



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

23 Giugno 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Dialisi, in Sicilia oltre 4.000 pazienti distribuiti nei 116 centri

Sono solo alcuni dei numeri, relativi al 2020, contenuti nel Registro di nefrologia dialisi e trapianto, realtà consolidata da oltre 12 anni.

22 Giugno 2022 - di [Sonia Sabatino](#)

PALERMO. Oltre quattromila pazienti in **dialisi** distribuiti nei **116 centri siciliani**, di cui 81 privati e 35 pubblici. Con una prevalenza di uomini rispetto alle donne e nella fascia di età di 60-80 anni. Quattrocentotrentotto pazienti in **lista d'attesa** per il trapianto di rene, di cui 379 residenti in regione e 59 non residenti. Siracusa, Messina, Agrigento e Trapani le province con la maggiore prevalenza di pazienti.

Sono alcuni dei numeri, relativi al **2020**, contenuti nel [Registro di nefrologia dialisi e trapianto](#), realtà consolidata da oltre 12 anni che, grazie al contributo di tutti i centri dialisi, consente di avere dati dettagliati e completi sul trattamento dell'insufficienza renale terminale in Sicilia. Come per tutti i registri, il Report è stato presentato con un anno e mezzo di ritardo rispetto alla rilevazione per la necessità di consolidare i dati prima di renderli pubblici.

Alla presentazione hanno partecipato il Coordinatore nazionale del Registro di Nefrologia **Maurizio Postorino**, il Coordinatore regionale del CRT Sicilia, **Giorgio Battaglia**, il dirigente del Servizio 8 dell'Assessorato della salute, **Francesco La Placa**, la dirigente dell'Ufficio Speciale per la comunicazione dell'assessorato **Daniela Segreto**, il direttore

generale dell'Arnas Civico, **Roberto Colletti**, e **Bruna Piazza**, responsabile del Coordinamento operativo del CRT.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



[ASP e Ospedali](#)

Fino al 31 dicembre 2022

Asp di Palermo, arriva il via libera alla proroga di 21 contratti

Lo prevede una delibera del 22 giugno a firma del direttore generale Daniela Faraoni per il personale del Comparto e della dirigenza.

23 Giugno 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Ventuno contratti a tempo determinato dell'Asp di Palermo saranno prorogati fino al 31 dicembre 2022. Lo prevede una delibera del 22 giugno a firma del direttore generale **Daniela Faraoni** (nella foto di Insanitas), che dispone questa decisione per 1 rapporto di lavoro del personale del Comparto e 20 della dirigenza.

Una [direttiva assessoriale](#) del 23 dicembre 2021 ha stabilito che le aziende sanitarie siciliane possono valutare l'opportunità di conferire, prorogare o rinnovare per la durata di 1 anno i contratti a tempo determinato non Covid. L'Asp ne prende atto "ritenuto nelle more del progressivo rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza da Covid-19, di dovere procedere al mantenimento fino al 31 dicembre 2022 dei predetti incarichi, al fine di assicurare il mantenimento dei Lea e del funzionamento amministrativo aziendale".



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano **sanità.it**

Covid. Gimbe certifica la ripresa dei contagi: “Infezioni cresciute del 58,9% in una settimana”

Cartabellotta: “In questa fase della pandemia è fondamentale ridurre la circolazione virale, in particolare indossando la mascherina nei locali al chiuso, specialmente se affollati e/o poco ventilati e in condizioni di grandi assembramenti anche all’aperto. Le Istituzioni devono potenziare la campagna vaccinale in tutte le persone a rischio di malattia grave, aumentando la copertura con la terza dose negli over 50 e con la quarta dose in tutte le persone vulnerabili incluse nella platea”.



23 GIU - Scendono i decessi ma quasi tutti gli altri indicatori della pandemia segnano una forte ripresa a partire dai contagi che si impennano al + 58,9% in una settimana. La nuova ondata estiva è così certificata dal nuovo report di Gimbe che nella settimana 15-21 giugno 2022, rispetto alla precedente, rileva un aumento di nuovi casi (255.442 vs 160.751) (figura 1) e una diminuzione dei decessi (337 vs 416) (figura 2).

In calo i casi attualmente positivi (599.930 vs 603.882) e le persone in isolamento domiciliare (594.921 vs 599.500), mentre aumentano i ricoveri con sintomi (4.803 vs 4.199) e le terapie intensive (206 vs 183) (figura 3).

In dettaglio, rispetto alla settimana precedente, si registrano le seguenti variazioni:



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

- Decessi: 337 (-19%), di cui 52 riferiti a periodi precedenti
- Terapia intensiva: +23 (+12,6%)
- Ricoverati con sintomi: +604 (+14,4%)
- Isolamento domiciliare: -4.579 (-0,8%)
- Nuovi casi: 255.442 (+58,9%)
- Casi attualmente positivi: -3.952 (-0,7%)

Nuovi casi. “Assistiamo a una netta impennata dei nuovi casi settimanali (+58,9% rispetto alla settimana precedente) – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – che si attestano intorno a 255 mila con una media mobile a 7 giorni che supera quota 36 mila casi al giorno” (figura 4).

Nella settimana 15-21 giugno l'incremento percentuale dei nuovi casi si registra in tutte le Regioni: dal +31,3% della Valle D'Aosta al +91,5% del Friuli-Venezia Giulia (tabella 1). Rispetto alla settimana precedente, solo in 2 Province si registra una riduzione percentuale dei nuovi casi (Caltanissetta -10,2% e Vibo Valentia -10,2%), mentre salgono da 99 a 105 le Province in cui si rileva un aumento (dal +5,6% di Crotone al +131,7% di Reggio Calabria). In 16 Province l'incidenza supera i 500 casi per 100.000 abitanti: Cagliari (934), Sud Sardegna (705), Roma (635), Ragusa (607), Palermo (602), Venezia (592), Rimini (583), Catania (583), Treviso (580), Siracusa (579), Forlì-Cesena (570), Ravenna (555), Udine (526), Terni (505), Foggia (503), Bologna (502) (tabella 2).

Nuove varianti. La [flash survey dell'Istituto Superiore di Sanità](#) condotta su campioni del 7 giugno conferma l'aumentata prevalenza delle sotto-varianti BA.4 e BA.5, rispettivamente all'11,4% (range 0-32,3%) e al 23,2% (range 8-100%), a scapito della BA.2 che scende al 63% (range 0% - 85,7%).

“Gli ampi margini di incertezza – spiega Cartabellotta – sono determinati da un campionamento statistico insufficiente che, insieme alla cadenza mensile della flash survey, indicano che le attività di sequenziamento nel nostro Paese non sono state adeguatamente potenziate per rispondere tempestivamente alla diffusione di nuove varianti”.

Al momento evidenze e dati confermano che BA.4 e BA.5 non si associano ad una maggior gravità della malattia COVID-19, ma sono più trasmissibili di BA.2 ed hanno una maggior capacità di evadere la protezione immunitaria da vaccino e da pregressa infezione, aumentando la probabilità di reinfezione. “L'eventuale impatto sui ricoveri ospedalieri delle nuove varianti – commenta Cartabellotta – dipende dall'entità nell'aumento dei casi, oltre che dai tassi di copertura vaccinale della popolazione con tre dosi, o quattro nelle persone vulnerabili”.

Reinfezioni. Secondo [l'ultimo report dell'Istituto Superiore di Sanità](#), nel periodo 24 agosto 2021-12 giugno 2022 sono state registrate in Italia oltre 532 mila reinfezioni, pari al 4% del totale dei casi. La loro incidenza nella settimana 9-15 giugno si è attestata al 7,4% (n. 13.152 reinfezioni), in aumento rispetto alla settimana precedente (6,3%).

“Il rischio di reinfezione – spiega Cartabellotta – è maggiore per alcune categorie: le persone d'età 12-49 anni rispetto agli over 50, le donne rispetto agli uomini, le persone con prima diagnosi di COVID-19



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

notificata da oltre 210 giorni, le persone non vaccinate (che presentano il rischio maggiore di reinfezione) o vaccinate con almeno una dose da oltre 120 giorni, gli operatori sanitari rispetto al resto della popolazione”.

Testing. Si registra un aumento del numero dei tamponi totali (+12,6%): da 1.155.381 della settimana 8-14 giugno 2022 a 1.300.905 della settimana 15-21 giugno 2022. In particolare i tamponi rapidi sono aumentati del 16,1% (+139.103), mentre quelli molecolari sono aumentati del 2,2% (+6.421) (figura 5). La media mobile a 7 giorni del tasso di positività sale dal 6,9% al 9,5% per i tamponi molecolari e dal 16,3% al 23% per gli antigenici rapidi (figura 6).

Ospedalizzazioni. “Sul fronte degli ospedali – afferma **Marco Mosti**, Direttore Operativo della Fondazione GIMBE – l’incremento dei nuovi casi ha determinato un’inversione di tendenza nei ricoveri sia in area medica (+14,4%) che in terapia intensiva (+12,6%)”.

In particolare, in area critica dal minimo di 183 del 12 giugno i posti letto occupati sono saliti a 206 il 21 giugno; in area medica, invece, dopo aver toccato il minimo di 4.076 l’11 giugno, sono risaliti a quota 4.803 il 21 giugno (figura 7). Al 21 giugno il tasso nazionale di occupazione da parte di pazienti COVID è del 7,5% in area medica (dal 3,6% del Piemonte al 17,2% di Umbria e Sicilia) e del 2,2% in area critica (dallo 0% di Basilicata e Provincia Autonoma di Trento al 7,7% della Valle D’Aosta) (figura 8). “In lieve aumento gli ingressi giornalieri in terapia intensiva – puntualizza Mosti – con una media mobile a 7 giorni di 23 ingressi/die rispetto ai 20 della settimana precedente” (figura 9).

Decessi. Tornano a scendere i decessi: 337 negli ultimi 7 giorni (di cui 52 riferiti a periodi precedenti), con una media di 48 al giorno rispetto ai 59 della settimana precedente.

Vaccini: somministrazioni. Al 22 giugno (aggiornamento ore 06.16) l’88,1% della platea (n. 50.797.838) ha ricevuto almeno una dose di vaccino (+8.611 rispetto alla settimana precedente) e l’86,6% (n. 49.920.755) ha completato il ciclo vaccinale (+13.047 rispetto alla settimana precedente).

Vaccini: nuovi vaccinati. Nella settimana 15-21 giugno diminuiscono i nuovi vaccinati: 2.981 rispetto ai 3.253 della settimana precedente (-8,4%). Di questi il 36,2% è rappresentato dalla fascia 5-11: 1.078, con una riduzione del 11,3% rispetto alla settimana precedente. Cala tra gli over 50, più a rischio di malattia grave, il numero di nuovi vaccinati che si attesta a quota 805 (-8,9% rispetto alla settimana precedente) (figura 10).

Vaccini: persone non vaccinate. Al 22 giugno (aggiornamento ore 06.16) sono 6,85 milioni le persone di età superiore a 5 anni che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino (figure 11 e 12), di cui:

- 4,03 milioni attualmente vaccinabili, pari al 7% della platea con nette differenze regionali: dal 4,1% della Provincia Autonoma di Trento al 10,2% della Calabria;
- 2,82 milioni temporaneamente protette in quanto guarite da COVID-19 da meno di 180 giorni, pari al 4,9% della platea con nette differenze regionali: dal 3,0% del Molise al 9,7% della Provincia Autonoma di Bolzano.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Vaccini: fascia 5-11 anni. Al 22 giugno (aggiornamento ore 06.16) nella fascia 5-11 anni sono state somministrate 2.584.435 dosi: 1.395.562 hanno ricevuto almeno 1 dose di vaccino (di cui 1.272.988 hanno completato il ciclo vaccinale), con un tasso di copertura nazionale al 38,2% con nette differenze regionali: dal 20,8% della Provincia Autonoma di Bolzano al 53,8% della Puglia (figura 13).

Vaccini: terza dose. Al 22 giugno (aggiornamento ore 06.16) sono state somministrate 39.720.529 terze dosi con una media mobile a 7 giorni di 5.948 somministrazioni al giorno. In base alla [platea ufficiale](#) (n. 47.703.593), aggiornata al 20 maggio, il tasso di copertura nazionale per le terze dosi è dell'83,3% con nette differenze regionali: dal 77,5% della Sicilia all'87,3% della Valle D'Aosta. Sono 7,98 milioni le persone che non hanno ancora ricevuto la dose *booster* (figura 14 e 15), di cui:

- 5,51 milioni possono riceverla subito, pari all'11,5% della platea con nette differenze regionali: dall'8,2% della Basilicata al 16,8% della Provincia Autonoma di Bolzano;
- 2,47 milioni non possono riceverla nell'immediato in quanto guarite da meno di 120 giorni, pari al 5,2% della platea con nette differenze regionali: dal 2,4% della Valle D'Aosta al 8% dell'Umbria.

