vecchi vaccini sviluppati sul vaiolo che però hanno una buona efficacia anche per questo virus. In Spagna il Ministero della Salute sta acquistando migliaia di dosi, con l'obiettivo di vaccinare i contatti stretti di chi risulti contagiato. Il Regno Unito valuta un'analoga azione. Anche Ecdc chiede di valutare la vaccinazione. In Italia ci sono scorte sufficienti, ma andranno valutate le date di scadenza. Allo Spallanzani, oltre a mettere in campo il Seresmi - i cacciatori di virus - che stanno tracciando tutti i contatti stretti di chi è stato contagiato, si preferisce puntare sulla vigilanza, tenendo conto del fatto che i pazienti sotto osservazione hanno sintomi lievi. Gli esperti del Ministero della Salute sono molto perplessi rispetto alla scelta della Spagna e del Regno Unito. E il professor Carlo Signorelli (docente di Igiene e Sanità pubblica all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano) taglia corto: «Non c'è nessuna base scientifica per la vaccinazione anti-vaiolo in funzione protettiva contro il vaiolo delle scimmie, come sembra stia succedendo in Spagna». Da sapere: questo tipo di vaccino, con virus attenuato, non può essere somministrato a persone immunodepresse, dunque a coloro che in realtà sono più a rischio. Non solo: fino all'inizio degli anni Ottanta tutti i bambini venivano vaccinati contro il vaiolo e in linea di massima quella protezione è ancora sussi-

stente anche nei confronti del Monkeypox (il vaiolo della scimmia). In pratica le generazioni più anziane sono protette (salvo eccezioni), quelle più giovani difficilmente hanno conseguenze gravi. E non è la prima volta che il vaiolo delle scimmie si diffonde in Europa. Su un focolaio nel 2019 il professor Gianni Rezza, direttore prevenzione del Ministero della Salute, pubblicò un'analisi sulla prestigiosa rivista medica Lancet. Anche allora il contagio partì dalla Nigeria. In questo caso, nel Regno Unito è stato segnalato un infetto il 7 maggio ed era una persona tornata dal Paese africano. Rezza spiega: «Abbiamo tempestivamente allertato le Regioni e messo in piedi un sistema di monitoraggio. Dato che il virus si trasmette per contatto diretto o molto stretto, i focolai tendono poi generalmente ad autolimitarsi».

In sintesi: potremmo trovarci rapidamente con migliaia di casi in Europa, ma difficilmente si andrà oltre, visto che deve avvenire uno scambio di fluidi (rapporti sessuali) o un contatto molto stretto tra ferite per la trasmissione. Detta in modo brutale: non ha la stessa contagiosità del Covid. «Giusto vigilare, ma non esageriamo nell'allarmismo. La malattia normalmente evolve senza conseguenze» spiega il professor Roberto Cauda, direttore di Malattie Infettive del Gemelli.

CAUTELE

L'Ecdc e l'Oms hanno detto che per ora il contagio sta diffondendosi soprattutto nella comunità omosessuale. A Gran Canaria un festival gay, la settimana scorsa, ha richiamato turisti di tutta Europa e potrebbe avere fatto da detonatore, un po' come avvenne con alcuni eventi di massa (ad esempio la partita di Champions dell'Atalanta o le finali di coppa Italia di basket a Pesaro) all'inizio

della diffusione del Covid. Più in generale, dal punto di vista sociologico questo è un momento storico in cui è più facile la diffusione di un virus che corre grazie ai rapporti sessuali: dopo due anni di limitazioni per la pandemia, ci sono meno inibizioni e c'è una intensa ricerca di divertimento.

Ovviamente non si tratta di additare una categoria, ma semplicemente di affrontare in modo pragmatico questo virus. La cautela non impedisce di divertirsi. L'Organizzazione mondiale della sanità dice: «In Gran Bretagna è stata osservata una trasmissione del virus del vaiolo delle scimmie nell'ambito della comunità gay, tra uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini». L'Ecdc: «Le organizzazioni di salute pubblica dovrebbero adottare misure per aumentare la consapevolezza sulla potenziale diffusione del vaiolo delle scimmie nelle comunità di individui che si identificano come MSM, ovvero uomini che fanno sesso con altri uomini, o che hanno rapporti sessuali occasionali o che hanno più partner sessuali».

Sulla stessa lunghezza d'onda Anna Teresa Palamara, dirigente del Dipartimento Malattie infettive dell'Iss: «Raccomandiamo prudenza nei contatti stretti o sessuali che presuppongano uno scambio di fluidi corporei, soprattutto se sono presenti lesioni cutanee o sintomi febbrili».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'ISTITUTO
SUPERIORE
DI SANITÀ
HA GIÀ COSTITUITO
UNA TASK FORCE
DI ESPERTI**



ACCORDO UE

«Coronavirus riconosciuto come malattia professionale»

■ I governi europei, i lavoratori e i datori di lavoro che partecipano al Comitato consultivo Ue per la sicurezza e la salute sul lavoro hanno raggiunto un accordo sulla necessità di riconoscere il Covid come malattia professionale nei settori dell'assistenza sanitaria e domiciliare, dei servizi sociali, e a rischio comprovato di infezione. Ora la Commissione aggiornerà la sua raccomandazione sulle malattie professionali in vista di una nuova raccomanda-

zione attesa entro la fine dell'anno. Gli Stati membri saranno poi chiamati ad adattare le loro legislazioni nazionali.

«Questo accordo invia un forte segnale politico per riconoscere l'impatto del Covid sui lavoratori e il contributo essenziale delle persone che sono ad alto rischio di contrarre la malattia» ha commentato il commissario Ue per il Lavoro, Nicolas Schmit. Una volta che il Covid sarà riconosciuta come malattia professionale in uno Stato membro, i lavora-

tori dei settori interessati che hanno contratto la malattia sul posto di lavoro potranno acquisire diritti come l'indennizzo.



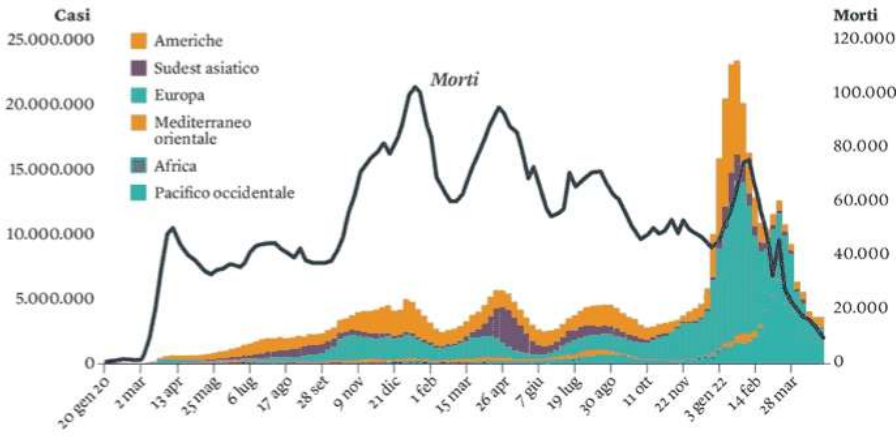
Il covid-19 in cifre

Con una prevalenza del 97 per cento la omicron Ba.2 (e i suoi sottolignaggi, come Ba.2.x) è la variante più diffusa al mondo. Ma in Sudafrica sono Ba.4 e Ba.5 ad avere la diffusione maggiore.

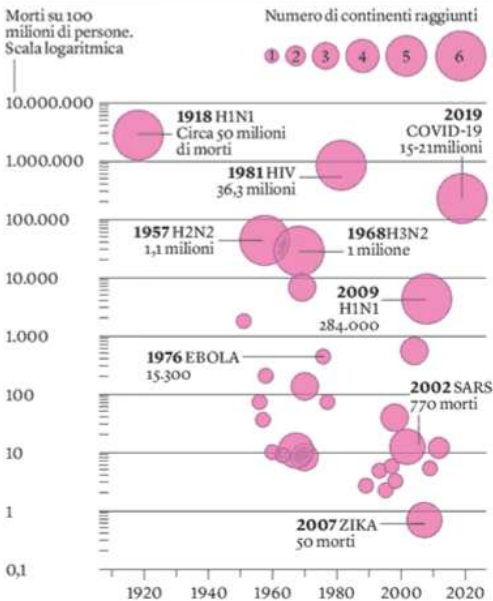
Mondo

	Totale dall'inizio della pandemia	Settimana dal 12 al 18 maggio 2022	Variazione settimanale
Casi	524.849.148	5.961.805	+1,1%
Morti	6.281.836	25.737	+0,4%

Nuovi casi e decessi settimanali per covid-19 nel mondo

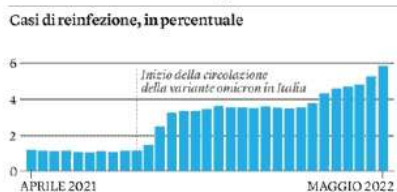


Il rischio pandemico dovuto ai virus che arrivano dagli animali



Il grafico mostra le malattie virali che dal 1918, anno della cosiddetta influenza spagnola, sono passate dagli animali agli esseri umani e indica quante persone sono state uccise, considerando le varie ondate. È probabile che i salti di specie (*spillover*) siano stati all'origine di ogni pandemia virale dall'inizio del ventesimo secolo. Visto il modo in cui gli esseri umani stanno cambiando l'ambiente, il rischio che un virus animale passi alle persone è destinato ad aumentare. Per contenerlo bisognerebbe ridurre la deforestazione, regolamentare il commercio di animali selvatici e migliorare i sistemi di controllo delle infezioni negli allevamenti. Secondo uno studio su Nature, per riuscirci servirebbero circa venti miliardi di dollari all'anno. Poco, dicono i ricercatori, rispetto alle vite perse e alle migliaia di miliardi di dollari spesi per la pandemia di covid.

