

«Tumori, ritardi sulla prevenzione ormai si pensa solo al Coronavirus»

IL CASO

Francesco De Luca

Il lockdown della scorsa primavera ha avuto un negativo effetto anche sugli accertamenti diagnostici, in particolare quelli citologici. «E, nel caso ve ne fosse un altro, bisognerebbe prestare molta attenzione affinché gli screening funzionino. Su questo occorre essere molto tempestivi», avverte il professore Giancarlo Troncone, responsabile del Programma infradipartimentale di citopatologia e patologia molecolare predittiva e direttore del Dipartimento di sanità pubblica del Policlinico federiciano. È stato il coordinatore del gruppo di lavoro che ha effettuato uno studio internazionale per valutare l'impatto della pandemia sulla pratica citopatologica nella scorsa primavera e i dati sono stati resi noti proprio mentre sono in corso valutazioni a livello nazionale e regionale su un nuovo lockdown per calmierare la curva dei contagi.

I DATI

Lo studio ha coinvolto 41 laboratori di 23 nazioni e ha raccolto dati su circa 300.000 diagnosi citologiche. È emersa una riduzione globale media del 45% del numero totale di campioni citologici testati nel corso delle quattro settimane della fase di lockdown rispetto a quelli analizzati nello stesso periodo del 2019: i campioni nel 2020 sono stati 104.319, dodici mesi prima 190.225.

La percentuale di campioni del tratto cervicovaginale, della

tiroide e della regione anorettale è risultata sensibilmente ridotta. Al contrario, lo studio coordinato dal professore Troncone ha verificato che è aumentata la percentuale di campioni di tratto urinario, cavità sierose, mammella, linfonodi, tratto respiratorio, ghiandole salivari, sistema nervoso centrale, tratto gastrointestinale, pancreas, fegato e vie biliari. Non si sono registrate variazioni in Svezia (dove non vi è stato in primavera un vero e proprio lockdown), negli Stati Uniti e in Sud Africa mentre sono state rilevanti in altri Paesi europei, tra cui appunto l'Italia.

Allarmante la conclusione dello studio coordinato dal professore Troncone anche per quanto potrebbe verificarsi con nuovi provvedimenti del governo e delle Regioni: «La pandemia Covid-19 ha determinato una drastica riduzione del numero totale di campioni citologici indipendentemente dal sito anatomico o dal tipo di campione. Il tasso di malignità è aumentato, con un riflesso sui pazienti colpiti da cancro considerati ad alto rischio. È giustificato così il monitoraggio prospettico degli effetti dei ritardi nell'accesso ai servizi sanitari durante il periodo di lockdown».

LE PROSPETTIVE

Questi i dati dello studio sui dati della scorsa primavera. Ma adesso come si dovrà operare per evitare una nuova interruzione nella diagnostica citologica che può mettere a rischio la salute dei pazienti? «Bisogna necessariamente farsi trovare pronti», sottolinea il professore Troncone. E in-

dica le due strade da seguire: «Per quanto riguarda i tumori aggressivi occorre mantenere attivi i presidi presso le strutture specializzate sui territori per diagnosi e terapie: doveroso qualsiasi tipo di sforzo in questo senso. Per i tumori meno aggressivi, sono necessarie linee guida delle società scientifiche su modalità e tempi dello screening. Abbiamo bisogno di indicazioni chiare per evitare che vi siano comportamenti ad personam». Ma serve anche altro in questa nuova fase emergenziale. «Un ruolo fondamentale dovranno averlo i medici di base, vera cerniera tra il paziente e lo specialista. Bisogna dare il necessario peso alla medicina territoriale per evitare rischi o preoccupanti dati come quelli dei mesi scorsi».

Con nuove drastiche misure occorrerà un differente approccio alla diagnostica sui tumori. «L'interruzione di quei fondamentali servizi durante il lockdown ha provocato anche un accumulo di ritardi e ciò ha messo le strutture sanitarie in condizione di non operare successivamente come avrebbero dovuto», rileva il professore Troncone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LO STUDIO MONDIALE
COORDINATO
DAL PROFESSORE
TRONCONE: È EMERSO
IL CALO DEL 45%
DEGLI ACCERTAMENTI**

L'ALLARME Giancarlo Troncone



Peso: 25%

Refole

Quanti danni ai malati non Covid

di Luigi Labruna

Sarà capitato a molti di aver prenotato prima della pandemia di primavera o dell'attuale una coronarografia, un esame oncologico o altro intervento e poi di averci dovuto rinunciare per paura di essere contagiati in ospedale più che altrove o perché cliniche e medici erano sopraffatti dai colpiti dal Covid. Salvarli era - ed è - la cosa più importante. Il resto passa in secondo piano, anche se è noto che il virus ha prodotto in questi mesi, non solo al Sud dove il sistema sanitario è quel che è, oltre ai danni diretti che conosciamo, molti effetti «collaterali», come l'averci fatto «tornare indietro, quanto a mortalità di cardiopatici e ammalati di cancro, di dieci anni». Nonostante ciò, il contagio si è riproposto aggressivo, anche a causa di una diffusa (e tollerata)

irresponsabilità di molti incoscienti. Per evitare che la pandemia continui a provocare lutti e disastri, l'annientamento dell'economia e uno sconquasso totale delle istituzioni democratiche, non basterà (se ci sarà) il giustamente invocato sforzo di solidarietà da parte di chi ha ancora di che vivere. Occorre ben altro. Tutt'Italia, e Napoli e il Sud in particolare, rischiano infatti di diventare una polveriera, che esplodendo metterebbe drammaticamente a rischio anche pace sociale e ordine pubblico, spazzati via dalla rabbia e dalla ribellione (che già serpeggia) dei tanti che, perduto ogni lavoro - persino quello «nero» - sono ridotti alla disperazione e non di rado alla fame vera. È per questo - anche per questo - che i politici (tutti) debbono ormai finirla di ciurlare nel manico.

Il Parlamento ritrovi dignità e si riappropri del suo ruolo. I ministri smettano di litigare. Concordino con onestà, o almeno con decenza, che fine debba fare il Paese. Conte

non cincischi più. Il governo utilizzi, fino all'ultimo euro, i fondi europei disponibili: il Mes per dare urgente ossigeno alla sanità e gli altri per sostenere l'economia e aiutare chi ne ha veramente bisogno. Si avviino (non annuncino) riforme «vere» di scuola, giustizia, pubblica amministrazione, istituzioni politiche disastrose. Intervenga, se no, il capo dello Stato e dica seriamente a tutti che il tempo è scaduto. E che ora è tempo solo di serietà.



Peso: 15%

Così le residenze
per gli anziani

diventano focolai

di **Milena Gabanelli, Mario Gerevini**
e **Simona Ravizza** a pagina 11

Perché le Rsa sono diventate focolai

IMORTI NELLE CASE DI RIPOSO E LE COLPE DEL NOSTRO WELFARE:
POCHI LETTI, ASSISTENZA AI PIÙ FRAGILI APPALTATA AI PRIVATI
CON INFERMIERI PAGATI MENO E IL 75% DELLE IRREGOLARITÀ

di **Milena Gabanelli, Mario Gerevini**
e **Simona Ravizza**

Partiamo da una domanda: portresti tua madre in una casa di riposo dopo aver visto che in soli quattro mesi il 40% dei decessi avvenuti nelle Rsa è attribuibile al Covid? E adesso ci risiamo. L'elenco di cosa è andato storto durante la prima ondata è lungo: mancanza di dispositivi di protezione individuale, impreparazione sulle procedure da svolgere per contenere l'infezione, assenza di personale sanitario qualificato, difficoltà nel trasferire i residenti infetti in strutture ospedaliere, impossibilità di far eseguire i tamponi. Ma questo non basta a spiegare il perché le Rsa sono diventate cimiteri. Il problema è che uno dei pilastri del nostro sistema di welfare non ha le fondamenta.