Vaccini: efficacia. I dati dell'Istituto Superiore di Sanità dimostrano che:

- l'efficacia sulla diagnosi rimane sostanzialmente stabile dal 40,8% per i vaccinati con due dosi entro 90 giorni al 45,9% per i vaccinati da più di 120 giorni, per poi salire al 55,2% dopo il richiamo;
- l'efficacia sulla malattia severa rimane sostanzialmente stabile dal 69,2% per i vaccinati con due dosi entro 90 giorni al 71% per i vaccinati da più di 120 giorni, per poi salire all'86,5% dopo il richiamo.

Complessivamente nelle persone vaccinate con ciclo completo (più eventuale dose di richiamo), rispetto a quelle non vaccinate, nelle varie fasce d'età si riduce l'incidenza di diagnosi (del 4,3-59,8%): fanno eccezione la fascia 5-11 anni per la quale le diagnosi tra i vaccinati segnano un +22,6% rispetto ai non vaccinati e la fascia 40-59 con un +10,4%. In tutte le fasce di età si riduce soprattutto l'incidenza di malattia grave (del 24-78,9% per ricoveri ordinari; del 42,1-85% per le terapie intensive) e decesso (del 42,5-88,4%) (figura 16).

Vaccini: quarta dose persone immunocompromesse. Al 22 giugno (aggiornamento ore 06.16) sono state somministrate 316.667 quarte dosi, con una media mobile di 1.862 somministrazioni al giorno, in calo rispetto alle 2.283 della scorsa settimana (-18,4%) (figura 17). In base alla [platea ufficiale](#) (n. 791.376), aggiornata al 20 maggio, il tasso di copertura nazionale per le quarte dosi è del 40% con nette differenze regionali: dall'8,8% della Calabria al 100% del Piemonte (figura 18).

Vaccini: quarta dose over 80, fragili (60-79 anni) e ospiti RSA. Al 22 giugno (aggiornamento ore 06.16) sono state somministrate 845.043 quarte dosi, con una media mobile di 5.669 somministrazioni al giorno, in calo rispetto alle 6.820 della scorsa settimana (-16,9%) (figura 19). In base alla [platea ufficiale](#) (n. 4.422.597 di cui 2.795.910 di over 80, 1.538.588 pazienti fragili della fascia di età 60-79 anni e 88.099 ospiti delle RSA che non ricadono nelle categorie precedenti), aggiornata al 20 maggio, il tasso di copertura nazionale per le quarte dosi è del 19,1% con nette differenze regionali: dal 5,5% della Calabria al 39,6% del Piemonte (figura 20).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

“La progressiva diffusione delle varianti BA.4 e BA.5 – conclude Cartabellotta – ha contribuito ad una netta ripresa della circolazione virale in tutto il Paese con effetti già evidenti anche sugli ospedali: in particolare, in area medica dove in 10 giorni si registra un incremento di oltre 700 posti letto occupati da pazienti COVID. Di conseguenza, la Fondazione GIMBE invita alla cautela per almeno tre ragioni. Innanzitutto il numero dei positivi (circa 600 mila) è largamente sottostimato per il massiccio utilizzo dei tamponi fai-da-te con notifica parziale dei test positivi; in secondo luogo, è impossibile stimare l’entità di questa risalita d’inizio estate e i tempi per raggiungere il picco; infine, lo stallo della campagna vaccinale ha generato una popolazione attualmente suscettibile all’infezione molto estesa: 4,03 milioni di non vaccinati, 5,51 milioni senza terza dose e 4,05 milioni di persone vulnerabili senza quarta dose. Di conseguenza, in questa fase della pandemia è fondamentale ridurre la circolazione virale, in particolare indossando la mascherina nei locali al chiuso, specialmente se affollati e/o poco ventilati e in condizioni di grandi assembramenti anche all’aperto. Le Istituzioni, dal canto loro, devono potenziare la campagna vaccinale in tutte le persone a rischio di malattia grave, aumentando la copertura con la terza dose negli over 50 e con la quarta dose in tutte le persone vulnerabili incluse nella platea. *Last not but least*, evitare di disorientare la popolazione con proposte antiscientifiche e rischiose per la salute pubblica, quale l’abolizione dell’isolamento per i positivi”.

Covid di nuovo indifesi

Vaccini al palo e antivirali inutilizzati ma cresce la nuova ondata di contagi in 10 giorni si rischia il milione di positivi

IL CASO**PAOLO RUSSO**
ROMA

Dentro la quarta ondata ma senza salvagente. Perché mentre i contagi crescono e i ricoveri pure (più che raddoppiati quelli pediatrici, anche se i numeri restano limitati), le vaccinazioni dei più fragili restano ferme al palo, gli antivirali continuano a essere prescritti con il contagocce e, come ogni estate, gli ospedali stanno per svuotarsi di medici e infermieri in ferie. Ma il virus non va in vacanza. E la situazione rischia di peggiorare in autunno, quando le scuole si troveranno senza un piano di areazione delle aule, mentre l'influenza si preannuncia più aggressiva a vedere quel che sta combinando nel Sud del mondo, dove essendo inverno è già sbarcata.

Ma torniamo all'oggi. Che siamo nel bel mezzo di una quarta ondata lo confermano i casi di ieri: altri 53.905, 22 mila in più rispetto a quelli di mercoledì della scorsa settimana. E aumentano gli italiani in isolamento domiciliare, arrivati a quota 619 mila, 50 mila in più in sole 48 ore. Il che vuol dire che di questo passo in una decina di giorni saremo con oltre un milione di persone in quarantena, con il rischio di mandare nuovamente in tilt i servizi essenziali. Come dimostrano già le difficoltà incontrare dalle

scuole a mettere insieme le commissioni d'esame.

«Crescono i contagi ma i sintomi restano lievi», è andato ripetendo in questi giorni il partito degli ottimisti. Ma negli ultimi 10 giorni i letti occupati nei reparti ordinari sono 829 in più, quelli nelle terapie intensive 33, per un incremento percentuale rispettivamente del 19,7 e del 17%. Numeri destinati a salire nei prossimi giorni, quando nelle corsie inizierà a farsi sentire l'effetto ferie, che di solito dimezza il personale, rendendo inutilizzabile un letto su tre dei già pochi disponibili, secondo un'indagine dell'Ats, l'agenzia sanitaria milanese.

Potremmo evitare che fragili e over 80 finiscano in ospedale somministrando loro la quarta dose. Ma l'ha ricevuta solo il 20% di loro e nessuno sembra curarsene più di tanto, visto che le somministrazioni procedono al ritmo ultralento di circa duemila al giorno su una platea di oltre sei milioni ancora da immunizzare. Va appena meglio con i bambini tra i 5 e gli 11 anni, dove il 60% resta comunque senza vaccino. E così le vacanze con i nonni e gli abbracci post festività rischiano di diventare una nuova spinta ai contagi intra-familiari.

Un altro salvagente lo avremmo pure ed è l'antivirale Paxlovid, quello che con una manciata di pillole, prescrivibi-

li anche dai medici di famiglia e acquistabili in farmacia, alza una barriera efficace all'85% contro il rischio di forme gravi di malattia. Ma anche questa ciambella è sgonfia. Secondo il rapporto dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, nell'ultimo mese infatti solo 2.210 contagiati con patologie o età che li espongono a rischio ricovero hanno potuto ritirare le pillole in farmacia, a fronte di circa 30 mila infezioni al giorno e delle 600 mila confezioni acquistate dall'Italia che rischiano tra l'altro di scadere e andare al macero. «La procedura attivata forse è ancora troppo complicata perché i medici di famiglia devono attenersi a un piano terapeutico. E poi non mi risulta che siano stati formati all'uso del farmaco, che ha molte interazioni negative con altre terapie», afferma Guido Rasi, ex numero uno dell'Emma e consulente dell'ex commissario Figliuolo. «Certo è che con questo numero di contagi mi sarei aspettato mille prescrizioni al giorno e non poco più di duemila in un mese», è la sua amara conclusione.

Intanto in Australia, così come in Sudamerica, il virus influenzale «si sta espandendo in modo estremamente accelerato e in anticipo rispetto al normale andamento», sottolinea il virologo Fabrizio Pregliasco, che è anche direttore dell'Os-



LA STAMPA

servatorio influenza. «Questi dati dovrebbero preallertarci per non farci trovare impreparati», dice. Ma intanto il governo ha deciso di non investire un euro nel piano di areazione delle aule scolastiche, «perché non è provato scientificamente che serva a contenere i contagi», è la spiegazione fornita a insegnanti e Regioni. Mentre imprese, lavoratori e governo si

apprestano ad aggiornare il protocollo per la sicurezza sul lavoro, allentando un altro po' le misure. A cominciare dall'uso delle mascherine, che dal 1° luglio potrebbero rimanere obbligatorie solo per i lavoratori a contatto diretto con il pubblico. Sempre che contagi e ricoveri non facciano cambiare idea a tutti. —

53.905

I nuovi casi di ieri (+22 mila in 7 giorni) su 246.512 tamponi, tasso di positività al 21,8%

Tornano a salire i ricoveri: più che raddoppiati quelli in età pediatrica

50

Le vittime nelle ultime 24 ore, 216 i ricoverati in rianimazione (10 in più rispetto a martedì)

IL CONFRONTO

La curva dei contagi



Terze dosi somministrate



Fonte: Fondazione Gimbe

L'EGO - HUB



L'obbligo vaccinale non c'è più, ma le multe restano

In arrivo sanzioni a raffica per gli Over 50 indietro con le dosi

di **NICOLA SCUDERI**

Strano Paese l'Italia dove accade tutto e il contrario di tutto. Già perché l'ultima stramberia è quella che arriva direttamente dalla lotta al Covid dove, ormai da tempo, è venuto meno l'obbligo di vaccinarsi ma non le multe per chi non si sottopone all'immunizzazione. Un contro-senso evidente, probabilmente frutto della giungla di regole tutte italiane, su cui è arrivata perfino la conferma dal ministero della Salute che avrebbe avvisato le Regioni che le sanzioni, da 100 euro l'una, continueranno ad arrivare per tutto il mese di luglio e, salvo cambino le norme, potrebbero continuare a piovere sugli italiani anche nei mesi a venire. Come si legge nell'email inviata ai governatori: "Si informa che le consegne degli ulteriori avvisi continueranno per tutto il mese di luglio. Vi terremo aggiornati via via con i numeri previsti in consegna che comunque saranno sempre con lotti di massimo 50mila al giorno al livello nazionale". A finire nei gangli di questa stortura del sistema sono gli over 50, i lavoratori delle scuole, delle forze dell'ordine e della Sanità. Così a finire nel mirino delle sanzioni sono stati sia quelli che quando vigeva ancora l'obbligo avevano scelto di non sottoporsi al trattamento, neanche alla prima dose, come anche a coloro che non avevano completato l'intero ciclo

comprensivo della dose booster. Si tratta di una platea complessiva di circa tre milioni di persone di cui, a fine giugno, soltanto due milioni erano state sanzionate. Per questo chi non ha visto recapitarsi la sanzione da 100 euro, nonostante l'obbligo sia decaduto con la legge del 15 giugno scorso, verranno raggiunte nei prossimi mesi.

NUMERI IN CRESCITA

Una rognia burocratica che arriva proprio in un momento di recrudescenza della pandemia che, complice l'avvento di Omicron 5, sta macinando numeri da record. Soltanto ieri, secondo i dati del ministero della Salute guidato da **Roberto Speranza**, i nuovi casi registrati in Italia sono stati 53.905 mentre ieri erano stati 62.704. Una discesa lieve che non deve trarre in inganno perché i test eseguiti, tra antigenici e molecolari, è stato pari a 246.512 tamponi con il tasso di positività al 21,8%, quando ieri ne erano stati eseguiti 292.345 e il tasso di positività era al 21,4%. Insomma secondo gli esperti non c'è stata alcuna discesa della curva. Fortunatamente sono in calo le vittime che nelle ultime 24 ore sono state 50 a fronte delle 62 del giorno precedente. Con i contagi che stanno riprendendo a correre, aumenta la pressione sugli ospedali che, pur rimanendo ampiamente sotto controllo, ieri hanno fatto registrare un preoccupante aumento di 144 unità, assestandosi

su 4.947 pazienti ricoverati nei reparti ordinari. Fortunatamente va meglio in terapia intensiva dove sono 216 i pazienti ricoverati, in calo di 10 unità rispetto al giorno precedente. Quel che è certo è che con Omicron 5, è evidente l'aumento della circolazione del Covid. Un fenomeno già visto nel resto dell'Europa e che sta facendo segnare un brusco stop nella riduzione dei ricoveri negli ospedali italiani. A certificare come siamo già in presenza di una nuova ondata è la rilevazione settimanale, per il periodo compreso tra il 14 e il 21 giugno, effettuata negli ospedali sentinella e nei reparti di pediatria aderenti alla rete della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere. Ma c'è di più. Dai dati di Fiaso emerge come la nuova variante sta facendo segnare un significativo aumento dei ricoveri in età pediatrica che sono raddoppiati. Fiaso, inoltre, rileva che ieri c'è stato anche il ricovero in terapia intensiva di un bambino risultato privo di alcuna comorbidità.