In Italia aumentano gradualmente le reinfezioni



Tra il 24 agosto 2021 e l'11 maggio 2022 sono stati segnalati più di 40 mila casi di reinfezione in Italia, pari al 3,6 per cento del totale dei contagi registrati. Nella settimana conclusa l'11 maggio la percentuale di reinfezioni sul totale dei casi risulta pari al 3,8 per cento, in aumento rispetto a quella precedente, quando il valore era del 5 per cento.

Europa

I paesi con il maggior numero di nuovi casi al giorno, media dell'ultima settimana

Germania	63.343	▼
Italia	34.847	▼
Francia	32.115	▼
Spagna	16.866	▲
Regno Unito	8.453	—

I paesi con il maggior numero di morti al giorno, media dell'ultima settimana

Germania	144	▼
Italia	109	▼
Russia	103	▼
Regno Unito	100	—
Francia	93	▼

▲ aumento o calo medio nelle ultime due settimane

Italia

Dati dall'11 al 18 maggio 2022



Nuovi casi nell'ultima settimana ogni 100.000 abitanti



Casi positivi	952.578
Variazione nell'ultima settimana	-88.618
Casi positivi sul totale dei tamponi	13,5%
Variazione negli ultimi sei giorni	-0,9%
Pazienti in terapia intensiva	318
Variazione nell'ultima settimana	-20
Casi da inizio pandemia	17.147.477
Nuovi casi nell'ultima settimana	+232.176
Morti da inizio pandemia	165.630
Variazione nell'ultima settimana	+784

*Da gennaio 2021 sono conteggiati anche i test antigenici



ANTIVIRUS



IL COVID E L'AUTUNNO NELL'ALTRO EMISFERO

*** STIAMO VIVENDO** una buona stagione. I contagi Covid, ma soprattutto i ricoveri sono in continua discesa. Qualcuno canta vittoria, altri invitano alla cautela e altri ancora predicano scenari disastrosi in autunno. Tutti potrebbero aver ragione o torto. Se guardiamo alla storia delle precedenti pandemie, sappiamo che, in genere, sono durate in media due anni. Se SarS-CoV2 dovesse attenersi a ciò, siamo alla fine. Ne siamo certi? L'unica possibilità di fare previsioni è osservare cosa succede dove adesso è autunno, nell'altro emisfero. Nell'Africa del Sud, a causa delle ultime varianti, molto infettive, si assiste un incremento di contagi che fanno parlare di quinta ondata, ma non si nota un incremento né di forme gravi, né di decessi. Accadrà anche da noi? Ci sono due fattori da non ignorare che ci invitano a essere cauti pur con una nota di ot-

timismo. Il numero dei decessi in Sud Africa rimane molto basso malgrado il tasso di vaccinazione non superi il 30% della popolazione e ciò ci conforterebbe sulla minore patogenicità delle varianti oggi circolanti. Però, la popolazione è molto giovane e sappiamo che il rischio di malattia grave interessa prevalentemente la fascia di età over 80. L'Occidente ha una vita media molto alta. A questo si deve aggiungere l'incognita costante di una variante più aggressiva. Cosa fare? Due raccomandazioni parallele. Che la gente viva il tempo presente recuperando la normalità, la socialità e, guerra permettendo, la serenità. Ciò non deve però rilassare l'attenzione della sanità pubblica. Noi addetti ai lavori dobbiamo vigilare e saper cogliere ogni minimo segnale che possa rivelare un cambiamento di rotta. Che si prepari un piano, alla luce dell'esperienza acquisita, che pos-

sa farci trovare pronti a qualsiasi evenienza. Qualcuno, guardando alle possibili ipotesi future di convivenza con il virus, ha persino pensato ad una riorganizzazione della società che simula gli animali che vanno in letargo. Attività completa in primavera ed estate e "letargo" sociale autunno-inverno. Spero davvero che questo resti solo un brutto sogno dei dannati pessimisti!

MARIA RITA GISMONDO

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

SUD AFRICA
LO SCENARIO
POSSIBILE
DI CIÒ CHE
CI ASPETTA



La Sanità rischia un buco da 4 miliardi per spese Covid

Alert delle Regioni

Le spese extra legate
a campagna vaccinale
e acquisti di beni e servizi

Marzio Bartoloni

C'è una nuova tegola per il Governo su cui è cominciato un pressing sempre più forte delle Regioni. Che lamentano attraverso i diretti interessati - gli assessori regionali alla Salute - un possibile buco per la Sanità a causa delle «spese emergenziali» per il Covid che per il 2022 può superare i 4 miliardi, dopo i 3,8 miliardi in più che sono stati già tamponati dalle Regioni con risorse che erano destinate ad altre finalità: è il caso dei fondi arrivati dal payback farmaceutico «sottratti» alle prestazioni sanitarie per pagare appunto i costi in più per personale, campagne vaccinali, tamponi e reagenti.

A metterlo nero su bianco è stato Raffaele Donini, assessore emiliano-romagnolo che coordi-

na i colleghi nella Commissione Salute della conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in una lettera inviata al presidente Massimiliano Fedriga e a Davide Caparini, coordinatore della Commissione Affari finanziari in cui si chiede appunto «un finanziamento aggiuntivo di 4 miliardi». Una lettera nata per segnalare che le risorse previste dalla legge di bilancio per il 2022 per finanziare il Servizio sanitario nazionale non sono «adeguate» a garantire la «sostenibilità della programmazione sanitaria». In particolare a rimanere scoperte ci sarebbero le spese per il personale impegnato negli ospedali e nella campagna vaccinale che pesa per circa il 30% e che proseguirà verosimilmente anche il prossimo autunno ma anche per un altro 50% per l'acquisto di servizi

sanitari da medici, Usca (a esempio per fare vaccini e tamponi) e dalle strutture ambulatoriali private per recuperare le liste d'attesa e infine il restante 20% per l'acquisto di beni sanitari come reagenti, tamponi, mascherine, tute non arrivate in quantità sufficienti dal Governo. A «certificare» il possibile buco è stato un tavolo tra ministero della salute e le Regioni che ha «quantificato in 4,6 miliardi - si legge nella lettera - lo scostamento tra gli attuali finanziamenti emergenziali ed il previsto volume di costi correlati alla gestione emergenziale per l'anno 2022».

Da qui la richiesta degli assessori alla Salute di fondi in più viste anche le grandi «criticità» legate al fabbisogno di personale che sono emerse in modo evidente in questi giorni, ma anche i

«maggiori costi energetici, inflattivi e contrattuali che graveranno considerevolmente sui bilanci sanitari». Tra le richieste anche la sospensione delle sanzioni (piani di rientro e commissariamenti) per i disavanzi del 2021. E in caso non si trovassero i 4 miliardi in più per quest'anno l'indicazione è di immaginare con un «intervento normativo finalizzato» l'adozione di un piano di ammortamento «in un periodo compreso tra i dieci e i venti esercizi successivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RAFFAELE DONINI
Coordinatore
degli assessori
alla Salute
delle Regioni



Salute

Pronto soccorso in crisi: emergenza di un'emergenza

«Non c'è oggi la volontà politica di salvare il Ssn pubblico, universale e gratuito» denuncia **Andrea Filippi**, segretario nazionale Fp Cgil medici e dirigenti Ssn

di **Federico Tulli**

Circa 600 medici dell'emergenza e urgenza da gennaio a oggi hanno deciso di dimettersi dal pronto soccorso in cui prestavano servizio. La Società italiana di medicina d'emergenza-urgenza (Simeu) ha calcolato che di questo passo ci saranno 5mila unità in meno entro la fine del 2022. Uno scenario davvero preoccupante considerando che già ora in Italia mancano 4.200 tra medici e personale infermieristico da impiegare nei pronto soccorso. Come riportano le agenzie, la situazione più grave si è verificata negli ultimi giorni al Cardarelli di Napoli e al San Camillo di Roma, con pazienti abbandonati sulle barelle nei corridoi in attesa di essere visitati. Ma, sempre restando nella Capitale, anche il Sant'Andrea, l'Umberto I, il Gemelli, il Pertini e il San Giovanni lamentano difficoltà e non dissimile è la situazione nel resto d'Italia. Strutture inadeguate, aumento di accessi di cittadini con traumatologia minore o con problemi di carattere sociale, infortuni sul lavoro o stradali non gravi sono tra i fattori che determinano il sovraffollamento. Una situazione che è esplosa con l'attenuarsi della morsa pandemica ma che affonda le sue radici lontano nel tempo, ben prima che il Covid-19 entrasse di prepotenza nelle nostre vite. Quali le cause e quali le possibili soluzioni? Ne parliamo con Andrea Filippi, medico psichiatra e segretario nazionale Fp Cgil medici e dirigenti Ssn.

