



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

30 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 Trapani, ecco i vincitori di due concorsi

Le relative delibere a firma del commissario straordinario Paolo Zappalà riguardano l'esito di due selezioni pubbliche per titoli ed esami.

30 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

Approvate e pubblicate le graduatorie di due concorsi all'Asp di Trapani. Le relative delibere a firma del commissario straordinario **Paolo Zappalà** (nella foto di Insanitas) riguardano l'esito di due selezioni pubbliche per titoli ed esami, così come rendo noto anche la **GURS CONCORSI** del 27 maggio 2022.

I VINCITORI

6 posti di dirigente amministrativo:

1. Milana Maria pt. 80,340
2. Pinco Gaspare pt. 79,972
3. Turano Valentina pt. 79,657
4. Paesano Giuseppe pt. 76,495
5. Piraneo Maria pt. 75,727
6. Sacco Sabrina pt. 75,677

25 posti di dirigente medico di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza:

1. Scappellato Simona pt. 83;
2. Caltagirone Giuseppe pt. 76; (1° graduatoria specializzandi)
3. Gianni Adriana pt. 72,5 (2° graduatoria specializzandi)
4. Scondotto Roberto pt. 71 (3° graduatoria specializzandi)

Ma resta il nodo mascherine a scuola e sui mezzi

Covid, tremila positivi in meno di una settimana fa

■ Sono 14.826 i nuovi casi Covid registrati in Italia nelle ultime 24 ore, contro i 18.255 di sabato ma soprattutto i 17.744 contagi di domenica scorsa, a conferma di un trend settimanale in costante calo. I tamponi processati sono 142.066 (ieri 193.183) con il tasso di positività che sale dal 9,4% al 10,4%. I decessi sono 27 (ieri 66). Dopo 12 giorni di seguito, sale il numero dei pazienti in terapia intensiva: 10 in più (sabato -2), con 24 ingressi giornalieri, e sono 260 in tutto, mentre continua il caso dei ricoveri nei reparti ordinari: 114 in meno (sabato -210), per un totale di 5.234. È quanto emerge dal bollettino quotidiano del ministero della Salute. «Siamo in una fase migliore della pandemia, come già avvenuto negli anni passati - ha detto il ministro della Salute, Roberto Speranza, che ha sottolineato ancora una volta l'importanza dei vaccini -.

Ora gli italiani sono molto protetti per il fatto che oltre il 90% ha completato il ciclo primario e dobbiamo insistere con una linea di prudenza».

La regione con il maggior numero di casi è il Lazio con 1.965 contagi, seguita da Campania (+1.875), Lombardia (1.767), Sicilia (+1.371) ed Emilia Romagna (+1.228).

Dati a parte, a tener banco però è il tema delle mascherine. Si avvicinano la fine della scuola e l'esame di Maturità e non è ancora decaduto l'obbligo di indossare le mascherine in classe. Appare ormai remota l'ipotesi che intervenga un nuovo decreto che consenta ai maturandi di sostenere l'esame senza dispositivi di protezione. Non vi sarebbero neppure i tempi tecnici per farlo. Viceversa novità importanti potrebbero arrivare per cinema, teatri e sale da concerto. Il decreto che regola l'uso del-

le mascherine scade il 15. Ma secondo indiscrezioni al cinema, nei teatri e nelle sale da concerto la mascherina non dovrebbe essere più obbligatoria. Su treni, navi e aerei invece l'obbligo potrebbe restare anche dopo il 15 giugno ma la decisione sarà presa pochi giorni prima della scadenza di metà mese, in base alla situazione epidemiologica. «Terremo le mascherine nei presidi sanitari», ha detto Speranza, «mentre le toglieremo nei cinema e nei teatri. Quanto ai mezzi di trasporto valuteremo. La Germania ha prorogato l'obbligo a settembre, il Regno Unito lo ha tolto».



Per una volta tutti d'accordo

I virologi in coro «Ora abolite le mascherine»

CLAUDIA OSMETTI

Dateci respiro, cribbio. «Mi pare che ci sia una volontà politica quasi psicotica a voler mantenere l'obbligo delle mascherine». Ecco, sta tutto qui. Nelle parole di Matteo Bassetti, virologo e direttore del centro di malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova. «Volontà

politica». Perché un'altra spiegazione non c'è. I contagi son diminuiti anche ieri (18.255 contro (...))

segue → a pagina 15

Contro chi ci vuole imbavagliati anche in estate

I virologi finalmente uniti «Abolite le mascherine»

Da Pregliasco alla Gismondo, tutti gli esperti si schierano per togliere l'obbligo che il governo vorrebbe prorogare. Solo Galli resiste: «Levare le protezioni è populismo»

segue dalla prima

CLAUDIA OSMETTI

(...) i 19.666 di venerdì), i morti idem (39 in meno rispetto al giorno prima), il tasso di positività pure (era il 9,9% ventiquattr'ore fa, adesso è il 9,4): ma a Roma sembrano ancora convinti che si debba aspettare. Che la maturità, i nostri ragazzi, debbano farla con la Ffp2 sul naso e che, anzi, in determinate situazioni, il volto mascherato ce lo dovremmo tenere tutti persino dopo il 15 giugno, quando cioè (teoricamente: visto che già si paventa una proroga delle restrizioni) l'obbligo doveva essere stracciato e chi s'è visto s'è visto. Sui mezzi di trasporto,

dice il ministro della Salute Roberto Speranza (Leu), «valuteremo».

DA NOI REGOLE RIGIDE

Ormai abbiamo imparato cosa significano i suoi "vedremo", sor Speranza. Era tutto un rimandare anche a Pasqua, a fine aprile, sul nodo del lavoro: e poi è andata come sappiamo, a oggi non c'è un Paese dell'Unione Europea che abbia norme stringenti come le nostre.

Ma perché? E badi bene, non glielo stiamo chiedendo noi di *Libero*. D'accordo, anche: non ci tiriamo indietro. Ma principalmente se lo stanno domandando gli esperti. Gli infettivologi, gli

epidemiologi, i professori a cui lei tanto si affida da quando la pandemia è diventata pandemonio e ci ha stravolto l'esistenza. Prenda Bassetti, che glielo piega papale: «L'obbligo delle mascherine è completamente errato, non ha un razionale scientifico. Bisognerebbe, invece, passare a una forte raccomandazione in alcuni conte-



sti».

Oppure il collega Fabrizio Pregliasco, che fa il capo dell'Irccs Galeazzi di Milano ed è dello stesso avviso: «Se l'andamento del Coronavirus continuerà a essere in calo si potrà valutare di permettere esami scolastici senza mascherina e, sui mezzi di trasporto, si potrà passare dall'obbligo a una forte raccomandazione, rivolta in particolare ai soggetti fragili».

O Maria Rita Gismondo, la direttrice del laboratorio di microbiologia clinica dell'ospedale Sacco, sempre a Milano: «Tenere le mascherine esclusivamente in certi ambienti è penalizzante e non ha niente a che vedere col virus. Dobbiamo essere

coerenti perché non ha senso vedere gli stadi affollati senza mascherine e la gente al cinema obbligata a indossarle. Però di coerenza non ce n'è mai stata».