Posti letto: tra gli ultimi in Europa

Siamo il Paese più anziano d'Europa, dove si campa più a lungo e si fanno meno figli. Gli over 80 sono 4,4 milioni, di cui 2,2 sopra gli 84. In prospettiva tra 10 anni ci saranno quasi 800 mila ultra 80enni in più, che diventeranno quasi 8 milioni nel 2050. Eppure l'interesse pubblico è così basso che ad oggi non esiste nemmeno una mappa completa della situazione reale. Rispetto al resto d'Europa abbiamo 18,6 posti letto ogni 1.000 anziani, contro una media di 43,8. Dopo di noi Lettonia, Polonia, Grecia. In rapporto alla popolazione over 80 dovremmo avere oltre 600.000 posti letto. Qual è invece l'offerta? Per arrivare ad avere un quadro il più possibile realistico *Dataroom*, con l'aiuto dell'Osservatorio settoriale delle Rsa della Liuc Bu-

siness School, ha incrociato dati Istat, del ministero della Salute, dell'Annuario statistico e una pila di normative regionali. Risultato: ci sono all'incirca 200 mila posti letto accreditati, di cui 160 mila occupati da non autosufficienti. Altri 50 mila posti sono disponibili in strutture private dove il costo è totalmente a carico dell'ospite. La degenza media è di 12 mesi: si porta la persona anziana nella casa di riposo quando non è proprio più possibile gestirla a casa con la badante. Da notare: 1,6 milioni di anziani prendono l'assegno di accompagnamento, molti lo utilizzano per pagare la badante. 600.000 sono irregolari. Paradossalmente finanziamo con denaro pubblico il lavoro nero.

Quanto costa la retta mensile

Il sistema di welfare pubblico ha di fatto quasi interamente appaltato alle strutture private l'assistenza ai più fragili. Le case di riposo sono in tutto 7.372. I Comuni ne gestiscono il 26,7%, i privati no profit (cooperative, fondazioni religiose) il 48%, le società private profit il 25%. In questa realtà ogni Regione va per la sua strada, e quindi c'è una grande difficoltà a ricostruire un quadro complessivo dei punti di caduta del sistema. Punto primo: quanto costa la retta mensile? Dipende dal grado di autosufficienza, e va



dai 2.400 agli oltre 4.000 euro, a seconda delle Regioni. Il finanziamento pubblico di norma copre la metà del costo, e l'altra metà è a carico dell'ospite, ma anche qui entrambe le voci variano a seconda delle Regioni. Se la media è di 50 euro al giorno, a Milano nelle strutture profit può arrivare a 102 euro, perché le spese sanitarie (farmaci, visite mediche, riabilitazione) in Lombardia sono «caricate» sulla retta dell'ospite, mentre in Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna ci pensa la Regione. In Lombardia puoi sceglierti la struttura, in Veneto devi essere autorizzato dall'Asl, in Emilia-Romagna puoi esprimere una preferenza, ma se non c'è posto t'accidenti.

Il 75% degli abusi nel privato

Poi ci sono le case famiglia, che non prendono contributi pubblici e coprono 50.000 posti letto: a loro ci si rivolge quando non trovi posto altrove. La retta mediamente è di 1.800 euro al mese, e possono avere al massimo 7 ospiti. In teoria dovrebbero rappresentare la condizione migliore per un anziano, ma gli unici controlli a cui sono sottoposte è la salutaria visita dei Nas, come i bar. Delle oltre 1.500 irregolarità riscontrate nel 2019 per abbandono di persone incapaci, maltrattamenti, omicidi colposi, esercizio abusivo della professione, troppi ospiti in una stanza, scarsa pulizia, pasti o alimenti in cattivo stato di conservazione, oltre il 75% riguardano proprio le case famiglia e i privati convenzionati.

Gli utili delle società

Balza all'occhio la grande espansione delle società private profit accreditate e i loro utili, a fronte di una gestione pubblica in via di dismissione e sempre più in perdita. Korian-Segesta (il principale azionista Crédit Agricole): fatturato 2018 di 368 milioni, utile 800 mila euro. Kos (controllato dalla famiglia De Benedetti): 595 milioni di fatturato, utile di 30 milioni. San Raffaele della famiglia Angelucci: fatturato 142 milioni, utile di 11 milioni. Sereni Orizzonti di Massimo Blasoni (indagato per truffa aggravata al servizio sanitario nazionale): fatturato 147 milioni, utile di 12 milioni. Gruppo Gheron controllato al 90% dagli imprenditori Massimo e Sergio Bariani: fatturato 43,8 milioni, utili per 1,5. Alcuni di questi grandi gruppi gestiscono case di riposo anche all'estero, fanno in aggiunta attività diagnostica e riabilitativa, e tengono stanze per ospiti totalmente «solventi», mentre per le società più piccole c'è qualche sofferenza. Estrapolando i dati sulla Lombardia, ma esemplificativi a livello na-

zionale, se guardiamo i risultati operativi della gestione della sola Rsa, il privato è in perdita per il 28% dei casi, il no profit e il pubblico per il 62%. Se consideriamo anche le attività collaterali invece perde il 19% del privato, contro il 38% del pubblico. Come si spiega questa differenza?

Infermieri pagati meno

Nelle case di riposo private accreditate ci sono certamente maggiori capacità manageriali, ma anche maggior ricorso a medici e infermieri esterni pagati da cooperative (il 43%), che non pesano sui bilanci con i giorni di malattia, perché pagati dall'Inps. Gli infermieri sono anche pagati meno rispetto al pubblico: 1.200/1.300 euro al mese contro 1.600. Spesso la formazione del personale che deve assistere anziani in condizioni cliniche sempre più complesse, non è adeguata. Le statistiche elaborate sui dati della Regione Lombardia, ma che riflettono l'andamento generale, mostrano che nelle Rsa pubbliche lo standard di assistenza medio a ciascun ospite è di un'ora e mezzo in più a settimana rispetto alle società profit.

La Commissione di Speranza

La cosa migliore che ci possa capitare è quella di diventare anziani, sapendo magari di essere assistiti con dignità, se non ce la facciamo da soli. I nodi da affrontare subito: un aumento dei posti letto che non diventi conquista solo dei privati, soprattutto per i casi più gravi di fragilità; regole più severe di accreditamento (da fare rispettare pena l'espulsione dal sistema); arruolamento di figure professionali adeguatamente formate; una generale riqualificazione professionale degli operatori sanitari; un sistema di finanziamento al passo con la complessità dei casi ricoverati. Riorganizzazione delle strutture. Ne è consapevole il ministro Roberto Speranza, che ha dichiarato: «L'epidemia ha scoperchiato il problema di una fascia di popolazione, la terza età, abbandonata a se stessa». Per questo ha incaricato monsignor Vincenzo Paglia, gran cancelliere del Pontificio Istituto Teologico per le Scienze del Matrimonio e della Famiglia, di guidare il team per il cambiamento delle Rsa. Nella commissione ci sono epidemiologi, geriatri, professori, registi, poeti, scrittori. Produrranno certamente un lavoro pieno di importanti suggestioni sugli scenari futuri, ma è difficile che possa uscirne un piano operativo di ricostruzione del settore. Più probabile un bel libro.