Da cosa dipende questa situazione allarmante nei pronto soccorso?

C'è stato sicuramente un errore di programmazione dei contratti di formazione specialistica. Ostinatamente, fino al 2018, sono stati tenuti fermi a 6.800 nuove unità annue e una pandemia, non il ministro, ha fatto capire che di posti strutturali/anno ne servivano almeno 13mila. Cioè quasi il doppio. Solo che per formare i medici ci vogliono 5 anni, quindi adesso siamo drammaticamente in ritardo e i medici non ci sono.

E quelli che ci sono, a quanto pare, se ne vogliono andare...

Un'organizzazione dei servizi incentrata tutta sull'ospedale crea un imbuto nei pronto soccorso senza possibilità di alternativa. Ci troviamo così con le persone che chiedono aiuto e che non possono essere sistemate nei reparti e ricoverate. Inevitabilmente il medico che deve scegliere

tra lavorare in un reparto e andare in un pronto soccorso non andrà in un pronto soccorso. E qui si arriva al tema centrale che è a monte di tutto ciò.

Vale a dire?

Aumento del personale, formazione continua e organizzazione del lavoro. Se non si interviene su questi tre ambiti diventa tutto inutile. E questo non è un problema di categoria o degli ordini professionali ma è un tema prettamente sindacale che riguarda anche i cittadini. Oggi serve una mobilitazione profonda che intervenga sulle risorse del personale, sulle riforme dei servizi e sulla riforma dell'organizzazione del lavoro in sanità. Senza questi tre elementi è inevitabile che si lasci il campo libero alla sanità privata. Cioè i professionisti stessi preferiranno andare a lavorare nel privato.

Tanto più ora, dopo due anni di pesantissima emergenza pandemica e di fronte al collasso dei pronto soccorso...

I pronto soccorso sono in questa situazione perché il Servizio sanitario nazionale è in crisi e invece di rilanciarlo lo si consegna al privato.

Perché è in crisi il Ssn?

Quello a cui oggi assistiamo è il risultato di politiche scellerate di indebolimento del Servizio sanitario nazionale avviate nel 2010 con Brunetta, Berlusconi, e Tremonti. Si è agito attraverso tre direttrici fondamentali che dal defianziamento economico alla frammentazione organizzativa hanno destrutturato il sistema dal suo interno.

Quali sono queste tre direttrici?

Blocco delle assunzioni e quindi riduzione del personale, blocco dei contratti e quindi riduzione del livello di retribuzione, e blocco delle relazioni sindacali e quindi riduzione e delle prerogative e delle tutele sindacali.



A tutto questo Brunetta aggiunse la denigrazione nei confronti degli operatori pubblici definendoli "fannulloni" etc. Poi c'è stata la dequalificazione progressiva delle professionalità. I medici pur essendo i garanti principali della salute dei cittadini, sono oggi marginalizzati nei processi decisionali e, inseriti in contesti gestionali aziendalistici incentrati sul risparmio e sul profitto, vengono costantemente squalificati da un punto di vista professionale ed economico. Questi elementi hanno creato le basi per lo smantellamento del pubblico e hanno permesso che la gente non se ne accorgesse neanche e pertanto non si ribellasse.

Il blocco del turn over ha provocato tagli al personale pari a 70mila unità (circa 50mila per il personale del comparto, 10mila per medici e dirigenti sanitari dipendenti e 10mila medici convenzionati tra i quali i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali). E poi ci sono i pensionamenti e le dimissioni volontarie che non vengono sostituite come spesso ha denunciato anche su queste pagine la Fp Cgil. Ma lei prima metteva l'accento anche sull'importanza di una adeguata formazione e organizzazione del lavoro.

La frammentazione organizzativa dei servizi sanitari, in contesti sanitari regionali molto diversi tra loro, ha parcellizzato gli interventi, separando il sociale dal sanitario, il territorio, dall'ospedale. Mentre la frammentazione della formazione e dei rapporti di lavoro dei professionisti oggi impedisce nello specifico un'adeguata riorganizzazione della medicina generale. Bisogna invertire questo trend.

A cominciare dal pronto soccorso...

Occorre recuperare una visione politica d'insieme. Le soluzioni alla cosiddetta "crisi del pronto soccorso" non possono essere trovate ragionando come se i Ps fossero scollegati dall'intero sistema sanitario. Ospedale e territorio possono ritrovare unicità e coesione attraverso percorsi costruiti intorno ai cittadini e incentrati sui servizi multi professionali più che sugli studi privati dei singoli professionisti. E qui nasce spontanea una domanda.

Quale?

Il blocco delle assunzioni, la disorganizzazione dei servizi, l'errata programmazione della formazione sono stati errori commessi dai governi che si sono succeduti oppure sono state delle deliberate scelte fatte per favorire il privato e indurre i medici ad andare a lavorare più nel privato che nel pubblico?

Lei che risposta si dà?

Io penso che nel 2010 furono fatte delle scelte politiche chiare di andare verso lo sviluppo economico attraverso lo sviluppo del privato. Aldilà del fatto che riteniamo questa scelta assolutamente sbagliata è evidente che negli anni ha determinato delle decisioni e quindi dei provvedimenti governativi tutti coerenti. Questo mi porta a dire che la volontà politica di salvare il Ssn pubblico, universale e, aggiungo, gratuito perché deve essere gratuito, oggi non c'è.

La pandemia non ci ha insegnato nulla?

La pandemia, curare le persone in continua emergenza, ci ha ricordato l'importanza degli interventi di prevenzione, di promozione della salute e di educazione sanitaria. Quest'ultima era il cardine della legge con cui è stato istituito il Ssn nel 1978 e che è stata completamente smarrita. Così come è stata smarrita l'idea di protezione della collettività, di creare salute attraverso l'istruzione, le relazioni sociali, la cultura.

Ha prevalso un altro modello.

Ha prevalso, fin qui, la logica terrificante di chi pensa che tutto sommato la malattia è un guadagno perché permette alle case farmaceutiche, alle big tech e alle case di cura, cioè al privato di creare economia. La stessa logica pensa anche che la morte di una persona è un processo naturale che porta a un risparmio di spesa e quindi la malattia non va ostacolata o prevenuta: si interverrà quando va curata. Peccato però che se un Paese si dimostra incapace di affrontare l'emergenza, come dimostra la crisi del pronto soccorso, viene meno la possibilità della coesione sociale. Ed è il momento in cui il sistema Paese rischia davvero di collassare.

«Quello odierno è il risultato di politiche scellerate di indebolimento del Ssn avviate nel 2010 da Brunetta, Berlusconi, e Tremonti»



Andrea Filippi



Medicina, addio al test unico «Fino a quattro prove al liceo»

IL CASO

ROMA Addio test a crocette, da svolgere tutti insieme, dal prossimo anno si cambia: l'accesso al numero programmato della facoltà di Medicina non si farà con un test come accade oggi ma con un percorso che potrebbe iniziare anche dal quarto anno di scuola superiore. Ad assicurarci, ieri, è stata la ministra all'Università Maria Cristina Messa ai microfoni di Radio Capital. «Dall'anno prossimo - ha spiegato - non ci sarà più il test d'ingresso unico per la facoltà di Medicina. Ci sarà un percorso che può iniziare anche al quarto anno di liceo, dove gli studenti potranno cimentarsi con il test fino a quattro volte e entrare in graduatoria con il risultato migliore».

LA NOVITÀ

L'accesso di settembre prossimo, quindi, sarà l'ultimo alla vecchia maniera: vale a dire con il test nazionale, uguale per tutti, nello stesso giorno e nello stesso orario in tutta Italia. Un test che, negli ultimi anni, ha scatenato ri-

corsi in tribunale da parte degli esclusi e, a volte, anche una lunga serie di riammissioni in corso d'anno. Le proteste studentesche si fanno sentire da tempo e la necessità di cambiare l'accesso a medicina stata rilevata anche dal ministero di viale Trastevere.

Durante l'anno scolastico, quindi, gli atenei pubblicheranno online materiale utile per le esercitazioni e gli studenti, gratuitamente, potranno prepararsi. Poi, presumibilmente nel periodo estivo, partiranno i corsi di preparazione, curati dalle università. I candidati, se lo vorranno, potranno sottoporsi a un test di autovalutazione, prima di cimentarsi con il test vero e proprio. Da due anni sono aumentati i posti disponibili per frequentare i corsi ma, stando all'emergenza di questi giorni con gli ospedali sprovvisti di personale medico, non è stato sufficiente o, almeno, non solleva la situazione attuale.

«Abbiamo un problema serio per i prossimi due anni - ha spiegato la Messa - scontiamo ciò che è stato programmato anni fa. Con il ministro Speranza abbiamo aumentato tutti i numeri, sia degli studenti che possono accedere alle scuole di specializzazione che di quelli che possono en-

trare all'università di Medicina. Ma le conseguenze di queste riforme non si avranno nell'immediato». Non solo, per potenziare la rete di assistenza medica sul territorio è necessario anche aumentare la presenza di medici di medicina generale, sempre troppo pochi rispetto a coloro che decidono invece di specializzarsi per poi lavorare nei reparti ospedalieri.