L'unico che difende a spada tratta le Ffp2 è Massimo Galli, l'ex primario del già citato ospedale Sacco e, va bene, non ci va giù leggero: «Sui mezzi vanno tenute, punto», sbotta, mentre per le scuole «mi sembra populistico tirare in ballo il discorso». Però è l'unico. Tutti gli altri son convinti del contrario. Addirittura la politica, almeno una certa politica, lo è. E non ci riferiamo al leader della Lega Matteo Salvini (che pure lo dice: «Ab-

biamo chiesto ancora di togliere le mascherine ai bambini che stanno in classe sei ore a trenta gradi»), ma a Andrea Costa, che di professione è sottosegretario alla Salute (vice di Speranza ma in quota Noi con l'Italia): «Ritengo che ci siano le condizioni per toglierle durante le attività didattiche, tuttavia questo è un governo con sensibilità diverse», am-

mette e rimarca che siamo davanti a «una scelta non prettamente scientifica, ma più a un'interpretazione politica. L'obbiettivo

che non possiamo permetterci di fallire è ricominciare il prossimo anno scolastico in presenza e senza mascherine». Peccato che Speranza la pensi diversamente: «C'è una norma vigente. Noi rispettiamo la norma vigente e lavoriamo perché nel prossimo anno ci possa essere una condizione epidemiologica molto diversa». Purché non sia il solito «vedremo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OBBLIGO IN CORSIA

«Le terremo nei presidi sanitari, mentre sicuramente le toglieremo nei cinema e nei teatri. Quanto ai mezzi di trasporto valuteremo, la Germania ha prorogato l'obbligo a settembre, il Regno Unito le ha tolte»

Roberto Speranza



MASCHERINE

● Obbligo di mascherina di tipo ffp2 fino al 15 giugno ● Mascherine raccomandate ● Obbligatorie oltre il 15 giugno



*Si valuta l'estensione oltre il 15 giugno

L'EGO - HUB



Dir. Resp.: Andrea Monda

L'Oms lancia l'allarme sul vaiolo delle scimmie: 200 i casi

GINEVRA, 28. Potrebbero essere solo «la punta dell'iceberg» gli oltre 200 casi di vaiolo delle scimmie rilevati nelle ultime settimane al di fuori dei Paesi in cui circola abitualmente. L'allerta è arrivata ieri dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), che chiede tuttavia di «non cedere al panico». Sale comunque il livello di attenzione sul nuovo virus circolante, mentre l'Unione europea (Ue) è già al lavoro per l'acquisto centralizzato di vaccini e antivirali ad hoc.

Gli esperti stanno ora cercando di determinare le cause di questa «situazione insolita», ha fatto sapere nel corso di un briefing Sylvie Briand, responsabile dell'Oms per la prevenzione e la preparazione alle epidemie e alle pandemie. Dai risultati preliminari

– ha aggiunto – non sembra che il virus sia cambiato o mutato. Secondo Briand, è ancora possibile fermarne la diffusione: «Se mettiamo in atto le misure giuste, probabilmente possiamo contenerlo facilmente».

Nel frattempo crescono di giorno in giorno i contagi in vari Paesi europei. In Italia è stato registrato un nuovo caso, mentre si contano finora una decina di contagi. L'Istituto superiore di sanità (Iss) ha però reso noto che sono già disponibili oltre 5 milioni di dosi di vaccino antivaiolo. Intanto si spera nel risultato conseguito dal laboratorio di Microbiologia clinica, virologia e diagnostica delle Bioemergenze dell'ospedale Sacco di Milano, che ha isolato il “monkeypoxvirus” responsabile dell'epidemia presente in

Europa. La situazione non è migliore in Spagna, dove sono 98 i casi confermati, mentre altri 16 sono stati individuati nel Regno Unito, portando il totale a 106.

L'impennata dei casi ha spinto l'Ue a prendere rapidamente delle contro-misure. Attraverso l'Autorità europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (Hera), sta infatti cercando di portare a termine un acquisto centralizzato di vaccini e antivirali. La vaccinazione, secondo fonti Ue, sarà in ogni modo limitata «a casi molto specifici» dato che trasmissibilità e rischio connessi al vaiolo delle scimmie «non sono comparabili» con il covid-19.



SANITÀ Per chi lavora in corsia non sono previsti stanziamenti dedicati

Pnrr, nuovi ospedali ma mancano i medici

Commento di Cozzi e Servizi alle pagine 3 e 9

PAOLO VIANA

Ogni anno il Sistema sanitario nazionale spende 12,2 miliardi di euro in stipendi del personale medico (il 9% della spesa com-

plexiva del personale, che per il 2022 è fissata nel Def in 131 miliardi) e 9,6 miliardi per gli infermieri. Neanche un centesimo arriverà dal Pnrr. Eppure il gruzzolo assegnato alla Sanità dal *Recovery* è tutt'altro che esiguo: 15,63 miliardi, sette dei quali

pioveranno sui territori mentre il resto verrà speso per l'innovazione del Ssn. Entro il 2026, finanzieranno investimenti, cioè nuovi ospedali, case della comunità... aumentando il fabbisogno di personale medico e infermieristico che già mancano.

Sorpresa: il Pnrr dimentica i medici La grande assenza dai nuovi ospedali

PAOLO VIANA

Ogni anno il Sistema sanitario nazionale spende 12,2 miliardi di euro in stipendi del personale medico (il 9% della spesa complessiva del personale, che per il 2022 è fissata nel Def in 131 miliardi) e 9,6 miliardi per gli infermieri. Neanche un centesimo arriverà dal Pnrr. Eppure il gruzzolo assegnato alla Sanità dal *Recovery* è tutt'altro che esiguo: 15,63 miliardi, sette dei quali pioveranno sui territori mentre il resto verrà speso per l'innovazione del Ssn. Entro il 2026, finanzieranno investimenti, cioè nuovi ospedali, case della comunità, centri operativi territoriali... aumentando, *ça va sans dire*, il fabbisogno di personale medico e infermieristico. Il timore dei sanitari è che lo Stato pensi solo a edificare e questa paura l'Anaa, il sindacato dei medici e dei dirigenti sanitari, l'ha già messa nero su bianco. «Il rapporto spesa sanitaria/Pil scenderà

sino 6,2% nel 2025, meno di quello che era prima della pandemia». Aggiungendo che l'incremento dei pensionamenti e delle dimissioni volontarie «è tale da mettere seriamente in pericolo la tenuta del Ssn, visto che di fronte ad uscite di circa 7mila medici specialisti ogni anno, l'attuale capacità formativa della Università è pari a circa 6mila neo-specialisti, di cui solo il 65% accetterebbe un contratto di lavoro con il Ssn». Insomma, il Pnrr ci darà nuovi ospedali ma potrebbero mancare i soldi e il personale per farli funzionare.

L'emergenza investe, naturalmente, anche i vecchi ospedali – prova ne sia l'allarme ortopedici lanciato da un altro sindacato di medici e dirigenti, la Cimo-Fesmed –, i medici di famiglia – il 38% saluterà il sistema sanitario entro il 2025 – e, ovviamente, gli infermieri. Il primo approccio di quest'ultima categoria al

Pnrr è stato entusiastico. «La Missione 6 del *Recovery Plan* inviato a Bruxelles piace agli infermieri e non solo perché raddoppia la disponibilità di risorse per l'assistenza sul territorio, ma perché parla la loro lingua: reti di prossimità, Casa della Comunità, domicilio, Ospedali di comunità...» scriveva solo un anno fa la F-nopi, il sindacato degli infermieri. Ottimismo rafforzato dal DM 71, che detta gli standard per l'assistenza territoriale. «Gli infermieri saranno decisivi per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ri-





covero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente» annuncia la Fnopi, che esalta il «forte ruolo degli in-

COME CAMBIERÀ L'ORGANI

fermieri di famiglia». Anche la Fnopi però ha fatto i conti: già oggi mancano 63mila infermieri e se il Pnrr manterrà le sue promesse il fabbisogno supererà quota 100mila.

Parlando del futuro dell'assistenza territoriale, il direttore generale dell'Agenas Domenico Mantoan ha dichiarato ad *Avvenire* che «nella Legge di Bilancio per il 2022 il Parlamento si è operato per ampliare la capacità di spesa per il personale che sarà occupato all'interno delle strutture dell'assistenza territoriale previste nel Pnrr» e ha ricordato che sarà approvato un «documento di riforma con cui si definiscono i modelli e gli standard per lo svi-

luppo dell'Assistenza territoriale, che individuano i fabbisogni minimi di personale introducendo in modo strutturale nel servizio sanitario anche "nuove" figure professionali (infermiere di famiglia e di comunità)».

Tuttavia, l'ampliamento dell'offerta sanitaria non solleva solo il problema della spesa corrente. Anche ad aver i soldi per pagarli, mancano professionisti. L'Anaa-Assomed, in un rapporto del 20 aprile scorso, parlava di «grande fuga dei medici dal Ssn». Descrivendo di fatto un'atmosfera da *Great Resignation*, con un aumento generalizzato delle dimissioni. Colpa della pandemia «che ha nettamente peggiorato le condizioni di lavoro negli ospedali». La tendenza, avviata nell'*annus horribilis* del Covid-19, non si è arrestata nel 2021: +39% di medici ospedalieri che decidono di uscire dal Ssn per

lavorare nella sanità privata. Cercano orari più flessibili, maggiore autonomia professionale e minore burocrazia. Fuggono dal *burnout*. Ed inseguono un salario migliore: il blocco contrattuale ultradecennale rende competitive le buste paga dell'Est europeo; quello del turnover produce massacranti turni di servizio; le possibilità di carriera sono ridotte, tant'è vero che in dieci anni i direttori di struttura complessa sono diminuiti del 31,5% e i responsabili di struttura semplice del 44%. In altre, parole, il privato attrae maggiormente e ancor di più l'ambulatorio, come dimostra il fatto che i neolaureati ambiscono a specializzazioni spendibili proprio in quegli ambiti.