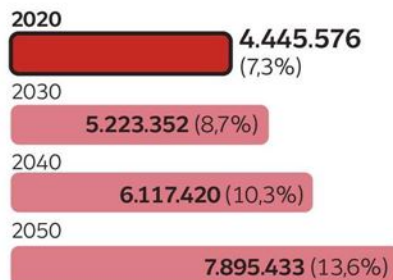
Differenza tra pubblico e privato	Media minuti settimanali per ospite	Stipendio infermiere	Turnazione	Chi paga la malattia	Le rette giornaliere (dati in euro)				
					Piemonte	Lombardia	Veneto	Emilia-Romagna	Puglia
● Pubbliche	1.173 (19 ore e 55 minuti)	1.600 €	12 ore	Il Comune	66,31	49	56	41,85	46,45
● Privato profit	1.083 (18 ore e 5 minuti)	1.200/ 1.300 €	24 ore	L'Inps	66,31	102,50	*	50,05	46,45
					35,78	29	49	27,1	46,45
					35,78	58,61	*	50,05	46,45

Fonte: Osservatorio settoriale delle Rsa della Lisc. Business School su dati ISTAT



Italia: gli over 80

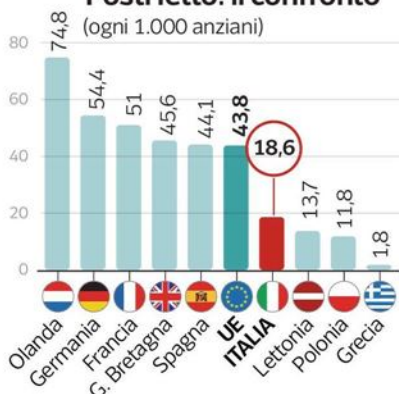
Stima e incidenza sulla popolazione totale



Fonte: Osservatorio settoriale delle Rsa della Liuc Business School su dati ISTAT

Posti letto: il confronto

(ogni 1.000 anziani)



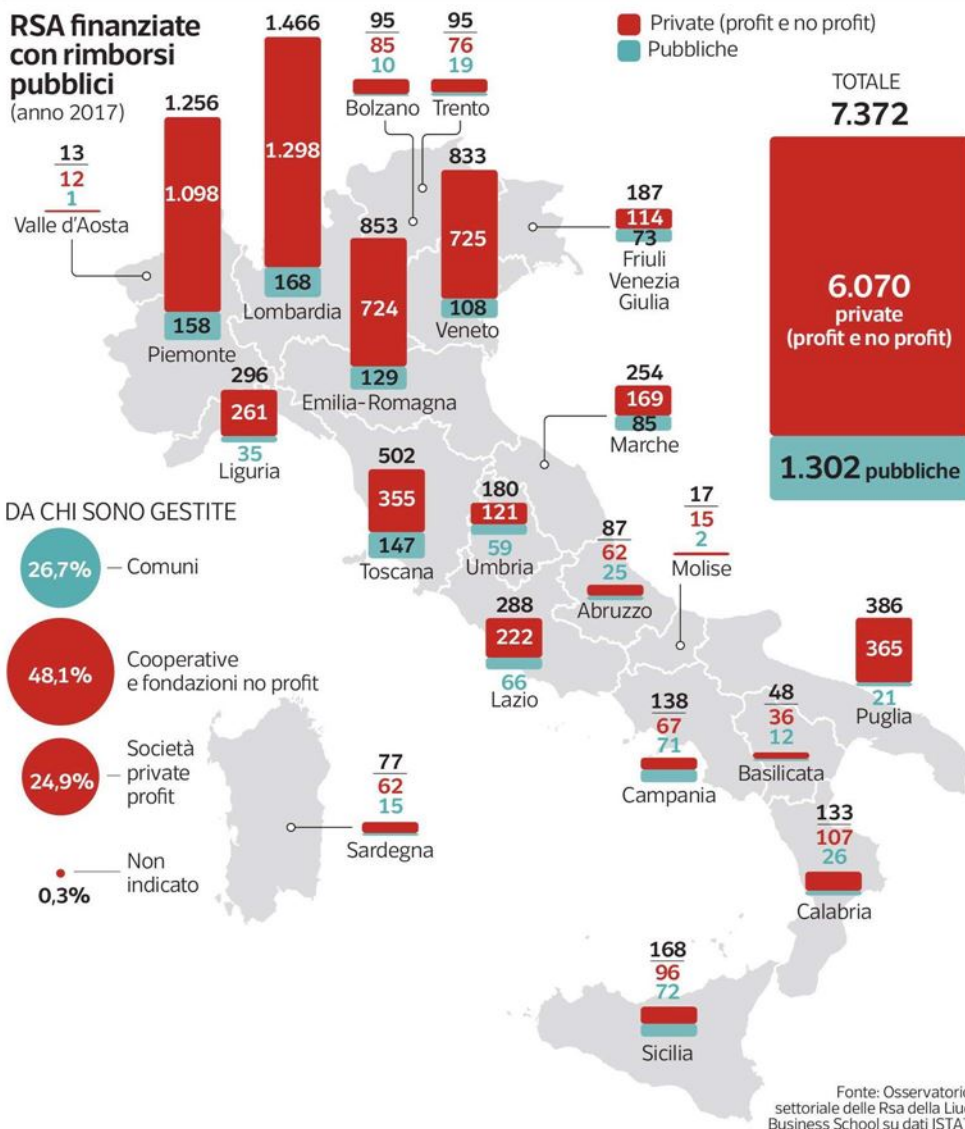
FABBISOGNO 2020

610.498



RSA finanziate con rimborsi pubblici

(anno 2017)



DA CHI SONO GESTITE



Fonte: Osservatorio settoriale delle Rsa della Liuc Business School su dati ISTAT



Peso: 1-1%, 11-87%

La settimana dell'Airc**«Tutti mobilitati per la ricerca»**

«**N**oi siamo ricerca»: con questo slogan la Fondazione Airc per la ricerca sul cancro ha dato il via, ieri, alla settimana dedicata alla sensibilizzazione sul tema del sostegno alla ricerca: durerà fino all'8 novembre e coinvolgerà molti personaggi del mondo dello spettacolo, mezzi di informazione, volontari, ricercatori e pazienti. Ma coinvolgerà anche studenti delle

scuole superiori e gli stadi di calcio della Serie A. Ricerca, infatti, significa, migliori cure per i malati di oggi e, soprattutto, di domani. L'emergenza Covid ha messo uno stop alla tradizionale vendita nelle piazze dei «Cioccolatini della ricerca» per la raccolta di fondi, ma sono disponibili su Amazon.



Peso: 6%

La svolta

Medici di base aversani uniti per fare i tamponi ai loro pazienti

Medici di base aversani offrono la disponibilità: faremo i tamponi

Emergenza coronavirus, siglato il Protocollo di corresponsabilità tra i medici di Lusciano, Trentola Ducenta e Parete per lo snellimento burocratico. «Nella triste considerazione che il controllo sanitario di questa pandemia è saltato - afferma Augusto Abategiovanni, medico di base e consigliere a Lusciano - chiediamo procedure per fare noi i tamponi e accelerare le procedure».