Il paradosso

Tre milioni di italiani non devono più immunizzarsi per legge ma riceveranno comunque l'ammenda

Il bollettino

Nelle ultime 24 ore registrati 53.905 nuovi contagi e altri 50 decessi
Il tasso di positività vola al 21.8%



Un hub vaccinale (imagoeconomica)



Sanità territoriale, così sarà la mappa delle 2.476 strutture

I contratti di sviluppo

Progetti a fine anno e bandi
a inizio 2023. In Gazzetta
anche il decreto di riforma

Marzio Bartoloni

Nella Sanità ridisegnata dai fondi del Pnrr non ci saranno solo Asl e ospedali, ma anche 1.430 Case di comunità, 435 ospedali di comunità e 611 Centrali operative territoriali. Queste strutture costituiscono la spina dorsale delle nuove cure sul territorio, quelle che sono mancate durante le fasi più drammatiche della pandemia e per le quali sono previsti oltre 3 miliardi di investimenti da qui al 2026 con standard e requisiti minimi definiti dal corposo decreto di riforma, uno dei milestone europei previsti dal Pnrr entro giugno, pubblicato proprio ieri in Gazzetta Ufficiale.

Una mappa della nuova Sanità che sta prendendo corpo in queste settimane grazie ai Contratti istituzionali di sviluppo (Cis) che sono stati firmati a fine maggio dal ministro della Salute Roberto Speranza con ogni Governatore di Regione. Proprio andando a spulciare ogni singolo Cis si può finalmente disegnare questa nuova geografia sanitaria visto che nelle centinaia di pagine dei piani operativi regionali allegati a ogni contratto si scopre non solo l'ubicazione di ognuna delle 2.476 strutture previste, ma anche il percorso e i tempi per realizzarle: i progetti dovranno infatti essere completati entro fine di quest'anno, poi entro il primo trimestre del 2023 dovranno essere bandite le gare per la loro costruzione in modo che le prime case o ospedali di comunità

aprano i battenti già a inizio del 2024 e poi tutte quante entro i primi mesi del 2026. Per le centrali operative territoriali, strutture non aperte ai pazienti ma fondamentali per la regia delle cure al di fuori dell'ospedale, i tempi sono più stretti visto che dovranno essere tutte operative entro i primi tre mesi del 2024. Per le nuove mura non si partirà da zero, anzi gran parte delle nuove opere saranno frutto di ristrutturazione o riconversione di vecchi edifici: mille case di comunità e 346 ospedali di comunità si realizzeranno infatti attraverso il recupero di vecchie strutture.

Per gestire le gare saranno se-

gnite due strade: Veneto Liguria Abruzzo Sicilia e Campania faranno bandi per conto loro (attraverso le Asl o gli enti regionali che si occupano di acquisti), il resto delle Regioni si affiderà invece ai bandi di Invitalia. Per provare a gestire colli di bottiglia ed evitare ritardi si utilizzeranno gli strumenti messi in pista dai contratti istituzionali di sviluppo e cioè piani operativi, cronoprogrammi, tavoli, nuclei tecnici. In particolare sarà importante il ruolo del «Tavolo istituzionale» del Cis, un organismo di concertazione che si riunirà ogni sei mesi o quando necessario dove siedono i ministri della Salute e dell'Economia (o i loro delegati) e i governatori (o i loro delegati) per valutare l'andamento dei progetti e procedere in caso si presentino ostacoli. Ci sarà in ogni caso sempre la possibilità

prevista sempre dal Cis per il ministro della Salute di far scattare i poteri sostitutivi in caso di ritardi e inadempienze.

Ma quali cure devono aspettarsi gli italiani da queste nuove strutture sul territorio e in particolare da case e ospedali di comunità? Nelle prime gli italiani potranno ottenere oltre alla classica visita medica anche servizi diagnostici primari per monitorare le proprie condizioni di salute, un servizio utile soprattutto per quei pazienti cronici che potranno accedere ad apparecchiature come ecografi, elettrocardiografi, retinografi, oct, spirometri. Nelle case di comunità aperte h24 e dove avoreranno medici e infermieri ci sarà anche un punto per i prelievi e per gli screening oltre che per le vaccinazioni. Qui si potranno infine trovare anche i servizi classici di prenotazione di visite e ricoveri (il Cup) e si potrà far attivare l'assistenza direttamente a casa oppure nuovi servizi di telemedicina oltre che i servizi per la salute mentale, le dipendenze o l'assistenza sociale.

Gli ospedali di comunità saranno invece strutture per curare gli italiani che non hanno bisogno dell'ospedale ma non possono essere gestiti a casa: erogheranno ricoveri brevi soprattutto per quei pazienti più complessi, come gli anziani e i malati cronici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

«Diritto alle cure, non alla morte»

Mario Melazzini, medico e presidente di AriSla: mai avallare l'idea che alcune condizioni di salute trasformino il malato in un peso

MARIO MELAZZINI

La Giornata mondiale sulla Sla, celebrata il 21 giugno, riporta l'attenzione sulle necessità e i bisogni delle persone che ogni giorno affrontano la sfida con una malattia così difficile: solo in Italia circa 6mila. E mai come in questo momento emerge l'esigenza di condividere quanto sia forte il desiderio di vita di queste persone, nonostante tutto. Perché può succedere – ne sono anch'io testimone – che una malattia o una grave disabilità che mortifichi e limiti il corpo, anche in maniera molto evidente, possa rappresentare una vera e propria medicina per chi deve convivere con essa.

La malattia può davvero disegnare, nel bene e nel male, una linea incancellabile nel percorso di vita di una persona. O, ancora meglio, edificare una serie di Colonne d'Ercole superate le quali ci è impossibile tornare indietro. Ma se lo si vuole ci è ancora consentito di guardare avanti. Ed è proprio questo il nocciolo della questione. Il livello più profondo della realtà, dove la realtà diventa "io" e prende coscienza di sé. La consapevolezza della realtà aiuta a rendersi conto che nella vita non bisogna dare nulla per scontato, neppure bere un bicchiere d'acqua senza soffocare. Ma a volte siamo così concentrati su noi stessi che non ci accorgiamo della bellezza delle persone e delle cose che abbiamo intorno da anni, magari da sempre.

In piena salute nessuno di noi, naturalmente, vorrebbe immaginare una vita condizionata da malattie, dipendenza da altri negli atti quotidiani della vita. E quando si è colpiti da una malattia, una grave disabilità,

qualunque essa sia, può accadere di trovarsi smarriti di fronte a una diagnosi inattesa. A prima vista potrebbe apparire impossibile se non insensato coniugarla con il concetto di salute. Ancora di più se si tratta di malattie inguaribili, rare, poco conosciute e di cui, allo stato attuale, non si conoscono terapie efficaci per guarirle. Di fronte a ciò è inevitabile chiedersi: quando la vita è degna di essere vissuta e continuata?

La risposta non può essere la parola "fine" ma "bene". È una questione di sguardi, e di ciò che realmente si vuol vedere o non ve-

dere. E sono ancora una volta le storie umane, di grande sofferenza e dolore, a porci di fronte a riflessioni importanti sul valore della vita e sul suo significato, sul perché si decida di intraprendere determinati percorsi. È proprio in questi tempi, in cui si parla sempre più – con scarsa chiarezza – di diritto alla morte, del principio di autodeterminazione, di autonomia del paziente, che diventa prioritario rimettere al centro del dibattito pubblico il diritto di ricevere cure e assistenza adeguate, di essere ascoltati, di essere aiutati non a eliminare la propria vita ma a gestire il dolore e a superare l'angoscia e la disperazione.

Alcuni strumenti esistono già. La medicina, i servizi socio-sanitari e, più in generale, la società, forniscono quotidianamente risposte ai differenti problemi posti dal dolore e dalla sofferenza. Pensiamo alle cure palliative e alla terapia del dolore: risposte che vanno e devono essere implementate e potenziate, e che sono l'esplicita negazione dell'eutanasia, del suicidio assistito e di ogni forma di abbandono terapeutico e di supporto vitale.

Ogni azione deve esse-





re mirata affinché non si creino le condizioni per l'abbandono di tanti malati e delle loro famiglie. È inaccettabile avallare l'idea che alcune condizioni di salute rendano indegna la vita e trasformino il malato o la persona con disabilità in un peso sociale. Si tratta di un'offesa per tutti, ma in particolar modo per chi vive una condizione di malattia. Questa idea, infatti, aumenta la solitudine dei malati e delle loro famiglie, introduce nelle persone più fragili il dubbio di poter essere vittime di un programmato disinteresse da parte della società, e favorisce decisioni rinunciarie. L'esperienza maturata a oggi – lo dico da medico, portatore di interesse, e come amministratore in sanità – indica che una delle

strade da percorrere è la costruzione di una "rete" che garantisca una presa in carico globale del paziente, che continui anche fuori dall'ospedale, disegnata su misure mediche e assistenziali interdisciplinari, basate sul lavoro sinergico di specialisti medici, operatori degli ambiti socio-sanitario, socio-assistenziale e delle associazioni dei pazienti. Bisogna garantire una corretta informazione sulla malattia e sulle sue problematiche, una comunicazione personalizzata con la condivisione familiare per spianare il percorso della consapevolezza e per poter facilitare e applicare concretamente le decisioni condivise durante la progressione della malattia. Un approccio nuovo in cui la ricerca scientifica sia una componente fondamentale: perché è dalla conoscenza che

possono arrivare soluzioni concrete, per agire e anche prevenire, portando allo sviluppo di innovativi e sicuri percorsi terapeutici. L'orizzonte che abbiamo davanti a noi non è lontano. Come ci ricorda papa Francesco, «ogni famiglia è sempre una luce, per quanto fioca, nel buio del mondo». Se riusciremo ad avere l'ambizione di essere una «famiglia», e non solo una società, saremo in grado di donare reciprocamente ancora luce e speranza.

Presidente AriSla - Associazione italiana ricerca per la Sclerosi laterale amiotrofica

In sintesi

1

La morte per suicidio con l'assistenza di un medico di Federico Carboni, tetraplegico marchigiano, è stata seguita da una forte campagna per chiedere il «diritto di morire» nella nuova legge sul fine vita in discussione

2

Viene rimossa la richiesta di terapie e assistenza di qualità per tutti, introducendo nelle persone più fragili il dubbio di poter essere vittime del disinteresse da parte della società e favorendo decisioni rinunciarie



Mario Melazzini, presidente di AriSla





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

BOLOGNA Il cardinale Zuppi «Lottare insieme contro sofferenza e solitudine»

CHIARA UNGUENDOLI

«**L**a posizione della Chiesa è chiara, e si oppone a eutanasia attiva e suicidio assistito. Ma l'elemento che più porta verso queste due soluzioni di morte è il deficit di cure palliative, che purtroppo non sono ancora garantite a tutti: non vengono attivati gli hospice, o garantite queste cure anche a casa. E su questa materia serve una legge, altrimenti la decisione è lasciata interamente ai magistrati. Ma spero che il dibattito in Parlamento sia serio ed equilibrato, non viziato dall'ideologia, da estremismi, o dal decidere solo sulla base dei casi estremi». Così il cardinale Matteo Zuppi, arcivescovo di Bologna e presidente della Cei, ha riassunto il proprio pensiero in conclusione dell'incontro su

«Le leggi e la cura nel fine vita» organizzato a Bologna dall'associazione «Incontri esistenziali».

Concetti che il presule ribadisce nell'editoriale su *Famiglia Cristiana* da oggi in edicola: «Una madre accompagna con amore, togliendo la sofferenza, non la vita. La Chiesa è, deve essere sempre madre – afferma Zuppi – che non abbandona mai i suoi figli. Lottare? Sì, per vivere. Lottare? Sì, per lenire il più possibile il dolore. Lottare? Sì, contro il tarlo maligno della solitudine che accompagna la morte e ne è terribile alleata».

A Bologna sono intervenuti anche Marco Maltoni, direttore dell'Unità Cure palliative Romagna, don Alberto Frigerio, medico e docente di Bioetica, Francesco Cortesi, magistrato alla Corte di Cassazione e, in una bellissima intervista a Maltoni trasmessa in video, Sylvie Menard, ex ricercatrice all'Istituto dei tumori di Milano e ora paziente oncologica. «La vita non si può mai "buttare" – ha testimoniato Me-

nard – e io voglio vivere: è la solitudine, soprattutto, che uccide. A chi ha forti dolori occorre fornire una terapia del dolore, che già esiste, e se non la si usa è solo per disorganizzazione. La medicina avanza, ma se sarà consentita l'eutanasia si fermerà». E mentre Maltoni ha ricordato che «le cure palliative non sono ancora conosciute né tanto meno utilizzate in modo pieno», Cortesi ha ricordato le diverse tappe dell'evoluzione legislativa, che non ha però portato ancora a una legge organica «che dovrà coniugare diritto all'autodeterminazione e diritto alla salute del soggetto, in relazione con la società e con i medici». Frigerio ha ricordato che «non esiste un diritto a morire: è contraddittorio, perché non porta al bene; il fondamento di ogni diritto è il diritto alla vita, che viene leso con l'eutanasia e il suicidio assistito».