Intanto per i ragazzi che oggi frequentano l'ultimo anno delle superiori il test sarà in presenza e cartaceo: 60 domande a risposta multipla da completare in 100 minuti.

Lorena Loiacono

**IL NUOVO SISTEMA
DAL PROSSIMO ANNO
LA MINISTRA MESSA:
«PIÙ ISCRITTI NELLE
FACOLTÀ E NELLE SCUOLE
DI SPECIALIZZAZIONE»**



Un test di ammissione alla facoltà di Medicina



Cosa c'entra l'obiezione di coscienza?

L'Associazione Coscioni denuncia impedimenti ad abortire. Ma i motivi sono altri

L'Associazione Luca Coscioni ha presentato alla Camera una relazione in cui denuncia che, in una trentina di presidi sanitari italiani, l'interruzione volontaria della gravidanza è resa impossibile a causa dell'alto numero di sanitari obiettori di coscienza. I dati della ricerca non sono chiarissimi e contrastano con quelli contenuti nelle relazioni annuali presentate dal ministero della Sanità (insieme alle regioni e all'Istituto superiore di sanità) al Parlamento, dalle quali risulta chiaro invece che non ci sono strozzature derivanti dall'obiezione di coscienza. D'altra parte quando la Cgil, qualche anno fa,

chiese al Consiglio d'Europa di condannare l'Italia per l'eccessivo ricorso all'obiezione di coscienza, non ottenne alcun risultato.

La battaglia radicale contro l'obiezione di coscienza è tanto tenace quanto contraddittoria, per un movimento che ha sempre considerato la libertà personale un diritto inalienabile: lo è per la scelta di eutanasia, per il consumo di droghe, ma non per il rifiuto di praticare aborti. In ogni caso il problema della possibilità per le donne che lo desiderano di interrompere la gravidanza, se esiste e dove esiste, va affrontato con l'assunzione di personale sanitario, non con l'abo-

lizione di un diritto garantito dalla Costituzione e dalla legge. Un terzo dei medici ginecologi non è obietto- re e questo dovrebbe essere più che sufficiente, se in qualche situazione specifica non è così si può provvedere e a quanto risulta le regioni hanno piani che evitano la concentrazione eccessiva di obiettori. Una denuncia tanto generica come quella presentata dall'Associazione Coscioni non cambia la realtà dei fatti e sarebbe assurdo se diventasse il punto di partenza per una campagna tesa a cancellare il diritto all'obiezione di coscienza, che è l'obiettivo evidente dei proponenti.



La ricerca

Vaccini spray per naso e bocca contro il Covid: «Più efficienti»

I vaccini anti-Covid più avanzati potrebbero passare per il naso. La strada non è breve, ammettono gli esperti, ma gli studi cominciano a crescere. Così come i candidati vaccini spray in via di sviluppo (ci sono 8 vaccini nasali in fase di sviluppo clinico e 3 in studi di fase 3, secondo quanto riepiloga online la rivista 'Scientific American'). «È la vaccinazione più difficile, ma quella che potrebbe funzionare meglio», dice Mario Clerici, docente di immunologia dell'Università

degli Studi di Milano e direttore scientifico della Fondazione Don Gnocchi. In uno studio pubblicato su 'Science Translational Medicine' viene spiegato come un vaccino anti-Covid somministrato per bocca o naso possa aiutare ad alzare la barriera contro il virus: strategia praticabile, per i ricercatori, in grado di ridurre sia la malattia che la trasmissione per via aerea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La ricerca dell'istituto Tigem (Telethon) potrà consentire di progettare farmaci antivirali specifici

COVID, NUOVA CURA IN ARRIVO?

Uno studio italiano fa luce sui meccanismi replicativi del virus

DI CARLO BUONAMICO

Quando si dice mettere a fattor comune i risultati della ricerca scientifica. Grazie alle conoscenze sulle malattie rare messe da parte in tanti anni dai ricercatori del Tigem (Istituto Telethon di genetica e medicina) di Pozzuoli in provincia di Napoli si è riusciti a capire un aspetto importante del meccanismo con cui Sars-Cov-2 si replica nelle cellule umane. Che potrebbe diventare anche un bersaglio per farmaci ad hoc. Questi ultimi risultati della ricerca Tigem sono così rilevanti da essersi meritati la pubblicazione sulla prestigiosa rivista scientifica *Nature*. Ma perché sono così innovativi? In parole semplici, i ricercatori hanno scoperto che il virus – ricordiamo che è un parassita capace di vivere e replicarsi solo a spese della cellula infettata – dopo essere entrato nella cellula ospite, utilizza uno dei suoi apparati per nascondersi e replicarsi in modo protetto. Solo successivamente le nuove particelle virali ricostituiscono anche la parete esterna di protezione, chiamata capside, e quando diventano troppo numerosi fanno esplodere la cellula ospite e proseguono con l'infezione di nuove cellule. Spiega **Antonella De Matteis**, direttrice del programma di Biologia cellulare del Tigem

e ordinario di Biologia cellulare all'università Federico II di Napoli: «Subito dopo essere entrato nelle nostre cellule, il virus si spoglia del suo rivestimento, costituito dalla ormai famosa proteina spike bersaglio dei vaccini e da altre due proteine chiamate M ed E. Prima di iniziare a riprodursi, si costruisce una sorta di tana, sfruttando le membrane della cellula ospite, in particolare quelle del reticolo endoplasmatico, struttura importante per varie attività cellulari, tra cui la sintesi delle proteine. In questa nicchia il virus può replicare indisturbato il proprio patrimonio genetico a base di Rna, al sicuro dai sistemi di controllo della cellula ospite: un po' come una mamma che protegge i suoi piccoli dai predatori!».

Le prospettive che apre questa scoperta sono significative. Perché una delle proteine (chiamata Nsp6) che il virus utilizza per collegare la sua «tana» al reticolo endoplasmatico potrebbe essere il bersaglio contro cui progettare farmaci antivirali specifici per contrastare l'infezione. Se si riuscisse a inattivare questa proteina, si perderebbe il collegamento e quindi il virus non riuscirebbe a replicarsi.

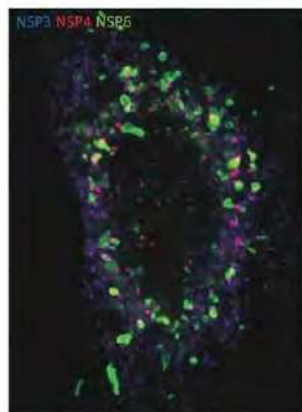
Si comprende così l'importanza della ricerca di base e dell'interdisciplinarietà propria della ricerca medico-scientifica. Commenta De Matteis: «L'interesse del nostro laboratorio è focalizzato sullo studio di due distretti intracellulari: il reticolo endoplasmatico e il complesso del Golgi. Negli anni abbiamo cercato di capire come mutazioni di geni che causano malattie come la sindrome di Lowe, la malattia di Fabry o una

forma di sclerosi laterale amiotrofica (SLA8), interferiscono con l'organizzazione di questi distretti e come la disfunzione di questi distretti porta alle manifestazioni della malattia. Questo lavoro conferma come le malattie genetiche rare siano un modello straordinario per studiare meccanismi cellulari di base che potrebbero

quindi giocare un ruolo importante anche in malattie comuni come il Covid-19». (riproduzione riservata)



Antonella De Matteis



Wuhan



γ variant



COVID-19

Coronavirus nell'intestino

Il sars-cov-2 è considerato un virus respiratorio, ma la segnalazione di casi di covid-19 con vomito e diarrea hanno spinto due laboratori - dell'università di Stanford, negli Stati Uniti, e di quella di Innsbruck, in Austria - a cercare una spiegazione. Entrambi, scrive **Nature**, hanno rilevato tracce di rna virale nelle feci di persone infettate, anche

a distanza di mesi dalla scomparsa dei sintomi respiratori. Uno studio pubblicato nel 2021 aveva trovato nelle pareti dell'intestino la proteina usata dal virus per infettare le cellule. I ricercatori stanno cercando di capire se questi effetti di lunga durata del coronavirus contribuiscono alla sindrome del *long*

covid, che comprende più di duecento sintomi tra lievi e debilitanti.



Domande e risposte

I sintomi: pustole, febbre e dolori Ma il vecchio vaccino protegge



Quando il vaiolo delle scimmie è stato diagnosticato nell'uomo?

Il primo caso di Monkeypox nell'uomo risale al 1970, nella Repubblica democratica del Congo. Si è poi diffuso in altre regioni dell'area centrale e occidentale del continente africano, e solo in anni recenti al di fuori. Tra il 1970 e il 2000 il totale dei casi in Africa è stato di 923. I numeri sono molto cresciuti, tra il 2000 e il 2009 quando è stata raggiunta quota 10.027. Nel decennio successivo, quindi fino al 2019, i casi sono arrivati a 19.788.