Secondo un'indagine Cimo-Fesmed, i giovani hanno visto crollare in cinque anni le aspettative di carriera e retribuzione e il 72% dei medici vorrebbe lasciare gli ospeda-

li. Il presidente di Cimo-Fesmed, Guido Quici, tuona: «Dopo due anni di emergenza i medici ospedalieri meritano riconoscimenti chiari e concreti. Subito nuovo contratto di lavoro della dirigenza e riforma della rete ospedaliera». La riforma su cui si accumulano le maggiori tensioni in queste ore è quella che dovrebbe trasformare i medici di famiglia, centrali nel ridisegno della sanità territoriale, in dipendenti delle Regioni. Ipotesi accarezzata da queste ultime e avversata dai medici, che oggi sono lavoratori parasubordinati e convenzionati e godono di una autonomia gestionale e organizzativa molto ampia. Alla base di questa riforma c'è un ragionamento finanziario: regionalizzandoli, si potrebbero ridurre i professionisti di 30mila unità.

Nel 2021 i medici ospedalieri che hanno deciso di uscire dal Ssn per lavorare nella sanità privata sono aumentati del 39%: cercano orari più flessibili, maggiore autonomia professionale e un salario migliore

LA DENUNCIA

Per chi lavora in corsia non sono previste risorse "ad hoc" dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. Soldi solo per strutture e centri di cura



COME CAMBIERÀ L'ORGANIZZAZIONE SUL TERRITORIO

Case di comunità e non solo: ecco quali saranno le novità

Oltre agli ospedali, nei quali saranno investiti 8 miliardi di euro, ci sono nel Pnrr 7 miliardi per ridisegnare l'assistenza territoriale, che richiederà nuovi professionisti appositamente formati. È la vera novità del Pnrr sanitario. Si articolerà intorno al Distretto Sociosanitario: dovrà esservene uno ogni 100mila abitanti. Ogni 50mila, dovrà esserci una Casa della Comunità, dove lavoreranno in modalità integrata e multidisciplinare medici di famiglia e specialisti, e Case della Comunità spoke e ambulatori di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Il Distretto avrà anche le Unità di Continuità Assistenziale, équipe mobili per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico. Il coordinamento è affidato alla Centrale Operativa Territoriale (una ogni 100mila abitanti) e alla centrale operativa 116117 per le cure mediche non urgenti. Questa rete, che sarà dotata di strumenti per la telemedicina, garantirà anche tutte le prestazioni di assistenza domiciliare del distretto, la quale dovrà prendere in carico progressivamente il 10% della popolazione *over 65* e dovrà disporre del personale necessario per farlo, a partire dall'infermiere di famiglia o comunità (uno ogni 3mila abitanti).

L'Ospedale di Comunità svolgerà una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, onde evitare ricoveri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisog

gni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Ce ne sarà uno, dotato di 20 posti letto, ogni 100mila abitanti.

La rete delle cure palliative garantirà invece la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in *hospice: dovranno nascere una unità e un hospice con 10 posti letto ogni 100mila abitanti.*

Un Consultorio Familiare ogni 20mila abitanti (o 10mila nelle aree rurali) e l'attività rivolta ai minori potranno essere ospitate nelle case della comunità. Il Dipartimento di Prevenzione avrà il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Lo standard massimo è un Dipartimento di Prevenzione ogni mezzo milione di abitanti. (P.V.)



L'INTERVISTA

«I camici bianchi non sono burocrati»

Anelli (Fnomceo): siamo in pochi e con troppo lavoro. Gli errori? Quindici anni di tagli

Presidente, il Pnrr ci regalerà una sanità nuova. Perché i medici sono tanto preoccupati?

Perché il Pnrr ci regalerà solo delle strutture nuove: non introduce nessun tipo di processo riformatore – risponde il presidente degli ordini dei medici (Fnomceo) Filippo Anelli –, è solo un modo per migliorare le infrastrutture, adeguarle alla sicurezza.

Eppure per la sanità territoriale sarà una rivoluzione...

Si costruiranno le case di comunità, comunque sempre alle dipendenze del Distretto: se non vi è una riforma della medicina generale saranno solo degli spazi da gestire.

Una riforma è nell'aria e riguarda i medici di medicina generale. Cosa vi aspettate?

L'idea delle Regioni di mettere i medici di famiglia alle loro dipendenze e trasformarli in burocrati non ci convince: ridurrà i costi ma anche la qualità del servizio offerto al cittadino. Oggi il medico di famiglia ha un'autonomia che gli permette di curare e che lo porta a essere scelto dai pazienti: questa scelta è un diritto sacrosanto e

infatti, in tutti i sondaggi, il modello attuale raccoglie il 75-82% di gradimento dei cittadini.

La spesa per i dipendenti è un tema finanziario, ma la carenza di lavoratori è un problema di identità professionale: perché il medico fugge dagli ospedali?

Le ragioni vanno ricercate in quello che è successo prima del Covid. Il Sistema sanitario ha coltivato disuguaglianze, attraverso vent'anni di regionalismo sanitario. Una mentalità aziendalista, improntata al pareggio di bilancio più che alla cura del cittadino ha portato a non presentare per quindici anni piani sanitari nazionali, regionali e aziendali, sacrificando l'obiettivo della salute a quello della gestione amministrativa di un Ssn che vede solo il contenimento dei costi. Aggiungiamo pure il blocco del personale che ha creato carenze e sovraccarichi di lavoro, a fronte di un riconoscimento economico sempre più risicato dal 2010 in avanti. Inevitabile la crisi d'identità quando, in questa situazione, ci si trova ad assistere in pochi mesi diciassette milioni di ma-

lati. Ricordo che 500mila sono stati assistiti negli ospedali, ma 16,5 milioni si sono riversati sui medici di famiglia, lasciati soli a affrontare sia le questioni burocratiche del *Green pass*, che quelli di cura.

Qual è la sanità territoriale che vorreste?

Si deve sviluppare un modello multiprofessionale in cui si lavora in team, peraltro già riconosciuto dalle leggi, ma ostacolato da un ragionamento politico ed economico che cerca solo la compatibilità di bilancio. Non basta digitalizzare la sanità se non si investe sui professionisti. Dal 2005 il fondo per l'assunzione di personale amministrativo e infermieristico, cui vorrebbero accedere tanti medici di famiglia, è bloccato al 15%.

Cosa chiedete al governo?

Che si avvii un processo di riforma vero, che si basi su un ragionamento condiviso con gli operatori sanitari, per far lavorare insieme i professionisti in strutture distribuite capillarmente sul territorio, che permettano di cancellare le liste d'attesa.