Ventriglia a pag. 24

IL PROTOCOLLO

Paolo Ventriglia

Emergenza coronavirus, siglato il Protocollo di corresponsabilità tra i medici di Lusciano, Trentola Ducenta e Parete per lo snellimento burocratico. «Nella triste considerazione che il controllo sanitario di questa pandemia è saltato - afferma Augusto Abategiovanni, medico di base e consigliere comunale a Lusciano - tutti i medici di questi tre paesi hanno avvertito la necessità di una riunione a porte chiuse per fare il punto della situazione: individuare tutte le criticità del sistema organizzativo, a partire dall'inizio del contagio fino alla guarigione e al tracciamento, passando per tutte le fasi, sia cliniche che burocratiche, che ogni medico di famiglia deve affrontare nel suo lavoro quotidiano. Ciò ha portato alla individuazione di tutti gli elementi deficitari che rendono vano il lavoro svolto fino ad ora. E abbiamo redatto un

documento ufficiale inviato al direttore generale dell'Asl di Caserta, Ferdinando Russo e all'Unità operativa di prevenzione collettiva dei Distretti sanitari di appartenenza».

Il dottor Abategiovanni spiega in sostanza in cosa consiste questo protocollo. «Con il Protocollo di corresponsabilità, si chiede uno snellimento burocratico in cui ogni soggetto deve assumersi precise responsabilità proprie del suo lavoro e non demandare ad altri cose da fare in quanto, solo con la consapevolezza che il proprio lavoro integrato con altre figure, può dare risultati risolutivi. E si può operare al meglio. Il dato importante è anche la disponibilità che tutti i medici siano pronti ad operare un aiuto ulteriore alla sanità pubblica mediante l'effettuazione di tamponi per i nostri concittadini. Naturalmente tale disponibilità dovrà essere opportunamente regolamentata, sia dal punto di vista operativo che attuativo per tutti i settori sanitari».

Un chiaro messaggio a tutti i medici del Distretto sanitario del territorio e non solo, sulla loro reale disponibilità professionale e sociale in un momento storico così delicato. «Abbiamo chiesto



protocolli operativi efficienti che mettano il soggetto al centro e non alla fine di un percorso. Per le criticità che le strutture sanitarie si trovano ad affrontare, c'è necessità di imponenti mutamenti organizzativi in tempi molto rapidi per creare ulteriori posti letto, rispetto a quelli disponibili. In questa situazione, l'unico modo di tutelare la salute pubblica, per consentire cambiamenti repentini degli attuali assetti logistici ed assistenziali, è applicare deroghe rispetto alle vigenti norme in materia di accreditamenti strutturali e di dotazioni organiche; e deroghe in

materia di reclutamento di personale e di requisiti professionali».

Insomma tamponi rapidi effettuati dai medici di base e dai pediatri. «Certo, ma non solo. Insistere sul distanziamento sociale, indossare la mascherina e massima igiene. Per aiutare noi stessi, le persone fragili, i nostri genitori, i nostri amici, la nostra comunità tutta. E dal momento che c'è stato un lassismo psicologico in ognuno di noi durante l'estate, unito alle condizioni climatiche e alle caratteristiche di questo virus ecco che, di fronte alla sua recrudescenza, la politica cerca di porre un freno al contagio nell'unico modo che sa fare: limi-

tare, limitare, limitare fino a chiudere se non riusciamo a capire il perché dobbiamo essere prudenti». Ora l'auspicio è che tutti i medici dell'Agro aversano dove c'è una situazione davvero critica (con 4243 positivi, 947 guariti e 24 deceduti su una popolazione di circa 300 mila abitanti, in pratica 113 positivi ogni 10mila abitanti), possano aderire a questa iniziativa.

**LUSCIANO, TRENTOLA
E PARETE FINORA
LE AREE CHE HANNO
PROMOSSO
L'INIZIATIVA DI TUTELA
CONTRO L'EPIDEMIA**





Peso: 23-19%, 24-30%

Mancano i tamponi Covid «È utile processarli qui»

PIEDIMONTE MATESE

Vincenzo Corniello

«L'ospedale di Piedimonte Matese soffre per la grave carenza di tamponi molecolari per Sars CoV-2 non processati in loco. Intanto, nell'Alto Casertano ne è stata autorizzata, non in convenzione, la lavorazione in diversi laboratori privati», sottolinea Raffaele Ciaramella (in foto), segretario aziendale Cisl-Funzione Pubblica di Piedimonte Matese.

«Del problema se ne discuterà domani (oggi per chi legge) con il direttore generale dell'Asl di Caserta, Ferdinando Russo, che incontreremo assieme alla Cgil e alla Uil, - afferma Antonio Della Rocca, segretario provinciale Cisl, FP -, per evidenziare che il laboratorio di Piedimonte Matese è attrezzato per processare i tamponi e, per evitare quel grave disservizio, abbisogna solamente di autorizzazione ad operare, previo piccoli adeguamenti di attrezzature, dai costi e dai tempi particolarmente contenuti». Sul caso del disservizio Ciaramella rac-

conta che «come operatore sanitario ho fatto il tampone a Piedimonte venerdì 30 ottobre e oggi 1 novembre (ieri, per chi legge) ancora non ho notizie, perché i tamponi prelevati nel nosocomio matesino vengono processati a Marcianise - aggiunge - e intanto continuo a prestare servizio nella terapia intensiva del nosocomio matesino. Non oso immaginare se risultassi positivo quali danni si arrecherebbero all'intera comunità ospedaliera piedimontese».

«La problematica dei tamponi covid nel presidio ospedaliero altocasertano diventa sempre più drammatica - ha affermato ancora Ciaramella -. I tempi si stanno allungando ulteriormente e Marcianise, deputato a processarli, rimane sempre più oberato di lavoro. Con le attese presso il nostro pronto soccorso che sovente diventano estenuanti, creando tensioni tra pazienti e operatori, sempre più sotto pressione. Sono stati attivati quattro posti di osservazione presso il nostro pronto soccorso, ma l'organico è

sempre lo stesso. Inoltre il personale in osservazione sanitaria deve fare tre tamponi seriali a distanza di cinque giorni».

Ancora, la mancanza di «presenza costante a Piedimonte del nostro direttore sanitario, Diego Colaccio, rappresenta un ulteriore problema. Infatti essendo il dottor Colaccio anche direttore a Santa Maria C.V. manca da Piedimonte da diversi giorni, assorbito dalle problematiche inerenti la trasformazione in presidio Covid della struttura sanitaria sammaritana. E intanto - conclude Ciaramella - a Piedimonte manca un direttore sanitario presente costantemente, per affrontare le gravi criticità».



Peso: 14%

La mappa del rischio

Sono 29 le province con indice Rt superiore a 1,5
Il livello oltre il quale i tecnici chiedono il lockdown

di **Michele Bocci**

Trieste e Caltanissetta, Brindisi e Bolzano. Poi ci sono le regioni più colpite: l'Emilia-Romagna, con 4, il Piemonte, con 6 e la Lombardia con addirittura 11. In tutto sono 29 le province con un Rt, l'indice di replicazione del virus, «significativamente maggiore» di 1,5, il livello a cui si rischia il lockdown.

Se Regioni e governo cercano indicazioni su dove intervenire (e ieri i Comuni hanno chiesto di stabilire le chiusure proprio sulla base di un indice certo, anche per responsabilizzare i cittadini e limitare le tensioni sociali), le trovano incrociando due documenti, come ha ribadito sabato sera il Cts all'esecutivo. Il primo si intitola "Prevenzione e risposta a Covid 19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-inverno". È l'ormai noto testo che disegna 4 scenari di rischio in base ai quali i tecnici suggeriscono le misure da prendere. L'ultimo scenario, il più grave, si ha appunto quando l'Rt è stabilmente sopra 1,5 e un'altra serie di parametri, come il *testing*, la gravità dei casi, la pressione sui servizi assistenziali, non vanno bene. In questo caso, la misura è una sola: il lockdown.

