



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

17 GIUGNO 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

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Covid: conseguenze intestino dopo anni per 500mila in Italia

17 Giugno 2022



(ANSA) - BOLOGNA, 17 GIU - Oltre mezzo milione di persone in Italia nei prossimi anni potrebbe necessitare di cure per patologie gastroenterologiche come conseguenza del Covid. E' uno dei dati che emerge dallo studio Gi-covid19, che ha come promotore e coordinatore la Medicina Interna e Gastroenterologia dell'Irccs Policlinico Sant'Orsola di Bologna, diretta dal professor Giovanni Barbara, e che ha incluso più di duemila pazienti ricoverati con Covid-19 in 36 centri di 12 nazioni europee. Per quanto riguarda i risultati dei dati relativi alla fase acuta del Covid-19, (da poco pubblicati dalla rivista 'The American Journal of Gastroenterology'), i ricercatori hanno seguito durante il ricovero e per un mese i pazienti ospedalizzati, evidenziando che i sintomi gastrointestinali, come la nausea e la diarrea, si verificavano più frequentemente in questo gruppo (59,7%) rispetto al gruppo di controllo (43,2%). Dopo un mese dal ricovero i pazienti guariti continuavano a lamentare nausea.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

I ricercatori hanno quindi concluso che l'infezione da Sars-Cov-2 può portare a disfunzioni gastrointestinali persistenti fino a un mese. La ricerca non si è fermata e ha analizzato i pazienti a un anno dall'ospedalizzazione, (parte dei risultati presentati in anteprima negli Usa al Digestive Disease Week), mostrando che il 3,2% sviluppa sintomi digestivi persistenti, non presenti prima dell'infezione, compatibili con la diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile; questo disturbo si caratterizza per la presenza di dolore addominale e alterazioni dell'alvo e potrebbe quindi rientrare nello spettro clinico del Long-covid. Considerando che in Italia sono 17 milioni le persone che si sono ammalate di Covid, i dati suggeriscono che nei prossimi anni ci potranno essere oltre mezzo milione di pazienti da curare per patologie gastroenterologiche. risultati definitivi dello studio Gi-covcid19 saranno presentati al Congresso Internazionale Ibs Days 2022, che si terrà dal 20 al 22 Giugno 2022 a Bologna a Palazzo Re Enzo e vedrà la partecipazione dei principali esperti mondiali sull'argomento.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Vaccini Covid. WTO: “Sospensione brevetti massimo per 5 anni e solo per alcuni Paesi”. Ma Medici Senza Frontiere: “Accordo inadeguato”

Via libera ieri da parte dell'Organizzazione mondiale per il commercio ad un documento che ha trattato anche l'argomento della sospensione temporanea dei brevetti e altre misure di proprietà intellettuale relative a vaccini e strumenti medici utili a contenere e combattere l'infezione da Covid 19. Ma Medici Senza Frontiere boccia l'accordo: "Inadeguato, nemmeno dopo 15 mln di morti si è riusciti a raggiungere un risultato soddisfacente".



17 GIU - Sì alla sospensione dei brevetti per l'utilizzo di vaccini e prodotti anti Covid ma per un massimo di 5 anni e solo per alcuni Paesi eligibili (in sostanza quelli in via di sviluppo). È questa in sintesi la decisione presa ieri dai 164 paesi membri dell'Organizzazione mondiale del commercio (Wto).

Un insieme di risultati “senza precedenti”, si è rallegrata la direttrice generale del Wto **Ngozi Okonjo-Iweala**. “Abbiamo lavorato giorno e notte, ma non torniamo a casa a mani vuote”, ha aggiunto.

Al termine della 12a conferenza ministeriale del Wto, ministri e delegati hanno adottato testi di intesa sulla risposta del Wto alla pandemia di Covid-19 e sulla preparazione per future pandemie, sulla risposta all'insicurezza alimentare, sulle esenzioni per gli acquisti di beni da parte del Programma alimentare mondiale, una decisione ministeriale sull'accordo TRIPS (proprietà intellettuale) e un accordo sulle



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sovvenzioni alla pesca. Iniziata domenica e prorogata di un giorno, la ministeriale del Wto è stata dominata dalle incertezze fino all'ultimo. Particolarmente attesa, la decisione dei ministri sulla risposta alla pandemia, con deroghe alle regole del commercio e di proprietà intellettuale, per favorire l'accesso ai vaccini ed altri prodotti medici: "La dichiarazione che avete adottato consentirà un accesso ai prodotti medici ed i loro componenti più prevedibile, durante questa pandemia e quelle future", ha detto Okonjo-Iweala.

Msf: "Insoddisfatti, su sospensione dei brevetti accordo inadeguato"

"Siamo delusi per l'accordo inadeguato raggiunto dopo oltre 20 mesi di deliberazioni e discussioni sulla sospensione delle misure di proprietà intellettuale esistenti sugli strumenti medici utili a combattere il Covid-19", ha dichiarato **Christos Christou**, presidente internazionale di MSF.

"Riconosciamo – ha proseguito - che alcune modifiche apportate hanno mitigato alcuni degli elementi più preoccupanti del precedente testo presentato a maggio 2022, ma nel complesso siamo delusi per il mancato raggiungimento di una vera sospensione della proprietà intellettuale proposta nell'ottobre 2020. Una sospensione che avrebbe dovuto includere tutti gli strumenti medici necessari a contrastare il Covid-19 in tutti i paesi. Nemmeno durante una pandemia che ha causato la morte di oltre 15 milioni di persone si è riusciti a raggiungere questo risultato".

"Questo accordo – ha rimarcato - non offre una soluzione efficace e significativa per favorire l'accesso delle persone agli strumenti medici necessari durante la pandemia, perché non sospende adeguatamente i diritti di proprietà intellettuale su tutti gli strumenti medici essenziali per la lotta al Covid-19 e non si applica a tutti i paesi. Le misure definite nell'accordo non affrontano minimamente il problema dei monopoli farmaceutici, non garantiscono un accesso sostenibile a strumenti medici salvavita e costituiranno un precedente negativo per future pandemie e crisi sanitarie globali".

Durante la pandemia, MSF ha "ripetutamente sottolineato le sfide e le difficoltà affrontate dagli operatori sanitari in prima linea nell'assistere pazienti affetti da Covid-19. Nonostante le tante promesse di solidarietà dei leader politici, è stato scoraggiante per noi vedere come i paesi ricchi non siano riusciti a risolvere le evidenti disuguaglianze nell'accesso agli strumenti medici salvavita contro il Covid-19 per le persone nei paesi a basso e medio reddito".

"Senza un accordo per una vera soluzione globale alle continue sfide poste dall'accesso", MSF "esorta ancora i governi a prendere provvedimenti immediati a livello nazionale per garantire l'accesso agli strumenti medici contro l'infezione da Covid-19. I governi dovrebbero prendere in considerazione l'utilizzo di tutte le misure legali e politiche a loro disposizione come la sospensione della proprietà intellettuale sugli strumenti medici per il Covid-19, l'uso di licenze obbligatorie sulle tecnologie mediche chiave per superare le barriere dei brevetti e l'adozione di nuove leggi e politiche per garantire la divulgazione delle informazioni tecniche essenziali per sostenere la produzione e la fornitura di prodotti generici".

MSF chiede inoltre ai governi di fare "passi concreti per ripensare e riformare il sistema dell'innovazione biomedica per garantire che gli strumenti medici salvavita siano sviluppati, prodotti e forniti in modo equo e dove le norme del monopolio e del mercato non rappresentino un ostacolo all'accesso. Salvare vite umane deve essere la priorità, non proteggere interessi aziendali e politici".

IL SOTTOSEGRETARIO

«Presto stop all'isolamento dei positivi»

••• «Credo siamo molto vicini al traguardo» di eliminare l'obbligo di isolamento domiciliare dei positivi al Covid, «del resto l'obiettivo, come abbiamo sempre detto, è quello della convivenza con il virus e se parliamo di convivenza non possiamo non rimuovere» anche questa misura. «Nelle prossime settimane confido si arrivi a questa scelta che sarebbe un ulteriore passo verso la normalità. Credo che ci siano i giorni contati anche per questo provvedimento». Lo ha detto il sottosegretario alla Salute Andrea Costa, ieri mattina, ai microfoni di «Radio

Anch'io» su Rai Radio1. Quanto all'obbligo di mascherina sui luoghi di lavoro, il sottosegretario Costa, ricordando che oggi c'è solo nelle aziende private che hanno sottoscritto «protocolli» ad hoc con i sindacati, e che questi ultimi sono in scadenza il 30 giugno, ha affermato: «Mi auguro che arrivati a scadenza, non vengano più rinnovati e che dal primo luglio non ci sia più l'obbligo della mascherina al chiuso anche nelle aziende». L'ipotesi di eliminare l'obbligo di isolamento domiciliare dei positivi a Covid »penso che sia un passaggio fondamentale per ritorno alla completa norma-

lità e convivenza con il virus che è molto diverso a quello del 2020 e 2021, quando mettevamo in isolamento le persone positive perché non erano vaccinate e rappresentavano un pericolo per gli altri. Oggi la situazione è cambiata. Se si farà questo passaggio, spero il prima possibile, sarà quello decisivo per la vera convivenza con il Sars-CoV-2», ha detto Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova.



Il sottosegretario spinge, medici perplessi

Costa: «Stop alla quarantena anche per chi ha il Covid»

ROMA Fine dell'isolamento per le persone che risultano positive al Covid-19? Ad aprire a questo scenario è stato Andrea Costa, sottosegretario alla Salute. «Credo che siamo molto vicini a questo traguardo», ha detto. Ma i virologi frenano: «I numeri sono in crescita. E ai fragili non ci pensiamo?».