In che modo avviene la trasmissione della malattia?

«Non è un virus dalla contagiosità elevatissima – spiega Massimo Ciccozzi, professore di epidemiologia del Campus Biomedico di Roma – Da uomo a uomo si può trasmettere attraverso il contatto con le vescicole e le pustole del soggetto infetto, può diffondersi attraverso la saliva, i droplet, in caso di lesioni cutanee e alcune situazioni di promiscuità. Dormire nello stesso letto o mangiare e bere dagli stessi piatti e bicchieri, sono fattori di rischio».



Quanto tempo dura l'incubazione dopo il contatto con un positivo?

«Il vaiolo delle scimmie è soggetto a un periodo di incubazione che dura circa due settimane e può arrivare a tre», dice Massimo Andreoni, direttore scientifico Simit, Società italiana di malattie infettive e tropicali. «L'esordio è caratterizzato da 2-3 giorni di febbre e poi da esantema vescicolare». Si tratta «di una malattia prevalentemente di importazione. L'unica perplessità è sul fatto che la popolazione più giovane, non vaccinata contro il vaiolo, non sia protetta».



In cosa è diversa la malattia rispetto al vaiolo?

«Fortunamente, è tutta un'altra cosa», dicono dal ministero alla Salute. «Si trasmette in modo meno efficiente. Dal punto di vista clinico il vaiolo dava una viremia, cioè un'infezione diffusa a tutto l'organismo. E dava sintomi più pesanti. Le pustole nel vaiolo sono più disseminate. Infine non provoca la tempesta citochinica, che è una reazione dell'organismo a un attacco virale forte». E infatti il vaiolo aveva anche mortalità più alta.



Chi ha fatto il vaccino contro il vaiolo è protetto da monkeypox?

«Le persone vaccinate contro il vaiolo sono protette anche dal vaiolo delle scimmie», spiega Maria Rosaria Capobianchi, fino allo scorso anno alla guida del Laboratorio di virologia dello Spallanzani di Roma. Il vaccino è stato sospeso in Italia dal 1977 e dismesso definitivamente nel 1981, quando è stata dichiarata l'eradicazione della malattia. Oggi, aggiunge la biologa, quel vecchio vaccino, «non rispetterebbe gli standard di sicurezza».



Quali sono i sintomi più comuni della malattia?

Di solito si presenta con sintomi tipici di malattie virali come l'influenza e cioè febbre, dolori muscolari, cefalee, linfonodi gonfi e stanchezza. Spiegano gli esperti dell'Istituto superiore di sanità che spesso la sintomatologia può essere lieve. Più caratteristiche sono invece le manifestazioni cutanee, che spesso si presentano prima sul viso. Si tratta di vescicole, pustole e piccole croste che tendono a diffondersi su tutto il corpo.



Quanto può essere grave la malattia nell'uomo?

«Generalmente nell'uomo si presenta in una forma non grave», spiega Marco Falcone, segretario della Società italiana di malattie infettive che lavora all'ospedale di Pisa. La malattia dura tra 2 e 4 settimane. «Come accade spesso con le forme virali, possono avere problemi più importanti le persone fragili a causa di patologie o comunque immunodepresse. Loro devono fare più attenzione e rispettare le regole necessarie a evitare il contagio».



Quali sono i dati riguardo alla mortalità della malattia?

Il tasso di fatalità medio è dell'8,7%, con una significativa differenza tra il ceppo diffuso in Africa centrale, dove il tasso di mortalità raggiunge il 10,6%, e quello invece dell'Africa dell'ovest, del 3,6%. Si tratta però di numeri influenzati dalle condizioni igienico-sanitarie del luogo: non sono infatti mai state registrate morti al di fuori del continente africano. Per quanto riguarda l'età media, nel 1970 era di 4 anni, nel 2019 è salita di 21 anni.



Cosa prevede la cura? Ci sono farmaci efficaci?

Sempre secondo Marco Falcone di Pisa «esiste un farmaco antivirale, già usato per altre patologie, che si sta testando anche sul vaiolo delle scimmie e potrebbe avere un'attività anche contro questa patologia. Al momento però non esiste una terapia. Questa virale è simile a un'influenza, generalmente si aspetta che passi, magari trattando i sintomi più importanti». Quindi farmaci contro la febbre se è alta o i dolori se sono forti.



Qual è il rischio che si creino dei focolai anche in Italia?

Secondo il direttore della Prevenzione del ministero alla Salute, Gianni Rezza, «dato che il virus si trasmette per contatto diretto o molto stretto, i focolai tendono poi generalmente ad autolimitarsi». Quindi non ci si aspetta una grande diffusione dei casi. Comunque sia, l'Istituto superiore di sanità ha creato una task force di esperti e ha contattato le reti sentinella dei centri per le infezioni sessualmente trasmesse nelle Regioni.

I numeri

Nessun decesso

1981

L'ultima dose

Il vaccino contro il vaiolo è stato fatto 42 anni fa in Italia. Chi ha fatto il ciclo allora sarebbe però protetto anche contro il vaiolo delle scimmie

20

I casi

Sono quelli confermati in Gran Bretagna, Spagna, Portogallo, Svezia e Usa, ai quali si aggiunge quello italiano

0%

Le morti

Non se ne sono registrate fuori dall'Africa dove la percentuale dei decessi è invece dell'8,7%

FULMICOTONE

Come armare il killer delle cellule malate

La ricerca Ail per la cura delle leucemie

DI CARLO VALENTINI

Forse se ne parla poco ma i risultati ottenuti nella cura di malattie fino a ieri non trattabili sono davvero notevoli. Tra queste malattie vi sono quelle emato-oncologiche. «Il tasso di guarigione può raggiungere l'80% per alcuni tipi di linfoma, e superare addirittura questa percentuale per alcuni particolari tipi di leucemia acuta», dice il prof **Michele Cavo**, direttore dell'Unità di ematologia dell'Asl-Università di Bologna. «Le terapie di precisione, l'immunoterapia e le terapie cellulari hanno consentito di ottenere risultati impensabili fino a dieci anni fa e modificare la storia naturale di molte di queste malattie, arrivando addirittura alla potenziale guarigione di particolari sottogruppi di pazienti che avevano esaurito l'armamentario terapeutico a loro disposizione. Si tratta di una vera rivoluzione». Ogni anno in Italia vengono diagnosticati fino a 13mila nuovi casi di linfoma, 8mila di leucemia, 6mila di mieloma (è un tu-

more delle plasmacellule, che si moltiplicano senza controllo nel midollo osseo).

Cavo è tra gli animatori dell'Ail, l'Associazione italiana contro le leucemie-linfomi-mieloma, che cerca di supportare la ricerca e quindi i progressi in questo campo. Tra gli studi più promettenti vi sono quelli, in corso a Bologna, sulla terapia CAR-T che prevedono l'ingegnerizzazione dei Linfocidi T del paziente affinché possano essere istruiti a colpire selettivamente le cellule neoplastiche che rappresentano la grande speranza nel trattamento di alcune malattie emato-oncologiche. Anche per cercare di velocizzare queste ricerche l'Ail ha lanciato la campagna *Adottiamo un ricercatore per ridare un sorriso*, invitando aziende e privati a sostenere questo sforzo. «Ci si sta rendendo conto dell'importanza della salute», dice il dottor **Achille Contedini**, anch'egli attivo nell'Ail, «e lo registriamo nelle donazioni che riceviamo, tutte investite nella ricerca».



SALUTE

Un catalogo delle cellule

Science, Stati Uniti

Il consorzio di ricerca Tabula sapiens ha messo a punto un catalogo delle cellule umane, analizzandone più di quattrocento tipi in ventiquattro tessuti e organi. Ogni cellula è stata caratterizzata grazie all'rna, che mostra quali geni sono attivi. Il risultato è lo Human cell atlas, che descrive nel dettaglio ogni tipo di cellula e la sua posizione. I ricercatori hanno trovato

alcune cellule rare e altre in posti inaspettati, come i neuroni enterici nell'esofago. Hanno anche scoperto che cellule dello stesso tipo possono essere a volte specializzate, ma non sempre. Le cellule endoteliali, per esempio, hanno un profilo specializzato se si trovano nei polmoni o nel pancreas, ma non se si trovano negli occhi. Queste caratteristiche dipendono probabilmente dalle diverse funzioni. In alcuni casi è stato possibile collegare una malattia all'attività genetica di un tipo di cellula in un particolare organo del corpo. Le nuove conoscenze potrebbero avere applicazioni pratiche in medicina, aiutando a capire come funzionano i farmaci, su quali tessuti agiscono, se colpiscono cellule che non sono il bersaglio e gli eventuali effetti collaterali. ♦



LEGGERE FA BENE AL CERVELLO (NON SEMPRE)

PSICOLOGI E NEUROSCIENZIATI NE HANNO LA PROVA: I **ROMANZI** PERMETTONO DI CAPIRE MEGLIO ANCHE LA VITA REALE. MA, COME I FARMACI, ALCUNI FUNZIONANO MEGLIO DI ALTRI. PER ESEMPIO: JONATHAN FRANZEN BATTE DAN BROWN

di **Giuliano Aluffi**

I L CLICHÉ del topo di biblioteca introverso e asociale è, oltre che stantio, del tutto sbagliato: una serie di ricerche che mettono insieme scienze cognitive, psicologia, linguistica e neuroscienze mostrano come i grandi lettori di narrativa possano addirittura avere una vera e propria marcia in più, da impiegare in ogni circostanza. La facilità che si acquisisce nel capire i personaggi letterari, infatti, si può tradurre in un'augmentata capacità di comprendere anche le persone nella vita reale.