Per capire come stanno davvero le cose nelle varie regioni e applicare le indicazioni di questo docu-

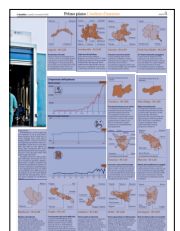
mento bisogna però incrociarlo con il monitoraggio settimanale della Cabina di regia dell'Istituto superiore di sanità. L'ultimo (i cui dati sono riprodotti nei grafici in questa pagina) risale a venerdì scorso e si riferisce alla settimana tra il 19 e il 25 ottobre. A preoccupare è anche il fatto che, nei giorni immediatamente successivi, l'andamen-

to dell'epidemia sia peggiorato quasi ovunque. Realizzando l'ultimo report, tra l'altro, si è iniziato a vedere un fenomeno preoccupante: il fatto che molte Regioni hanno ormai difficoltà a raccogliere e inviare i dati, che arrivano a Roma in ritardo e incompleti. È una spia dell'aggravamento della situazione, perché i sistemi sanitari non hanno più il controllo sulla loro attività. E fa sì che lo stesso monitoraggio rischi di perdere efficacia. Così paradossalmente lo "scenario 4", che venerdì ha interessato 4 regioni e 1 provincia autonoma (Calabria, Emilia, Lombardia, Piemonte e Bolzano) la settimana precedente era applicato a 9 realtà, malgrado nel frattempo le cose non siano certo migliorate. Ci sono poi le regioni nello "scenario 3" (Friuli, Lazio, Liguria, Molise, Trento, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto) che dovrebbero, sempre in base al documento, prendere già una serie di misure. Ma la Cabina di regia valuta la situazione anche osservando il rischio alto di progressione della pandemia nei singoli territori. Quest'ultimo indicatore riguarda invece 11 regioni (Abruzzo,

Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Val d'Aosta e Veneto). Insomma, sono tanti i dati che supportano Regioni e governo nelle scelte di queste ore.

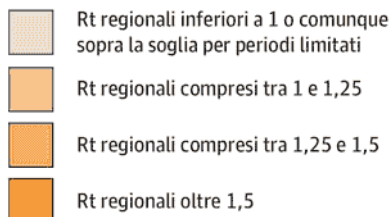
Probabilmente con la complicità del weekend, in cui si processano meno tamponi, ieri c'è stato un calo dei contagi. Sono scesi sotto i 30mila (29.907) a fronte di 183.457 test (il giorno precedente erano stati 215.886). I morti invece sono stati 208, altro dato in calo: sabato ne erano stati comunicati 297. Sono 20.841 (1.032 in più) i ricoveri nei posti letto Covid, dei quali 1.939 (+96) nelle terapie intensive.

I numeri crescono e fanno chiedere all'Ordine dei medici di Torino un lockdown generale urgente. Preoccupa il rapido aumento del numero dei sintomatici rispetto alle scorse settimane, impressionante in Campania dove ieri, sui 3.860 nuovi positivi, ben 3.686 accusavano sintomi. È uno dei tanti segnali della fine del tracciamento, che ormai viene eseguito in pochissime regioni. © RIPRODUZIONE RISERVATA



Le Regioni

Dove l'indice di contagio supera la soglia di allerta



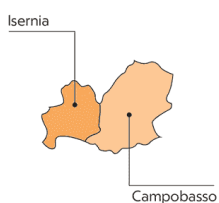
Rt sottostimati per incompletezza di dati:
Valle d'Aosta, Umbria, Toscana, Campania e Marche



Emilia Romagna Rt 1,66

Tanti contagiati non tracciati

In quattro province, Modena, Reggio-Emilia, Ferrara e Ravenna, l'Rt è sopra 1,5, nelle altre tra 1,25 e 1,5. Ha avuto 3648 casi non tracciati. Ha il 15% dei letti intensivi e ordinari occupati. Si trova nello scenario 4 ma ha un rischio moderato

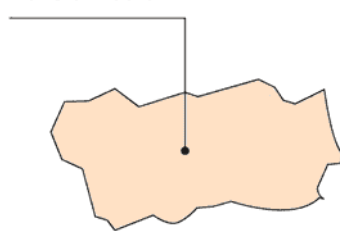


Molise - Rt 2,1

Si teme una escalation

Nella provincia di Isernia l'Rt è tra 1,25 e 1,5. Buona l'occupazione dei letti, all'8% per quelli internistici e al 3% le intensive, ma si teme una progressione verso le soglie critiche nel prossimo mese. È considerata a rischio moderato

Valle d'Aosta



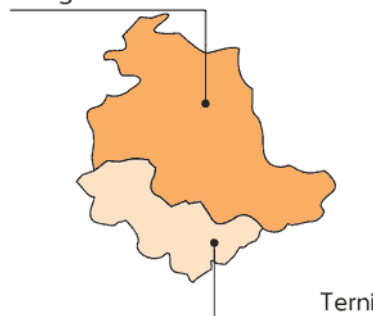
Rt sottostimato (vedi legenda)

Valle D'Aosta - Rt 0,92

Record di casi

È l'unica Regione che ha superato il 40% dei letti delle medicine occupati (è al 59%). Ha la più alta incidenza di casi per 100mila abitanti d'Italia (750). Ha inviato dati incompleti, perciò il suo Rt è sottostimato. È considerata ad alto rischio

Perugia



Rt sottostimato (vedi legenda)

Umbria - Rt 1,45

Un quarto dei letti occupati

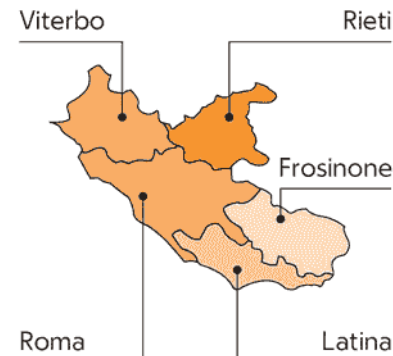
La provincia di Perugia ha un Rt tra 1,25 e 1,5. Ha il 25% dei letti di intensiva e il 26% di quelli internistici occupati, sono stati 2106 su 2565 i casi non tracciati. È considerata a rischio moderato, si trova nello scenario 3



Piemonte - Rt 1,99

In crisi quasi tutte le province

Tutte le province tranne Vercelli e Novara hanno un Rt superiore a 1,5. Cresce l'incidenza, le medicine sono occupate al 25% e le intensive al 13%. È considerata ad alto rischio e già in uno scenario da lockdown, cioè il 4



Lazio - Rt 1,43

La capitale tra 1,25 e 1,5

La provincia di Rieti ha un Rt superiore a 1,5, quelle di Roma e Viterbo sono tra 1,25 e 1,5. Sono occupati il 27% dei letti internistici e si rischia di arrivare alla soglia critica del 40% in meno di un mese. È considerata a rischio moderato



Abruzzo - Rt 1,13

Manca il personale

Nella provincia di Chieti l'Rt è compreso tra 1,25 e 1,5. C'è un allerta per le risorse umane del sistema sanitario, inferiori a 1 per 100mila abitanti. Ha 1.443 casi non tracciati. È considerata a rischio alto di progressione

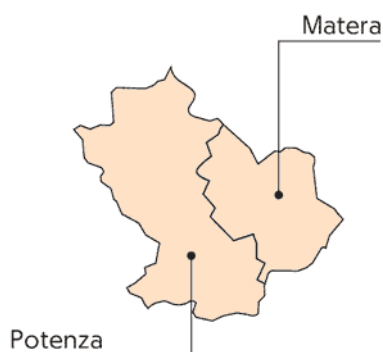




Rt sottostimato (vedi legenda)