IL NUOVO VACCINO

Allerta Omicron 5 «Arriva ad agosto il siero Moderna»

■ Nuovi risultati positivi per il vaccino booster bivalente che Moderna sta studiando contro le versioni Omicron del Covid. L'azienda americana annuncia che il vaccino mostra «una potente risposta anticorpale neutralizzante contro le sottovarianti di Omicron 4 e 5». E questo potrebbe voler dire avere a disposizione un'arma fondamentale per l'autunno, in vista della ripresa della pandemia. «Da agosto forniremo il booster» annuncia l'azienda.

I nuovi dati verranno inviati alle autorità regolatorie e seguiranno l'iter di approvazione. «Un mese dopo la somministrazione, in persone precedentemente vaccinate e sottoposte a richiamo - riferisce

Moderna in una nota - una dose booster di 50 microgrammi ha suscitato contro Omicron 4 e 5 potenti risposte anticorpali neutralizzanti in tutti i partecipanti, indipendentemente dal fatto che avessero avuto o meno un'infezione precedente».

È imminente anche la sperimentazione sull'uomo del primo vaccino a mRNA sviluppato completamente in Italia e, a quanto pare, efficace sulle varianti. Protagonista del lavoro è la start up «Fondo Ricerca Medica», specializzata nella ricerca biotecnologica e negli algoritmi di predizione di variazioni genomiche, che ha sviluppato e testato «con buoni risultati» in sperimentazioni precliniche regolatorie sugli animali un vaccino innovativo. Intanto Omicron 5 dà un'accelerata

ai contagi e porta il tasso di positività a 21,9. Aumenta la circolazione del virus nell'ultima settimana. E gli effetti in termini di pressione sugli ospedali (senza allarmi) si fanno già sentire: si ferma, infatti, il rallentamento dei ricoveri e la curva è ora sostanzialmente piatta, mentre in 7 giorni sono più che raddoppiate le ospedalizzazioni tra i bambini. A questo quadro si affianca la preoccupazione legata alla ancora bassa percentuale, che si attesta al 27%, di soggetti fragili che hanno fatto la quarta dose di vaccino anti-Covid consigliata. A confermare l'inversione di trend in atto ormai da vari giorni è il rapporto settimanale della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso).



MENTRE LA CURVA RISALE, ECCO I PIANI PER LA CAMPAGNA DI AUTUNNO

Omicron, l'ora dei vaccini aggiornati si ricomincia a ottobre dagli over 50

Dopo l'estate pronta una versione bivalente: proteggerà dal ceppo originale e dalle varianti

di Michele Bocci

Ad autunno si ricomincia. Con Omicron 5 che spinge in su la curva del contagio al ritmo di un +65% alla settimana, la discussione sulla nuova campagna vaccinale, che partirà tra settembre e ottobre, entra nel vivo. A luglio sarà pronto il piano per proteggere una parte della popolazione con una nuova somministrazione. Probabilmente toccherà agli over 50, che avranno a disposizione vaccini bivalenti, cioè progettati contro il virus di Wuhan e contro la variante Omicron.

Chi sarà vaccinato

La prima questione da definire riguarda la popolazione oggetto della campagna. Al momento il ministero alla Salute e i suoi consulenti ritengono che limitarsi agli anziani e ai fragili sia riduttivo. Dall'altro lato, coinvolgere anche i giovani non sarebbe utile. E così la nuova dose (che per qualcuno sarebbe la quarta e per altri la quinta) verrà molto probabilmente proposta a tutti gli over 50. Si tratta di 27,7 milioni di persone, il 92,8% delle quali ha fatto due somministrazioni. La percentuale di chi ha anche la terza scende invece all'83,4%. Infine, una piccola parte, cioè circa il 20% degli over 80, ha fatto pure la quarta dose. Anche ai fragili che hanno meno di 50 anni sarà proposta la nuova iniezione.

L'idea di un richiamo annuale

Quello di ottobre sarà definito un richiamo e non una quarta o quinta dose. Non si tratta solo di una questione di termini. Il linguaggio descrive la nuova fase della campagna di prevenzione. L'idea è quella di far diventare la vaccinazione con-

tro il Covid un appuntamento fisso annuale, almeno per le persone più a rischio, come succede con l'influenza. Se si riuscirà a procedere in questo modo, senza bisogno di altri richiami dopo pochi mesi, significa che è stato fatto un passo importante verso l'endemizzazione del virus.

Si farà dal medico di famiglia

Altro tema importante è quello organizzativo. Come si sa, non c'è più la struttura commissariale a gestire la campagna e soprattutto le consegne delle dosi, ma tutto è in mano a una organizzazione mista tra i ministeri della Difesa e della Salute. In più, le Regioni hanno dismesso gli hub vaccinali. A ottobre potrebbe essere necessario riaprirne alcuni, anche se l'idea è quella di fare tutto con le forze del sistema sanitario, in particolare coinvolgendo i medici di famiglia e i dipartimenti di prevenzione delle Asl.

Arriva il bivalente

Infine, c'è la questione – piuttosto delicata – di quali vaccini verranno usati. Intanto l'Europa, che sugli acquisti si muove in modo unitario, ha chiesto ai produttori di interrompere le consegne per luglio e agosto. Nei magazzini ci sono abbastanza dosi per chi volesse ricevere una somministrazione adesso. L'idea è che l'industria sostituisca i lotti in consegna quest'estate con quelli dei nuovi medicinali. Ad autunno, probabilmente già a settembre, dovrebbero avere il via libera i vaccini "aggiornati", cioè bivalenti, contro il virus originario, il Wuhan, e Omicron 1. Un po' più avanti, a novembre, potrebbero essere disponibili prodotti per Omicron 5. «Quelli progettati contro Omicron saranno efficaci anche per eventuali sottova-

rianti, al di là del loro "numero". Del resto, il vaccino prodotto per contrastare il virus di Wuhan ha protetto le persone anche dalle altre forme, soprattutto per quanto riguarda la malattia grave. Non bisogna pensare che sia necessario avere un vaccino progettato contro l'ultima forma in circolazione». A parlare è Armando Genazzani, farmacologo di Torino che lavora per Ema e per Aifa, cioè le agenzie del farmaco europea e italiana. E proprio ieri il ceo di Moderna, Stéphane Bancel, ha detto che il vaccino bivalente dell'azienda provoca una «potente risposta anticorpale» anche contro le sottovarianti 4 e 5 di Omicron. L'azienda, ovviamente, diffonde le notizie nel suo interesse commerciale, ma il dato pare interessante.

"Protetti da tutte le Omicron"

Entra nel tecnico Andrea Cossarizza, immunologo di Modena. «Quando si usa il bivalente, due più due fa cinque. Nel senso che questo vaccino fa produrre molti più anticorpi di quelli che si avrebbero somministrando un prodotto pensato contro Wuhan e uno contro Omicron».

Per questo è giusto che si somministrino ancora un vaccino pensato contro il virus Wuhan: «Ci ha protetto dalla malattia grave perché è in grado di provocare una risposta immu-



nitaria, non solo anticorpale che ci farà comodo ancora». Infine, anche per Cossarizza, «un vaccino pensato contro Omicron 1 dovrebbe essere capace di coprire tutte le sottovarianti. È vero che adesso qualcuno si infetta di nuovo con la 5 anche se ha avuto la 1 ma sono passati anche sei mesi. Nel malato l'immunità sparisce, anche piuttosto velocemente. Cosa diversa sono i vaccini».

21,9%

Il tasso in salita

Ieri 53.905 nuovi contagi da Covid e 50 morti. Il tasso di positività è passato dal 21,4 al 21,9%. Ricoveri in aumento: sia le terapie intensive sia gli ordinari



▲ **Quarta dose** Un ultra ottantenne riceve la quarta dose a Rieti



UNDER 40, EFFETTI AVVERSI

Vaccinati giovani con più miocarditi

◀ D'ANGELO A PAG. 15



COVID • Studio di Oxford Parla il cardiologo Verdecchia

“Under 40: più miocarditi nei maschi vaccinati Moderna”

» Peter D'Angelo

È stata riscontrata una maggiore incidenza di miocarditi negli under 40 vaccinati rispetto a chi è stato malato di Covid: lo rivela uno studio di Oxford, pubblicato su *Nature*, come spiega il cardiologo Paolo Verdecchia (associate editor dell'*International Journal of Cardiology*). “Questi dati suggeriscono che tra i soggetti under 40 ci sia una maggiore incidenza di miocarditi con Moderna che con Pfizer – dice il primario dell'Ospedale di Assisi – ed una maggiore incidenza di miocarditi con Moderna che tra i positivi al test Covid”. Nei giovani maschi questo effetto pare più evidente che in altre fasce d'età. L'intensità della miocardite sarebbe caratterizzata da “sintomi lievi”.

C'è un altro studio, pubblicato sul *Journal of Pediatrics del Seattle Children's Hospital*, che descrive “l'evoluzione dei risultati della risonanza magnetica cardiaca in 16 pazienti, di età compresa tra 12-17 anni, con

miopericardite dopo la seconda dose Pfizer. Sebbene tutti i pazienti abbiano mostrato miglioramento clinico, molti hanno avuto risultati persistenti di risonanza magnetica cardiaca anche a 3-8 mesi dopo”; hanno trovato dopo vari mesi, nel 67% dei ragazzi, valori di *Lge* alterati (valore legato alle lesioni). “Il lavoro è interessante e pubblicato su una rivista autorevole e credibile – spiega Verdecchia –, ma non è detto che questo referto radiologico implichi necessariamente danni rilevanti alle funzioni essenziali del cuore. Il gadolinio è una sostanza tracciante che si accumula dove trova cellule lese. Dipende quindi dalla grandezza complessiva delle aree di accumulo e dall'eventuale sofferenza funzionale del cuore”.

Oltre alle infiammazioni del cuore, ci sono altri parametri a cui è necessario dare un'interpretazione. Il professor Verdecchia è coautore di uno studio originale e di una meta-analisi, molto citati all'estero,

che dimostrano la presenza di casi di ipertensione post-inoculo nel 3,9% dei vaccinati. “I nostri risultati sull'ipertensione associata al vaccino sono stati confermati in altri centri. Ciò che non sappiamo ancora con esattezza è la durata media del fenomeno: sembra limitato a pochi giorni o al massimo settimane”.

Dalle singole ricerche proviamo a spostare il punto di vista analizzando i macro-dati disponibili in casa nostra, attraverso la lente del report dell'Iss: quello che si vede per i giovani (tra 12-39 anni) è che con il *booster* si registrano 0,2 ricoveri in terapia intensiva (ogni 100 mila) contro i 0,1 dei non-vaccinati, e stesso 0,1 nei vaccinati (da più di 120 giorni, o meno di 120 giorni). Quali sia il valore di



questi numeri lo spiega Verdecchia: "Nei soggetti di età 12-39 anni, per ogni milione di non-vaccinati, così come nei vaccinati con ciclo completo, abbiamo un ricovero in intensiva, mentre per ogni milione di vaccinati con ciclo completo più dose booster abbiamo due ricoveri in terapia intensiva. La maggiore probabilità per un vaccinato con dose booster di ricoverarsi in terapia intensiva

rispetto a un non vaccinato o a un vaccinato con ciclo completo è solo di uno su un milione. I numeri assoluti dicono: mio nipote di 12 anni, se si vaccina anche con la terza dose, ha una probabilità di ricoverarsi in terapia intensiva di uno su un milione più alta rispetto alla possibilità di non vaccinarsi, o di vaccinarsi solo con 2 dosi. Sono numeri molto piccoli che necessitano di ulteriori approfondimenti".

Per tornare agli eventi cardiaci avversi tra gli under 40, bisogna ricordare lo studio israeliano, che *il Fatto* ha raccontato nei giorni scorsi, che ne

segnala un aumento del 25%. Da cosa potrebbero dipendere questi eventi? Per Verdecchia è semplice: "Lo studio ha mostrato solo un aumento delle chiamate al 118 per supposte sindromi coronariche acute o arresti cardiaci rispetto ai due anni precedenti. Hanno registrato solo le chiamate. Non sappiamo quanti soggetti che chiamavano fossero vaccinati contro il Covid e quantino. Non sappiamo neppure quanti fossero positivi e quanti i negativi al test Covid".