Asostenerlo è Lisa Zunshine, docente di Letteratura all'Università del Kentucky, autrice di diversi saggi sul tema, l'ultimo è *The secret life of literature* (Mit Press, 336 pagine, 22,99 euro). «Sia quando leggiamo un romanzo che quando interagiamo con i nostri simili cerchiamo di capire dalle azioni o dalle parole degli altri quali siano i loro pensieri e le loro intenzioni» dice. «Non possiamo farne a meno: è il modo in cui diamo senso al mondo, cercando di renderlo più predicibile».

La narrativa, in questo senso, è una palestra che allena alla socialità: «Nei romanzi, per altro, incontriamo molti più "stati mentali", ovvero riferimenti a ciò che un personaggio crede, pensa o sospetta, rispetto a quanto succede nella vita reale» spiega Zunshine. «Nella quotidianità di solito non andiamo oltre situazioni che coinvolgono due o tre pensieri annidati: "Il marito capisce che la moglie sa del suo tradimento". Spesso invece nei libri intrecci ben più complessi sono la piacevole normalità» dice Zunshine e cita un classico come *Le avventure di Tom Sawyer* di

Mark Twain: «Mentre imbianca il recinto, Tom finge di divertirsi moltissimo, così da indurre i suoi amici a offrirsi di aiutarlo per non lasciarsi sfuggire un gioco così bello. In tal modo lui potrà "concedergli" di fare loro tutto il lavoro, mentre si riposa e ridacchia guardandoli».

Poi si sa, la fiction a volte esagera e l'annidamento di stati mentali può diventare addirittura vertiginoso se a quelli dei personaggi si aggiungono i punti di vista dell'autore e del lettore. Come in Shakespeare: «Nella commedia *La dodicesima notte*, a un certo punto il servo Fabian dice: "Se questa storia fosse ora recitata su un palco, io la condannerei come una finzione improbabile...". Shakespeare ci mostra di sapere che gli spettatori sanno che Fabian ignora di essere davvero sul palco come personaggio teatrale».

Ma cosa rende le storie così tanto avvincenti? Secondo Raymond Mar, docente di Psicologia alla York University di Toronto, il segreto è trovare tanti pensieri che si confrontano, spesso in situazioni conflittuali. «E qui scatta la possibilità dell'immedesimazione. Confermata dalle neuroscienze, che ci mostrano come le aree cerebrali più attive quando leggiamo romanzi sono le stesse che usiamo nelle situazioni sociali della vita reale».

Questo allenamento benefico della lettura inizia a dare i suoi effetti fin dalla prima infanzia: «Le fiabe e le storie nei libri per bambini sono piene di riferimenti agli stati mentali dei protagonisti, e quindi anche a situazioni dove qualcuno sa qualcosa che altri ignorano. Basta pensare a *Cap-puccetto Rosso*: il bambino sa che Cap-puccetto ignora che la "nonna" è in realtà il lupo travestito che vuole man-

giarsela» spiega Raymond Mar. «Alcuni studi confermano che anche le conversazioni tra adulti e bambini che nascono a margine della storia sono ricche di riferimenti alle intenzioni e motivazioni dei personaggi. E tutto questo è un arricchimento: diverse ricerche suggeriscono che i bambini più esposti a queste narrazioni risultano poi più avanzati, come cognizione sociale, rispetto ai loro coetanei. Ovvero riescono a "leggere" meglio nella mente degli altri».

ANCHE GLI OCCHI PARLANO

L'efficacia delle storie sulla nostra psiche è anche stata misurata, con criteri oggettivi, da Emanuele Castanò, ricercatore in Psicologia e scienze cognitive all'Università di Trento: «Nelle mie ricerche ho usato due dei test più convalidati: quello che richiede di intuire lo stato d'animo di 36 soggetti guardando solo le fotografie dei loro occhi, e quello che chiede di intuire gli stati mentali di vari personaggi leggendo delle scene. In entrambi i casi i lettori di narrativa hanno ottenuto risultati più alti rispetto ai non lettori o a chi legge altri tipi di testi».

Ma si fa presto a dire narrativa, non tutte hanno lo stesso effetto: «I romanzi di intrattenimento tendono a riprodurre gli schemi sociali classici e gli stereotipi sessuali, etnici, e così via. Ci sarà il tedesco molto preciso, l'italiano un po' ribaldo, e così via. Questo perché l'importante è la trama, e i personaggi



stereotipati rendono tutto più scorrevole» dice Castanò. «In uno studio del 2021 mostriamo che la narrativa popolare (Danielle Steel o Dan Brown, per esempio), rafforzando questi schemi mentali, può favorire l'essentialismo psicologico, ovvero l'attribuire – grossolanamente – il comportamento delle persone a una loro presunta "essenza" (Tizio è chiassoso perché è italiano, Tizia guida male perché è donna, ndr)».

Al contrario la narrativa di tipo letterario è un toccasana contro gli stereotipi. «Offre personaggi meno definiti, più poliedrici e spiazzanti che, per essere compresi davvero, richiedono al lettore uno sforzo di immaginazione in più» spiega Castanò. «Un esempio che faccio nelle mie lezioni è quello del romanzo *Le correzioni* di Jonathan Franzen. A chi non l'ha mai letto chiedo di immaginare tre personaggi: un accademico marxista, un bancario affermato e uno chef di successo. Poi, una volta ottenuti questi ritratti – che tendono ad essere tutti piuttosto simili – spiego che sono personaggi chiave in *Le Correzioni* e che Franzen nelle prime cinquanta pagine smonta tutti i cliché da loro evocati: lo chef è una donna, il bancario è depresso e alcolizzato, l'accademico viene cacciato dall'università».

Oltre a proporre perso-

naggi più sfaccettati e imprevedibili da affrontare, la letteratura può offrire altri insegnamenti: «Nel mio laboratorio abbiamo creato un "corpus" con centinaia di romanzi letterari

e altrettanti popolari, e abbiamo analizzato il loro linguaggio con algoritmi di intelligenza artificiale. I testi più letterari hanno maggiore complessità lessicale e sintattica. Non è detto che sia questo il fattore chiave, però può contribuire: è probabile che per esprimere dei personaggi più complessi serva un linguaggio più ricco» spiega Castanò. «Una cosa interessante è che nei testi letterari sono meno frequenti i termini che descrivono emozioni. È come se cercassero di non coinvolgere il lettore tramite il facile contagio emotivo, ma volessero creare una distanza che richiede sforzo mentale per essere colmata». E forse è questo sforzo a migliorare il lettore.

CARTA CONTRO DIGITALE

«Di certo serve una "lettura profonda",

1 Un'immagine da uno studio del neuroscienziato Raymond Mar (2): le **aree cerebrali** associate alla comprensione della narrativa (in **rosso**) e quelle associate alla cognizione sociale (in **celeste**) si sovrappongono (in **bianco**): cioè sono le stesse. 3 Lisa Zunshine, Università del Kentucky
4 Emanuele Castanò, Università di Trento
5 Maryanne Wolf, Università della California a Los Angeles

attenta, quella che è favorita dalla cartae inibita dal digitale» spiega Maryanne Wolf, neuroscienziata, direttrice del centro per la dislessia della University of California di Los Angeles e autrice di *Lettore, vieni a casa. Il cervello che legge in un mondo digitale* (Vita e Pensiero, 2018). «La lettura cambia il nostro cervello, ma lo cambia in modo cumulativo. Ogni libro che leggiamo si innesta su ciò che già abbiamo letto e consolidato. Ma perché quel consolidamento avvenga è necessario concentrare la nostra attenzione su ciò che leggiamo. Non siamo nati con un circuito cerebrale per la lettura: ce lo costruiamo vivendo. Il rischio è che, se leggiamo solo in modo superficiale, questo circuito rimanga utile per ottenere informazioni dall'ambiente, così come avviene nella mente di un bambino, ma non riesca a sviluppare quella panopia di processi cognitivi, linguistici e affettivi che potrebbero fiorire grazie alla lettura profonda, più favorita dalla carta che dallo schermo».

Giuliano Aluffi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«MENTRE FRANZEN SMONTA I CLICHÉ, BROWN RAFFORZA GLI STEREOTIPI»



GETTY IMAGES



IL PARERE "NASCOSTO" **Suicidio assistito, via libera per Fabio già 40 giorni fa**

Fabio Ridolfi, il 46enne da 18 anni immobilizzato a letto per una patologia irreversibile, che ha lanciato un appello per il suicidio medicalmente assistito "rientra nei parametri stabiliti dalla Consulta nella sentenza Cappato-Dj Fabo per potere accedere all'aiuto medico alla morte", secondo il parere del Comitato Etico Regione Marche. Lo rende noto l'associazione Luca Coscioni, sottolineando che "è il secondo italiano dopo 'Mario' ad avere ottenuto il via libera per l'aiuto al suicidio". Il parere risale all'8 aprile, ma è stato recapitato a

Fabio solo dopo l'appello e "nulla dice sulle modalità e sul farmaco da usare".

