



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

27 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



Concorso all'Asp di Trapani, al via le istanze per 41 assunzioni

L'estratto del bando è stato pubblicato sulla GURI-Serie Speciale Concorsi: il termine di presentazione scadrà il 24 luglio 2022

27 Giugno 2022 - di [Redazione](#)

TRAPANI. Ci sarà tempo fino al 24 luglio 2022 per candidarsi al concorso per 41 posti della dirigenza sanitaria e tecnica all'Asp di Trapani. L'estratto del bando, infatti, è stato pubblicato sulla **GURI-Serie Speciale Concorsi** del 24 giugno.

La delibera n. 654 del 13 maggio 2022 a firma del commissario straordinario **Paolo Zappalà** (*nella foto*) mette a concorso:

08 di dirigente medico di Medicina legale

06 di dirigente medico di Oncologia Medica

08 di dirigente medico di Patologia Clinica

11 di dirigente medico di Neonatologia

02 di dirigente medico di Nefrologia

05 di dirigente Farmacista

01 di dirigente Analista



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Le istanze di partecipazione devono essere compilate e inviate per via telematica, a pena di esclusione, utilizzando la piattaforma informatica dell'Asp di Trapani e seguendo le relative istruzioni. Il testo integrale dell'avviso è pubblicato nella GURS n. 8 del 27 maggio 2022 ed è scaricabile dal sito internet dell'azienda (www.asptrapani.it).

Tutte le informazioni riguardanti la procedura potranno essere richieste tramite la piattaforma concorsi <http://asptrapani.selezionieconcorsi.it>. Per informazioni sul bando gli aspiranti potranno rivolgersi presso l'U.O.C. Risorse umane- ufficio procedure concorsuali e dotazione organica- dell'ASP di Trapani, via Mazzini, 1- Trapani, tel. 0923/805251 (martedì dalle 16 alle 17,30 e giovedì dalle 9,30 alle 12,30).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



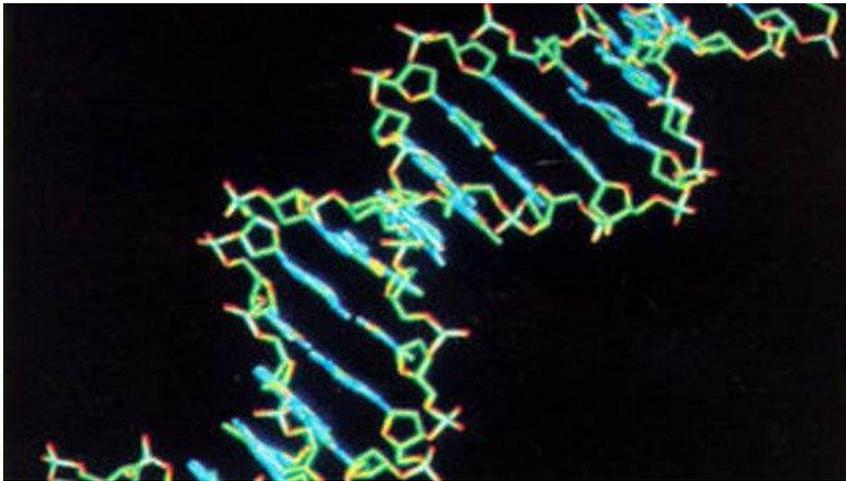
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Tumori solidi Braf V600E mutati, ok dell'Fda a combinazione di terapie

27 Giugno 2022



(ANSA) - ROMA - Svolta nella cura del cancro. La Food and Drug Administration (FDA) ha approvato l'uso combinato di dabrafenib (Tafinlar) più trametinib (Mekinist) per il trattamento di pazienti adulti e pediatrici di età pari o superiore a 6 anni con tumori solidi non resecabili o metastatici con una mutazioneUna decisione che rivoluziona il mondo della pratica clinica e che di fatto riconosce l'esistenza del 'BRAFOma' cioè - come spiega Giuseppe Palmieri, past president IMI - Intergruppo Melanoma Italiano, professore ordinario oncologia medica all'Università di Sassari, che ha partecipato alla scoperta di questo gene e per primo ha studiato questa mutazione e le sue implicazioni - "un bersaglio da trattare con le terapie a prescindere dal tipo di tumore solido". Le mutazioni BRAF sono state identificate come fattori trainanti di crescita in più di 20 diversi tipi di tumori solidi, compresi i tipi di cancro rari. "Oggi