REAZIONI IPERTENSIONE POST- INOCULO: 3,9% DEI VACCINATI

TRA I PIÙ AUTOREVOLI IN ITALIA

Paolo Verdecchia è considerato uno dei massimi esperti di ipertensione arteriosa nel mondo, e con il suo h-index di 91 è tra i cardiologi più autorevoli in Italia. Primario di Cardiologia all'ospedale di Assisi, è anche associate editor dell'*International Journal of Cardiology*



MODERNA: ANTIOMICRON5 DALL'AUTUNNO



"CI STIAMO preparando a fornire il nostro vaccino booster bivalente" anti-Covid "a partire da agosto, in vista di un potenziale aumento delle infezioni Sars-CoV-2 a causa delle sottovarianti di Omicron all'inizio dell'autunno". Lo annuncia Stéphane Bancel, ceo dell'azienda americana Moderna, che ieri ha riferito per il candidato vaccino mRNA-1273.214 "potenti risposte anticorpali neutralizzanti" contro Omicron 4 e 5.



Eventi avversi
Uno studio di Oxford li indica come più probabili su Under 40 vaccinati rispetto ai malati ANSA



03

Mantovani, 'con Omicron più casi con conseguenze a lungo termine'

"Con Omicron si rischiano anche più casi di Long Covid. Unica difesa, la vaccinazione". Così Alberto Mantovani, direttore scientifico di Humanitas e professore emerito di Humanitas University, in un'intervista al 'Corriere della Sera' pubblicata ieri. Il long Covid è un fenomeno destinato ad aumentare, lo indica uno studio inglese pubblicato sulla rivista 'The Lancet' che ne ha confrontato l'insorgenza dopo l'infezione acuta con le varianti Delta oppure Omicron del virus SarsCoV- 2. Chi è stato infettato con Delta ha una probabilità maggiore di andare incontro a long Covid, ma Omicron è talmente più diffusa e contagiosa da far prevedere agli autori un notevole incremento della sindrome in termini assoluti. "L'analisi britannica conferma le nostre preoccupazioni, sia in termini di conseguenze individuali del long Covid sia di ricadute sociali, e compare in coincidenza con un report sul tema appena elaborato dall'Accademia nazionale dei Lincei", commenta Mantovani che è anche primo firmatario del documento, che è stato coordinato da Gianni Bussolati e al quale hanno contribuito Maria Concetta Morrone, Carlo Patrono, Gabriella Santoro, Stefano Schiaffino e Giuseppe Remuzzi.

"Del resto già nello studio tedesco 'Epiloc', il 20% delle persone (fra i 18 e i 25 anni) aveva riferito almeno una moderata compromissione del proprio stato di salute e della capacità lavorativa a distanza dall'infezione acuta - sottolinea Mantovani - Altre stime inglesi parlano di disturbi nel 20% dei casi dopo cinque settimane e nel 10% dopo tre mesi. Indagini cinesi hanno evocato problemi anche dopo due anni. I sintomi, a cominciare da dolori e spossatezza, sono di varia gravità e possono investire polmoni e bronchi,



sistema nervoso, rene, intestino, senza dimenticare l'impatto sulle funzioni metaboliche. Uno degli impatti che è emerso con maggior forza più di recente è quello che insiste su cuore e vasi".

Mantovani ritorna anche sul ruolo della vaccinazione anti-Covid. "Sebbene le indicazioni sul suo ruolo protettivo anche nei confronti del long Covid siano solide, circolano alcuni dubbi, instillati anche da una ricerca sui veterani americani che riconosce alla vaccinazione una protezione significativa ma limitata verso la sindrome. Questa ricerca - continua lo scienziato - ha però grandi limiti metodologici dal momento che ha incluso soltanto il 10% di donne nel campione, sebbene siano più suscettibili al problema, e ha preso in considerazione schemi di vaccinazione incompleti, cioè a base di una sola dose di vaccino con adenovirus o di due dosi con vaccino a mRNA, quando è assodato che ne servono due del primo tipo e tre del secondo. Tant'è vero che dati israeliani, al contrario, dimostrano come il ciclo completo di vaccinazione eserciti un effetto protettivo anche nei casi in cui ci si reinfetti dopo vaccinazione o malattia, come sta capitando a moltissime persone con le nuove varianti".

"Se sul ruolo protettivo della vaccinazione restano pochi dubbi, bisogna però sottolineare, e il report dell'Accademia lo fa, che molto rimane da capire sul long Covid", ammette Mantovani. "Alcuni progressi interessanti sono stati tuttavia compiuti nella comprensione dei fattori che ne possono essere all'origine. Se il primo è lo stato di salute generale di partenza di chi viene infettato ce ne sono altri che entrano in gioco. Uno - osserva - è la persistenza silente, per esempio nell'intestino o nel sistema nervoso, del virus, che può



risvegliarsi e/o innescare reazioni immunitarie. Un altro ruolo può rivestirlo la riattivazione di altri virus quiescenti dentro di noi, come quello di Epstein-Barr o il Citomegalovirus".

"Infine vi sono indicazioni di deviazioni della risposta immunitaria, cioè fenomeni autoimmunitari, indotti da Sars-CoV-2. Nel frattempo si stanno cominciando a identificare alcuni biomarcatori di gravità del Long Covid, come citochine, interferoni e Ptx3, una molecola scoperta per la prima volta da noi", conclude Mantovani.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

Ora organi e tessuti si stampano in 3D

Molinari nell'inserto al centro del giornale



Organi e tessuti, c'è la stampa 3D

In Texas prima sostituzione di una parte del corpo (l'orecchio) con un impianto stampato in «bio-ink» e rivestito di cellule del paziente in coltura

ELENA MOLINARI

La bioingegneria rigenerativa sta facendo passi da gigante negli Stati Uniti grazie alla stampa 3D, tanto da far sperare in un'abbondante disponibilità di tessuti e organi nel giro di un decennio. La svolta è stata segnata all'inizio di giugno, quando si è appreso del successo del trapianto di un orecchio stampato in 3D e realizzato con cellule staminali umane in una 20enne affetta da microtia, un raro difetto alla nascita in cui l'orecchio esterno è deformato.

L'intervento, portato a termine a San Antonio, in Texas, ha utilizzato la tecnologia della 3DBio Therapeutics, un'azienda di medicina rigenerativa che sta conducendo la prima sperimentazione clinica di questo genere, con 11 pazienti. È infatti la prima volta che un impianto stampato in 3D e realizzato con tessuto vivente viene utilizzato per sostituire una parte del corpo.

«Fino a questo punto ci sono stati numerosi tessuti ingegnerizzati e impiantati nei pazienti. Ma sono stati creati a mano, uno alla volta – spiega Anthony Atala, direttore del Wake Forest Institute for Regenerative Medicine, che nel 1999 ha impiantato con successo la prima vescica al mondo cresciuta in laboratorio –. Ma questo è diverso. La stampante offre più precisione e affidabilità. Permette inoltre di produrre più organi in modo automatizzato. Così facendo, riduce notevolmente i costi».

Il costo medio di un trapianto di rene nel 2020 era di 442.500 dollari, mentre le stampanti 3D sono vendute a poche mi-





gliaia di dollari, alle quali va aggiunto il mantenimento di banche cellulari per i pazienti, la coltura di cellule e la manipolazione di materiali biologici.

La procedura contro la microtia è infatti solo uno dei recenti progressi nella bioingegneria di tessuti umani e potrebbe aprire la strada alla stampa in 3D di interi organi. Sempre all'inizio di giugno l'azienda United Therapeutics ha prodotto una struttura polmonare umana stampata in 3D che potrebbe essere "ricoperta" con le cellule staminali di un paziente per creare polmoni che non richiederebbero l'immunosoppressione per impedire al corpo di rigettare l'organo. L'azienda lo ha definito «l'oggetto stampato in 3D più complesso del mondo» e prevede di lanciare studi clinici sull'uomo nei prossimi cinque anni, un obiettivo che Atala definisce realizzabile.

Il processo è lo stesso utilizzato per la produzione dell'orecchio umano. La tecnica di base resta infatti quella della stampa 3D convenzionale, in cui un modello computerizzato viene inserito in una stampante a tre dimensioni. Ma al posto di materiali come plastica, metallo o resina, la stampante è caricata con un materiale biocompatibile, o "bio-ink", che viene utilizzato per costruire un'impalcatura che funge da scheletro per il tessuto o organo. L'impalcatura viene quindi "seminata" con le cellule del paziente e coltivata in modo che le cellule possano moltiplicarsi. Le cellule del paziente vengono prelevate con una piccola biopsia, poi fatte crescere ed espandere al di fuori del corpo. Questa crescita avviene all'interno di un incubatore sterile o bioreattore, un recipiente pressurizzato in acciaio inossidabile che aiuta le cellule a rimanere alimentate con sostanze nutritive.

La tecnologia potrebbe rappresentare una soluzione salvavita per i 106.075 uomini, donne e bambini che si trovano nella lista d'attesa nazionale per i trapianti di organi negli Usa, per i quali non

bastano i donatori viventi (che forniscono in media circa 6.000 organi l'anno) o i circa 8.000 donatori deceduti ogni anno. «E ci sono altri milioni di persone che non sono su una lista d'attesa perché non considerati abbastanza gravi ma che po-

trebbero trarre enormi vantaggi da un trapianto», aggiunge Atala. La forza trainante di questa innovazione è dunque il bisogno umano. Anche l'Università Carnegie Mellon, in collaborazione con l'azienda di medicina rigenerativa FluidForm, nel 2010 ha iniziato ad adattare le stampanti 3D alla biostampa. Attualmente FluidForm sta lavorando alla costruzione di parti funzionali del cuore umano per aiutare l'industria biofarmaceutica a sviluppare farmaci più efficaci per il trattamento di diversi tipi di insufficienza cardiaca e aritmie.

Intanto alla Stanford University, il team del ricercatore Mark Skylar-Scott sta utilizzando processi di biostampa 3D per produrre cuore e tessuto vascolare per curare i difetti cardiaci congeniti nei bambini. Infine Aspect Biosystems sta lavorando per creare tessuti che non prevedono di sostituire un intero organo ma ricreano all'interno di un organo danneggiato la funzione metabolica persa, come mantenere il glucosio a livelli appropriati nel pancreas, senza sostituirlo interamente. «Grazie a decenni di lavoro da parte di pionieri nel settore stiamo iniziando a vedere queste terapie entrare negli studi clinici, il che è molto emozionante – continua Atala –. Probabilmente ci vorranno almeno dieci anni prima di arrivare alle sperimentazioni umane di un intero organo. Ma c'è un vero entusiasmo nel settore».

Staminali umane prelevate per ottenere materiale vivente con un sistema che potrebbe aprire ad altre applicazioni di biostampa



PREVENZIONE

CARDIOLOGIA

Mandami un vocale e ti dirò se hai problemi al cuore

Un'app è in grado di analizzare la frequenza e la tonalità della voce e capire se le arterie sono occluse o se il ritmo cardiaco nasconde aritmie

Antonio Caperna

La voce potrebbe rivelare la salute del cuore attraverso l'utilizzo dell'intelligenza artificiale. Un algoritmo informatico, infatti, ha predetto la probabilità di una persona di soffrire di problemi cardiaci, legati alle arterie ostruite sulla base delle sole registrazioni vocali, in uno studio dell'American College of Cardiology a Washington. I ricercatori hanno scoperto che le persone con un punteggio di biomarcatore vocale elevato hanno una probabilità 2,6 volte più alta di soffrire di problemi gravi associati alla malattia coronarica (CAD), un accumulo di placca nelle arterie del cuore, e di 3 volte in più di mostrare prove di accumulo di placca nei test medici.

Sebbene la tecnologia non sia ancora pronta per l'uso in clinica, la dimostrazione suggerisce che l'analisi vocale potrebbe essere un potente strumento di screening per identificare i pazienti che potrebbero trarre vantaggio da un monitoraggio più attento degli eventi correlati alla CAD. I ricercatori hanno affermato che questo approccio potreb-

be essere particolarmente utile nella fornitura di assistenza sanitaria a distanza e nella telemedicina. Altri gruppi di ricerca hanno esplorato l'uso di una tecnologia simile per una serie di disturbi, tra cui il morbo di Parkinson, il morbo di Alzheimer e il Covid.

«La telemedicina non è invasiva ma è economica, efficiente ed è diventata sempre più importante durante la pandemia», afferma Jaskanwal Deep Singh Sara, cardiologo presso la Mayo Clinic e autore principale dello studio - Non stiamo suggerendo che la tecnologia di analisi vocale sostituisca i medici o i metodi esistenti di assistenza sanitaria, ma pensiamo che ci sia un'enorme opportunità come aggiunta alle strategie esistenti. Fornire un campione vocale è molto intuitivo e persino divertente e potrebbe essere utile per migliorare la gestione dei pazienti».