Secondo l'associazione il parere su Fabio Ridolfi è stato emesso l'8 aprile. Ma "nonostante ripetuti solleciti, qualcuno aveva 'dimenticato', per 40 giorni, di comunicarlo a Fabio Ridolfi" che lo attendeva da due mesi, dopo essersi sottoposto alle visite mediche previste. "L'appello di Fabio ha colto nel segno. È inaccettabile che lo Stato italiano abbia tenuto nel cassetto per 40 giorni un documento di tale rilevanza ed urgenza" commenta Filomena

Gallo, segretaria dell'Associazione Luca Coscioni. Ma "il parere, che conferma in modo molto chiaro il diritto di Fabio a essere aiutato a porre fine alle proprie sofferenze, è incompleto, perché nulla dice sulle modalità di attuazione e sul farmaco da usare. È ora doveroso - ribadisce - che il Sistema sanitario delle Marche definisca le modalità del caso nella massima urgenza, senza che sia necessario nuovamente da parte di Fabio procedere per vie legali".



Pronto soccorso, è allerta vaiolo «Ma non sarà un'altra pandemia»

► Negli ospedali nuove indicazioni per i medici. D'Amato: «Task force anti-infezione»

Con una nota l'Istituto Nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani, ieri ha allertato tutti gli ospedali della Capitale: «È stato identificato a Roma il primo caso italiano di vaiolo delle scimmie» si legge nel comunicato. Si tratta del virus Monkeypox che nelle scorse settimane era stato registrato già in Europa e negli Stati Uniti. Ora negli ospedali della Capitale l'atten-

zione è altissima e si preparano ad attivare nuovi protocolli. A partire dai medici del pronto soccorso hanno ricevuto le prime indicazioni. Perché l'obiettivo è individuare i casi sospetti dell'infezione. E in caso di positività, il paziente deve essere isolato.

Mozzetti e Savelli
alle pag. 38 e 39

IL FOCUS

Il vaiolo delle scimmie

Pronto soccorso, è allerta «Attenti agli sfoghi cutanei su viso e palmi delle mani»

► Nuove indicazioni per i camici bianchi: la febbre alta e la cefalea i primi sintomi

► Le bolle che si presentano sulla pelle ricordano quelle di varicella e morbillo

Con una nota l'Istituto Nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani, ieri ha allertato tutti gli ospedali della Capitale: «È stato identificato a Roma il primo caso italiano di vaiolo delle scimmie» si legge nel comunicato. Si tratta del virus Monkeypox che nelle scorse settimane era stato registrato già in Europa e negli Stati Uniti. Ora negli ospedali della Capita-

le l'attenzione è altissima e si preparano ad attivare nuovi protocolli. A partire dai medici del pronto soccorso che hanno ricevuto le prime indicazioni. Perché l'obiettivo è individuare i casi sospetti dell'infezione e isolarli. Dunque una nuova procedura per i camici bianchi: «Febbre alta e cefalea sono alcuni dei sintomi dell'infezione del vaiolo così come il gonfiore

dei linfonodi. Quindi per i medici di pronto soccorso, il primo campanello d'allarme sarà questo» spiega Giulio Maria Ricciuto, direttore di medicina d'emergenza della Asl Roma 3



e presidente Simeu (Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza). Ancora: «Il personale di primo soccorso dovrà prestare la massima attenzione soprattutto agli sfoghi cutanei. In particolare sul viso, sui palmi delle mani e sotto le piante dei piedi - spiega il presidente Simeu - perché con il progredire della malattia, nei primi giorni c'è la comparsa di bolle in queste zone. E sono proprio le bolle che possono aiutare il medico a individuare e confermare, in tempi rapidi, l'infezione. Si tratta infatti di eruzioni cutanee molto specifiche che ricordano le bolle della varicella o del morbillo. A quel punto l'ordine è di procedere con esami specifici di laboratorio e in caso di conferma, il paziente andrà isolato».

IL «MONKEYPOX»

Tra le nuove direttive sanitarie sono stati suggeriti anche specifici questionari da rivolgere ai pazienti che arriveranno in ospedale con i sintomi sospetti.

Massima attenzione perciò per l'anamnesi: «Per completezza di informazioni, in caso di sospetta infezione, i medici chie-

deranno ai pazienti di viaggi e spostamenti recenti perché sappiamo che in alcuni paesi europei si stanno registrando già diversi casi» precisa Ricciuto. Dallo scorso 13 maggio sono infatti stati registrati casi in Gran Bretagna, Spagna, Portogallo e Stati Uniti dove le autorità sanitarie stanno procedendo con le indagini di tracciamento. Dunque con l'arrivo di un malato con sintomi, negli ospedali deve essere attivata la nuova procedura per identificare, e in caso confermare, la malattia.

«Già dalla scorsa settimana tutte le strutture sanitarie sono state allertate della nuova infezione. La diagnosi è fondamentale - aggiunge Ricciuto - si tratta comunque di una malattia curabile». I medici e le strutture sanitarie si stanno comunque preparando a una nuova emergenza. Anche se le prossime settimane saranno determinanti per capire l'evolvere della situazione. «Non sarà una nuova pandemia, la trasmissione di questo virus non è come quella del Covid. Ma c'è da prestare attenzione perché sappiamo che si trasmette per via aerea e attraverso i liquidi biologi-

ci - sottolinea il direttore Ricciuto - inoltre la direttiva in questi casi è molto chiara: i malati di vaiolo devono essere isolati e assistiti con cure di supporto durante i periodi infettivi presunti e noti».

Intanto l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha precisato che «la malattia spesso si esaurisce con sintomi che di solito si risolvono entro 14-21 giorni, non è molto contagiosa tra gli uomini e si trasmette attraverso l'esposizione alle goccioline esalate e dal contatto con lesioni cutanee infette o materiali contaminati».

Flaminia Savelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I MEDICI SI STANNO COMUNQUE PREPARANDO A GESTIRE UN'ALTRA EMERGENZA

I MALATI DEVONO
ESSERE ISOLATI
IMMEDIATAMENTE
I SINTOMI DURANO
DALLE DUE ALLE TRE
SETTIMANE

L'entrata dell'istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani



Un'ambulanza all'entrata del pronto soccorso dell'ospedale San Filippo Neri



LE CONTROMISURE

«Emersi altri 2 casi sospetti» Cacciatori di virus in azione per rintracciare i contatti

Il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale sta già lavorando per ricostruire la fitta rete di contatti del paziente Zero del vaiolo delle scimmie. «È stata avviata l'indagine epidemiologica sul primo caso di vaiolo da scimmie in Italia. Sono stati messi a disposizione i nostri migliori professionisti, i cosiddetti cacciatori di virus, che stanno ricostruendo tutto l'albero dei contatti. Sono già stati isolati i primi contatti stretti con precise indicazioni e prescrizioni» annuncia Alessio D'Amato, l'assessore alla Sanità della Regione Lazio. Dunque il servizio di tracciamento è stato attivato: sono stati già allertati i contatti stretti del malato e sottoposti a un primo ciclo di test ed esami. Gli esperti stanno inoltre ricostruendo l'itinerario dell'uomo che ha manifestato i segni della malattia al rientro di un viaggio alle isole Canarie. L'uomo si era presentato nei giorni scorsi al pronto soccorso del policlinico Umberto I. I medici hanno riconosciuto i segni dell'infezione. Hanno quindi richiesto le analisi ai laboratori dell'Istituto Spallanzani che ha confer-

mato la diagnosi di vaiolo dalle scimmie avviando l'indagine epidemiologica tuttora in corso. Lo Spallanzani ha spiegato che il «quadro clinico è risultato caratteristico e il monkeypox virus è stato rapidamente identificato con tecniche molecolari e di sequenziamento genico dai campioni delle lesioni cutanee». La persona «è attualmente ricoverata in isolamento in discrete condizioni generali» e «sono in corso le indagini epidemiologiche e il tracciamento dei contatti». Nella giornata di ieri sono poi emersi altri due casi sospetti: tutti i pazienti sono stati isolati. E pure per loro, sono pronte a partire le indagini di tracciamento. Sul caso confermato e quelli sospetti, è intervenuto l'Istituto superiore di sanità (Iss) che ha attivato una task force per seguire al meglio l'evoluzione della situazione. «Al momento nel nostro Paese non si registra una situazione di allarme ed il quadro è sotto controllo. Raccomandiamo però prudenza nei contatti stretti o sessuali» sottolinea Anna Teresa Palamara, che dirige il dipartimento di Malattie Infettive dell'Iss.