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sappiamo - afferma Palmieri - che la variante V600E è responsabile fino al 90% dei tumori con mutazione BRAF." In questo contesto dabrafenib/trametinib è la prima e unica combinazione di inibitori BRAF/MEK ad essere approvata con indicazione tumore-agnostica ed è l'unica combinazione di inibitori BRAF/MEK approvato per l'uso in pazienti pediatrici. "Una decisione storica", commenta Palmieri che aggiunge: "nei nostri studi abbiamo sempre sostenuto che si potesse trattare la mutazione e non il tumore. Malgrado sapessimo che BRAF V600E fosse tipico del melanoma eravamo convinti che potesse essere in assoluto un marcatore bersaglio di terapie e che anche altri tumori solidi potessero beneficiare degli stessi successi terapeutici." Di qui l'appello: "Come IMI - conclude - vista la nostra esperienza, ci auguriamo che EMA e AIFA recepiscano a breve questa decisione e che il test BRAF diventi un passaggio diagnostico di routine per consentire una nuova opzione per il trattamento a tutti i pazienti con tumori solidi".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Ente medici, 5.000 euro per i figli universitari di iscritti

27 Giugno 2022



(ANSA) - ROMA, 27 GIU - L'Enpam, l'Ente di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri, "accompagna negli studi universitari i figli particolarmente meritevoli dei medici e dei dentisti iscritti, riconoscendo loro un sussidio di 5.000 euro l'anno" da utilizzarsi "presso uno dei 53 collegi di merito sparsi in tutta Italia", oppure, "agli universitari in Medicina od Odontoiatria del V e VI anno, che a loro volta" si sono associati alla Cassa pensionistica privata. Lo si legge sul sito dell'Ente, in cui si precisa che "il bando riguarda le strutture residenziali riconosciute dal ministero dell'Università, distribuite fra Bari, Bologna, Brescia, Catania, Genova, Milano, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Perugia, Pavia, Roma, Torino, Trieste e Verona (l'elenco completo è consultabile qui). Su www.enpam.it tutte le informazioni per presentare la domanda fino a mezzogiorno del prossimo 10 ottobre.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Vaiolo delle scimmie. Oms: “Non è emergenza di sanità pubblica”. Ma il fenomeno dovrà essere monitorato. No allo stigma verso LGBTQI+

Dall'inizio di maggio 2022 sono stati segnalati all'Oms 3040 casi da 47 Paesi. La trasmissione si sta verificando in molti Paesi che non avevano mai segnalato casi di vaiolo delle scimmie, e il maggior numero di casi è attualmente segnalato dai Paesi della Regione europea dell'Oms. Questo quanto emerso dalla riunione del Comitato d'emergenza dell'Oms. Presentata anche una bozza del "Piano strategico dell'Oms per il contenimento dell'epidemia di vaiolo delle scimmie in più Paesi".



27 GIU - Il vaiolo delle scimmie non verrà classificato come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (Public Health Emergency of International Concern - PHEIC). Tuttavia il fenomeno dovrà essere "attentamente monitorato" e si dovranno adottare alcune misure di prevenzione e contrasto. C'è poi preoccupazione per il potenziale aggravamento della stigmatizzazione e lesione dei diritti, come quello alla privacy, di comunità particolarmente colpite come quella LGBTQI+.

Questo quanto emerso dalla riunione del Comitato d'emergenza dell'Oms.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Durante la presentazione della situazione epidemiologica globale, si è sottolineato che dall'inizio di maggio 2022 sono stati segnalati all'Oms 3040 casi da 47 Paesi. La trasmissione si sta verificando in molti Paesi che non avevano mai segnalato casi di vaiolo delle scimmie, e il maggior numero di casi è attualmente segnalato dai Paesi della Regione europea dell'Oms. I casi iniziali di vaiolo delle scimmie, rilevati in diversi Paesi di varie Regioni dell'Oms, non avevano legami epidemiologici con aree che hanno storicamente segnalato il vaiolo delle scimmie, il che suggerisce che la trasmissione non rilevata potrebbe essere in corso da tempo in quei Paesi. La maggior parte dei casi confermati di vaiolo delle scimmie è di sesso maschile e la maggior parte di questi casi si verifica tra gli uomini gay, bisessuali e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini nelle aree urbane e nelle reti sociali e sessuali raggruppate.