È la prima volta che si usa l'analisi vocale per predire gli esiti CAD nei pazienti monitorati in modo prospettico dopo uno screening iniziale. I ricercatori hanno coinvolto 108 malati, indirizzati per un an-

giogramma coronarico, una procedura di imaging a raggi X, utilizzata per valutare la condizione delle arterie del cuore. Ai partecipanti è stato chiesto di registrare tre campioni di voce di 30 secondi, utilizzando l'applicazione per smartphone *Vocalis Health*: un testo preparato; parlare liberamente di un'esperienza positiva e poi di una negativa. L'algoritmo è stato addestrato per analizzare più di 80 caratteristiche delle registrazioni vocali, come frequenza, ampiezza, tono e cadenza, sulla base di un set di formazione di oltre diecimila campioni vocali raccolti in Israele. In studi precedenti, i ricercatori hanno identificato sei caratteristiche altamente correlate con CAD. Per il nuovo studio,



il Giornale

hanno combinato queste caratteristiche in un unico punteggio, espresso tra -1 e 1 per ogni individuo, monitorato per due anni. Un terzo dei pazienti è stato classificato come avente un punteggio alto e due terzi un punteggio basso. Il 58,3% di quelli con valori alti di biomarcatore vocale si è recato in ospedale per dolore al petto o ha sofferto di sindrome coronarica acuta (compreso l'infarto), rispetto al 30,6% del gruppo con basso punteggio. Inoltre un alto punteggio ha aumentato il rischio di test da sforzo positivo

o diagnosi di CAD dopo angiogramma. Per gli autori il sistema nervoso autonomo potrebbe giocare un ruolo importante, dato che regola funzioni senza un controllo volontario come la frequenza cardiaca o la pressione sanguigna. «Questa tecnologia utilizza l'apprendimento automatico per misurare qualcosa che non è facilmente quantificabile per noi, usando il nostro cervello umano e le nostre orecchie umane», sottolinea Jaskanwal Deep Singh Sara. Lo studio è stato condotto con persone di lingua inglese negli USA, uti-

lizzando un software addestrato su campioni vocali raccolti in Israele e sono necessari più test per determinare se l'approccio si può ripetere in tutte le lingue, paesi, culture e contesti sanitari.



Nutrizione

Limitare le calorie
mantiene «giovane»
pure il sistema
immunitario

di **Silvia Turin**

14

Ridurre le calorie (con giudizio) rallenta anche l'invecchiamento del sistema immunitario

di **Silvia Turin**

Una conferma e una novità: che la restrizione calorica rallentasse i processi d'invecchiamento era noto, ora uno studio pubblicato sulla rivista *Science* dimostra anche che «ringiovanisce» il sistema immunitario. Un gruppo di ricercatori dell'Università di Yale (Usa) ha descritto gli effetti della moderazione a tavola e i processi fisiologici che fanno sì che anche una dieta fatta di modesti sacrifici possa ottenere benefici sorprendenti. Un calo di peso contenuto, infatti, è in grado di assommare in sé gli effetti di più farmaci e ora gli scienziati hanno iniziato a capire come sia possibile. L'effetto anti-età della restrizione calorica era conosciuto anche grazie a uno studio multicentrico chiamato CALERIE (acronimo per «valutazione globale degli effetti a lungo termine della riduzione dell'introito calorico») iniziato nel 2007. A 140 persone tra i 20 e i 50 anni (non obese) era stato chiesto di perdere peso. Al termine del periodo di osservazione durato due anni, i partecipanti erano calati in media 10 chili, circa il 14% del peso iniziale. Dai dati di quella sperimentazione sono nati approfondimenti collaterali, che di volta in volta hanno indagato su aspetti specifici. «La riduzione calorica agisce su molti fattori metabolici e molecolari — spiega Luigi Fontana, direttore del Centro di longevità e salute dell'Università di Sydney e coautore di molte ricerche collegate al trial CALERIE —: sui soggetti testati sono stati misurati una riduzione di tutti gli

indici infiammatori e un potenziamento dei meccanismi omeostatici che «ringiovaniscono» le cellule. Nel corso degli anni abbiamo dimostrato che il calo ponderale è legato alla minore produzione di insulina (un potentissimo fattore di rischio pro invecchiamento e pro cancro), a un ringiovanimento del cuore (che diventa più elastico) e a una riduzione di tanti processi patologici alla base di malattie cardiovascolari, tumori, ictus e decadimento cognitivo».

Lancette del tempo all'indietro

I ricercatori di Yale hanno però studiato un sottogruppo di 25 persone facenti parte del trial CALERIE e hanno dimostrato che la restrizione calorica aveva fatto ringiovanire anche il loro sistema immunitario agendo sul timo (una ghiandola che si trova sopra al cuore) grazie a una proteina chiamata PL2G7.

Il timo produce i timociti, i precursori dei linfociti T (i «direttori d'orchestra» della risposta immunitaria), ma con il passare degli anni perde in volume ed efficienza. Attraverso la risonanza magnetica gli studiosi hanno notato, nelle persone che avevano perso peso, una minore involuzione del timo rispetto al gruppo di controllo:



la dieta era riuscita a rallentare l'invecchiamento della ghiandola e, conseguentemente, del sistema immunitario.

Gli scienziati si sarebbero aspettati di trovare qualche differenza nelle cellule prodotte dal timo che evidenziasse questo effetto, ma il sequenziamento dei geni non ha mostrato nulla. Questo dato li ha spinti a cercare gli effetti del ringiovanimento del timo dove non ci si aspettava di trovarli, cioè nelle cellule del tessuto adiposo dell'addome.

Nelle cellule grasse delle persone il cui timo era meno involuto si era registrata una contestuale riduzione di una proteina prodotta da un gene chiamato PLA2G7. Per scoprire se la proteina avesse causato davvero gli effetti benefici osservati con la restrizione calorica, i ricercatori hanno condotto una sperimentazione su cavie. I topolini privati artificialmente di questo gene, pur se nutriti con una dieta ricca di grassi, sono

stati protetti dall'obesità e hanno registrato indici minori di infiammazione e di perdita di volume del timo.

Uno sforzo «sostenibile»

«La scoperta eccezionale è che, con una moderatissima riduzione dell'introito calorico, si rallenta o, in qualche maniera, si blocca l'involuzione timica e quindi l'immunodepressione tipica dell'invecchiamento, motivo per cui le persone anziane sono più suscettibili a tante malattie — illustra Luigi Fontana —. La ricerca di Yale ha spiegato che questo effetto, importantissimo per la tutela del sistema immunitario, sembrerebbe essere regolato da questa molecola nel grasso».

Come modificare la dieta

La proteina è quindi uno dei fattori trainanti degli effetti della restrizione calorica e in futuro potrebbe essere manipolata per ottenere artificialmente i benefici osservati, ma come si traduce questa scoperta nelle abitudini di tutti i giorni? «Quello che proponiamo, basandoci sui risultati di 30 anni di studi scientifici, è una modificazione degli stili di vita, ma alla portata di tutti. L'intervento sulle porzioni dei pasti ha effetti "miracolosi": la riduzione anche solo di un paio di centimetri della circonferenza vita si tra-

duce in un vantaggio simile a quello ottenuto prendendo insieme un farmaco antipertensivo, anti-glicemico, anti-colesterolo, anti-infiammatorio e che abbatta i livelli di insulina e ossidazione dei tessuti».

Non occorre modificare radicalmente le proprie abitudini a tavola o aderire all'ennesima dieta punitiva fai-da-te. Basta qualche accortezza (si vedano i consigli dell'esperto nel box in basso a sinistra, ndr), ma, se si pensa a una restrizione calorica più importante, è necessario essere seguiti da un professionista. «I nutrienti devono rimanere, perché altrimenti si rischia una "malnutrizione" — sottolinea lo specialista —. L'introito di tutte le vitamine, i sali minerali e oligoelementi deve essere adeguato al fabbisogno. Quello che va ridotto sono i cibi raffinati e le cosiddette "calorie vuote". È opportuno mangiare meno, quindi, ma non tutto quello che si vuole. Ed è bene iniziare a farlo il prima possibile, perché alimentarsi senza eccessi e in modo corretto fa bene a ogni età e i vantaggi descritti sopra si apprezzano velocemente.

«Già dopo un anno si notano miglioramenti nel profilo cardiometabolico. Ovviamente prima si inizia e più possibilità si hanno di vivere a lungo e in salute — conclude Fontana —, ma a qualsiasi età si può rallentare il declino. È chiaro che, se a sessant'anni si è già avuta un'involuzione timica del 90%, il tessuto che si va a "risparmiare" sarà minore, ma i benefici ci sono lo stesso perché l'involuzione timica (come anche l'irrigidimento delle arterie e del cuore) è un qualcosa di progressivo che può subire accelerazioni o rallentamenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il cibo influenza in modo decisivo l'involuzione del timo, organo importante per la produzione delle cellule che ci difendono

La restrizione calorica agisce come una vera e propria «pillola magica», contrastando i fattori che portano gli anziani a essere suscettibili a tante malattie. Un recente studio scopre il ruolo di una proteina chiave



06

Allarme follow-up pazienti cronici, ritardi almeno di due anni

È emergenza malattie croniche. "Ritardi di almeno due anni sui follow-up in ambito oncologico, nella programmazione delle attività ambulatoriali in cardiologia e in generale in molti monitoraggi, screening, visite. La gestione delle malattie croniche è diventata un concreto problema sociale, economico e di welfare, ponendo una nuova sfida alla Sanità che sarà, tra nuovi assetti organizzativi, modelli gestionali e un futuro il cui perimetro va riempiti di contenuti reali". E' quanto emerso dal confronto tra specialisti ieri a Roma al ministero della Salute per il primo incontro 'La sanità che vorrei. Le grandi cronicità: oncologia, cardiologia e diabete. Pazienti fragili e vulnerabili: approcci multidisciplinari, prevenzione e cultura della vaccinazione', organizzato da Aristeia con il contributo non condizionante di Gilead Sciences e Gsk, promosso dalle società scientifiche Simit (Società italiana di malattie infettive tropicali), Simg (Società italiana di medicina generale e cure primarie), la Sigot (Società italiana di Geriatria ospedale e territorio) e Aip (Associazione italiana di psicogeriatrica).

"Le persone affette da diabete mellito di tipo 2, neoplasie, patologie cardiovascolari e respiratorie sono coloro che più hanno subito gli effetti della pandemia - hanno osservato gli esperti - Come si evince da un report dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo sviluppo economico di febbraio 2021, in molti Paesi le prestazioni sanitarie non correlate al Covid-19 sono state ridotte al fine di aumentare la capacità ospedaliera. Adesso bisogna affrontare gli strascichi di questa situazione e costruire la sanità del futuro".



"L'obiettivo è potenziare la medicina territoriale, andando verso una sanità che metta al proprio centro non più il luogo di cura ma il paziente stesso – ha sottolineato il sottosegretario alla Salute Pierpaolo Sileri – Questo processo doveva partire tempo fa, ma non si è mai realizzato efficientemente e totalmente, tanto che, come hanno mostrato gli anni della pandemia, ci siamo ritrovati con ospedali con meno posti letto e una medicina territoriale sguarnita, soprattutto in alcune regioni. Case della Salute, distretti, Ospedali di Comunità saranno i punti di riferimento che consentiranno di rispondere alle esigenze di ogni paziente e del suo nucleo familiare con tutte le figure che oggi già sono presenti negli ospedali, con un approccio all'insegna della multidisciplinarietà. Non è una sanità di periferia, ma una sanità costruita intorno al paziente, il quale si trova al centro di questo sistema: una vera e propria "sanità a casa". Quando invece servirà un'alta intensità di cura, si farà ricorso all'ospedale, che permetterà di dare risposte più complesse".

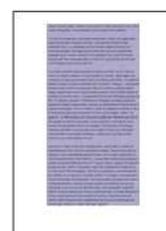
"Il Covid ha riconfermato l'importanza della presa in carico e di raggiungere i target ottimali delle principali cronicità – ha evidenzia Claudio Cricelli, presidente Simg – Le patologie croniche rendono fragili non solo per le consuete patologie, ma peggiorano gli outcomes e gli esiti negativi delle patologie acute. Questo riconferma la necessità di una nuova ed evoluta versione del Piano Nazionale delle cronicità e di una profonda riforma delle Cure Primarie prima e al di là del Pnrr".

"Una parte crescente della popolazione italiana (nel 2021 il 6,5%, oltre tre milioni di cittadini) presenta un nuovo genere di cronicità: quella legata alla condizione di lungo sopravvivenza dopo una diagnosi di tumore – ha evidenzia Stefano Giordani, direttore scientifico Ass. Onconauti - Bologna – Una frazione



elevata di essi continua a presentare negli anni sintomi invalidanti (dolore, fatigue, disturbi dell'umore e piccoli deficit cognitivi) e ha un rischio elevato di recidive o di secondi tumori. L'Associazione Onconauti di Bologna propone dal 2011 un metodo innovativo di Riabilitazione Integrata oncologica basato su trattamenti integrati mente-corpo, interventi su alimentazione e attività fisica e supporto psicologico, che si è rivelato in grado di migliorare la qualità di vita e il reinserimento lavorativo dei pazienti in follow up oncologico. Inoltre - ha aggiunto - la Teleoncologia può consentire di effettuare interventi sullo stile di vita capillari sul territorio nazionale, a costi contenuti, contribuendo così a rendere più sostenibile il follow up oncologico. Gli interventi di Oncologia Integrata sullo stile di vita dei pazienti oncologici in follow up, contemplati ormai da tutte le linee guida scientifiche, costituiscono una delle priorità ancora in gran parte disattese del Ssn”.