L'ALLERTA

Il ministero della Salute ha allertato le Regioni per un tracciamento degli eventuali casi. I primi casi di vaiolo sono stati registrati in Massachusetts quindi in Spagna, Portogallo, Svezia e in Gran Bretagna (13 e 15 maggio) dove le indagini di tracciamento, come ha comunicato l'Oms, si sono allargate anche a bar, locali e saune. «È stata osservata una trasmissione del virus del vaiolo delle scimmie nell'ambito della comunità gay- si legge nella nota dell'Oms - contatti sessuali e i luoghi visitati (ad esempio saune, bar e club) sono attivamente oggetto di indagine per quattro casi». Come misure di risposta inoltre, è stato istituito un team per coordinare gli sforzi di tracciamento dei contatti.

Flaminia Savelli

**IL SERVIZIO
SANITARIO REGIONALE
È AL LAVORO
PER RICOSTRUIRE
LA RETE DEI CONTATTI
DEI PAZIENTI**

**PALAMARA (ISS):
«IL QUADRO È SOTTO
CONTROLLO, MA
RACCOMANDIAMO
PRUDENZA NEI
RAPPORTI SESSUALI»**



L'intervista **Alessio D'Amato**

«Task force anti-infezione nessun rischio pandemia»

►L'assessore alla Sanità: rafforzeremo la rete di contrasto alle malattie infettive ►«Il ritorno alla vaccinazione specifica? Lo escludo, ma poi deciderà il governo»

«**N**on bisogna creare allarmismi ma neanche sottovalutare la situazione, perché questa è una malattia con un suo tasso di letalità calcolato intorno al 10% per individui sintomatici». Alessio D'Amato, assessore alla Sanità della Regione Lazio arriva subito al punto dopo che allo Spallanzani è stato ricoverato il paziente "zero" risultato positivo al "Monkeypox" virus, ovvero al vaiolo delle scimmie.

Assessore D'Amato, un giovane uomo rientrato dalle Canarie è risultato positivo a questo virus, quanto ritiene sia contagioso?

«Il virus si può trasmettere da uomo a uomo, con difficoltà, però si può trasmettere. Il contagio avviene per contatto diretto anche attraverso il "droplet" (le goccioline di saliva ndr) nella fase acuta ma sempre con contatti lunghi e prolungati, fluidi corporei, lesioni, indumenti contaminati, bisogna circoscrivere la casistica. È una malattia che ha una durata massima di 30 giorni con i sintomi simili a quelli dell'influenza nella prima fase e poi comparsa di lesioni cutanee come appunto quelle del vaiolo».

A livello precauzionale cosa dobbiamo fare?

«I nostri cacciatori di virus ricostruiranno tutto rapidamente, coloro che rientrano nell'albero dei contatti sono stati già isolati, verranno controllati h24 e se necessario saranno ricoverati allo Spallanzani. Ci sono altri due sospetti, uno con un'alta probabilità di risultare positivo».

La situazione è grave o sotto

controllo?

«In Europa ci sono stati una ventina di casi, soprattutto nel Regno Unito, poi Portogallo e Spagna, le persone si muovono hanno contatti e rapporti e in questo scenario può uscire un caso. Non bisogna creare allarmismi: esiste un vaccino e con il vaccino, all'epoca, il vaiolo fu eradicato». **Eppure è ricomparso, come mai?**

«C'è un equilibrio e quando viene meno in natura c'è un quadro a livello mondiale di ripresa delle malattie infettive. Viviamo in un mondo globalizzato e c'è una ripresa di queste malattie. Va ricreato un nuovo equilibrio tra uomo e natura e uomo-animali. Il primo contagio in Europa avvenne negli anni Cinquanta, è una trasmissione, il cosiddetto "salto di specie" un po' come accaduto con il Covid-19».

Considerato il fatto che la trasmissione avviene anche per goccioline, le famose "droplet", consiglierebbe un ritorno alla mascherina?

«No, per il paziente "zero" primo caso in Italia parliamo di un contatto molto stretto, anche baci voglio dire. Questo virus non ha lo stesso livello di diffusibilità del Covid-19».

Non stiamo tornando a gennaio del 2020 quando proprio allo Spallanzani furono isolati nella coppia di coniugi di Wuhan i primi positivi al Sars-Cov-2?

«Assolutamente no, siamo tranquilli. È giusto essere allerti e pronti a rispondere. Grazie al sistema di sorveglianza del Lazio, che è uno dei migliori di Italia e di Europa, siamo riusciti a intercettare questo contagio che è

completamente sotto controllo, non siamo preoccupati per questo aspetto».

A livello terapeutico?

«Non ci sono farmaci specifici ma determinati antivirali hanno dato prova di essere efficaci ma anche in questo caso non siamo preoccupati».

E per quanto riguarda la vaccinazione, abrogata in Italia a partire dal 1981 lei pensa si possa tornare a una nuova campagna o è prematuro?

«No, nessuna vaccinazione ma su queste cose poi decide il ministero della Salute».

Lei poco fa sottolineare la recrudescenza delle malattie infettive. Da un punto di vista di "risposta" il Lazio punta a incrementare reparti o strutture ospedaliere e d'analisi dedicate?

«Già lo stiamo facendo sia con l'ampliamento dello Spallanzani e in generale su tutta la rete, ci troviamo in una fase di espansione delle malattie infettive anche per quanto riguarda ad esempio tutta la parte della "antibiotico-resistenza" sulle infezioni che è una parte in cui già da tempo l'Oms ha sollevato un "alert" da tempo. L'uso eccessivo, o l'abuso degli antibiotici, anche nel tratta-



mento zootecnico che pertanto poi viene acquisito dall'organismo umano indebolisce le difese nel momento in cui ti servono». Si diventa "farmaco-resistente".

«Esattamente soprattutto nelle fasce più fragili. Per quanto ci riguarda abbiamo uno dei modelli di malattie infettive più importanti e verrà ampliato a Roma e

in tutte le province. Lo Spallanzani diventerà sempre di più una sorta di Agenzia regionale per il contrasto alle malattie infettive e alla farmaco-resistenza».

Camilla Mozzetti

QUESTO VIRUS NON HA IL LIVELLO DI TRASMISSIBILITÀ DEL COVID 19, ANCHE SE HA FATTO IL SALTO DI SPECIE



Alessio D'Amato



CAMICI IN FUGA

PRONTO SOCCORSO L'ESPERIMENTO DI ORISTANO ESTESO A TUTTA L'ISOLA: 6 MLN AI PRIVATI

Affittasi medico, la Sardegna insiste

» **Andrea Sparaciari**

Allargare l'utilizzo dei "medici in affitto" a tutti i Pronto soccorso della Sardegna. È il disegno dell'Ares, l'Azienda regionale della Salute, creatura partorita dalla maxi-riforma della sanità del governatore Christian Solinas per ordine della Lega (non a caso a dirigerla è la manager veneta Annamaria Tomasella). Per tamponare la grave carenza di medici, Ares sta infatti per indire una gara d'appalto da 6 milioni per cooptare medici temporanei. Di fatto, si tratta di un allargamento dell'esperimento iniziato un anno fa all'ospedale Delogu di Ghilarza (Oristano), dove erano planati medici affittati dalla Mst Group di Vicenza. Un presidio gestito totalmente da medici esternalizzati.

L'appalto (che doveva essere temporaneo) è stato esteso infatti al pronto soccorso dell'ospedale San Martino di Oristano (ottobre 2021) e recentemente anche quello di Bosa. Già allora

il ricorso ai medici temporanei della Mst aveva fatto discutere, anche perché l'ospedale di Oristano (170 mila persone il bacino d'utenza) lanciò un'offerta di lavoro (su Facebook) nella quale specificava di cercare medici che non fossero specialisti di primo soccorso né di emergenza. Bastava, come raccontò *il Fatto*, essere "operatori in possesso della Specializzazione equipollente o in subordine affine alla Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza", cioè a chiunque avesse una laurea in medicina. Del resto, spiegava ancora l'annuncio, non erano "richiesti specialisti o figure particolari, si tratta di effettuare un triage avanzato e chiamare lo specialista appropriato che si farà carico del paziente. Esempio: se arriva il dolore toracico, chiamate il cardiologo. Compenso: 700 euro a turno di 12 ore".

Un format che Ares intende moltiplicare su tutta l'isola, con costi, per le casse pubbliche, che rischiano di esplodere. Per i soliti ospedali della Asl di Oristano, Regione Sardegna per i medici in affitto fino a oggi ha già speso oltre 1,5 milioni, rispetto a una previsione iniziale di spesa di 690 mila. Per

coprire un turno di 12 ore il sistema sanitario regionale riconosce alla Mts 945 euro. Non solo, siccome i medici in affitto possono curare solo codici bianchi e verdi, i casi gravi vengono dirottati sugli specialisti interni degli ospedali. Ma questi sono in numero insufficiente, quindi da mesi oltre ai loro turni, negli ospedali esternalizzati, gli interni fanno prestazioni extra, pagate a gettone. Gli straordinari, insomma. Andando così a far aumentare i costi. "È un vero paradosso - commenta il dottore Fabio De Iaco, presidente della Società Italiana della medicina di emergenza-urgenza (Simeu) - si pagano costi altissimi per triage avanzati (che non sono pronto soccorsi) che rimarranno vuoti, perché i casi gravi saranno curati altrove. Ma queste strutture ci sono già, si chiamano guardie mediche e costano un decimo..."



Emergenza Un pronto soccorso ANSA