"La presentazione clinica è spesso atipica - spiega l'Oms - con poche lesioni localizzate all'area genitale, perineale/perianale o peri-orale che non si diffondono ulteriormente e un'eruzione cutanea asincrona che compare prima dello sviluppo di una fase prodromica (ad esempio, linfadenopatia, febbre, malessere). Finora sono stati registrati pochi ricoveri ospedalieri e un decesso in un individuo immunocompromesso. Alcune ricerche preliminari hanno stimato che il numero di riproduzione (R_0) è pari a 0,8 e, tra i casi che si identificano come uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, è superiore a 1. Il periodo medio di incubazione tra i casi segnalati è stimato in 8,5 giorni, con un intervallo compreso tra 4,2 e 17,3 giorni (sulla base di 18 casi nei Paesi Bassi). L'intervallo seriale medio è stimato in 9,8 giorni (95% CI 5,9-21,4 giorni, sulla base di 17 coppie caso-contatto nel Regno Unito). Ad oggi, sono stati segnalati 10 casi di infezione tra gli operatori sanitari, di cui almeno nove non professionali".

Presentata anche una bozza del "Piano strategico dell'Oms per il contenimento dell'epidemia di vaiolo delle scimmie in più Paesi". Il piano sottolinea la necessità di adottare un approccio rafforzato, agile e collaborativo, con particolare attenzione alla sensibilizzazione e alla responsabilizzazione dei gruppi di popolazione colpiti affinché adottino comportamenti sicuri e misure protettive in base ai rischi che corrono, nonché all'arresto dell'ulteriore diffusione del vaiolo delle scimmie all'interno di tali gruppi di popolazione.

Sono state inoltre presentate le linee guida tecniche, offerte ai Paesi a sostegno dei loro sforzi per rispondere a questo evento, che ruotano attorno a: sorveglianza rafforzata; isolamento dei casi; identificazione e monitoraggio dei contatti; rafforzamento delle capacità diagnostiche e di laboratorio; gestione clinica e misure di prevenzione e controllo dell'infezione all'interno dei contesti sanitari e comunitari, compresi i percorsi assistenziali; impegno con i gruppi di popolazione colpiti e comunicazione efficace per evitare la stigmatizzazione; percorsi assistenziali solidi, compreso l'uso di contromisure mediche nell'ambito di contesti di ricerca collaborativi, utilizzando strumenti di raccolta dati



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

standardizzati per aumentare rapidamente la generazione di prove sull'efficacia e la sicurezza di questi prodotti.

Il Comitato ha discusso le questioni chiave relative all'epidemia, tra cui: le attuali osservazioni di un plateau o di una potenziale tendenza alla diminuzione del numero di casi in alcuni dei Paesi in cui l'epidemia si è manifestata all'inizio; la necessità di comprendere meglio le dinamiche di trasmissione; le sfide legate alla rintracciabilità dei contatti, in particolare a causa dei contatti anonimi, e i potenziali legami con i raduni internazionali e gli eventi LGBTQI+ Pride che favoriscono maggiori opportunità di esposizione attraverso incontri sessuali intimi; la necessità di una valutazione continua degli interventi che sembrano aver avuto un impatto sulla trasmissione; l'identificazione di attività chiave per la comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità, lavorando in stretta collaborazione con le comunità colpite per sensibilizzare sulle misure di protezione personale e sui comportamenti da adottare in occasione di eventi e raduni imminenti; la necessità di valutare l'impatto dei diversi interventi, compresa la valutazione delle strategie di vaccinazione attuate da alcuni Paesi in risposta all'epidemia, e la disponibilità e l'equità nell'accesso e nella concessione delle contromisure mediche.

Il Comitato si è detto "preoccupato per il potenziale aggravamento della stigmatizzazione e della violazione dei diritti umani, compresi i diritti alla privacy, alla non discriminazione e alla salute fisica e mentale dei gruppi di popolazione colpiti, che ostacolerebbe ulteriormente gli sforzi di risposta". Inoltre, per la protezione della salute pubblica, alcuni membri del Comitato hanno espresso il parere che le leggi, le politiche e le pratiche che criminalizzano o stigmatizzano i comportamenti consensuali tra persone dello stesso sesso da parte di attori statali o non statali creano barriere all'accesso ai servizi sanitari e possono anche ostacolare gli interventi di risposta.