Arcovio a pag. 11



«Basta isolamento per chi ha il Covid» L'idea del governo e lo stop dei medici

LO SCENARIO

ROMA Il graduale ritorno alla normalità, dopo oltre due anni di pandemia, potrebbe presto portare anche alla fine dell'isolamento per le persone che risultano positive al Covid-19. Ad aprire a questo scenario è stato Andrea Costa, sottosegretario alla Salute. «Credo che siamo molto vicini a questo traguardo», dice. «D'altronde l'obiettivo è quello della convivenza con il virus e se parliamo di convivenza non possiamo che rimuovere anche l'isolamento per i positivi», aggiunge. Si tratta di un'ipotesi in realtà di cui si discute da mesi, precisamente da quando la stragrande maggioranza della popolazione vaccinabile è stata immunizzata contro il virus Sars-CoV-2. «Quindi confido che nelle prossime settimane - sottolinea Costa - si arri-

vi anche a questa scelta che sarebbe un ulteriore passo verso la normalità. Credo che ci siano i giorni contati anche per questo tipo di provvedimento».

Tuttavia, i dati sui contagi Covid non sono così buoni come invece si sperava.

DATI IN CRESCITA

Secondo il bollettino diffuso dal ministero della Salute, ieri sono stati registrati 36.573 nuovi contagi, mentre il giorno prima erano 31.885. Le vittime di ieri sono 64, in aumento rispetto alle 48 delle 24 ore precedenti. Attualmente, il tasso di positività è al 18,7 per cento, in aumento rispetto al 16,3 per cento del giorno prima. «Speravamo che i dati fossero migliori», ammette il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medi-

ci (Fnomceo) Filippo Anelli. «In realtà il virus circola ancora molto. È vero anche che queste ultime varianti - continua - non sembrano particolarmente aggressive in termini di complicanze. Ma il fatto di evitare l'isolamento in caso di positività significa farlo circolare ancora di più, il virus. Quindi forse converrebbe aspettare ancora un altro po' prima di eliminare l'ob-



bligo di isolamento domiciliare dei positivi a Covid». E aggiunge: «Consiglio quindi molta prudenza, soprattutto per solidarietà nei confronti dei più fragili che potrebbero essere infettati. Il consiglio è cioè di riflettere prima di prendere decisioni di questo genere, perché al momento non ci sono le condizioni per una simile decisione».

LA PRUDENZA

È prudente anche la posizione dell'infettivologo Massimo Galli: «Manterrei ancora abbastanza il piede sul freno», commen-

ta. «I numeri degli ultimi giorni, a partire dai dati dell'ultimo monitoraggio della Fondazione Gimbe, non possono infatti lasciarci tranquilli e indicare un'inversione di tendenza della pandemia, con i contagi ed i decessi che hanno ripreso a salire. Siamo cioè - prosegue - di fronte ad una possibile recrudescenza della pandemia, dettata dalla variante più infettiva Omicron 5, e non siamo in grado di dire ora quale potrà essere la ricaduta sugli ospedali, quindi cautela».

VIA LIBERA

Diversa l'opinione di Roberto

Cauda, infettivologo del Policlinico Gemelli di Roma, secondo il quale lo stop all'isolamento domiciliare è «una decisione che può essere presa, ciò tenuto anche conto che la malattia, allo stato attuale e non nella forma grave, è simile ad altre malattie respiratorie. Bisogna insomma convivere col virus». E aggiunge: «Ciò ovviamente - precisa - non significa però non tenere gli occhi aperti e non tornare sui propri passi se necessario».

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I VIROLOGI FRENANO:
«I NUMERI DI CONTAGI
E MORTI CRESCONO
DI NUOVO. E CHI PENSA
AI RISCHI CHE
CORRONO I PIÙ FRAGILI?»**

**IL SOTTOSEGRETARIO
COSTA: «SE L'OBIETTIVO
È LA CONVIVENZA CON
IL VIRUS NON POSSIAMO
CHE PUNTARE A
QUESTO TRAGUARDO»**



L'idea della fine dell'isolamento per i positivi al Covid arriva dopo l'eliminazione delle mascherine anche sugli aerei



Sanità, dal contratto arretrati fino a 4.500 euro

Pubblico impiego

Nella preintesa firmata
aumenti medi da 175 euro
per 545mila dipendenti

Gianni Trovati

Quando l'ipotesi di contratto della sanità firmata da Aran e sindacati nella tarda sera di mercoledì diventerà definitiva, produrrà arretrati fra i 1.350 e i 2.850 euro a seconda della posizione economica. Ma nel caso degli infermieri, che sono 277mila sui 454mila dipendenti interessati dal rinnovo, il conto sale fra i 3mila e i 4.500 euro. Cifre importanti, che però arriveranno in busta paga solo dopo il solito iter di verifiche in Ragioneria generale e Corte dei conti che precedono la firma definitiva. Viste le esperienze recenti, si può ipotizzare che il cammino si concluda intorno a novembre.

La parte economica è senza dubbio quella su cui si concentrano le attenzioni più immediate. E per gli infermieri affianca agli aumenti tabellari, da 58,5 a 98,1 nei vari scalini della gerarchia economica del comparto, l'attivazione di quell'indennità Covid che il governo Conte-2 ha inserito nella legge di bilancio per il 2021 come premio all'impegno della categoria nei mesi più bui dell'emergenza; ma che per essere riconosciuta ha bisogno

appunto della disciplina contrattuale. Va dai 62,81 euro lordi al mese riconosciuti agli «operatori», l'attuale categoria «Bs», ai 72,79 euro indirizzati a «professionisti della salute» e «funzionari» (categorie «D» e «Ds»). E amplia appunto gli arretrati, perché decorre dal 1° gennaio 2021. Il riassunto dei termini economici nei calcoli della Funzione pubblica parla di aumenti medi da 175 euro lordi al mese per 13 mensilità, che corrispondono a una rivalutazione del 7,22% in un conto che comprende anche lo sblocco dei fondi per la contrattazione integrativa (una media di 12 euro al mese) e le risorse per la riforma degli ordinamenti (13 euro al mese).

Fuori dalle medie, ovviamente, i numeri più alti riguardano gli infermieri. Per il ministro per la Pa Renato Brunetta queste cifre rappresentano «il riconoscimento doveroso» per un personale sanitario «ogni giorno in prima fila nelle strutture del Paese per garantire l'assistenza e i servizi di cura ai cittadini, a partire da quelli più fragili». «L'accordo accresce diritti e tutele», sostiene il titolare della Salute Roberto Speranza.

Soddisfazione anche da parte sindacale. Con il contratto «si apre una stagione nuova per il riconoscimento del lavoro nella sanità pubblica del nostro Paese» secondo il segretario generale della Cgil Maurizio Landini. La Cisl parla di «consolidamento del processo di innovazione della Pa» mentre il segretario della Uil Pierpaolo Bombardieri avverte che si tratta di «un primo passo, sicuramente positivo che però non esaurisce la risposta agli eroi della pandemia». La Cse con il segretario Marco Carlomagno sottolinea l'avvio di «un percorso di riconoscimento e valorizzazione delle diverse professionalità sanitarie e socio sanitarie» e la Nursind con Andrea Bottega vede nell'intesa «il massimo che si poteva ottenere per rendere migliori le condizioni degli infermieri».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Brunetta: «Doveroso riconoscimento a chi è in prima fila nelle cure»
Speranza: «L'accordo aumenta diritti e tutele»





Professioni sanitarie: il contratto rivoluziona incarichi e indennità

MAURIZIO CARUCCI
Roma

«Un gran bel risultato. La firma dell'intesa è arrivata stanotte con il consenso di tutte le organizzazioni sindacali. L'accordo accresce diritti e tutele e porta un meritato incremento retributivo per tutto il personale del comparto sanità». Soddisfatto il ministro della Salute Roberto Speranza per il rinnovo del contratto che riguarda i 545mila dipendenti del Servizio sanitario nazionale: dagli infermieri ai radiologi alle ostetriche e moltissime altre figure della sanità pubblica. Un riconoscimento importante, da molti definito «dovuto», dopo due anni e mezzo di pandemia vissuti sempre in prima linea. Oltre a un aumento retributivo medio lordo mensile di 91 euro, è previsto un bonus fino a 20mila euro per diverse tipologie di

incarichi. In particolare, «per i circa 270mila infermieri, c'è una valorizzazione con aumenti tra i 146 e i 170 euro al mese. È un passo avanti importante che indica la direzione giusta». Parla di una «stagione nuova per il riconoscimento del lavoro nella sanità pubblica del nostro Paese» il segretario generale della Cgil Maurizio Landini. Il contratto ha una vigenza 2019/2021, è finanziato con 241,6 milioni di euro ed è stato firmato da Aran e dalle organizzazioni sindacali Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, Fials, Nursind e Nursing Up. Varie le novità, oltre agli aumenti salariali. È innanzitutto prevista una riforma dell'ordinamento professionale e un nuovo sistema di classificazione che semplifica le responsabilità e le competenze. Vengono cioè superate le vecchie categorie e si introducono cinque aree: professionisti sanitari e funzionali, assistenti, operatori e

personale di supporto. Gli incarichi dureranno cinque anni e possono essere di base, di media o di elevata complessità. Le indennità relative agli incarichi di media ed elevata complessità – cui si accederà tramite concorso pubblico – vanno dai 10mila ai 20mila euro. Inoltre si istituisce l'indennità di specificità infermieristica, l'indennità di tutela del malato per altri profili del ruolo sanitario ed una specifica indennità destinata al personale operante nel pronto soccorso. E ancora: si disciplina il lavoro a distanza e si migliorano le modalità di fruizione di permessi e congedi. Una nuova norma agevola inoltre la funzione genitoriale e introduce una priorità nell'impiego flessibile dei genitori di figli minori che lavorano e che sono entrambi turnisti, consentendo loro lo svolgimento di turni di servizio opposti. Infine, più mobilità: ogni anno gli enti sanita-

ri dovranno mettere a bando i posti disponibili per i trasferimenti e dovranno privilegiare le domande per ricongiungimento del coniuge o per l'assistenza dei figli minori, inabili o dei genitori.