Ogni anno in Italia vi sono circa 150mila infarti, mentre oltre 1,5 milioni di ospedalizzazioni sono dovute a scompenso cardiaco. Proprio di scompenso cardiaco vi sono oltre 600mila diagnosi l'anno, ma il numero cresce fino a 3 milioni considerando le forme latenti e, a causa delle continue riacutizzazioni, i pazienti arrivano ad effettuare fino a 6-7 ricoveri all'anno, spesso con degenze di lunga durata. Inoltre, la mortalità è molto alta, interessando a distanza di 4-5 anni circa il 50% dei pazienti. "Nel Pnrr al momento ci sono delle priorità ben definite, tra cui figurano le malattie infettive, l'oncologia, le neuroscienze, mentre le patologie cardiovascolari, che costituiscono una delle prime cause di ospedalizzazione e decessi è messa insieme alle malattie croniche non trasmissibili e non ha una sua identità chiara – ha commentato Francesco Fedele, direttore Dipartimento Scienze Cardiovascolari Università Sapienza di Roma- Questo provoca anche problemi di accesso a device e medicine, mentre i piani terapeutici sono caratterizzati da una burocrazia farraginoso, che allunga i tempi con i relativi rischi per i pazienti”.





Dir. Resp. Marco Tarquinio

IL PRESIDENTE DI AIL

«Con la leucemia ora va contrastato anche l'isolamento»

IGOR TRABONI

Molte vite ricominciano dalla ricerca: sotto questo slogan l'Ail ha appena celebrato la Giornata nazionale contro leucemie, linfomi e mieloma, nel segno di un impegno che però non è solo quello di un giorno.

«I 15mila volontari Ail – sottolinea subito il presidente nazionale Pino Toro – sono attivi 365 giorni l'anno accanto a malati soli, fragili, a rischio di interruzione delle terapie. E lo sono stati anche e soprattutto durante i due anni di pandemia, insieme ai medici, come abbiamo rappresentato anche al presidente della Repubblica Mattarella che lunedì ci ha ricevuti in delegazione al Quirinale. Non a caso l'Ail ha realizzato una Scuola nazionale del volontariato, formando oltre 60 psi-

cologi che a loro volta continuano a formare i volontari. Perché il volontario ha dalla sua tanta disponibilità ed entusiasmo, ma quando si tratta di stare accanto a persone fragili e con malattie particolari bisogna essere preparati e all'altezza anche con conoscenze sul piano scientifico e psicologico».

Grazie alle campagne e alle raccolte fondi di Ail, la ricerca sta portando a novità terapeutiche destinate a rivoluzionare la cura dei tumori del sangue e ovviamente a migliorare la vita dei pazienti ematologici: «Ail è da sempre vicina alle ematologie – riprende il presidente Toro – e la nostra prima missione è proprio la ricerca. Siamo presenti nei reparti e nelle università con centinaia di borse di studio, sostenendo altrettante sperimentazioni cliniche. È un momento di testimonianza, e non solo di aiuto, perché poi le istituzioni devono fare la loro parte per sostenere questo modello di welfare che il nostro fondatore Franco Mandelli ha

messo in piedi 50 anni fa con lo slogan a lui caro – «Curare è prendersi cura» – a cui ora stiamo aggiungendo «per una sanità a misura d'uomo».

Ail sostiene anche la Fondazione Gimema (Gruppo italiano malattie ematologiche dell'adulto) che promuove la ricerca indipendente lavorando per identificare i migliori standard diagnostici e terapeutici per le malattie ematologiche e che, grazie a borse di studio e contratti, contribuisce alla formazione e all'aggiornamento di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio. Attraverso il Ginema, Ail ha quindi scelto di cooperare con i centri di ricerca e di dare accesso ai dati, così come di operare in modo tale che i pazienti possano accedere a farmaci innovativi, attraverso la partecipazione a trial clinici.





Dir. Resp. Marco Tarquinio

Sulla frontiera la ricerca è donna

Marianna Cosentino e Barbara Peruzzi vincono un concorso scientifico tra 23 Paesi per la medicina rigenerativa. Con lavori pionieristici

ALESSANDRA TURCHETTI

Ancora l'Italia protagonista della ricerca scientifica e, questa volta, il riconoscimento si tinge di rosa: Marianna Cosentino e Barbara Peruzzi, due giovani ricercatrici tra 160 candidati internazionali, hanno vinto con i loro progetti la 9° edizione delle Fellowship di Ibsa Foundation. In particolare, i progetti di ricerca selezionati sono stati premiati nella categoria speciale dedicata alla medicina rigenerativa, un ambito in continuo fermento negli ultimi anni che, in diversi casi, ha condotto a terapie innovative ed efficaci sull'uomo per molte patologie, lavorando sulla possibilità di riparare e rigenerare organi e tessuti.

Il riconoscimento, con borse di studio del valore di 30mila euro, va ogni anno a giovani sotto i 40 anni provenienti dai laboratori di tutto il mondo: in questa edizione le candidature sono arrivate da 23 Paesi, con il doppio di donne rispetto agli uomini.

Abbiamo chiesto alle due vincitrici italiane di raccontarci la loro storia, e il ritratto che ne esce è incoraggiante. «Ho 29 anni e mi sono laureata in Biotecnologie farmaceutiche – comincia **Marianna Cosentino**, proveniente dall'Università La Sapienza di Roma –. Dopo la laurea ho fatto un'importante esperienza lavorativa a Los Angeles nell'ambito dell'ingegneria tessutale per poi rientrare con un post-dottorato nel laboratorio della sezione di Istologia ed embriologia medica della Sapienza guidato da Antonio Musarò».

Il suo progetto mira all'utilizzo di un tessuto muscolare ingegnerizzato vascularizzato come *patch* cardiaco, una "pezza" per la riparazione del cuore infartuato. «Trae origine dagli anni del





mio dottorato di ricerca – spiega – in cui abbiamo ottenuto da tessuto muscolare scheletrico di topo un costrutto tridimensionale che, sotto stimolazione meccanica, si rimodella verso quello cardiaco. Vogliamo ora vedere come si comporta nelle lesioni dei topi infartuati e, parallelamente, riproponiamo il modello di studio utilizzando le staminali pluripotenti indotte (Ips) ottenute da cellule umane, ad esempio la pelle. È importante ricordare che il cuore adulto non si rigenera facilmente dopo una lesione, per questo le ricerche si sono concentrate negli ultimi anni sul trapianto cellulare e sugli approcci di ingegneria tissutale».

Testando e trapiantando diversi tipi di cellule con questo fine, è stata constatata però la loro difficoltà a stabilire connessioni con i cardiomiociti residenti, pertanto si è fatta strada l'ipotesi di provare a costruire un tessuto cardiaco con proprietà morfo-funzionali simili a quelle del muscolo in vivo. «Con questa ricerca, in collaborazione col Stem Cell Research Institute di Leuven, cerchiamo prove perché X-Met – questo il nome del tessuto da Muscle Engineered Tissue, ndr – possa diventare uno strumento efficace della medicina rigenerativa», conclude la ricercatrice. Non è un mistero che è stato difficile arrivare sin qua: «La strada della ricerca – spiega Marianna Cosentino – è molto attraente e questo fa andare avanti, diciamo che ho sentito il precariato soprattutto dopo il dottorato, ma mi auguro di trovare altro per stabilizzarmi definitivamente», confida.

Bella anche la seconda storia, quella di **Barbara Peruzzi**, che lavora presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e si occupa di differenziazione osteogenica. «Ogni giorno sono grata per il mestiere che faccio, che è uno dei più belli al mondo – esordisce –. Ho 40 anni e sono tra i meno giovani fra i premiati. Sono laureata in Biotecnologie mediche e cellulari, grazie al dottorato e poi a una borsa di studio ho cominciato a interessarmi, nell'ambito dei tumori ossei dell'età pediatrica, alla "meccanobiologia", ovvero a tutto quello che dipende dai segnali di tipo meccanico sul nostro organismo. Questo tema per sua natura è necessariamente trasversale, così ho potuto occuparmi a 360 gradi delle patologie dell'infanzia».

Il progetto premiato in-

tende indagare gli effetti mediati da stimolazioni meccaniche combinate sulla matrice generata dalle cellule stromali mesenchimali. «Le cellule in coltura – spiega – producono una matrice intercellulare che si può utilizzare come impalcatura per ricreare il tessuto di interesse ma, *in vivo*, sappiamo che i microambienti hanno specifiche proprietà biologiche e biofisiche perché sottoposti a stress meccanici, ad e-

sempio a causa di un processo infiammatorio o per la massa di un tumore. È nostra intenzione, dunque, ricreare queste condizioni in laboratorio sottoponendo a stimoli meccanici combinati le cellule stromali mesenchimali umane che fabbricano la matrice».

In questo modo, aggiunge Barbara Peruzzi, vorremmo «aprire la porta a possibili applicazioni di ingegneria tissutale su misura per il paziente e per la medicina rigenerativa perché la somiglianza biologica di queste matrici alle loro controparti in vivo permetterebbe di produrre microambienti personalizzabili in un ambiente controllato».

Un percorso difficile...«Tuttora non sono strutturata ed è stato sempre complicato avanzare in questo mondo – conclude –, per di più come donna e madre. Ma alle mie figlie insegno che, pur tra mille incertezze, faccio un mestiere nobile, dove occorre dare il massimo e la gratificazione è così tanta che gli ostacoli passano veramente in secondo piano. Mi ritengo molto fortunata».

In sintesi

1

In 160 al concorso internazionale per borse di studio da 30mila euro. Il successo a due italiane che lavorano alla Sapienza e al Bambino Gesù

2

Marianna Cosentino ha 29 anni, è laureata in Biotecnologie farmaceutiche e ha già un'esperienza professionale a Los Angeles

3

Barbara Peruzzi è scienziata e mamma, si occupa di differenziazione osteogenetica e «meccanobiologia», tema comune alle malattie pediatriche



Droni come «ambulanze» del Servizio sanitario nazionale

di **Ruggiero Corcella**

Il Servizio sanitario nazionale potrebbe diventare il primo sistema sanitario pubblico a utilizzare stabilmente i droni all'interno della propria organizzazione, a livello mondiale.

L'Istituto superiore di sanità sta infatti portando avanti un progetto sperimentale che prevede in particolare il trasporto di oggetti come unità di sangue o di plasma, medicine e, in futuro, anche di organi per i trapianti.

«L'obiettivo e l'ambizione di questo progetto è di riuscire a utilizzare una parte del nostro territorio come un enorme laboratorio di test, per poter validare un sistema che usa i droni in quelle situazioni in cui è conveniente farlo» spiega Francesco Gabrielli, direttore del Centro nazionale per la Telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Iss.

Quali sono queste situazioni? «Il raggiungimento di comunità isolate in zone con difficile acces-

so stradale, ad esempio. Oppure problemi di particolare urgenza per i quali è consigliabile utilizzare un drone per essere più veloci o, ancora, laddove non sia possibile il trasporto su gomma per qualsiasi motivo», risponde Gabrielli.

Fino a poco tempo fa, questo scenario poteva soltanto essere immaginato a causa delle limitazioni che l'uso dei droni ancora incontrava. A partire dalle condizioni atmosferiche, fino al peso del carico trasportabile, alla velocità e all'autonomia di volo.

«Ora questi limiti sono stati praticamente tutti superati da alcune società che si occupano di costruire droni d'avanguardia, tra cui una italiana e una israeliana con la quale abbiamo stabilito una partnership» dice Gabrielli. «Abbiamo ben chiaro cosa dobbiamo fare e come vogliamo farlo,

ora dobbiamo capire dove».

Al momento, l'unica area candidata è il Veneto dove esistono le infrastrutture in uno stadio avanzato di sviluppo per l'utilizzo di droni nel monitoraggio dei lavori e del traffico sulla rete viabilistica. «Vogliamo sperimentare sul terri-

torio per due motivi: primo perché questi nuovi droni devono essere testati sul campo per avere le autorizzazioni al volo da parte delle autorità. Secondo perché, e qui entra in gioco il Centro nazionale di Telemedicina, dobbiamo adeguare il sistema sanitario così da includere anche questa modalità di trasporto che non sostituirà ma si aggungerà alle altre già esistenti. E questo non l'ha mai tentato nessuno nel mondo.

«La parte più complessa in assoluto del progetto è proprio quella organizzativa».

La scelta del Veneto dipenderà anche dalla risposta del territorio.

Un progetto di questo tipo, infatti, ha anche bisogno di una buona «accoglienza» da parte delle comunità attraversate dalle rotte dei droni. Proprio l'accettazione sociale è stata individuata come una delle maggiori criticità di un servizio di trasporto con i droni in Italia (insieme alla carenza di un quadro normativo preciso e ai limiti tecnologici legati alla capacità di trasportare carichi pesanti), dalle indagini annuali svolte dall'Osservatorio Droni della School of Management del Politecnico di Milano.