Campania - Rt 1,29**L'incognita dei dati sui ricoveri**

La provincia di Caserta ha un Rt tra 1,25 e 1,5, le altre vanno tutte meglio. Le medicine sono occupate al 26%. Ci sono problemi sulla qualità dei dati inviati all'Istituto superiore di sanità riguardo ai ricoveri. È considerata a rischio moderato

**Basilicata - Rt 0,83****Rischio sottostimato**

L'Rt è ridotto ma la bassa percentuale di completezza dei dati, dicono gli esperti, porta ad un rischio di sottostima nel calcolo di quell'indicatore, in aumento i focolai attivi (sono 47). Viene considerata ad alto rischio

**Puglia - Rt 1,47****Tracciamento dei casi in difficoltà**

La provincia di Brindisi ha un Rt superiore a 1,5, quelle di Foggia, Barletta-Andria-Trani e Taranto sono tra 1,25 e 1,5. Il 21% dei letti internistici sono occupati. C'è un forte aumento dei casi non tracciati (2.243). È considerata ad alto rischio

**Calabria - Rt 1,84****Pochi medici e infermieri**

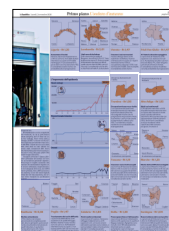
Le province di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria hanno un Rt superiore a 1,5. Le risorse umane del sistema sanitario sono ridotte, ci sono problemi nella comunicazione dei dati. È considerata ad alto rischio e si trova nello scenario 4

**Sicilia - Rt 1,38****Preoccupano Enna e Caltanissetta**

Le province di Enna e Caltanissetta hanno un Rt superiore a 1,5, quelle di Ragusa, Catania e Agrigento sono tra 1,25 e 1,5. Il 19% dei posti letto internistici sono occupati, aumentano i casi non tracciati (1.906). È considerata ad alto rischio

**Sardegna - Rt 1,04****Bassa incidenza dei nuovi positivi**

La provincia di Oristano ha un Rt tra 1,25 e 1,5. Il 20% dei letti di terapia intensiva e il 18% di quelli internistici sono occupati. Bassa l'incidenza dei nuovi casi per 100mila abitanti (82). È considerata a rischio moderato senza probabilità di progressione



Provincia Autonoma di Trento



Trentino - Rt 1,56

Occupazione bassa ma a rischio

L'occupazione dei posti letto di terapia intensiva e internistici è piuttosto bassa (4% e 7%) ma si segnala il rischio di una progressione nel prossimo mese. In aumento i casi fuori da catene di trasmissione, adesso sono 492. È considerata a rischio moderato con probabilità alta di progressione

Provincia Autonoma di Bolzano



Alto Adige - Rt 1,92

Molti casi settimanali

Il 21% dei letti internistici e il 16% di quelli di terapia intensiva sono occupati, dati cresciuti in modo preoccupante nell'ultima settimana. Alto il numero dei casi settimanali per 100mila abitanti (451). Anche se è considerata a rischio moderato viene classificata nello scenario più grave, il numero 4

Udine



Friuli Ven Giulia - Rt 1,47

A Trieste la situazione peggiore

La provincia di Trieste ha un Rt superiore a 1,5, Gorizia è tra 1,25 e 1,5. Aumentano focolai e casi non tracciati (165 e 771), i dati vengono comunicati a Roma in ritardo. È considerata a rischio moderato con alta probabilità di progressione

Massa Lucca

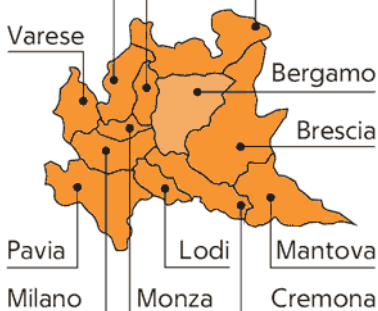


Veneto - Rt 1,47

Crescono i casi non tracciati

Treviso e Rovigo hanno un Rt superiore a 1,5, Belluno, Vicenza e Venezia sono tra 1,25 e 1,5. I reparti internistici hanno il 10% di occupazione, crescono (+51%) i casi non tracciati (4.689). Dati incompleti, è considerata ad alto rischio

Como Lecco Sondrio



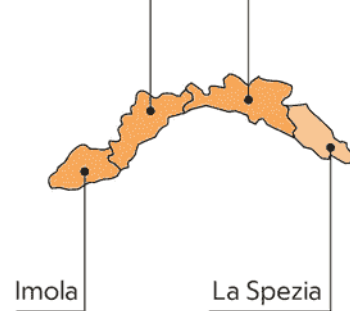
Lombardia - Rt 2,01

I dati sono da lockdown

Solo una provincia, quella di Bergamo, ha un Rt tra 1,25 e 1,5. Tutte le altre sono sopra 1,5. Sono occupati il 19% dei letti internistici e il 16% di quelli intensivi. Ben 18.568 i casi non tracciati. È considerata a rischio alto e classificata al livello 4, da lockdown

Savona

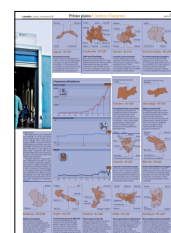
Genova



Liguria - Rt 1,35

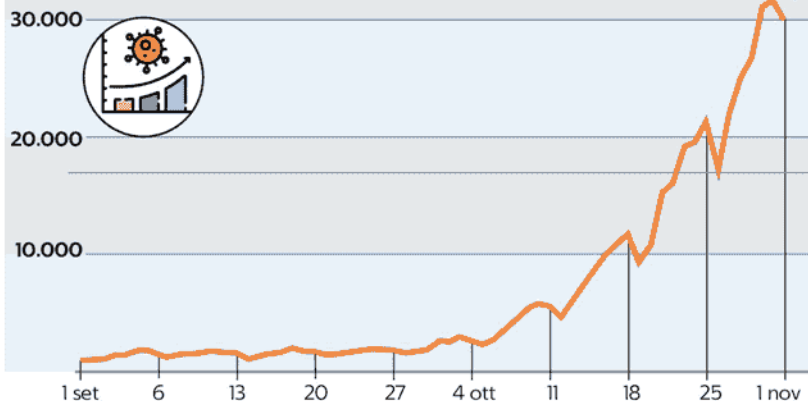
Aumentano i focolai

Genova, Savona e Imperia hanno un Rt tra 1,24 e 1,5. Ha il 30% dei letti internistici occupati e il 17% delle rianimazioni. In una settimana ha avuto 920 nuovi focolai (erano 46). È considerata ad alto rischio con probabilità alta di progressione