ACCORDO

Per 545mila dipendenti pubblici dagli infermieri ai radiologi alle ostetriche in arrivo aumenti e bonus Speranza: riconoscimento dovuto dopo l'impegno per la pandemia



«ORA SONO LIBERO»

Suicidio assistito: il primo in Italia Addio a Federico, che aveva 44 anni

di **Giusi Fasano**

È riuscito a morire, «Mario». «Ora sono libero di volare dove voglio», il suo ultimo messaggio assieme a un «grazie». Il cuore si è fermato alle 11.05 di ieri. «Mario» in verità si chiamava Federico Carboni, era di Senigallia, aveva 44 anni ed era tetraplegico da 12 per colpa di un incidente

stradale. In Italia è il primo caso di suicidio assistito. Al suo fianco l'associazione «Luca Coscioni» che grazie anche a una raccolta fondi gli ha fornito il farmaco e la strumentazione necessaria per darsi volontariamente la morte. Tra le ultime parole: «Continuate questa battaglia per essere liberi di scegliere».

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



ANSA

Il farmaco, la morte: addio a Federico Suicidio assistito, primo caso in Italia

Senigallia, era noto come «Mario». La mamma in lacrime: ha fatto tutto quello che doveva

dalla nostra inviata

Giusi Fasano

SENIGALLIA «Vi auguro buona fortuna, vi voglio bene». Poi quell'uomo sfinito dalla vita ha premuto il tasto per azionare l'«aggeggio», come lo chiamava lui, e far arrivare nelle sue vene il farmaco mortale. Alle 10.55 il solo dito che lui fosse in grado di muovere ha dato l'ordine di partenza alla pompa. Alle 11.05 Mario Riccio, medico anestesista, ha annotato il decesso.

Per la prima volta nel nostro Paese un uomo si è congedato dalla vita con il suicidio medicalmente assistito. E prima di farlo ha deciso che

era arrivato anche il momento di svelare al mondo la sua vera identità: non si chiamava Mario, come abbiamo imparato a conoscerlo, ma Federico Carboni. Aveva 44 anni e viveva a Senigallia, in provincia di Ancona.

Da ieri sul fronte del fine vita siamo anche noi un po' Svizzeri, dove finora tanti italiani hanno scelto di andare a morire con il suicidio assistito che lì è concesso dalla legge. In Italia invece una legge sull'argomento non c'è. E non c'è malgrado il richiamo della Corte costituzionale che nel 2019 sollecitò il Parlamento ad approvarla.

Finché non lo farete — dissero in sostanza i giudici della Consulta — chi aiuterà qualcuno a morire non sarà puni-

bile se ricorreranno alcune condizioni. La Corte si stava esprimendo sul caso di Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Coscioni che aveva accompagnato in Svizzera a morire dj Fabo, tetraplegico dopo un incidente stradale. E disse, appunto, che Cappato non era punibile perché per dj Fabo esistevano quattro condizioni fondamentali: 1) è



tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitali; 2) era affetto da una patologia irreversibile; 3) la sua patologia era fonte di sofferenze intollerabili; 4) lui era pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Anche per Federico ieri valevano queste condizioni, riconosciute dalla sua asl di riferimento (la Asur Marche) dopo quasi due anni di battaglie legali, fra cause penali, ricorsi, diffide... «Due anni di ostinazione e determinazione», come li ha definiti lo stesso Cappato che ieri mattina era al capezzale di Federico assieme a Filomena Gallo, avvocatessa e Segretaria nazionale della Coscioni.

Sofferente più di sempre per un'infezione che lo tor-

mentava da settimane, lui se n'è andato sereno. Chiedeva ogni giorno se finalmente fosse arrivata o no il macchinario che gli avrebbe consentito di mandare in vena la pozione letale, chiamiamola così. Avrà ripetuto mille volte che «io ho sempre osservato le leggi e ho voluto resistere anche per chi verrà dopo di me».

Accanto a lui, nella stanza, sono rimasti prima gli amici più stretti, l'infermiere che lo ha sempre assistito, sua madre e suo fratello. Poi, nel momento del finale (ripreso dalle telecamere) c'erano l'anestesista, il suo medico curante, Filomena Gallo e Marco Cappato: «Ora potete fare tutto», ha detto lui sorridendo. Inutile ricordargli che avreb-

be potuto fermarsi anche all'ultimo istante. Non voleva fermarsi. Voleva soltanto andare via dal mondo, quel Mario che non si chiamava Mario. Sua madre l'ha abbracciato, l'ha baciato, accarezzato. Un incrocio di occhi commossi, un fiume di parole non dette sospese nell'aria, poi l'addio e la porta lasciata aperta. Era in cucina quando ha sentito la voce del dottore che diceva «non c'è più battito». Un minuto dopo l'abbraccio di quella donna era per Filomena Gallo: «Io lo so», le ha detto in lacrime. «Federico ha fatto tutto quello che doveva fare».

Federico era tetraplegico da 12 anni dopo un incidente stradale. «Io ho provato a vivere e a essere felice anche co-

si», ripeteva sempre. Finché la sofferenza ha pesato più della vita stessa.

«Ho fatto la rivoluzione immobile in un letto» aveva commentato dopo aver vinto l'ultima resistenza per ottenere il suicidio assistito. Di sicuro lui e l'Associazione Coscioni hanno scritto una pagina di giurisprudenza. «Abbiamo dovuto sostituire lo Stato nella concreta attuazione di un diritto», la riassume Cappato, che parla del fine vita e della legge che non c'è («quella in discussione non è utile»), chiamando in causa «il Pd di Enrico Letta e i cinquestelle di Giuseppe Conte: sono quelli che sulla carta sarebbero a favore e che nella realtà sono contro».

Le tappe

**«Vado in Svizzera»
La prima ipotesi**

Federico Carboni, di Senigallia, che parla all'opinione pubblica solo con messaggi in cui si fa chiamare «Mario»,

1 nel 2020 sceglie di andare in Svizzera per ottenere un suicidio assistito: è tetraplegico da 12 anni in seguito a un incidente stradale

**La scelta cambia
«Battaglia in Italia»**

Poco prima di partire «Mario» cambia decisione: vuole condurre la sua battaglia in Italia, andando fino in fondo, per raggiungere un obiettivo chiaro, il «suicidio medicalmente assistito», che non è ancora riconosciuto da una legge

Il caso Dj Fabo e la Consulta

Non c'è una legge, ma nel 2019 la Corte costituzionale, chiamata a esprimersi sulla questione di punibilità nata dal processo a Marco Cappato per il decesso di Dj Fabo, ha ritenuto «non punibile chi agevola il suicidio», a determinate condizioni

Le condizioni, il primo via libera

La situazione di «Mario» rispetta le condizioni dettate dalla Consulta per il suicidio assistito: il 23 novembre del 2021 Carboni ottiene — è il primo paziente in Italia — il via libera. Il parere arriva dal Comitato etico della sua azienda sanitaria locale, la Asur Marche

Il paziente paga cinquemila euro

«Mario» ha diritto al suicidio medicalmente assistito, ma non essendoci una legge che lo regolamenta è lui a dover sostenere i costi dell'infusione: paga cinquemila euro, per portare a termine la sua battaglia e avere il diritto di morire

Le ultime forze per poter morire

Per rispettare le condizioni del suicidio medicalmente assistito il paziente che lo richiede deve poter azionare l'infusione del farmaco. Federico Carboni riusciva a muovere poco il braccio destro e il mignolo destro: le ultime forze per concludere la sua battaglia

Marco Cappato
«Abbiamo dovuto sostituire lo Stato nella concreta attuazione di un diritto»

Le storie e i volti



Eluana Englaro
Dopo un incidente resta per 17 anni in stato vegetativo. Muore a 39 anni quando la famiglia ottiene l'interruzione della nutrizione artificiale



Piergiorgio Welby
Malato di distrofia muscolare, è stato il primo a chiedere l'eutanasia: è stato aiutato nel 2006 da un anestesista



Dj Fabo
Fabiano Antoniani resta cieco e tetraplegico dopo un incidente. Nel 2017 muore a 39 anni in Svizzera dove si sottopone a suicidio assistito



Antonio La Forgia
È morto il 10 giugno, a 78 anni, dopo aver cominciato la sedazione profonda: da un anno e mezzo combatteva contro un tumore incurabile



Fabio Ridolfi
Per 18 anni bloccato da una tetraparesi, il 46enne marchigiano è morto pochi giorni fa dopo aver avviato la propria sedazione profonda e continua



Un percorso ancora a metà: la legge votata alla Camera è rimasta ferma al Senato

Nel 2019 la Consulta invitò il Parlamento a decidere

di **Alessandra Arachi**

Il testo sul suicidio assistito alla Camera è stato approvato a larga maggioranza. Era il 10 marzo scorso e la votazione venne accolta come un evento storico: la legge, una volta approvata, renderebbe equivalente il decesso a seguito di morte volontaria medicalmente assistita al decesso per cause naturali.

Un evento storico, sì, ma un percorso ancora a metà: per diventare legge, infatti, ci vuole il via libera del Senato. E qui il percorso sembra destinato ad avere ostacoli, c'è infatti un testa a testa tra i voti di chi è a favore e di chi è contro il testo: da una parte ci sono Pd, M5S, Leu, Italia viva. Dall'altra Lega, Fratelli d'Italia, Forza Italia.

A Palazzo Madama la legge è adesso all'esame di due commissioni congiunte, Sanità e Giustizia, e l'esame sta proseguendo a rilento.

Era l'aprile scorso quando vennero nominati i relatori, due per ognuno dei gruppi di lavoro e per la commissione Giustizia venne designato il senatore leghista Simone Pilon che su questa legge si era espresso più volte manifestando la sua totale contrarietà.

Adesso i lavori nelle commissioni del Senato sono praticamente fermi: si deve decidere chi sentire per le audizioni e non c'è ancora alcuna data per l'approdo in Aula. E questo quando il Parlamento aveva già accumulato un notevole ritardo.

Era infatti il 2019 quando la Corte costituzionale invitò il Parlamento a legiferare in materia. Nel settembre del 2019 la Consulta ha emesso una sentenza — la numero

242 — stabilendo che non era punibile chi aiuta al suicidio.

Questo sì era un passaggio storico: la Corte costituzionale si era espressa valutando il caso di Marco Cappato, dell'Associazione Coscioni, che rischiava dodici anni di carcere per aver aiutato a morire in Svizzera Fabiano Antoniani, in arte dj Fabo.