Durante la sperimentazione i droni saranno messi alla prova sia in situazioni di emergenza sanitaria sia nel trasporto tra ospedali.

«In base alle conoscenze attuali, tuttavia, penso che i droni siano sfruttabili al meglio più che nelle emergenze, per i trasporti di routine a basso costo complessivo di materiali sanitari che devono es-

sere garantiti in qualunque circostanza. E, in particolare, nelle zone collinari isolate».

Quali sono le tempistiche previste? «Vorremmo iniziare il progetto operativo entro la fine dell'anno. Naturalmente, molto dipende dalla conferma del Veneto come zona di sperimentazione. Altrimenti bisogna ricominciare daccapo e quindi servirà qualche

mese in più», risponde Gabrielli.

Un momento favorevole anche perché «nel 2023 dovrebbe partire U-Space, un sistema di gestione del traffico aereo europeo che consentirà il funzionamento sicuro di un gran numero di droni a bassa quota (soprattutto nelle aree urbane) senza interferire con il traffico aereo», aggiunge Roberto Calvi, pilota istruttore di droni che parteciperà alla sperimentazione.

Dal punto di vista economico, per riuscire a realizzare progetti di questo tipo la strada che si intende percorrere è quella del partenariato tra pubblico e privato. «È impensabile fare diversamente. Anzi direi che il nostro potrebbe essere un ottimo esempio pratico di come si può fare partenariato pubblico-privato in modo nuovo.

«Le organizzazioni pubbliche sanitarie, sempre mantenendo la massima trasparenza e correttezza, devono trovare il modo di collaborare con i privati in una logica non del fornitore al massimo ribasso ma del partner a cui va dato il giusto compenso anche nella fase di co-progettazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Predire l'effetto dei farmaci

Predire su pazienti affetti da melanoma l'efficacia terapeutica di farmaci, anche sperimentali, anche non necessariamente disegnati per quello specifico tumore, utilizzando parti dello stesso tessuto neoplastico (organoide) è il focus su cui sta lavorando, in collaborazione con diversi Istituti associati, il Working Group (WG) Melanoma di Alleanza Contro il Cancro, la Rete Oncologica Nazionale fondata dal Ministero della Salute presieduta da Ruggero De Maria. «Predire un percorso terapeutico significa da un lato far guadagnare tempo prezioso al paziente evitandogli terapie che non funzionerebbero e dall'altro risparmiare ingenti risorse dirottabili altrove -

spiega Giandomenico Russo, coordinatore del WG - La sempre maggiore disponibilità di terapie nel prossimo futuro rende questo progetto particolarmente importante. La coltura organoide, modello innovativo in uso nella ricerca biomedica, che riproduce in vitro la struttura tridimensionale di organi e tessuti umani, ha sostituito quella cellulare «che non consentiva di riproporre condizioni di sperimentazione attendibili a causa dell'assenza di microambiente nativo costituito da altre popolazioni cellulari (immunitarie, collagene, fibroblasti)».

Gli Istituti coinvolti (IRCCS di Roma, Milano, Bari, Meldola) stanno applicando quattro differenti tecnologie

di tipo organoide «per individuare la soluzione migliore. «Nella prima - spiega Russo - il tessuto viene imbevuto in particelle di collagene; nella seconda è posizionato in una camera micro-fluidica dove vengono somministrate sostanze differenti; nella terza vengono mescolate cellule della cute con quelle tumorali; nella quarta viene utilizzato un bioreattore - sorta di cilindro rotante - dove le cellule cancerogene vengono fatte crescere affinché si stabilizzino con quelle accessorie. Non potendole coltivare più di una decina di giorni, vi è la necessità di trattarle farmacologicamente con i vari protocolli esistenti in quel momento per il melanoma o anche non specificamente di-

segnati per la cura di questa patologia». «Lo studio - commenta De Maria - è fondamentale in quanto utilizza una serie di nuove tecnologie per sviluppare rapidamente terapie personalizzate e molto più efficaci».



Pandemia d'estate

Covid, in aumento anche i ricoveri Chiriatti: "Usate la mascherina dove non c'è distanziamento"

di **Clemente Pistilli**

I contagi nel Lazio sono tornati ad essere tanti e a generare preoccupazione. Ieri ne sono stati registrati 6.593, appena 956 in meno del giorno precedente, e 3.912 solo a Roma. A creare inquietudine c'è poi il dato che tornano a crescere anche i ricoveri, compresi quelli in terapia intensiva, e i decessi. E non c'è da aspettarsi nulla di buono nei prossimi giorni. «C'è un nettissimo aumento di casi e sicuramente, a causa dei tamponi fai da te, è anche sottostimato. Ci aspettiamo un picco nei prossimi 10-15 giorni e poi la curva dovrebbe calare», afferma Alberto Chiriatti, vice segretario regionale della Federazione italiana medici di medicina generale.

Il tasso di positività è elevato, ha raggiunto il 22,5% e lo stesso assessore regionale alla sanità, Alessio D'Amato, ha raccomandato l'utilizzo della mascherina «dove non è possibile garantire il corretto distanziamento». Stessa raccomandazione che fa chi, come Chiriatti,

dall'inizio della pandemia è in prima linea, essendo anche uno dei medici di base che ha effettuato il più alto numero di vaccinazioni. «La mascherina – sostiene – va portata il più possibile nei luoghi chiusi e dove ci sono assembramenti, dai supermercati ai concerti, e possibilmente va indossata la FFP2. Occorre poi proseguire con quelle norme igieniche abbastanza semplici su cui abbiamo fatto affidamento per due anni». Importante però anche il tracciamento: «Se si ha un raffreddore non si può pensare soltanto all'aria condizionata e occorre fare un tampone, rivolgendosi al proprio medico». Le ferie intanto saltano. Chi si trova all'improvviso positivo al Covid vede sfumare il sogno delle agognate vacanze, spesso con volo e hotel già prenotati. Omicron5 continua a non preoccupare troppo i medici, non essendo sinora particolarmente aggressiva, ma i rischi soprattutto per i fragili ci sono. «Stiamo aumentando l'utilizzo dei farmaci antivirali – evidenzia il vice

segretario regionale della Fimmg – ma la quarta dose è opportuna per le categorie previste. Occorrerà poi vedere cosa accadrà a settembre e speriamo per quel periodo di avere un vaccino aggiornato». Per Chiriatti non sarà però necessario che tutti tornino a vaccinarsi. Sarebbe sufficiente, a suo avviso, che lo facessero gli ultra 65enni, i fragili, chi ha particolari patologie e il personale sanitario. «Credo – dichiara il numero due della Federazione – che si arriverà a quello che si fa con l'influenza». Intanto da luglio i medici di base non potranno più disporre autonomamente l'isolamento dei positivi e hanno chiesto alla Regione cosa fare. In estate, come avvenuto negli anni passati, si pensava che i contagi diminuissero e invece sta avvenendo il contrario. Chiriatti allarga le braccia: «Questo è il problema delle varianti e di questo virus maledetto e imprevedibile».

Il bollettino

6593

Nuovi contagi

Solo 956 in meno di martedì

6

Decessi

Tre in più in 24 ore

55

Terapie intensive

Sette posti in più in un giorno



Il caos dei pronto soccorso Nello stesso periodo, boom dei precari. Ritardi sugli esami, carenze nei diversi reparti

Sanità, settemila addetti in meno

Report Cgil sul servizio pubblico nel Lazio: in 17 anni persi medici, infermieri e impiegati

Circa 7.400 dipendenti in meno - tra medici, infermieri e impiegati - rispetto al 2005, diciassette anni fa. Precari in crescita esponenziale. Senso di insicurezza diffuso sul posto di lavoro e conseguenti disservizi. Infine, un dato già noto ma oggi ulteriormente rafforzato: i tempi di attesa per gli esami diagnostici sono fuori controllo. Questo il quadro a tinte fosche del servizio sanitario del Lazio che emerge da un report della Cgil redatto utilizzando i dati del conto annuale dello Stato.

a pagina **2 Pavia**

Sanità, mancano 7mila addetti E sono raddoppiati i precari

Report Cgil. Lunghe attese dei pazienti per gli esami e caos nei pronto soccorso

Circa 7.400 dipendenti in meno - tra medici, infermieri e impiegati - rispetto al 2005, diciassette anni fa. Precari in crescita esponenziale. Senso di insicurezza diffuso sul posto di lavoro e conseguenti disservizi. Infine, un dato già noto ma oggi ulteriormente rafforzato: i tempi di attesa per gli esami diagnostici sono fuori controllo.

Questo il quadro a tinte fosche del servizio sanitario del Lazio che emerge da un report della Cgil redatto utilizzando i dati del conto annuale dello Stato e, per il 2022, quelli delle singole Asl. Una rappresentazione aggiornata, dunque, che conferma l'emergenza del pronto soccorso raccontata dall'inchiesta del nostro giornale: l'ultima storia in ordine di tempo ha un sapore macabro, con una paziente che, per un alluce rotto, si trova a sostare nel pronto soccorso del San Camillo e a scoprire che uno dei

suoi vicini di barella era morto. Situazione sconcertante, ma i disagi non sono rari.

A incidere, a detta degli addetti ai lavori, è un dato di fatto: le condizioni di sotto organico del personale. Se nel 2005 i dipendenti a tempo indeterminato erano 54.718, nel 2022 sono scesi a 47.280. Di contro, è schizzata la precarizzazione del personale: dalle 1.741 unità del 2015 alle 3.660 attuali. Tutto ciò nonostante nel computo vadano ricomprese le assunzioni straordinarie effettuate nel periodo di maggiore crisi della pandemia, pari a 8.500, di cui quattromila a tempo temporanee. Al momento della proroga di questi rapporti di lavoro a tempo al 31 dicembre 2022, l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato, aveva insistito sull'importanza della stabilizzazione: «La stagione post-Covid - aveva detto - deve essere caratteriz-

zata da contratti a tempo indeterminato e il governo deve adottare tale riforma. È inoltre necessario rivedere il parametro della spesa del personale fermo a 17 anni fa. Una vera e propria era geologica che non ha giustificazione. Non dobbiamo disperdere queste risorse preziose per tutto il sistema ma valorizzare le professionalità acquisite eliminando la precarietà».

L'insufficienza della forza lavoro e le instabilità contrattuali, naturalmente, si riverberano sulle prestazioni. Nello scorso mese di maggio, il 32 per cento delle richieste di esami diagnostici a breve termine, ossia da effettuare entro dieci giorni, non è stato assolto entro i tempi previsti. Quasi una persona su tre,



dunque, si è dovuta mettere in attesa. E per di più il dato va interpretato, come precisa il segretario della Cgil di Roma e del Lazio Natale Di Cola: «Non viene conteggiato chi, sapendo di non poter fare l'esame a breve, rinuncia e decide di rivolgersi al settore privato. Se controlliamo le liste d'attesa di oggi (il 22 giugno, ndr), il 75 per cento delle richieste di Tac all'addome viene soddisfatto. Dando un'occhiata ai numeri, emerge che ne vengono realizzate 400, ma dubito che questa sia la reale domanda in tutta la regione».

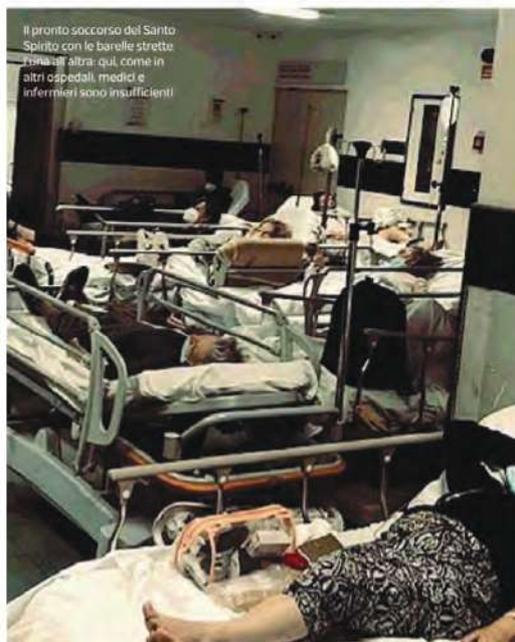
Il sindacalista sottolinea l'importanza di aumentare il numero dei dipendenti: «Occorrono diecimila assunzioni. Altrimenti, il servizio sanitario non potrà vincere le sue tre grandi sfide: l'emergenza pandemica, la riduzione delle liste di attesa e il miglioramento della sanità territoriale con le strutture del Pnrr».

Maria Rosa Pavia
mpavia@rcs.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA

32% 3660

delle richieste di esami diagnostici a breve termine (10 giorni) a maggio non è stato assolto

i contratti a termine nella sanità del Lazio: nel 2015 erano 1.741, meno della metà



Il pronto soccorso del Santo Spirito con le barelle strette. In alto: un'altra: qui, come in altri ospedali, medici e infermieri sono insufficienti