Paolo Viana

«Serve un processo di riforma vero, che si basi su un ragionamento condiviso con gli operatori sanitari, per far lavorare insieme i professionisti in strutture distribuite capillarmente sul territorio»



Filippo Anelli



Aiop, superare la spending review

L'ospedalità privata ribadisce l'importanza della sinergia pubblico-privato

Per ricostruire un Servizio Sanitario Nazionale efficiente e in grado di recuperare le prestazioni e i servizi trascurati a causa della pandemia, bisogna puntare con convinzione sulla sinergia pubblico-privato superando, allo stesso tempo, i limiti imposti dalla spending review. L'Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata, ne ha discusso a Bologna, nel corso del convegno nazionale 'Oltre il tetto di cristallo: superare la spending review per (ri)costruire il SSN', al quale sono intervenuti, tra gli altri, i sottosegretari al ministero della Salute Pierpaolo Sileri e al MEF Federico Freni, la presidente della 12° Commissione Igiene e sanità del Senato Annamaria Parente e Luca Rizzo Nervo della XII° Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati. Il 'tetto di cristallo' da rompere, per evitare un ulteriore impatto negativo sulla qualità e la quantità delle prestazioni offerte ai cittadini, è quello stabilito dall'articolo 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, espressione rigidissima della spending review che il Governo Monti adottò per fronteggiare la grande recessione degli anni 2007-13. È una norma emergenziale, nata per ragioni di contenimento di spesa, che oggi appare anacronistica, illogica e incostituzionale. È previsto, infatti, un limite massimo all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera da soggetti privati accreditati, attualmente pari al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011. Negli ultimi dieci

anni, quindi, il SSN è stato costretto a esercitare la sua funzione pubblica di tutela della salute degli individui senza potersi avvalere del pieno contributo della sua componente di diritto privato, che a causa del vincolo di spesa imposto dal dl 95/2012 è stata fortemente penalizzata, con il ruolo delle Regioni depotenziato e l'offerta sanitaria impoverita. Per affrontare al meglio le sfide future bisogna rafforzare la sinergia pubblico-privato, tenendo presente che le strutture sanitarie di diritto privato, pur con equilibri finanziari difficili, in virtù di budget e tariffe datate, continuano a svolgere una funzione determinante per il SSN e hanno un potenziale inespresso che risolverebbe il problema del recupero delle prestazioni non erogate. Un percorso, tra l'altro, che non è recente, ma conta diversi anni di fattiva collaborazione che dovrebbero, sempre più, condurre a una condizione di proficua coesistenza della dialettica operativa tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato del SSN e dei SSR.

EUGENIA SERMONTI

**Secondo la presidente Aiop Barbara Cittadini
«È necessario a questo punto abrogare il dl 95/2012,
che limita l'offerta di prestazioni e servizi»**



Barbara Cittadini



Vaiolo delle scimmie isolato il virus al Sacco E l'Ue acquista vaccini

LA RICERCA

ROMA È stato isolato nel laboratorio di Microbiologia clinica, virologia e diagnostica delle Bioemergenze dell'ospedale Sacco il monkeypoxvirus responsabile dell'epidemia attualmente presente in Europa. «Questo rappresenta un importante risultato per la ricerca scientifica», spiega la vicepresidente e assessore al Welfare della Regione Lombardia, Letizia Moratti, «in quanto sarà possibile saggiare l'attività di farmaci antivirali e testare la risposta anticorpale dei pazienti che hanno contratto l'infezione e della quota di popolazione vaccinata contro il virus del vaiolo».

Il sottosegretario alla Salute, Andrea Costa nel frattempo ha detto che in Italia esiste «già la disponibilità di 5 milioni di dosi di vaccino anti vaiolo, quindi siamo preparati eventualmente nel pro-

cedere qualora ve ne fosse la necessità». Ancora: «Sul vaiolo delle scimmie dobbiamo dire con chiarezza che non siamo di fronte a un'emergenza. Siamo di fronte ad una situazione che deve essere attenzionata e monitorata: la malattia non è paragonabile al Covid e non colpisce tutta la popolazione perché chi è stato vaccinato contro il vaiolo, circa il 40% della popolazione, ha già una protezione indicativamente dell'85%. Quindi è uno scenario diverso che deve essere monitorato». Dello stesso avviso il ministro della Salute Roberto Speranza: «Capisco la preoccupazione, ma è una situazione del tutto diversa, imparagonabile a quella che abbiamo già vissuto con il Covid. La nostra rete di sorveglianza, di monitoraggio, sia a livello europeo che a livello nazionale, è stata attivata come è giusto che sia e quindi dobbiamo seguirla con grande attenzione».

Meno tranquillizzanti le parole dell'infettologo Matteo Bassetti: «Siamo a oltre 300 casi in oltre 20 Paesi. Nelle prossime ore/giorni

arriveremo a migliaia di casi, tanto che credo sia inutile continuare a dare numeri». Bassetti inoltre chiede la «quarantena per gli infetti» contagiati da vaiolo delle scimmie «e i loro contatti stretti per 21 giorni, come fatto da Gran Bretagna e altri Paesi».

Di certo, si muove anche l'Unione europea, nel timore che i 200 casi di vaiolo emersi finora siano solo una punta dell'iceberg, e che la diffusione sia molto più vasta. La Commissione Ue, attraverso l'Autorità europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (Hera) sta lavorando ad un acquisto centralizzato di vaccini e antivirali contro il vaiolo delle scimmie. La vaccinazione sarà in ogni caso limitata «a casi molto specifici» dato che trasmissibilità e rischio connessi al vaiolo delle scimmie «non è comparabile» con il Covid.

R.P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL MINISTRO
SPERANZA:
«NIENTE ALLARMISMI,
LA SITUAZIONE
È MOLTO DIVERSA
DAL COVID»**



«Virus conosciuto e alta protezione Vaiolo delle scimmie, zero allarmi»

ENRICO NEGROTTI

Prudenza e niente allarmismi. È questa la linea tracciata dalle autorità sanitarie e dai medici verso il crescere dei casi di vaiolo delle scimmie segnalati ormai in tutta Europa, Italia compresa. Anche se la malattia, forse perché il nome evoca contagi d'altri tempi, o perché il virus compare dopo due anni di pandemia, sollecita nei cittadini preoccupazioni, che tutte le autorità sanitarie nazionali, europee e mondiali suggeriscono di non trasformare in panico. «Una situazione del tutto diversa, imparagonabile a quella che abbiamo vissuto con il Covid» ha osservato il ministro della Salute, Roberto Speranza. Ieri sera, intanto, l'ospedale Sacco di Milano ha isolato nel suo laboratorio di Microbiologia clinica il *monkeypoxvirus*, responsabile dell'epidemia. Il sottosegretario alla Salute, Andrea Costa, ha spiegato che in Italia sono presenti 5 milioni di dosi di vaccino anti-vaiolo. Dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), la direttrice dell'*Emergency Preparedness*, Sylvie Briand, avverte: «Il primo caso è stato notificato solo il 7 maggio, sappiamo che avremo più casi nei giorni a venire. Siamo

veramente all'inizio». Da parte sua l'Unione Europea si prepara ad acquistare – secondo i media belgi – 50 mila dosi di vaccini.

«Non mi sento di fare previsioni: il contagio va contenuto e i contatti tracciati – osserva Roberto Cauda, direttore della Clinica di malattie infettive dell'Irccs Policlinico A. Gemelli di Roma, nonché docente di Malattie infettive all'Università Cattolica –. Ma non dobbiamo cadere nel panico. Rispetto al Covid-19, il virus è noto, abbiamo già i vaccini e qualche farmaco. In più si tratta di un virus a Dna, sostanzialmente stabile, a differenza del Sars-CoV-2, che muta con una certa frequenza».

Professor Cauda, che malattia è il vaiolo delle scimmie?

Del vaiolo "umano" ci eravamo dimenticati perché è stato eradicato grazie alla vaccinazione sin dal 1979. In Italia la vaccinazione è stata sospesa nel 1981. Quello di cui parliamo è un vaiolo isolato in Africa nel 1958 nelle scimmie, e poi anche in alcuni roditori. È sempre stata considerata una malattia degli animali fino al 1970, quando – sempre in Africa – il virus è stato isolato anche nell'uomo. Ha una parentela con il vaiolo "umano", ma presenta solitamente forme meno gravi per l'uomo e il contagio è meno facile.

Come si trasmette?

Per contatto diretto, attraverso saliva e altri fluidi; non è stato provata la trasmissione sessuale. Il contatto deve essere prolungato, anche per via aerea, attraverso le goccioline (*droplet*) come per il Covid-19. Fortunatamente si tratta di un virus a Dna, quindi meno capace dei mutare rispetto quelli a Rna, come il Sars-

CoV-2. Una stabilità che pare confermata in quest'ultimo focolaio avviatosi in Europa, prima nella penisola iberica e nel Regno Unito, e ora allargato ad altri Paesi, tra cui l'Italia. Si tratta dello stesso virus che circola nell'Africa occidentale, e non di quello che si trova in Congo, che provoca una patologia più severa.

Come si manifesta la malattia e come si cura?