Non fu dichiarato colpevole, Cappato, una sentenza che fece ben sperare l'Associazione Coscioni che rilanciò e si lanciò nella raccolta di firme per ottenere un referendum sull'eutanasia, oltre un milione e 200 mila quelle ottenute. Inutilmente.

A metà febbraio è stata la stessa Consulta a dichiarare inammissibile il quesito referendario ritenendo che non ci fosse «la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana».

I promotori del referendum non si sono fermati, lo aveva-

no detto il giorno che il quesito è stato bocciato. E le loro battaglie sono andate avanti consentendo a Mario di poter ottenere il via libera al primo suicidio assistito in Italia. E adesso il paradosso è che la legge nasce vecchia ancora prima di vedere la luce.

Il testo, ad esempio, esclude dalla possibilità di accedere all'aiuto per morire i pazienti che non sono tenuti in vita da trattamenti di sostegno, come la respirazione e l'alimentazione artificiali. È il caso dei malati oncologici in fase terminale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro: "Va data piena attuazione alla sentenza della Consulta"
Letta (Pd): "Mi vergognerei se non arrivassimo a una norma"

L'impegno di Speranza "Il Parlamento faccia presto adesso ci vuole una legge"

LE REAZIONI

NICCOLÒ CARRATELLI
ROMA

Il rispetto e l'impegno. Le dichiarazioni della politica sul suicidio assistito compiuto da Federico Carboni sono quasi tutte sovrapponibili. Il rispetto per la sofferenza e per la scelta del 44enne marchigiano, l'impegno per arrivare finalmente a una legge che disciplini la materia, recependo le indicazioni della Corte Costituzionale. Anche se poi, sul come arrivarci, ci sono opinioni diverse. Parlando con *La Stampa*, Roberto Speranza sottolinea, appunto, il «grande rispetto per il percorso e la scelta di "Mario"» e ribadisce «l'auspicio che il Parlamento, nella sua autonomia, possa al più presto legiferare su un tema così delicato». Da parte sua, il ministro della Salute assicura che «nel frattempo noi continueremo a lavorare per dare piena attuazione alla sentenza della Corte», cercando di evitare che altri debbano patire l'ostruzionismo del servizio sanitario nazionale subito da Carboni. Enrico Letta garantisce «l'impegno totale» del Pd su questo tema: «Mi vergognerei se questa legislatura si concludesse senza la norma sul suici-

dio assistito – dice il segretario – stiamo parlando di temi che richiedono profonda delicatezza e chi li affronta in modo sguaiato, portando aspetti identitari, fa solo propaganda».

La vergogna lo accomuna a Emma Bonino, che è «allibita dall'incapacità del Parlamento di dare delle linee guida, nemmeno dopo l'ingiunzione della Consulta». La senatrice, protagonista da sempre delle battaglie sul fine vita, se la prende con «chi dice da 30 anni "lasciamo fare al Parlamento" per lasciare tutto così – spiega –. La verità è che mi vergogno di un Paese che ha perso il senso della compassione e della pietà». Tra chi dice che «il Parlamento avrebbe dovuto fare una legge da tempo» c'è Gaetano Quagliariello, ex Forza Italia ora nel gruppo Idea-Cambiamo, molti lo ricordano urlare inferocito nell'Aula di palazzo Madama contro l'«omicidio» (lo definì così) di Eluana Englaro. «Per molti è più comodo lasciare decidere alla magistratura – attacca – ma le sentenze dipendono anche da valutazioni umane, così diventa una roulette russa». Meglio una legge, che «era

partita da premesse sbagliate, è stata migliorata alla Camera e ora può essere migliorata ancora al Senato». Esattamente quello che teme la senatrice del Pd Monica Cirinnà, convinta che «per approvare la legge abbiamo solo una possibilità: non modificarla, per evitare la terza lettura, che vorrebbe dire affossarla». La storia di Federico deve far diventare questa norma «una priorità per tutti, come lo è per i cittadini, che sono molto più avanti degli oscurantisti che siedono in Parlamento». Ma il tesoriere dell'associazione Coscioni, Marco Cappato, avverte che «non serve una legge purchessia, quella approvata alla Camera e in discussione al Senato non aggiunge diritti – spiega – rispetto a quanto, come precedente, ha conquistato in questi due anni Federico».

Insomma, sarà una legge al ribasso? «Non è la migliore possibile, è vero – ammette Cirinnà –, ma non è pessima e, comunque, oltre questo punto ora non possiamo andare». Perché c'è chi pensa che, invece, la norma rischi di essere troppo permissiva, come il le-

ghista Simone Pillon, uno dei relatori del testo a palazzo Madama: «La mia preoccupazione è che con la scusa del suicidio assistito si rendano difficili o impossibili le cure per le persone malate, anziane e disabili – spiega –. Verificheremo che il testo finale garantisca sempre cure adeguate per tutti i pazienti che lo vogliono». Ma qui non si tratta di levare cure a qualcuno, ma di consentire a chi vuole di mettere fine alla propria vita, no? «Nel nostro ordinamento è già prevista la sedazione profonda, tant'è vero che è stata ripetutamente applicata». Suona come una porta che sbatte, ma la presidente della commissione Sanità di palazzo Madama, Annamaria Parente (Iv), vuole scardinarla: «Federico Carboni ha sopportato e subito un lungo calvario non degno di una società civile – dice –, non intendo subire ostruzionismi di natura politica e voglio votare la legge in Aula entro l'estate». —

Grande rispetto per il percorso e la scelta di Mario, lavoreremo per dare seguito a quanto deciso dalla Corte Costituzionale

Ribadisco l'auspicio che il Parlamento nella sua autonomia possa legiferare su un tema così delicato



ROBERTO SPERANZA
MINISTRO
DELLA SALUTE





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SENIGALLIA

«Mario» morto con un suicidio assistito prima della legge

È morto suicida con un barbiturico che si è somministrato: è morto così Federico Caboni (sinora "Mario"), 44 anni, tetraplegico da 11 per un incidente. Con lui l'anestesista Mario Riccio, già con Welby nel 2006 per farlo morire. Ma senza una legge condivisa tutto avviene fuori dalle regole.

Ognibene a pagina 12

«Mario» suicida, senza regole

Un potente barbiturico auto-somministrato con un dispositivo: così è morto Federico Carboni, 44 anni, tetraplegico da 11. Al suo fianco l'anestesista Mario Riccio, che nel 2006 aiutò a morire Welby. Ma una legge con tutele per i più fragili non c'è

FRANCESCO OGNIBENE

Un suicidio attuato con un potente barbiturico e un macchinario ad hoc – accanto a sé un medico – ma non nelle modalità previste da una legge che ancora non c'è, né secondo i criteri dettati dalla Corte costituzionale, perché manca il requisito della dipendenza da supporti vitali. Si può parlare di «primo suicidio assistito in Italia»? C'è più di un dubbio. Ma ha forse importanza quando un uomo decide di togliersi la vita? O è meglio fermarsi, rispettare una fine comunque tragica, e porsi le domande su cosa va fatto perché vicende simili non debbano ripetersi in un Paese che si è sempre impegnato a difendere la vita dei suoi cittadini più vulnerabili, com'è accaduto durante tutta la pandemia?

I dati di cronaca dicono che ieri è morto Federico Carboni, sinora noto come "Mario", il 44enne marchigiano (di Se-

nigallia), ex camionista, tetraplegico da 11 anni in seguito a un incidente stradale, al centro di un braccio di ferro tra l'Associazione radicale Luca Coscioni – che lo sosteneva nell'ambito della sua campagna per l'eutanasia legale – e le istituzioni sanitarie della Regione Marche che non avevano assecondato la sua richiesta di ottenere il suicidio assistito. A causare il decesso l'autosomministrazione di un farmaco letale sotto la supervisione di Mario Riccio, 63enne anestesista e dirigente dell'Associazione Coscioni, già protagonista nel distacco del respiratore che portò alla morte Piergiorgio Welby nel 2006. Allora non ci furono conseguenze penali né disciplinari per Riccio. Il Comitato etico regionale marchigiano aveva valutato le condizioni del paziente ma aveva dovuto fermarsi davanti al fatto che la mancanza di una legge che traduca con

precisione la sentenza 242 Cappato-dj Fabo del 2019 impedisce di praticare qualunque suicidio assistito con gli strumenti e il personale del Servizio sanitario. Lo stesso macchinario che Carboni ha azionato per inocularsi il farmaco letale è stato acquistato a cura dell'Associazione, che aveva promosso nei giorni scorsi una raccolta fondi. «Non nego che mi dispiace congedarmi dalla vita, sarei falso e bugiardo se dicessi il contrario perché la vita è fantastica e ne abbiamo una sola. Ma purtroppo è andata così – sono state le ultime parole di Federico, riferite dall'Associazione Coscioni –. Ho fatto tutto il possibile per riuscire a vivere il meglio possibile e cercare di



recuperare il massimo dalla mia disabilità, ma ormai sono allo stremo sia mentale sia fisico. Non ho un minimo di autonomia della vita quotidiana, sono in balia degli eventi, dipendo dagli altri su tutto, sono come una barca alla deriva nell'oceano. Sono consapevole delle mie condizioni fisiche e delle prospettive future, quindi sono totalmente sereno e tranquillo di quanto farò. Con l'Associazione Luca Coscioni ci siamo difesi attaccando e abbiamo attaccato difendendoci, abbiamo fatto giurisprudenza e un pezzetto di storia nel nostro Paese e sono orgoglioso e onorato di essere stato al vostro fianco. Ora finalmente sono libero di volare dove voglio». Al dottor Riccio la spiegazio-

ne di come è avvenuto il decesso: «La somministrazione del potente barbiturico Federico l'ha attivata meccanicamente, io mi sono limitato a preparare la linea infusoriale». La morte è sopravvenuta «in pochi secondi». Un resoconto integrato da Filomena Gallo, legale e segretaria della Coscioni: «È stato preparato un sistema che ha permesso a Federico di premere il bottone e far partire l'infusione del farmaco. Il tutto è stato filmato, il video sarà esclusivamente a disposizio-