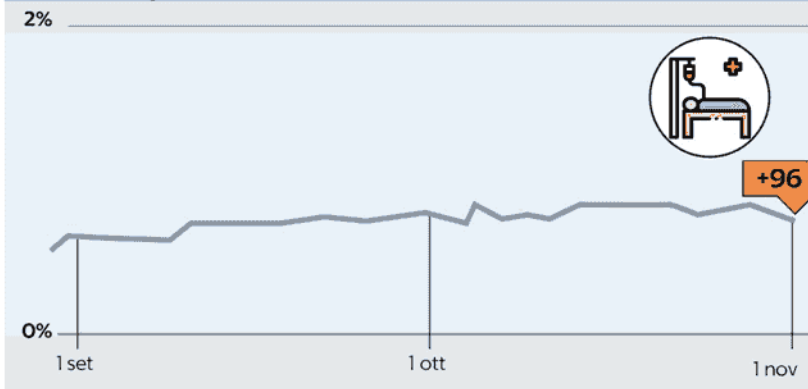


L'impennata dell'epidemia

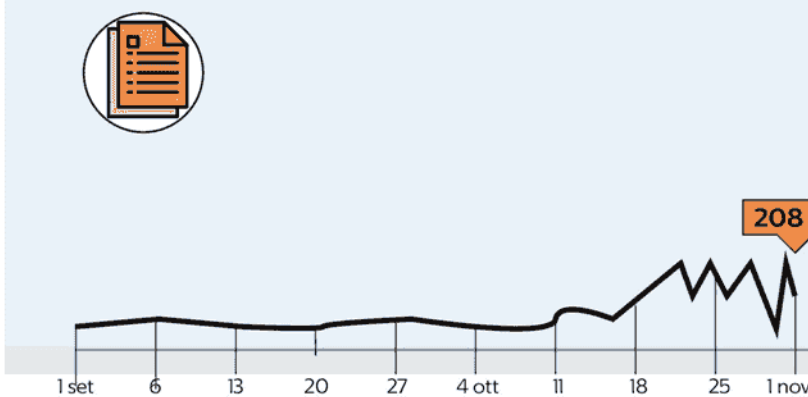
Nuovi contagi



Ricoveri terapia intensiva



Decessi



Toscana - Rt 1,19

Crescono i casi e i letti occupati

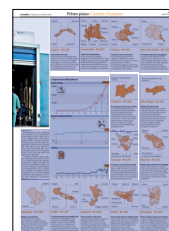
Le province di Firenze e Grosseto hanno un Rt tra 1,25 e 1,5. Crescita dei casi e di occupazione dei letti accentuata nell'ultima settimana. Ci sono ben 8.854 casi non tracciati. I dati comunicati sono incompleti. È considerata ad alto rischio



Marche - Rt 1,35

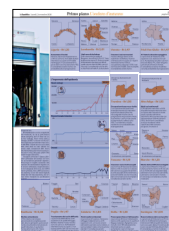
Niente dati sul 55% dei contagiati

Le province di Pesaro-Ancona, Urbino e Fermo hanno un Rt tra 1,25 e 1,5. Il 55% dei casi segnalati nella settimana non sono tracciati (878). I dati sono comunicati in ritardo. È comunque considerata a rischio moderato





MASSIMO PERCOSSI/ ANSA



Peso: 4-98%, 5-92%

Quando non arriva l'ambulanza del 118

giovedì scorso, verso le 15,30, ho partecipato ad una vicenda assai poco piacevole. Così come accade in questi frangenti, del tutto inaspettatamente un caro amico che era nello stesso luogo dove anch'io mi trovavo, è stato colto da un grave episodio di collasso cardiocircolatorio. Anticipo, per non eccedere in tragicità, che tutto s'è concluso grazie a dio per il meglio. Ma questo s'è ovviamente saputo solo alla fine. In quel non breve e concitato momento, invece, l'amico ha progressivamente perso le forze, poi la vista, poi la parola, infine coscienza. Terreo il colorito, ha smesso di respirare. Noi presenti abbiamo tentato tutto quanto ad inesperti in questi momenti è possibile fare, insomma, s'è cercato di rianimarlo. Mentre altri facevano del loro meglio per affrontare l'emergenza, io ho contattato il 118. E qui viene la testimonianza che rende questa personalissima vicenda, fatto sociale. Per ottenere risposta, ho atteso circa sette-otto minuti almeno, non saprei essere più preciso. Avutala finalmente, ho rappresentato la gravità del caso, cioè che questa persona sembrava in punto di morte, che fosse insomma assolutamente indispensabile un soccorso. L'operatore dall'altro capo del telefono mi ha rivolto alcune domande - se ben ricordo, voleva sapere se il paziente fosse un cardiopatico, e gli ho risposto che probabilmente lo era - ed all'esito mi ha comunicato che avrebbero fatto il possibile per inviare un'ambulanza, ma non avrebbe potuto assicurarmelo. Bene. Nel frattempo, l'amico lentamente riprendeva coscienza - credo sia trascorsa circa un'ora perché la situazione ritornasse tranquillizzante - riacquistando un respiro più normale ed un battito cardiaco più sostenuto. Continuavamo a confidare nell'arrivo del soccorso, anche perché noi presenti, del tutto ignari di cose mediche, non

eravamo in grado di stimare né condizioni cliniche né d'effettuare una diagnosi. Avevamo solo potuto constatare come nostra Sorella Morte fosse passata di lì, ma sembrava ora essersi allontanata, insomma aver deciso non fosse ancora venuto il momento per compiere il proprio compito. Dell'ambulanza, però, nessuna traccia, né alcuna informazione. Semplicemente, non s'è mai presentata. Non è tutto. Nella stessa serata, intorno alle 21,30, mentre ero da poco rientrato in casa, m'è giunta, inattesa, una telefonata. Dall'altro capo del telefono era un operatore del 118, che chiedeva informazioni circa le condizioni del paziente: insomma, voleva sapere se fosse vivo o morto. Ovviamente le mie sono state risposte ferme, non inurbane, ma molto ferme. Non ho potuto però nemmeno concludere il brevissimo pensiero che intendevo trasmettergli, perché l'interlocutore, assicuratosi che il mio amico non ci avesse lasciato ha, diciamo così, molto sbrigativamente interrotto la con-

versazione. In pratica, a quel che ho potuto comprenderne - considerato che non sembra plausibile si potesse supporre ancora l'utilità d'un intervento d'emergenza dopo 8 ore dalla richiesta di soccorso - ero stato contattato solo perché dall'altro lato volevano stabilire a qual grado di responsabilità fossero esposti: insomma, intendevano appurare se il paziente fosse o meno ancora tra noi. Se racconto questa vicenda, non è certamente per accusare quegli operatori o l'organizzazione del servizio in quella giornata. Sono, anzi, del tutto certo che chi stava lavorando al Servizio sanitario di emergenza medica in quel momento, abbia fatto quanto era nelle sue possibilità. Semplicemente, non c'è stato modo d'inviare un'ambulanza per soccorrere un paziente tra la vita e la morte: né più né

meno di questo. Ma è proprio questo il dato della massima gravità. Il dato è che, ben al di là di ciò che viene rappresentato, l'organizzazione sanitaria non è in grado d'offrire neanche l'assistenza minima ed di base, quella cioè necessaria ad apprestare soccorsi indispensabili a salvare vite umane, suscettibili d'essere aiutate a superare momenti critici. La situazione è dunque oggettivamente estrema; e non credo di trarre conclusioni affrettate da un singolo caso; perché a farmi riflettere, ancor più che il mancato soccorso, è stata la telefonata serale, quella che ho ricevuto: una telefonata che dimostra l'esistenza d'un'organizzazione nell'inadeguatezza, un'organizzazione tesa non a porre rimedio all'emergenza, bensì ad accertarsi delle conseguenze del disservizio, vale a dire a conoscere il grado di responsabilità al quale il Servizio emergenza è esposto. Insomma, un'organizzazione che testimonia un certo grado d'istituzionalizzazione del malfunzionamento dei soccorsi. E questo è assai grave. È bene saperlo. Quando si discetta dell'apertura delle scuole, del funzionamento dei trasporti, della chiusura delle piazze, delle limitazioni alle libertà civili imposte al cittadino, dello svolgimento delle udienze, della violazione della privacy, e di altre consimili questioni che incidono sul quotidiano, bisogna sapere che le cose stanno in questi termini. Il parametro di riferimento, al quale commisurare i nostri giudizi, deve tenere conto di come le cose stiano nei momenti ultimi, in quel che è essenziale. E quel che è essenziale è che ci si trova soli, non dinanzi all'ineluttabile, perché rispetto a quello è sempre così; ma ci si trova soli, quando si ha disperato bisogno d'un aiuto che fino a ieri davamo per scontato.