Ha un'incubazione di 10-12 giorni, ma si arriva fino a 21. I sintomi sono quelli di una sindrome simil-influenzale, con mal di testa, febbre, spossatezza, dolori

muscolari, linfonodi palpabili. A facilitare la diagnosi sono le eruzioni cutanee, vescicole e pustole come il vaiolo o la varicella. Ma non raggiunge la mortalità del vaiolo (30%), né lascia cicatrici deturpanti. Il più delle volte guarisce in due-tre settimane, e sono utilizzabili tre farmaci antivirali (tecovirimat, cidofovir, brincidofovir). In più esistono due vaccini contro il vaiolo (uno prodotto in Olanda, l'altro negli Stati Uniti), sviluppati in anni recenti dopo il 2001, quando era alto il timore di bioterrorismo. Non sono re-





gistrati per quello delle scimmie, ma sono più efficaci di quello usato fino al 1981, che era ancora simile a quello di Edward Jenner.

Si prefigura una vaccinazione su larga scala?

Per ora, direi di no. I nati prima del 1981 sono protetti dalla vaccinazione ricevuta da bambini. Inoltre i focolai – sorti negli ultimi decenni in Africa orientale – tendono a esaurirsi, non hanno mai costituito una criticità. Finora gli organismi sanitari internazionali non credono necessaria una vaccinazione capillare. Si

può pensare a quella degli operatori sanitari, o dei contatti stretti di un malato. Certamente si devono contenere i focolai, tracciando i contatti e isolando i malati. Non credo, oggi, che sia necessaria una quarantena dei contatti, ma è bene essere prudenti.

La diffusione in Italia e in Europa: i numeri

10
i casi registrati in Italia a partire dal 19 maggio, l'ultimo ieri in Liguria

200
i contagi nel mondo, secondo l'Oms, che precisa: forse solo la punta di un iceberg

L'INTERVISTA

Isolato il ceppo all'ospedale Sacco.

Il direttore della Clinica di malattie infettive del

Gemelli, Cauda: «Rispetto al Covid, abbiamo vaccini e farmaci. Si tratta di un virus a Dna.

Non dobbiamo temere varianti»



Roberto Cauda sostiene che «il contagio da vaiolo delle scimmie è meno facile»



Parla Francesco Porpiglia, direttore della Scuola di Specializzazione di urologia dell'Università di Torino e pioniere degli interventi con i robot: «In futuro gli algoritmi saranno preponderanti in sala operatoria»

Le parole del futuro

«Realtà aumentata e ologrammi per il chirurgo 2.0»

Francesco Porpiglia, 65 anni, direttore della Scuola di Specializzazione di urologia dell'Università degli Studi di Torino. Honorary member del Royal College of Physicians and Surgeons di Glasgow, chair della research section della European Society of Uro-Technology. In carriera ha pubblicato oltre 400 articoli su riviste scientifiche internazionali, di numerosi capitoli di libri e di tre testi di urologia. Negli ultimi anni si è dedicato alla ricerca nella chirurgia di precisione ed allo studio dei modelli virtuali 3D degli organi nella guida degli interventi chirurgici. In ambito chirurgico ha effettuato oltre 4000 interventi con approcci laparoscopico e robot-assistito.

La realtà aumentata, l'ologramma e l'intelligenza artificiale entrano in sala operatoria. Se ormai la chirurgia robotica è una realtà consolidata, le ultime frontiere della tecnologia diventano nelle mani del chirurgo uno strumento di super-precisione per combattere patologie gravi, come il tumore. Francesco Porpiglia, uno dei maggiori esperti a livello mondiale di chirurgia robotica, al Tabook Festival (Taormina 16-20 giugno) racconterà presente e futuro di una tecnica rivoluzionaria che, oltre a ridurre la possibilità di errore, aiuta il

paziente nel percorso riabilitativo.

A quando risale l'introduzione della robotica in chirurgia?

«Il primo robot chirurgico, il Da Vinci, è stato introdotto 20 anni fa, oggi siamo alla quinta generazione di piattaforme robotiche, dalla prima, la Standard, all'attuale, la XI, che si applica alla chirurgia addominale, e viene usata in urologia, ginecologia, toracica e chirurgia generale».

La realizzazione tecnologica è completamente americana?

«Fino a pochi mesi fa la tecnologia è stata completamente americana, ma nei prossimi due anni

arriveranno sul mercato 8-9 nuovi sistemi, eliminando il monopolio della Intuitive, che creò il robot Da Vinci. Recentemente è stato introdotto in Europa un nuovo sistema robotico, Hu-



go-ras, prodotto dalla multinazionale Medtronic, un altro robot dalla joint venture di Johnson & Johnson con Google è in fase di lancio e poi prodotti tedeschi, coreani e canadesi in fase di sviluppo».

Quali sono i vantaggi di mani robotiche rispetto a quelle umane?

«La tecnologia permette al chirurgo di avere una visione del campo operatorio tridimensionale. Inoltre i movimenti degli strumenti robotici risultano più sicuri, perché viene eliminato il tremore della mano umana ed il movimento viene demoltiplicato, da centimetri a millimetri. Infine l'estremità degli strumenti, come il porta-ago o le forbici, ha una totale capacità di rotazione con 7 gradi di libertà, che permette di raggiungere anche gli angoli più angusti».

Grande eccellenza dell'Italia nella chirurgia robotica, siamo allo stesso livello degli altri?

«Oggettivamente il robot è molto diffuso in America, ma oggi gli standard sono equivalenti in tutti paesi, con la differenza di chirurghi più abili di altri, ma dal punto di vista della qualità della chirurgia, non c'è un paese inferiore all'altro, perché la filosofia della chirurgia robotica porta ad una equiparazione e standardizzazione delle tecniche verso l'alto».

Vantaggi dell'Italia e punti deboli?

«A Torino all'interno del Dipartimento Universitario di oncologia sede San Luigi, siamo stati i primi a realizzare un software che dialoga con il robot e consente di introdurre nel campo operatorio un modello virtuale dell'organo (rene e prostata) che viene operato e che guida il chirurgo durante l'intervento. L'unico punto debole riguarda la sosteni-

bilità economica di tale tecnologia, anche se i costi rispetto a qualche anno fa si sono ridotti notevolmente e sono destinati a scendere grazie alla competizione del mercato».

Come sono realizzati i modelli virtuali 3D che servono per gli interventi?

«Acquisiamo delle immagini Tac con tagli millimetrici, processate da un software e rielaborate da un ingegnere dedicato, che riproduce l'organo non solo nella sua morfologia, ma in tutti i dettagli anatomici».

Questo modello serve per la fase di studio

pre-operatoria?

«Esatto. Il modello virtuale può essere consultato su un computer prima dell'intervento per effettuare un planning operatorio adeguato. In alternativa questi modelli virtuali possono essere fruiti in un setting di mixed reality, attraverso la loro rappresentazione in forma di ologrammi, visibili mediante occhiali dedicati di realtà aumentata; questo consente di vedere l'organo nella sua interezza ed in dettaglio nelle sue parti scomposte e focalizzare sia il tumore che le strutture circostanti.

E che ruolo avrebbe nella fase operatoria?

«Grazie a una tecnologia in via di perfezionamento presso la nostra struttura, è possibile importare il modello virtuale all'interno del sistema visivo del robot. L'immagine importata può essere visualizzata durante l'intervento anche mediante sovrappo-

sizione sul campo operatorio reale con una tecnologia di realtà aumentata. Questa tecnologia permette di vedere oltre i limiti delle superfici anatomiche, identificando strutture o malattie nascoste all'interno degli organi».

Al Tabouk Festival di Taormina, parlerà anche di intelligenza artificiale. Come sarà usata durante un intervento?

«Le faccio un esempio. Se si crea un'area della sua scrivania, con un pc, un libro e su quest'area vogliamo far sovrapporre dall'alto un oggetto in modo che si incastrino perfettamente, il software non è in grado di farlo automaticamente ma se viene istruito con l'acquisizione di migliaia di immagini, di quella determinata area, allora, attraverso l'elaborazione dei dati con algoritmi di IA, diventa in grado di effettuare una corretta identificazione dell'area stessa e dunque di sovrapporre in automatico l'oggetto virtuale al target reale. Nel nostro caso, invece, il piano corrisponde al campo operatorio e l'area target all'organo (prostata o rene) su cui viene ancorato in automatico l'organo virtuale».

Come immagina il futuro della chirurgia robotica?