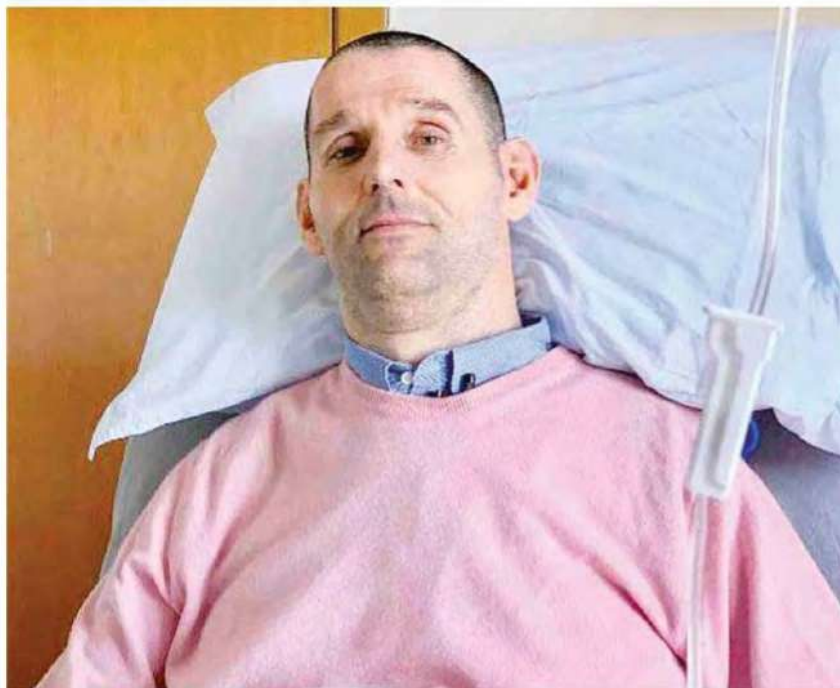
ne della magistratura se vorrà verificare la correttezza dell'operato». Un'ipotesi non certo remota visto che una legge che preveda quando, come e secondo quali condizioni si può procedere a darsi la morte con assistenza medica non c'è (dopo il varo alla Camera di un testo controverso, al Senato si cerca un consenso ampio, indispensabile per una norma di questa portata). «Mi vergognerei da legislatore – ha detto il segretario del Pd Enrico Letta – se questa legislatura si concludesse senza una norma sul suicidio assistito». Marco Cappato, leader dell'Associazione Coscioni, la pensa diversamente: «Grazie a Federico Carboni la legge oggi in Parlamento diventa superata se non si elimineranno le discri-

minazioni nei confronti di alcuni malati». Che le Camere debbano occuparsi della morte e non della vita come diritto – in un Paese che ancora nega a troppi un vero accesso a cure adeguate – chiarisce l'urgenza di chiedersi verso quale approdo ci stiamo dirigendo.

Le sue ultime parole: «Non nego che mi dispiace congedarmi dalla vita, perché è fantastica e ne abbiamo una sola. Ma ormai sono allo stremo sia mentale sia fisico». Un appello a prendersi cura di chi soffre

FINE VITA

Marchigiano, paralizzato per un incidente, l'uomo di cui era stata celata la vera identità è deceduto nella sua casa di Senigallia. Letta: il Parlamento faccia presto. Ma per Marco Cappato i fatti hanno già superato la norma



Federico Carboni, vero nome di "Mario", morto suicida ieri a Senigallia



L'INTERVISTA

«Non deprezzare le cure palliative»

Maltoni: andrebbero sempre provate prima di rifiutarle. E la sedazione non serve per far morire

ENRICO NEGROTTI

«**L**a sedazione palliativa è nata per curare sintomi refrattari. Le cure palliative hanno lo scopo di dare sollievo mantenendo la proporzionalità misurata sulle caratteristiche del singolo paziente». Di fronte al ripetersi (non nel caso di Federico Carboni) di procedure che fraintendono o rifiutano i percorsi di cure palliative nel fine vita, è dubbioso l'oncologo Marco Maltoni, direttore della Rete Cure palliative Ausl Romagna (e presidente dell'associazione "Sul sentiero di Cicely-Per le cure palliative"). Forte della sua lunga esperienza in hospice, osserva: «Certamente un percorso di cure palliative non garantisce in assoluto che nessuno chieda di morire, ma sono un deterrente utile. Andrebbero sempre provate, prima di rifiutarle».

Quando e a chi si offrono le cure palliative?

Le cure palliative sono nate in Inghilterra, per volontà dell'infermiera (e poi medico) Cicely Saunders. E secondo le definizioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e della Società europea di cure palliative sono rivolte a pazienti con patologie croniche, inguaribili, evolutive che mettono a rischio e/o che mettono un limite alla durata della vita. Sono finalizzate a sostenere il paziente e la sua famiglia in tutte le dimensioni della sofferenza: fisica, psichica, sociale, spirituale. Non sono necessariamente solo nel fine vita o nella malattia oncologica. La loro funzione è di perseguire nell'iter naturale della malattia una cura proporzionata adeguata. Ovviamente, non c'è lo stesso approccio se al paziente mancano tre giorni, tre mesi o tre anni di vita. La sfida è garantire l'intervento più proporzionato al singolo paziente.

La sedazione palliativa profonda è stata chiamata in causa prima del distacco dei supporti vitali. Può diventare l'anticamera della morte?

La sedazione palliativa nasce per alleviare la sofferenza dovuta a sintomi refrattari, in vista della morte, se si è fatto quanto di meglio era disponibile, ma le cure non sono più in grado di alleviare una sofferenza. Tuttavia dalla legge 219 del 2017 è stato stabilito che il paziente può rifiutare: l'accanimento terapeutico (cioè una terapia futile, che non dovrebbe mai essere proposta); una terapia proporzionata (per esempio in un diabetico, l'amputazione di un piede in cancrena, anche

se ne consegue la morte del paziente); i supporti vitali, che sono stati assimilati a terapia. In questo caso, ovviamente, per evitare sofferenze acute e refrattarie, accanto alla sospensione del supporto vitale la sedazione preventiva è legittima, ma non dovrebbe essere considerata una sedazione palliativa.

Non è nata per questo scopo: le cure palliative sono un percorso che mantiene la proporzionalità quanto più è possibile secondo le scelte del paziente. Non va dimenticato che anche a un paziente che in hospice sia in coma o in sedazione palliativa gli infermieri dedicano le solite cure, perché non c'è mai la certezza di che cosa arrivi al paziente, come mostrano anche alcuni studi con la risonanza magnetica nelle persone in stato vegetativo.

Il disegno di legge sul fine vita approvato alla Camera prevede esplicitamente la possibilità di rifiutare le cure palliative e accedere al suicidio assistito. Che cosa ne pensa?

Nel mondo delle cure palliative tutti generalmente sono contrari all'idea che l'eventuale morte medicalmente assistita debba riguardare l'hospice. Sarebbe un messaggio che confonde i pazienti di cure palliative. Certamente un percorso di cure palliative è un deterrente rispetto alle richieste eutanasiche, anche se non le può azzerare. Nel singolo soggetto possono intervenire problematiche particolari, di solitudine, o convinzioni personali; così come situazioni familiari che non trovano risposta dalle cure palliative. Però ritengo che sarebbe buona cosa che un paziente le avesse almeno provate, prima di rifiutarle.

Lo stesso disegno di legge prevede che siano strutture del Servizio sanitario nazionale a somministrare la morte e prevede l'obiezione di coscienza. Che cosa significa per lei medico?

Capisco la cautela del legislatore nel prevedere passaggi e controlli ed evitare abusi. Il rischio però è che venga visto come un diritto, portando con sé il dovere di qualcun altro, che se non è un singolo, è però lo Stato, mentre dal monitoraggio dei suicidi si sa che è un indicatore di sofferenza di un Paese e di una civiltà. Mi pare comunque importante che non venga indicata una singola professione come incaricata di procurare la morte.

L'oncologo: siamo attenti a proporre un percorso proporzionato alle esigenze e volontà del paziente, per alleviare ogni sofferenza: fisica, psichica, sociale e spirituale. Accanto anche alla famiglia



Domande
& risposte

Casi di Covid in risalita I tamponi sono efficaci per rilevare Omicron 5 E i vaccini proteggono

di Margherita De Bac

Risalgono i nuovi casi di Covid. Ieri ne sono stati segnalati ancora 36.573, circa cinquemila in più rispetto al giorno precedente: Regioni con la maggior crescita Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Veneto. Tutta colpa dell'ultima sottovariante di Omicron, la BA 5? Vediamo.

1 La sintomatologia dell'infezione da BA 5 può essere paragonata a quella che ha caratterizzato la variante Delta?

No, è meno grave — risponde Massimo Andreoni, direttore di Malattie infettive al Policlinico di Tor Vergata —. La variante Omicron in tutti i suoi sottotipi, fin dalla sua comparsa (novembre 2021) si è rivelata meno virulenta. Il virus è causa di infezioni che si localizzano nelle alte vie respiratorie, dando luogo a faringo-tonsilliti nella maggior parte dei casi, e meno frequentemente di polmoniti nei pazienti protetti con ciclo vaccinale di tre dosi. Questo è dovuto a un recettore che permette al virus BA 5 di replicarsi molto efficace-

mente nelle vie respiratorie superiori senza bisogno di scendere nei polmoni. In parole semplici, è come se il virus si accontentasse di aver raggiunto questo risultato, per lui vitale. È la connotazione che lo distingue profondamente da Delta.

2 La sottovariante BA 5 è però più contagiosa. Come mai?

Succede in virtù di due mutazioni che il virus ha sviluppato in più, differenziandosi dalle sottovarianti precedenti.

Questi cambiamenti del patrimonio genetico permettono al virus di legarsi più facilmente alle cellule umane e di neutralizzare l'immunità prodotta dai vaccini e dall'infezione naturale. Ecco perché BA 5 è più diffusiva e, per contagiosità, è paragonabile al virus del morbillo. Ogni portatore può passare il microrganismo ad altre 15-18 persone. Ma ricordiamo che la maggiore diffusione non si accompagna a un maggiore tasso di ospedalizzazioni, vale a dire i casi gravi sono contenuti.