ORAZIO ABBAMONTE



L'emergenza Accantonati i test sierologici, poco affidabili. Il consigliere Russo: «Integrare il lavoro dell'Asl

Screening con i tamponi rapidi

Il sindaco Festa e il presidente dell'ordine dei medici Sellitto mettono a punto il piano per Avellino

Test antigenico per mano del Comune, tampone molecolare sotto l'egida dell'Asl. Prende forma il progetto dello screening di massa dell'operazione «Campo Genova bis». Ieri il faccia a faccia Comune e Ordine dei medici per chiudere il Protocollo di intesa che disciplinerà l'operazione. Il sindaco, Gianluca Festa, e il presidente dei camici bianchi, Franco Sellitto, hanno puntellato alcuni degli aspetti sostanziali dell'iniziativa annunciata dal primo cittadino. E che viene rilanciata, dai banchi dell'opposizione, dal medico e consigliere democrat, Franco Russo. Si ra-

giona del tipo di test e delle categorie a cui verrà somministrato. Al termine dell'incontro, Sellitto chiarisce che si va verso la scelta dei «tamponi rapidi». Si tratta di test con un attendibilità vicina al 90 per cento, che i camici bianchi saranno chiamati ad effettuare nei propri studi, dai prossimi giorni, sui contatti dei positivi. In questo senso, l'operazione potrebbe rappresentare anche un appoggio concreto per i medici di base.

F.Coppola a pag. 26

L'emergenza

Screening di massa dialogo Festa-Sellitto per i tamponi rapidi

► Confronto tra sindaco e ordine dei medici
boccia la somministrazione di test sierologici

► Interrogazione di Russo: «Affiancare il lavoro
del Comune a quello dell'Asl a Campo Genova»

LA CAMPAGNA

Flavio Coppola

Test antigenico per mano del Comune, tampone molecolare sotto l'egida dell'Asl. Prende forma il progetto dello screening di

massa dell'operazione «Campo Genova bis».

Ieri il faccia a faccia Comune e Ordine dei medici per chiudere il Protocollo di intesa che disciplinerà l'operazione. Il sindaco, Gianluca Festa, e il presidente dei camici bianchi, Franco Sellitto, hanno puntellato alcuni degli aspetti sostanziali dell'iniziativa annunciata dal primo cittadino. E che viene rilanciata, dai ban-

chi dell'opposizione, dal medico e consigliere democrat, Franco Russo. Si ragiona del tipo di test e delle categorie a cui verrà somministrato. Al termine dell'incontro, Sellitto chiarisce che si



Peso: 1-11%, 26-43%

va verso la scelta dei «tamponi rapidi». Si tratta di test con un'attendibilità vicina al 90 per cento, che i camici bianchi saranno chiamati ad effettuare nei propri studi, dai prossimi giorni, sui contatti dei positivi. In questo senso, l'operazione potrebbe rappresentare anche un appoggio concreto per i medici di base. «I sierologici a nostro avviso sono inutili - spiega il presidente Sellitto - Anche se la decisione definitiva dipenderà dalle categorie che sceglieremo di scrinare». Tra quelle ipotizzate dal presidente dei medici ci sono «la parte pediatrica e i lavoratori particolarmente esposti». A partire dai commercianti. La campagna di screening ai nastri di partenza coinvolgerà attivamente anche i consiglieri comunali. Non solo di maggioranza. Franco Russo ha preparato un'interrogazione per il Consiglio di domani. Un'iniziativa politica per impegnare l'aula e chiedere all'amministrazione di virare proprio sulla scelta dei tamponi rapidi.

Russo parte dalla «esperienza positiva» dei 5.000 test rapidi somministrati la scorsa primavera. Poi evidenzia come l'iniziativa avviata già dall'Asl insieme ai militari, con i tamponi molecolari su richiesta specifica dei medici di famiglia, non sia «assolutamente da considerare come uno screening di massa». Poi ricorda che «i medici di famiglia

di tutta Italia dovranno a breve effettuare i tamponi rapidi nei propri ambulatori, e non possono garantire in questa operazione la massima sicurezza per loro stessi, per gli eventuali collaboratori, per le persone già presenti in ambulatorio e nemmeno per la persona che deve praticare il Tampone rapido». Parte allora la richiesta ufficiale «al sindaco, di mettere in pratica un'esperienza simile alla precedente, sempre a Campo Genova». Non più test rapidi o sierologici, a beneficio dei già citati tamponi rapidi o antigenici. E qui l'iniziativa di Russo appare perfettamente in linea con quella preannunciata da Festa e Sellitto. A sostegno della sua proposta, il consigliere democrat ricorda che lo strumento di screening individuato «garantisce una affidabilità, specificità e attendibilità superiore al 90 per cento, ma la risposta la si può avere molto velocemente, in circa mezz'ora». Di qui la sua importanza per lo screening. Ma la positività eventuale dovrebbe essere comunicata prontamente all'Asl. E allora Russo evidenzia un altro aspetto sostanziale della sua proposta: «A Campo Genova, in assoluta concordia con l'Asl e senza strappi istituzionali, potremmo realizzare un'iniziativa dell'amministrazione comunale che garantisca a chi ne abbia bisogno un percorso completo, che porti alla diagnosi in

tempo breve. Perché di tempo non ne abbiamo molto». Quello ipotizzato da Russo, dunque, sarebbe «un percorso a due tappe». «Tampone rapido eseguito da noi, come amministrazione e, in caso di positività, successivo e veloce tampone molecolare eseguito dalla tensostruttura a fianco, gestita dall'Asl».

Un progetto che, almeno in teoria, appare chiaramente sensato: «Il cittadino - evidenzia il medico - avrebbe in poco tempo una diagnosi sicura. Ma l'iniziativa sarebbe utile per i medici di famiglia, per l'Asl e soprattutto per i cittadini». Anche dal punto economico, il consigliere di minoranza - che ora incalza Festa sui tempi - è convinto che si possa fare: «Senza nessuna preclusione e senza barriere ideologiche possiamo realizzare un grande servizio alla comunità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL TARGET DI PARTENZA DELL'INIZIATIVA È RAPPRESENTATO DA COMMERCianti E BAMBINI



L'escalation

Il virus uccide oculista i decessi salgono a 184

Ancora vittime tra i medici. Il Covid non risparmia nessuno e chi è in prima linea contro questo virus rischia più degli altri. Dall'inizio della pandemia sono 184 i medici deceduti dopo aver contratto il virus. L'ultima vittima è Paolo Melenchi, oculista di 57 anni di Caserta. A rivelarlo la federazione nazionale dei medici (Fnomceo). Salgono così a cinque i medici deceduti nel periodo della seconda ondata pandemica. Senza contare tutti i casi di positivi tra medici, personale

infermieristico, operatori ospedalieri e medici di famiglia. Di recente è morto a Napoli Ernesto Celentano, 60enne di Secondigliano. Molto noto e apprezzato tra i suoi pazienti. Celentano è deceduto il 20 ottobre scorso ed avrebbe contratto il virus proprio durante l'esercizio della professione. Per la rimozione dei punti a un paziente positivo (probabilmente asintomatico) si è contagiato, ha lottato a lungo contro il Coronavirus ma non ce l'ha fatta.



Peso: 5%