«Un chirurgo di Washington, esperto in chirurgia robotica, ha detto: "il futuro della chirurgia non sarà una questione di ferite e sangue, ma di bits & bytes". Io non ho dubbi. Il chirurgo in passato era a contatto fisico col paziente durante l'intervento, oggi la tecnologia lo ha in parte allontanato interponendo alle sue mani una macchina da lui guidata, in futuro l'interposizione non sarà soltanto fisica ma anche digitale, spingendosi sempre di più verso una chirurgia di super-precisione».

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**AL TABOUK FESTIVAL
DI TAORMINA (16-20
GIUGNO) L'ACCADEMICO
PARLERÀ DI COME
SI EVOLVERÀ QUESTA
TECNICA RIVOLUZIONARIA**

**«L'INTELLIGENZA
ARTIFICIALE AIUTERÀ
I MEDICI A CONDURRE
GLI INTERVENTI
CON UNA PRECISIONE
PRIMA INIMMAGINABILE»**



IL PROGETTO DEL POLICLINICO SAN MARTINO

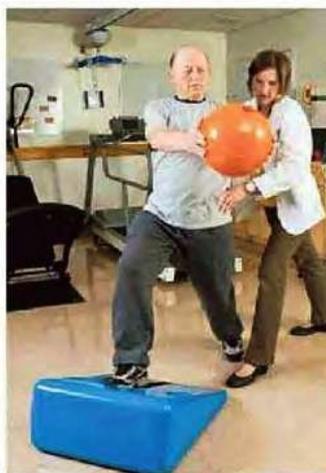
Un'app in 3D nata a Genova per affrontare il Parkinson

Arriva una app "made in Genova" per aiutare il percorso di riabilitazione di chi affronta la malattia di Parkinson. Si chiama Parkinson Rehab ed ha ricevuto il premio Fiaso per l'innovazione digitale in sanità 2022. L'applicazione è stata sviluppata dal Dipartimento di Neuroscienze del Policlinico San Martino di Genova, sotto il coordinamento di Giovanni Abbruzzese ed Elisa Pelosin, mira a migliorare i sintomi motori (cammino ed equilibrio) e le abilità cognitive, oltre a semplificare la comunicazione tra operatori sanitari e

pazienti. Il sistema supporta i pazienti nel seguire al domicilio un percorso di riabilitazione neuro-motoria. Tramite un Avatar 3D (trainer virtuale), supportato da un metronomo e da un assistente vocale, la app spiega e consente di visualizzare gli esercizi motori e le prove per allenare le abilità cognitive maggiormente affette. Le due tipologie di esercizio (motorio e cognitivo) sono integrate in una logica di gaming che incentiva l'utilizzo dell'app, creando un percorso su misura. Il paziente può accedere al Diario Clinico conte-

nente i dati di utilizzo dell'applicazione, le statistiche di gioco, gli eventi segnalati dal paziente durante le attività quotidiane (cadute o blocchi motori) e la possibilità di condividere tali informazioni con i professionisti sanitari. —

FE. ME.



Riabilitazione dal Parkinson



LA RICERCA DI ASSOSALUTE

Più sani e più in forma L'esercizio fisico potenzia le nostre difese

La pratica sportiva fa bene alla linea e all'intero organismo perché svolge un'azione antinfiammatoria e antiossidante

Federico Mereta

Tra il dire e il fare, si sa, c'è di mezzo il mare. Soprattutto quando si parla di buone abitudini. Se quasi tutti, a parte pochi incalliti "aficionados" di pigrizia e divani, segnalano che muoversi regolarmente sia una sorta di toccasana per la salute, pur se senza esagerare, quando si passa alla fase pratica l'esercizio di chi non riesce a mettere scarpette o costume per iniziare a correre, passeggiare o nuotare si assottiglia considerevolmente.

A mettere nero su bianco una realtà che fa male e contribuisce ad aumentare la schiera dei soggetti in sovrappeso a tutte le età è una ricerca condotta per Assosalute, da cui emerge che più di nove italiani su dieci considerano la pratica sportiva fondamentale per la salute fisica e mentale, ma al contempo quasi otto su dieci vorrebbero fare più attività fisica di quella che riescono a praticare. La pandemia, stranamente, non sarebbe stata una molla per dedicare più tempo al benessere fisico, con i diversi lockdown. Il 42% degli sportivi occasionali fatica a riprendere i ritmi pre-pandemia, anche per i ritmi lavorativi impo-

sti: per sei persone su dieci queste limitazioni impedirebbero di migliorarsi. Detto che le dichiarazioni, soprattutto in un campo come questo, sono spesso legate più ai desiderata che alla realtà, sfruttiamo le belle giornate in arrivo per iniziare a muoverci facendo dello sforzo una sana abitudine. Occorre infatti tenere presente che l'esercizio fisico è strutturato in base a quattro caratteristiche fondamentali: frequenza, durata, intensità e tipo. E bisogna ricordare che i benefici dell'attività fisica, a differenza di quanto si ritiene, dipendono in minima parte dal dispendio energetico che si ottiene durante il periodo di allenamento, poiché tale dispendio è talmente modesto che non porta al calo di peso, che in certi casi si spera di ottenere. «L'attività fisica ha benefici complessivi per la salute poiché agisce positivamente sull'intero organismo grazie alla sua azione antinfiammatoria e antiossidante - spiega Michelangelo Giampietro, specialista in Medicina dello sport e Scienza dell'Alimentazione - la prima permette di intercettare, prevenire e controllare tutte quelle malattie cronico-degenerative, metaboliche e cardiovascolari, tanto diffuse nelle cosiddette "società del benessere" (ad esempio, obesità, diabete,

sindrome metabolica, ipertensione, ecc.). La presenza di queste patologie è la manifestazione di uno stato di infiammazione latente e silenziosa di basso grado, prodotta da stili di vita sbagliati e dall'avanzare dell'età, che riducono le difese immunitarie. L'azione antiossidante ottenuta con la pratica regolare dell'esercizio fisico potenzia le difese dell'organismo e crea una sorta di "barriera protettiva" per il corpo umano». Ricordate poi che a fronte di questi vantaggi generali sul benessere ci sono organi e apparati che risentono in modo significativo del movimento regolare. Il cuore, ad esempio, con l'incremento dell'attività fisica, aumenta la sua efficienza, come dimostrato dalla diversa frequenza cardiaca a riposo e durante lo sforzo. In linea generale, essere fisicamente attivi in modo regolare ha molti benefici, non solo a livello muscolare e cardiocircolatorio, ma ha anche un'azione positiva metabolica. «Questo è dimostrato, tra l'altro, dall'aumento, a livello delle membrane delle cellule muscolari, del numero e della sensibilità dei recettori per l'insulina, che



IL SECOLO XIX

consente un incremento dell'assorbimento del glucosio nelle cellule muscolari, con conseguente riduzione dell'insulino-resistenza e della glicemia – segnala Giampietro - E sulla psiche l'esercizio fisico agisce positivamente perché favorisce la produzione di sostanze che hanno un effetto euforizzante e tonificante. In particolare, con il lavoro muscolare si liberano nel cervello particolari neurotrasmettitori, le endorfine, dotate di attività analgesica ed eccitante, che svolgono un'azione simile alla morfina e ad altre sostanze op-

piacee». L'unica regola, in ogni caso, è non strafare. È fondamentale ricordare di essere ben idratati, bevendo piccoli sorsi durante la giornata e durante la pratica sportiva. «Se l'attività supera i 60 minuti, può essere necessario aggiungere all'acqua zucchero e sale da cucina: 250 ml di succo di frutta di buona qualità (con almeno l'80% di frutta), 750 ml di acqua e 1 grammo di sale fino – è la ricetta dell'esperto, che ricorda anche di non allenarsi mai a digiuno e curare l'alimentazione anche nelle fasi di recupero. —

Come nasce l'energia durante lo sforzo



I muscoli funzionano grazie all'energia che si trova in una molecola Atp - adenosina trifosfato - da cui si libera l'energia chimica nel momento in cui si rompe il legame tra le molecole di fosforo



Solo il 25% viene usata dal corpo, mentre la restante si accumula in calore, che deve essere eliminato. Durante l'attività fisica il metodo più efficace per abbassare la temperatura corporea è l'evaporazione del sudore