3 Sintomi lievi, dunque?

È una forzatura affermare il contrario, non ci sono elementi a favore della maggiore virulenza. Anche se i risultati di ricerche in vitro sembrerebbero indicare una superiore capacità di Omi-

cron BA 5 di colpire pesantemente l'organismo, sul piano clinico non c'è riscontro. La variante Delta è sicuramente più patogena.

4 Quali sono?

I principali sono forte raffreddore e forte mal di gola (caratterizzato da dolore alla faringe), meno evidenti nelle infezioni indotte dagli altri virus Sars-CoV-2. Osserviamo una minore incidenza dei disturbi legati a gusto e olfatto, la febbre può essere elevata e accompagnata da dolori muscolari e delle articolazioni. Sembra che l'infezione duri qualche giorno in più. I vaccini oggi disponibili proteggono bene dalla malattia grave.

5 L'aumento di casi dipende dalla minore efficacia dei vaccini e dalla capacità del virus di evadere la sorveglianza del sistema immunitario?

Sì. A parità di misure di contenimento (mascherina indossata e distanziamento) Omicron BA 5 contagia di più ma fa ammalare di meno rispetto a Delta.

6 E le cure?

I farmaci antivirali con-



tinuano ad aver ottima efficacia nel prevenire il rischio di progressione verso la malattia grave se somministrati tempestivamente (entro cinque giorni dalla comparsa dei disturbi). Lo stesso vale per alcuni anticorpi monoclonali.

7 È vero che Omicron BA 5 non viene rilevato dal tampone?

Sul piano diagnostico non è cambiato nulla — chiarisce Concetta Castilletti, responsabile dell'unità di virologia e patogeni emergenti al Negrar di Verona, istituto di ricerca e

cura delle malattie infettive —. Non abbiamo ricevuto informazioni di allerta dalle agenzie internazionali sull'ipotesi di inefficacia dei tamponi. Di solito i test non cercano un solo gene ma due o tre ed è molto difficile che in tutti i geni oggetto della ricerca siano presenti mutazioni nelle parti scelte per essere rilevate. Per evitare che i kit perdano efficacia si scelgono tratti del genoma del virus non soggetti a mutazione proprio perché mantengano affidabilità. Questo vale, afferma la virologa, sia per i tamponi antigeni-

ci sia per i molecolari il cui livello di precisione è decisamente migliorato rispetto all'inizio della pandemia.

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

118

Mila

I nuovi positivi in Italia tra lunedì e ieri (118.303), il 44,3% in più rispetto ai 4 giorni di settimana scorsa

226

Vittime

Le persone morte per il Covid in Italia tra lunedì e ieri. Nello stesso periodo di settimana scorsa erano 293

18,8

Per cento

Il tasso di positività al Covid di tutti i test notificati ieri in Italia: giovedì scorso è stato del 12,9%



La ricerca

«Più di un ricoverato su due ha effetti del virus dopo 24 mesi»

Fiato corto e dolori: lo studio sui contagiati nella prima ondata

di **Sergio Harari**

Sul decorso a lungo termine dei sintomi da post Covid sappiamo ancora poco ma recentemente uno studio cinese ci ha fornito informazioni preziose su cosa è accaduto a distanza di due anni in chi era stato colpito dall'infezione nella prima ondata pandemica. Lo studio, pubblicato su *Lancet Respiratory Medicine*, contiene una buona e una cattiva notizia: la cattiva è che dopo 24 mesi oltre la metà di chi aveva contratto il virus in fase acuta accusa ancora dei disturbi, mentre la buona è che i sintomi vanno gradualmente attenuandosi nel tempo.

Gli autori hanno seguito 1.192 persone contagiate da Sars-CoV-2 e ricoverate tra il 7 gennaio e il 29 maggio 2020 al Jin Yin-tan Hospital di Wuhan, valutandoli dopo 6, 12 e 24 mesi. I pazienti, per il 54 per cento uomini con una età media di 57 anni, sono

stati sottoposti a una serie di controlli clinici (spirometrie, Tac del torace, questionari sulla qualità di vita) e a interviste finali per capire la frequenza e gravità dei disturbi sia fisici che psicologici sofferti. Dopo un anno dalla fase acuta di malattia, la percentuale di soggetti che lamentavano almeno un sintomo era del 68 per cento mentre si riduceva al 55 per cento dopo due.

I sintomi più spesso segnalati sono stati la stanchezza generalizzata, la facile affaticabilità muscolare e i disturbi del sonno (ma anche dolori articolari, palpitazioni, vertigini, fiato corto). La valutazione sullo stato psichico e sulla qualità di vita è andata gradualmente migliorando con, tuttavia, la persistenza di stati di ansia e depressione nel 12 per cento dei pazienti a due anni dalla guarigione, così come anche per la percezione di fiato corto. Quest'ultima, la dispnea, sintomo peraltro assai frequente, si conferma un disturbo di difficile valutazione, senza una chiara corrispondenza con i dati clinici che spesso risultano perfetta-

mente normali.

I pazienti che continuavano ad accusare sintomi a distanza di tempo presentavano un rischio quasi quattro volte superiore agli altri di avere problemi di mobilità, di dolore o disagio, e oltre sette volte maggiore di ansia e depressione. Inoltre, avevano un rischio quasi tre volte più alto di effettuare visite ambulatoriali e 1,5 volte maggiore di essere ricoverati in ospedale. L'età più avanzata e il sesso femminile (come già documentato da altri studi) costituivano importanti fattori di rischio per lo sviluppo dei sintomi e per il loro persistere nel tempo. Un dato interessante è che non si è registrata una stretta correlazione fra la severità della malattia sofferta durante il ricovero e i disturbi da post-Covid.

Questo studio fotografa una situazione che solo adesso cominciamo a conoscere, quella degli effetti a lungo termine della prima ondata pandemica, ma pone anche una serie di quesiti: cosa succederà più in là nel tempo? Tutte le altre varianti che si sono succedute saranno responsabili

di post-Covid con la stessa frequenza e gravità? Come dobbiamo seguire negli anni questa enorme massa di pazienti per assisterli al meglio e come dovremo ridefinire i bisogni di salute e le risposte organizzative dei Servizi sanitari nazionali? E infine, possono i vaccini ridurre i sintomi da post-Covid in chi ha già sofferto per l'infezione acuta?

In effetti alcune recenti ricerche scientifiche sembrano suggerire una possibile azione anche in questo senso, forse riducendo la carica di «serbatoi» virali rimasti quiescenti nell'organismo e diminuendo il rischio di successive reinfezioni che aggraverebbero il quadro clinico. Sono molte le domande alle quali la ricerca deve ancora rispondere ma alcune cominciano ora a chiarirsi meglio.

sergio@sergioharari.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'incidenza
Questi pazienti hanno una probabilità quattro volte superiore agli altri di avere problemi di mobilità



I più esposti
L'età avanzata e il sesso femminile sono importanti fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi che durano nel tempo

Il libro



● «Post Covid» (sopra la cover) è il libro di Sergio Harari, con Vera Martinella (Solferino, pp 240, euro 16,50)

● Il volume si propone come guida per capire cos'è la sindrome da Long Covid, come diagnosticarla e come curarla



LA PANDEMIA

PERCHÉ È POSSIBILE VACCINARE I PIÙ PICCOLI

ANTONELLA VIOLA

Ieri sera il programma più interessante è andato in onda su YouTube: la riunione della Fda (l'agenzia regolatoria Usa) per approvare l'uso dei vaccini anti-Covid19 nei più piccoli. - PAGINA 29



PERCHÉ È POSSIBILE VACCINARE I PIÙ PICCOLI

ANTONELLA VIOLA



Ieri sera il programma più interessante da seguire non è andato in onda su televisione o radio ma su YouTube, dove è stata trasmessa la diretta della riunione della Fda (l'agenzia regolatoria degli Usa) per decidere se approvare l'uso dei vaccini anti-Covid19 nei bambini più piccoli. Sotto i 5 anni di età, infatti, non è ancora possibile ricevere la vaccinazione, così come non esiste alcun farmaco specifico per la cura dell'infezione in questa fascia di età. Da molto tempo i genitori aspettano dunque un vaccino per proteggere i loro bambini; attesa che, nei casi di famiglie con bambini fragili, è diventata estenuante.

Ieri i 21 esperti, dopo aver studiato le 230 pagine di dati, hanno discusso apertamente dei risultati e, all'unanimità, hanno espresso un parere favorevole sull'uso dei vaccini Pfizer e Moderna a partire dai 6 mesi di età. Entrambi i vaccini hanno infatti mostrato un alto livello di sicurezza e l'induzione di anticorpi neutralizzanti. Sebbene i dati relativi all'efficacia della protezione dall'infezione da Omicron non siano particolarmente impressionanti, soprattutto nel caso del vaccino Pfizer, tutti i membri della commissione hanno espresso la convinzione che l'immunità generata dalle vaccinazioni sia importante per prevenire la malattia severa che, seppur raramente, può colpire i bambini. E può essere uno strumento essenziale per limitare gli effetti dell'infezione a lungo termine (long covid). I vaccini che verosimilmente saranno autorizzati negli Usa nei prossimi giorni sono gli stessi già utilizzati nelle altre fasce di età della popolazione, ma con dosaggi molto inferiori. Il proto-

collo di Pfizer prevede la somministrazione di tre dosi (due dosi a distanza di tre settimane e la terza dose dopo almeno due mesi dalla seconda) a concentrazione molto bassa, dieci volte inferiore rispetto al vaccino degli adulti. Secondo l'azienda farmaceutica, le tre dosi permetterebbero di raggiungere un'efficacia di protezione dall'infezione sintomatica intorno all'80%; tuttavia, i dati sono troppo preliminari per sostenere questa affermazione ed è quindi possibile che quell'80% non sia un valore definitivo. Moderna invece ha proposto un protocollo basato su due dosi a distanza di quattro settimane, con una concentrazione di mRNA che, pur essendo un quarto rispetto a quella degli adulti, è decisamente maggiore rispetto a Pfizer. Dal punto di vista della sicurezza, entrambi i vaccini hanno indotto effetti collaterali lievi o moderati, con una maggiore frequenza di eventi febbrili legata al vaccino di Moderna. Tra le varie riflessioni degli esperti, il messaggio che è emerso con più forza ieri è che finalmente i genitori avranno una scelta e, sulla base delle indicazioni del pediatra, potranno decidere se proteggere i bambini con la vaccinazione; ricordando che oltre 200 bambini nella fascia di età interessata da questi nuovi vaccini (6 mesi-4 anni) sono morti negli Usa a causa del Covid. Nei prossimi giorni si attende dunque l'autorizzazione alla somministrazione e l'inizio della campagna vaccinale negli Usa. Per quanto riguarda l'Europa, bisognerà attendere che l'Ema rilasci il suo parere ma è probabile che anche da noi si potrà vaccinare i più piccoli prima del prossimo autunno. E questa è davvero un'ottima notizia. —



PAGINA

5

Covid-19 Uno studio giapponese frena su ulteriori dosi di richiamo dei vaccini mRNA

E uno studio del British Medical Journal fa il punto: l'obbligo vaccinale è strumento da usare con cautela. Ha avuto effetti dannosi sulla fiducia dei cittadini nelle istituzioni e nella sanità

Raffaella Vitulano

LO STUDIO GIAPPONESE. Le proteine spike circolano nel corpo per oltre 4 mesi e danneggerebbero gli organi di deposito

Covid, il Virology Journal frena Stop ad ulteriori dosi di richiamo

Sempre più studi scientifici stanno evidenziando la possibilità di gravi effetti avversi

successivi all'inoculazione dei vaccini mRNA. Uno studio sugli animali che Pfizer aveva presentato alle Autorità sanitarie giapponesi già nel 2020 riguardava già la distribuzione e l'eliminazione di un ipotetico vaccino mRNA. Una considerazione chiave per la tossicità dei vaccini Covid, come per qualsiasi altro farmaco, è conoscere l'esatta distribuzione nell'organismo e il tempo di permanenza. Tali questioni, trattate nel campo della farmacocinetica, vengono di solito accuratamente vagliate durante lo sviluppo di un farmaco. Lo studio citato faceva chiaramente presagire gravi rischi di coagulazione del sangue ed altri

effetti avversi. Sedate temporaneamente le tifoserie tra vax e no vax, è ora interessante leggere fonti ufficiali. Perfino l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) suggerisce del resto di evitare frequenti iniezioni di richiamo poiché potrebbero "influenzare negativamente la risposta immunitaria e potrebbero non essere fattibili". Dunque seguire la ricerca e gli studi è sempre cosa interessante. Il 5 giugno scorso sul Virology Journal, importante rivista scientifica ad accesso aperto sottoposta a revisione paritaria, è stato pubblicato, proprio a firma di un chirurgo cardiovascolare giapponese presso l'Okamura Memorial Hospital - Kenji Yamamoto - un articolo di commento agli effetti dei vaccini Covid-19. L'autore cita lo studio pubblicato a febbraio da The Lancet sul

declino dell'immunità nel tempo e sottolinea che la funzione immunitaria tra gli individui vaccinati, trascorsi 8 mesi dalla somministrazione di due dosi di vaccino covid-19, risulta inferiore a quella tra gli individui non vaccinati. Poi fa un lungo elenco di preoccupanti effetti avversi: "Le proteine spike non decadono immediatamente dopo la somministrazione di vaccini mRNA. Le proteine spike presenti sugli esosomi circolano in tutto il corpo per più di 4 mesi. Inoltre, studi in vivo hanno dimostrato che le nanoparticelle lipidiche (LNP) si accumulano nel fegato, nella milza, nelle ghiandole surrenali e nelle ovaie e

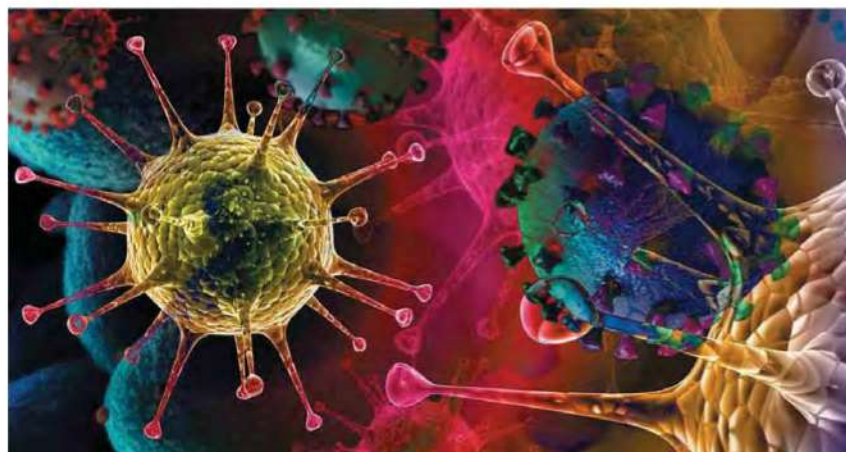


che l'mRna incapsulato con Lnp è altamente infiammatorio. Gli anticorpi di nuova generazione della proteina spike danneggiano le cellule e i tessuti che sono preparati per produrre proteine spike e le cellule endoteliali vascolari sono danneggiate dalle proteine spike nel flusso sanguigno; questo può danneggiare gli organi del sistema immunitario come la ghiandola surrenale. Inoltre, può verificarsi un potenziamento anticorpo-dipendente, in cui gli anticorpi che migliorano l'infezione attenuano l'effetto degli anticorpi neutralizzanti nella prevenzione dell'infezione. Il peccato antigenico originale, cioè la memoria immunitaria residua del vaccino di tipo Wuhan, può impedire al vaccino di essere sufficientemente efficace contro i ceppi varianti. Questi meccanismi possono anche essere coinvolti nell'esacerbazione di Covid-19." E ancora: "Alcuni studi suggeriscono un legame tra i vaccini Covid-19 e la riattivazione del virus che causa l'herpes zoster. Questa condizione viene talvolta definita sindrome da immunodeficienza acquisita con il vaccino. Da dicembre 2021, oltre al Covid-19, il Dipartimento di Chirurgia Cardiovascolare dell'Okamura Memorial Hospital, Shizuoka, in Giappone (di seguito denominato 'l'Istituto') ha riscontrato casi di infezioni difficili da controllare. I pazienti hanno mostrato di essere immunocompromessi e ci sono stati alcuni decessi. Il rischio di infe-

zione può aumentare e in futuro potrebbe essere necessario rivedere vari algoritmi medici per valutare la prognosi postoperatoria." Inoltre, più avanti, nell'articolo si legge: "A causa di una propaganda distorta i media hanno finora nascosto gli eventi avversi della vaccinazione come, ad esempio, la trombocitopenia trombotica immunitaria indotta dal vaccino (Vitt). L'Istituto incontra molti casi in cui questa causa è riconosciuta. Queste situazioni si sono verificate a ondate; tuttavia, devono ancora essere risolte nonostante le misure implementate per lo screening di routine dei pazienti ammessi per un intervento chirurgico per gli anticorpi della trombocitopenia indotta da eparina". A questo punto l'autore scrive che "come misura di sicurezza le ulteriori vaccinazioni di richiamo dovrebbero essere sospese" e aggiunge che "nella cartella clinica di tutti i pazienti devono essere annotate le date delle varie vaccinazioni e il tempo passato dall'ultimo richiamo". Infine, segnala che "potrebbe essere necessario considerare il tempo trascorso dall'ultima vaccinazione Covid-19 tutte le volte che sono richieste procedure invasive" e indica diverse misure pratiche che possono essere implementate per prevenire una diminuzione dell'immunità: "Queste includono la limitazione dell'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei, incluso il paracetamolo, per mantenere la tem-

peratura corporea profonda, l'uso appropriato di antibiotici, la cessazione del fumo, il controllo dello stress e la limitazione dell'uso di emulsioni lipidiche, incluso il propofol (un anestetico)". Nella conclusione si legge: "Ad oggi, quando si confrontano i vantaggi e gli svantaggi dei vaccini mRNA, si riscontra che la vaccinazione è stata comunemente raccomandata. Tuttavia, man mano che la pandemia di Covid-19 diventa meglio controllata, le conseguenze del vaccino diventano più evidenti. Per il futuro si ipotizza un aumento delle malattie cardiovascolari, in particolare delle sindromi coronariche acute, causate dalle proteine spike nei vaccini genetici. Oltre al rischio di infezioni dovute all'abbassamento delle funzioni immunitarie, esiste il possibile rischio di danno d'organo sconosciuto causato dal vaccino che è rimasto nascosto, senza manifestazioni cliniche apparenti, principalmente nel sistema circolatorio".

Raffaella Vitulano



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



Le nuove tecniche di laboratorio hanno reso molte forme di tumore più curabili. È il caso della leucemia linfatica cronica. La campagna "Diamo voce al futuro" di Janssen Oncology, patrocinata da Ail, è diretta alle patologie onco-ematologiche

Terapie a target senza chemio ultima frontiera

I progressi della ricerca hanno reso molte forme di tumore sempre più curabili. Quelli del sangue, in particolare, hanno fatto registrare progressi epocali negli ultimi anni, con le cosiddette terapie "a target", che spesso hanno mandato in soffitta la chemioterapia. Un esempio paradigmatico è dato dalla leucemia linfatica cronica (LLC), detta anche "dell'anziano", perché viene in genere diagnosticata intorno ai 70 anni. In Italia se ne registrano 2.500-3.000 nuovi casi l'anno, soprattutto tra gli uomini, colpiti il doppio delle donne. La LLC interessa i linfociti B "maturi", per questo è una forma cronica (quelle acute colpiscono i linfociti immaturi). Per far luce su questa condizione e su altre patologie onco-ematologiche Janssen Oncology ha organizzato la campagna di sensibilizzazione "Diamo voce al futuro", patrocinata da AIL - Associazione italiana contro leucemie-linfomi e mieloma. «Abbiamo accolto l'invito di

Janssen a patrocinare questa campagna - afferma Luisa Clausi Schettini, direttore Ail Roma Odv - per un futuro che metta sempre più in primo piano la ricerca scientifica».