Per produrre Atp esistono la via anaerobica e quella aerobica. La via anaerobica avviene senza il coinvolgimento dell'ossigeno ed è quella che sfrutta le scorte di carboidrati (glucosio) nei muscoli (glicogeno muscolare)



Quando, con il prolungarsi del lavoro muscolare, l'intensità inevitabilmente si riduce, questa via deve essere sostituita dal sistema aerobico. Questo sistema è già efficiente dopo 2 o 3 minuti e necessita di ossigeno



L'ossigeno è dunque il "comburente" della via metabolica che può utilizzare come combustibile tutti i macronutrienti (lipidi, carboidrati e proteine), ma sfrutta soprattutto gli acidi grassi, in maniera tanto più efficace se sono disponibili quantità sufficienti di carboidrati



Durante attività come la corsa, la camminata, lo sci, o il ciclismo tendenzialmente utilizziamo la via aerobica, ma durante le fasi di accelerazione, che richiedono più energia in breve tempo, l'organismo ricorre anche alla via anaerobica

L'EGO - HUB



Altri due contagiati: un italiano e un turista americano

Vaiolo delle scimmie, il caso Lombardia

Sono sette i pazienti nella regione, 12 in Italia. Gismondo: «Patologia blanda... positivo che risalgano tutti a un'unica fonte»

CLAUDIA OSMETTI

■ Più di duecento casi nel mondo e dodici nel nostro Paese, di cui oltre la metà (cioè sette) solo in Lombardia. Il vaiolo delle scimmie non deve farci preoccupare perché «la patologia non è grave, anzi è medio-blanda», dice Maria Rita Gismondo, la direttrice del laboratorio di microbiologia clinica dell'ospedale Sacco di Milano: ed è la prima, vera, buona notizia (la seconda è che, con un monitoraggio il più capillare possibile, anche l'Oms, cioè l'Organizzazione mondiale della sanità, auspica di contenerlo). Però ci sono quei casi che a Milano e Pavia e Monza continuano a salire. Sette, dicevamo. Sabato erano cinque. E tu ti ritrovi lì, a fare la conta dei contagi, come due anni fa, quando si stava per scatenare il pandemonio. Un pizzico di ansia è innegabile. Dopotutto, con la salute non si scherza: l'abbiamo capito.

I nuovi pazienti lombardi sono un italiano che si è presentato all'ospedale San Gerardo di Monza, ieri, però è stato dimesso ed è già tornato a casa sua, dove dovrà seguire la quarantena e l'isolamento; e un turista americano che avrebbe ricevuto lo stesso trattamento ma lui, un appartamento in cui

rientrarsi, per ovvie ragioni, non ce l'ha. Al massimo avrebbe potuto ripiegare su un hotel e, allora, i medici del Policlinico di Milano hanno deciso di trattenerlo in reparto, così è più facile seguirlo. È una semplice questione organizzativa.

Entrambi gli episodi sono stati diagnosticati dal laboratorio di virologia del San Matteo di Pavia. «Focolaio» Lombardia, ma solo per modo di dire. Perché, primo «tutte le persone che abbiamo visto presentano buone condizioni e nessuno è in pericolo», continua Gismondo e, secondo «i contagi che abbiamo analizzato fino a oggi risalgono tutti a un'unica fonte: si tratta di soggetti

rientrati dalle isole Canarie o persone che hanno avuto contatti stretti con qualcuno di loro. Vuol dire che c'è una radice comune e questo ci aiuta non poco». Di più, significa che il focolaio, quello vero, è da ricercarsi altrove. Probabilmente

in quella festa no-stop di dieci giorni a Maspalomas, dove hanno partecipato in 80mila per il Pride invernale e dove ci sarebbe

stato il primo caso positivo. «Poteva capitare a chiunque», raccontano gli organizzatori: ed è vero. Solo che, poi, le infezioni sono sbucate a macchia di leopardo in mezza Europa. In Francia, in Inghilterra, in Olanda. S'è temuto il peggio.

«Ma, per il momento, è tutto riconducibile a quell'evento». È la terza, forse la principale, buona notizia. «Di casi ce ne saranno ancora», spiega l'esperta, «perché non tutti seguono con scrupolosità le informazioni e le indicazioni che pure vengono date». Inoltre, e qui è il governatore lombardo Attilio Fontana (Lega) a parlare: «Bisogna cercare di autodenunciarsi nel momento in cui si hanno dei sintomi, in modo da essere messi in isolamento: questa è l'unica precauzione che va rispettata». Milano ancora in prima linea. Come per il covid, nel 2020. Adesso per il «monkeypoxvirus»: e non è solo una questione di cartelle cliniche impilate sul tavolo del Welfare regionale. C'è anche la scienza, quella che ci salva la pelle: il team di microbiologia clinica dell'ospedale Sacco, quello guidato dalla professoressa Gismondo, il virus di questo vaiolo l'ha già isolato. «Averlo fatto ci permetterà di fare diverse operazioni», specifica lei: «Anzitutto, adesso, possiamo studiarlo meglio. Così come potremo studiare nuovi farmaci. Ma avremo anche la possibi-



lità di quantizzare la risposta anticorpale di chi il vaccino contro il vaiolo se l'è già fatto».

Non è mica una sciocchezza. Il 40% degli italiani quel "bollo" ce l'ha sul braccio, una volta era obbligatorio. «E noi sappiamo che, anche se stiamo parlando di un altro virus, la vaccinazione lo copre ugualmente. Perché si tratta di un "virus cugino", meno impattante dal punto di vista della malattia». Hai detto poco. «Infine», conclude Gismondo, «l'isolamento del virus ci consentirà anche

di valutare la risposta immunitaria di chi ha già contratto la malattia». «Regione Lombardia ha attivato tutte le procedure necessarie per tenere il vaiolo delle scimmie sotto controllo», commenta anche l'assessore al Welfare del Pirellone Letizia Moratti, «stiamo agendo dalla segnalazione che i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta fanno sui casi, all'isolamento, alla modalità di tracciamento. È una patologia sotto controllo».

LETIZIA MORATTI

«In base alle segnalazioni che i medici di famiglia e i pediatri fanno sui casi, procediamo all'isolamento e alla modalità di tracciamento»

IL VAIOLO DELLE SCIMMIE

La scheda



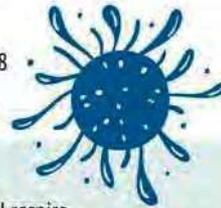
Virus

- MPXV (Monkeypox virus) - Non va confuso con il vaiolo



Storia

- È stato osservato la prima volta nel 1958 sulla scimmia *Macaca fascicularis* (è in grado di passare all'essere umano)



Come ci si contagia

- Per via aerea attraverso le goccioline del respiro
- Contatto con lesioni cutanee infette o materiali contaminati



Sintomi



Periodo di incubazione

- 6-13 giorni in media, ma può arrivare a 21



Tasso di mortalità

- Africa Occidentale **1%**
- Congo **10%**

L'EGO - HUB



M. R. Gismondo direttrice del laboratorio di Microbiologia clinica del Sacco



Empoli

Le infermiere spiate in doccia «Qui non siamo più al sicuro»

Ci sarà anche un gruppo specializzato in reati informatici e sessuali ad indagare sulla microcamera inserita nelle docce degli spogliatoi femminili dell'ospedale di Empoli che potrebbe aver filmato un centinaio di infermiere e operatrici sanitarie. Ne faranno parte investigatori, tecnici e periti, che cercheranno di capire il livello di tecnologie utilizzate, dove sono state acquistate e soprattutto se sono stati registrati video e se questi filmati stanno già girando su Internet. L'ha deciso la procura di Firenze che da giorni indaga sul caso. L'ipotesi più accreditata è

che il «voyeur tecnologico» sia un dipendente dell'ospedale o un lavoratore di una ditta appaltatrice. Nell'ala dell'ospedale si accede solo con un badge e dunque è quasi impossibile che a piazzare la videocamera sia stata una persona esterna. Il badge però potrebbe essere stato clonato e si stanno facendo verifiche. La bonifica dei locali si è conclusa ma alcune lavoratrici hanno deciso di non utilizzare più le docce. «Non ci sentiamo sicure — spiegano —. È stato un oltraggio al nostro corpo, ci siamo sentite violentate». Ieri la sindaca di Empoli, Brenda Barnini,

ha espresso alle infermiere solidarietà e sostegno. «Oltre a essere sconvolta come donna, sono anche indignata come sindaca — ha detto la prima cittadina —. Non tolleriamo più di essere considerate oggetto di possesso e chiediamo giustizia». Paola Galgani, segretaria generale della Cgil di Firenze, ha annunciato iniziative pubbliche ma anche eventuali azioni legali. «Queste lavoratrici sono state violate in un luogo dove si sentivano tranquille — commenta — e dopo ore ed ore di estenuante lavoro, con

mascherine, tute. Una vergogna assoluta».