«Nella metà dei casi - spiega il professor Luca Laurenti, responsabile dell'Unità operativa semplice Leucemia linfatica cronica, divisione di Ematologia della Fondazione Policlinico Gemelli - la LLC viene scoperta "per caso" agli esami del sangue fatti di routine. Il campanello d'allarme è un aumento dei linfociti all'emocromo. La buona notizia è che questa forma di leucemia una volta diagnosticata non sempre necessita di cura, perché ha un'evoluzione indolente. In un terzo dei casi il paziente non dovrà mai fare terapie, in un altro terzo di casi farà la terapia più avanti nel corso della vita e nei restanti casi la inizierà subito dopo la diagnosi».

Quando la malattia dà sintomi, questi sono quelli tipici delle malattie linfoproliferative, come il linfoma. Il paziente può presentare perdita di peso, sudorazione profusa, febbre soprattutto la sera e prurito. Può inoltre accorgersi di un aumento di volume diffuso dei linfonodi, a livello del collo, delle ascelle e dell'inguine.

«Per la diagnosi - prosegue

Laurenti - in genere bastano un emocromo e lo striscio del sangue periferico. La citofluorimetria ci aiuta a dare il nome ai linfociti e ad accertare che questi linfociti siano "malati" di LLC. Si effettuano inoltre una radiografia del torace per escludere la presenza di problemi nel mediastino (la parte di torace tra i due polmoni) e un'ecografia dell'addome per studiare milza, fegato e linfonodi».

Non è in genere necessario, almeno inizialmente, fare un agoaspirato midollare, né una Tac total body. «Nel caso in cui il paziente debba iniziare una terapia - aggiunge il professor Laurenti - vengono effettuati esami di secondo livello (la ricerca della delezione del cromosoma 17p o una mutazione TP53 o anomalie della catena pesante delle immunoglobuline IGHV) che danno informazioni sulla prognosi e sulla risposta a eventuali terapie».

L'EVOLUZIONE



Il Messaggero

La terapia della LLC negli ultimi 7-8 anni è completamente cambiata con l'arrivo delle terapie a target, che hanno consentito di abbandonare la chemioterapia. «Capostipite di questi farmaci – ricorda Laurenti – è stato ibrutinib (inibitore di BTK), un farmaco in compresse che inibisce un recettore presente sulla cellula tumorale, mandandola così a morire. Questa terapia non dà gli effetti tossici tipici della chemioterapia (riduzione delle piastrine e dei globuli bianchi, nausea, vomito, perdita di capelli) e va proseguita in modo continuativo, a vita. A distanza di 7-8 an-

ni dall'inizio del trattamento, oltre la metà dei pazienti non mostra progressione di malattia».

Oggi, prosegue Laurenti, «abbiamo a disposizione anche nuovi farmaci a target di ultima generazione, che utilizziamo in seconda linea nei pazienti che mostrano progressione di malattia dopo il trattamento iniziale con ibrutinib, da soli o in associazione a immunoterapia (es. rituximab). Questi vengono somministrati solo per un periodo di tempo, durata fissa. In futuro cercheremo di personalizzare ancora più il trattamento

del paziente. L'impiego di più terapie target insieme (doppie o triplete) potrebbe dare un ulteriore vantaggio terapeutico».

Maria Rita Montebelli

**LAURENTI DEL GEMELLI:
«A 7-8 ANNI DALL'INIZIO
DEL TRATTAMENTO
LA MALATTIA NON È
PROGREDITA IN OLTRE
LA METÀ DEI PAZIENTI»**



A sinistra, Luca Laurenti, responsabile dell'Unità operativa semplice Leucemia linfatica cronica del Policlinico Gemelli di Roma



L'intervista Danilo Arienti

«Monoclonali contro mieloma l'obiettivo è renderlo curabile»

Janssen ha una lunga e solida tradizione nel campo della ricerca farmacologica per i tumori del sangue e ha messo a segno una serie di terapie innovative. Ma la ricerca non si ferma perché ci sono ancora tanti unmet need (bisogni insoddisfatti) terapeutici in quest'area. E anche l'informazione su queste patologie poco conosciute ha bisogno di essere alimentata. Ne abbiamo parlato con il dottor Danilo Arienti, therapeutic area medical manager della Janssen Italia.

Arienti, come azienda siete molto impegnati nell'informazione per il paziente. Quali modalità?

«Da sempre cerchiamo di fornire ai pazienti informazioni chiare per guidarli e aiutarli ad affrontare malattie spesso lunghe e difficili da trattare, come quelle ematologiche. Per questo abbiamo realizzato il portale LMcome.it, ricco di informazioni, testimonianze video di esperti e podcast dove da poco è stata lanciata la seconda edizione della campagna "Diamo voce al futuro" sviluppata con AIL, dedicata alle patologie ematologiche più rare. Il pubblico potrà trovare dei podcast e video-podcast realizzati dal divulgatore scientifico Massimo Temporelli che racconta i percorsi di due delle malattie affrontate in quest'edizione, cioè l'amiloidosi

da catene leggere e la macroglobulinemia di Waldenström. In più, la sezione "Io non ho paura" contiene storie di pazienti e la loro esperienza con la malattia».

L'impegno nel mieloma multiplo è uno dei vostri punti di forza. Cosa c'è all'orizzonte?

«L'impegno di Janssen nella lotta al mieloma è iniziato tanti anni fa con l'inibitore del proteasoma (bortezomib). Poi la nostra ricerca ha sviluppato una pipeline molto ricca, fornendo il primo anticorpo monoclonale anti-CD38 utilizzato nel trattamento del mieloma multiplo, il daratumumab, che ha dato grandi risultati in termini di miglioramento della sopravvivenza. Stiamo sviluppando una CAR-T mirata contro il BCMA (B Cell Maturation Antigen) da usare nei pazienti con mieloma che abbiano fallito tutte le terapie disponibili. I risultati sono sorprendenti, finora non si era mai vista una risposta così profonda e duratura alla terapia in una fase avanzata di malattia. A due anni dal trattamento, oltre il 70% dei pazienti è ancora libero da malattia. Abbiamo inoltre in sviluppo due anticorpi bispecifici (talquetamab e teclistamab), con risultati preliminari interessanti. Tutte queste terapie ci permetteranno di perseguire la nostra mis-

sione di rendere questa malattia curabile».

E sul fronte delle leucemie?

«Nel campo della leucemia linfatica cronica (LLC) siamo molto presenti con l'ibrutinib: il primo inibitore della BTK (inibitore della tirosin chinasi di Bruton) che ha cambiato il paradigma terapeutico della LLC perché siamo passati dalla chemio-immunoterapia, a una terapia "chemio-free" con ottimi risultati anche nel lungo termine (abbiamo un follow-up di 8 anni) e percentuali di sopravvivenza molto alte. La leucemia mieloide acuta (LMA) è una patologia più complessa da trattare perché ha tempi di progressione molto rapidi. Per questa patologia il nostro farmaco è la decitabina, attualmente riservata ai pazienti portatori di LMA non candidabili alla chemioterapia intensiva».

M. R. M.

**IL THERAPEUTIC AREA
MEDICAL MANAGER:
IL DURATUMUMAB
È STATO IL PRIMO
E HA DATO
GRANDI RISULTATI**



Danilo Arienti, therapeutic area medical manager, area terapeutica Ematologia, della Janssen Italia



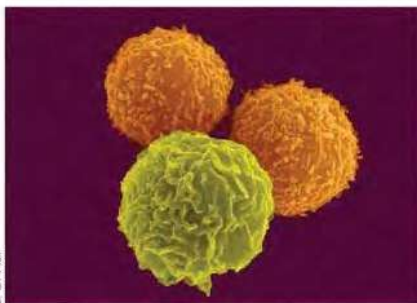
Quando il dolore mal curato cronicizza

PRENDERE un antinfiammatorio al primo segno di mal di schiena potrebbe non essere una buona idea: elimina il dolore, ma potrebbe farlo diventare cronico. Lo ha scoperto un team di ricercatori di cui fa parte Massimo Allegri, anestesioologo del Policlinico di Monza. «Bloccando nei topi l'infiammazione legata al dolore, per esempio articolare, l'animale stava meglio, ma rischiava poi di tornare a provare dolore nello stesso punto in seguito» spiega Allegri. Il motivo sembra risiedere

in una delle tante componenti del sistema immunitario che si attivano nel tessuto infiammato: i linfociti neutrofili (nella foto). «Nei topi con infiammazione bastava bloccare quelli per notare l'effetto di cronicizzazione del dolore. Evidentemente hanno un ruolo, non ancora chiarito, nella modulazione dell'infiammazione, che aiuta la riparazione dei tessuti danneggiati. E se il danno non viene riparato bene, il dolore può diventare cronico». Il team ha poi confermato la scoperta nell'uomo, usando un database

inglese di dati medici di 500mila persone «Quelli che non avevano usato antinfiammatori, era meno probabile che si

ritrovassero con il dolore che ritornava nei 10 anni successivi». In linea generale si può quindi provare a tenere sotto controllo i dolori usando solo analgesici. (A.S.)



SPL / AGF



Il bollettino

Aumentano i positivi 25% in più in 7 giorni

Nelle ultime 24 ore nel Lazio, si registrano 4.636 nuovi casi positivi (+1.106) su 5.470 tamponi molecolari e 19.566 tamponi antigenici per un totale di 25.036 tamponi. Tre i decessi (-3), 503 i ricoverati (+23), 36 le terapie intensive (+4) e +6.852 i guariti. Il rapporto tra positivi e tamponi è al 18,5%. I casi a Roma città sono a quota

2.822. A comunicare i dati è l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato: «In un settimana i casi sono aumentati del 25%».