Marco Gasperetti



L'emergenza Nei nosocomi del Lazio, con i pensionamenti, nei prossimi anni gli organici dovranno fare i conti con 11mila assenze

Ospedali, mancano 7mila infermieri

L'allarme di Zega, presidente dell'ordine di categoria: «Investire sulla sanità territoriale»

«Negli ospedali del Lazio mancano 7mila infermieri e nei prossimi 4 anni, con i pensionamenti, diventeranno 11mila»: l'allarme è di Maurizio Zega, presidente dell'Opi (Ordine delle professioni infermieristiche) di Roma. «Bisogna investire sulla sanità territoriale o i pronto soccor-

so continueranno a essere il punto di riferimento anche di chi non ne ha bisogno».

a pagina 2 **Salvatori**

Negli ospedali del Lazio mancano settemila infermieri

Zega (presidente dell'ordine di categoria): «Col Pnrr ne servono altri duemila

«Al momento, nel Lazio, mancano 7mila infermieri. Un numero che non potrà che aumentare nei prossimi quattro anni quando, a causa dei pensionamenti, il fabbisogno crescerà fino a 11mila»: i conti sull'emergenza in corsia vengono dal presidente dell'Opi (Ordine delle professioni infermieristiche) di Roma, Maurizio Zega. E la carenza è destinata ad aumentare ancora entro il 2026 «perché per la messa al terra del Pnrr serviranno altre duemila figure professionali, dal momento che dovrà esserci un infermiere di famiglia e comunità ogni tremila abitanti», sottolinea Zega. «Diversamente le strutture previste saranno vuote e prive delle necessarie risorse umane. Ma come fare se i nuovi infermieri usciti dalle università non bastano? E se la finanziaria 2022 non ha stanziato un euro per la loro formazione?».

Il problema non è recente,

anzi affonda le radici alla fine degli anni Novanta. «Era il 1999, quindi oltre 20 anni fa, quando l'Oms fissò obiettivi, poi recepiti con leggi quadro, riguardanti ospedali flessibili e di prossimità. Ma da allora non è mai stato fatto nulla. Ora invece lo schiaffo della pandemia ci ha fatto capire quanto siano importanti». E porta come esempio la gestione dell'emergenza Covid da parte della Regione Veneto dove la sanità territoriale funziona e dove la diffusione del virus, nel 2020, è stata arginata prima che in Lombardia, che invece ne è carente.

«Bisogna per altro pensare che la popolazione invecchia e che nei prossimi anni lo farà ancor più - prosegue il presidente dell'Opi di Roma - e che gli ospedali diventeranno sempre più il loro punto di riferimento se non cambierà il paradigma e se non si punterà tutto su una sanità territoriale».

Ora che la pandemia da Co-

vid sta lasciando un po' di respiro alla rete ospedaliera, stritolata nelle diverse ondate di contagi, sono tornate a emergere alcune criticità cronizzate nel sistema sanitario, come il sovraffollamento dei pronto soccorso. Dovuto anche a un gran numero di accessi inappropriati.

«Vero, tanti infermieri ci segnalano che la maggior parte dei pazienti in attesa non dovrebbe essere nei dipartimenti di emergenza, perché non ne ha bisogno e potrebbe tranquillamente essere seguita a casa - conclude Zega -, ma magari il loro medico di medicina generale non c'è e quindi l'unica risposta possibile è il pronto soccorso». Dove per altro la carenza di infermieri si sente forse meno che in altri dipartimenti «perché la medicina d'urgenza ed emergenza, in fase organizzativa del lavoro, viene in qualche modo tutelata a scapito di altri reparti. Ma certo è che anche qui i doppi turni sono una costante all'ordine del giorno. Gli organici non abbondano e a volte per coprire un servizio h24 si deve ricorrere anche a questo».

Clarida Salvatori



DEIACO (MEDICINA D'URGENZA)

«Le case salute della Regione? Solo cosmetica...»

Fabio De Iaco, presidente di Simeu (Società italiana di medicina d'urgenza ed emergenza) esprime forti riserve sulle Case della salute per decongestionare il pronto soccorso sovraccollati: «Il problema non sono i codici a basso rischio, individuabili solo a valle della diagnosi, ma l'insufficienza strutturale e di organico». Per colmare la carenza di personale sempre più spesso gli

ospedali ricorrono ad agenzie di servizi esterne che forniscono neolaureati «a cottimo». a pagina 3 **Fiaschetti**

«Case della salute, operazione cosmetica»

De Iaco (Società di medicina d'urgenza) contro la Regione: «I nosocomi sono insufficienti»

Sui pronto soccorso affollati e la carenza di posti letto Fabio De Iaco, presidente della Società italiana di medicina d'urgenza ed emergenza (Simeu), ritiene che il problema non siano i casi lievi ma l'insufficienza, strutturale e di organico, del sistema ospedaliero.

Dottor De Iaco, come si è arrivati alla difficoltà di gestire gli accessi dei pazienti, lasciati per ore in attesa sulle barelle?

«I codici minori creano ingolfamento, aspettano per ore ma prima o poi se ne andranno... È fuorviante concentrarsi su questi casi, dimenticando che vengono classificati come tali soltanto dopo averli visitati e aver effettuato una diagnosi... Purtroppo sulle barelle del pronto soccorso vedo tanti anziani soli per i quali mancano posti in lungodegenza, in geriatria, nel sociale. L'epidemiologia del Paese è cambiata, sempre più spesso abbiamo a che fare con cronicità acutizzate».

La pandemia ha svelato le conseguenze del progressivo smantellamento della sanità territoriale, al quale adesso la Regione risponde con le case della salute: è una strategia che condivide?

«All'ultimo Forum delle società scientifiche, che raccoglie una trentina di realtà tra cui la nostra, abbiamo ribadito

che il nodo centrale è l'insufficienza degli ospedali: questo non significa avere una visione ospedalocentrica ma realistica, scaricare tutto sul futuro delle case della salute, facendo voli pindarici sui casi a bassa criticità, è un'operazione cosmetica. Temo che tali strutture diventeranno un ulteriore strumento nelle mani del territorio prima del passaggio al pronto soccorso».

Nel Lazio pesa la grave carenza di medici di pronto soccorso: ritiene valida la proposta di aprire ai tirocinanti?

«Dai nostri dati nel Lazio mancano più di 400 medici di emergenza e urgenza: molti scappano di fronte a carichi di lavoro sempre più elevati e all'aumento delle richieste. Quanto agli specializzandi, riconosco al ministero della Salute il grande sforzo nell'aver messo a disposizione 1.100 borse di studio in medicina d'urgenza, se non fosse che 600 sono ancora vacanti».

Per colmare le carenze di organico si è anche pensato di assumere professionisti di altre nazionalità.

«Perché uno straniero, ancor più se proveniente da un Paese in via di sviluppo, dovrebbe venire a fare il medico in Italia quando in Danimarca lo stipendio base è di 9 mila euro al mese?».

L'assessore regionale alla

Sanità, Alessio D'Amato, ha ricordato il tetto di spesa al personale imposto dal ministero: come se ne esce?

«D'Amato ha ragione, ma stiamo già sfiorando il tetto attraverso contratti atipici con società di servizi che entrano nei pronto soccorso... Il punto è che la spesa non viene ascritta al personale ma alla categoria "beni e servizi". Queste agenzie forniscono medici a cottimo, spesso a ore, senza alcuna garanzia su titoli e competenze. Moltissimi sono neolaureati... Pensiamo a un direttore del pronto soccorso che ogni notte si ritrova a interagire con persone diverse: come può dare indirizzi, linee guida, far conoscere la struttura? E come fa il nuovo arrivato a sapere se il reparto dispone della cardiocirurgia, della radiologia notturna... Ormai siamo allo sfascio».

Maria Egizia Fiaschetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