Sebbene alcuni membri abbiano espresso opinioni diverse, il Comitato ha deciso per consenso di consigliare al Direttore generale dell'OMS che in questa fase l'epidemia non costituisce una PHEIC.

Tuttavia, il Comitato ha riconosciuto all'unanimità la natura di emergenza dell'evento e che il controllo dell'ulteriore diffusione dell'epidemia richiede un intenso impegno di risposta. Il Comitato ha consigliato di monitorare attentamente l'evento e di riesaminarlo dopo alcune settimane, quando saranno disponibili maggiori informazioni sulle incognite attuali, per determinare se si sono verificati cambiamenti significativi che potrebbero giustificare una riconsiderazione del proprio parere.

Covid, i ricoverati della nuova ondata: 8 su 10 in intensiva per altre patologie

I rianimatori: molto rare le polmoniti da virus

ROMA Otto su dieci sono lì con il Covid ma per «altro», hanno in media più di 75 anni e, nove volte su dieci, sono vaccinati con almeno due dosi. Una stima basata sul tam tam dei colleghi quella di Antonello Giaratano, presidente della società italiana di rianimazione (Siaarti). La fotografia degli ospedali ai tempi dell'ondata delle ultime versioni di Omicron (4 e 5) è cambiata: «I pazienti che vengono da noi per polmonite da Covid sono molto rari. La grande maggioranza arriva per altre patologie che compromettono le funzioni vitali, ad esempio ictus, ipertensione polmonare, insufficienza cardiaca oppure traumi e interventi. Risultano occasionalmente positivi al tampone e in certi casi il virus della pandemia agisce come quelli dell'influenza. Favorisce gli scompensi di persone già molto fragili». Un fenomeno già sperimentato in questi oltre due anni di Covid. Mai però era stato così evidente.

Massimo Antonelli, direttore del Dipartimento di anestesia e rianimazione del policlinico Gemelli, tratteggia lo stesso quadro: «I ricoveri so-

no limitati e ben distribuiti tra gli ospedali. Il paziente colpito da insufficienza respiratoria grave causata dal Covid non lo vediamo quasi più, in parte grazie alle vaccinazioni che proteggono dai sintomi severi, in parte perché le sottovarianti di Omicron oggi circolanti attaccano raramente i polmoni e si fermano alle prime vie respiratorie». Attualmente al Gemelli sono occupati per Covid sette letti di terapia intensiva. Chi muore? «Pazienti che difficilmente si sarebbero salvati anche se non avessero preso accidentalmente il Covid che comunque a volte dà il suo contributo nel portare allo scoppio degli organi».

L'ultimo malato curato nella rianimazione del Policlinico di Modena per polmonite grave da Covid è passato quattro settimane fa. «Oggi ne stiamo seguendo appena due, ma affetti da diverse patologie croniche, positivi al tampone fatto al pronto soccorso», fa il conteggio Massimo Girardis, direttore della terapia intensiva del Policlinico di Modena che si aspetta un'estate meno difficile: «Nella mia città i

contagi sono 600 al giorno quindi eventuali contraccolpi in termini di ospedalizzazioni li vedremo tra un paio di settimane. Non prevedo particolari emergenze. La situazione è simile in tutta Europa. I colleghi stranieri incontrati nei congressi internazionali si stanno accingendo a riorganizzare l'attività. Non più centri di rianimazione dedicati al Covid, meglio reparti ibridi dove i letti per i pazienti in intensiva sono ricavati all'interno delle specialità competenti. Esempio, chi viene operato di appendicite ed ha l'infezione, dopo l'intervento resta in chirurgia». La pandemia ha costretto a una rivisitazione dei modelli architettonici: «Non più open space — dice Girardis —, ma stanze singole o al massimo doppie, proprio per facilitare l'isolamento dei positivi al Sars-CoV-2 e, in generale, per ridurre l'incidenza delle infezioni batteriche contratte in ospedale». In Lombardia sono 15 i letti occupati da malati con Covid, dei quali la maggior parte arrivata con altre patologie. Giacomo Grasselli, responsabile della rianimazione del Policlinico



di Milano: «È raro vedere polmoniti da virus pandemico, il vaccino senza dubbio protegge dalle forme gravi i fragili. Ora che la curva dei contagi è in rialzo, aumentano le persone in attesa di interventi programmati che, una volta in ospedale, scoprono di essere positive». Quanto si deve aspettare prima di operare? «Siaarti ha pubblicato le indi-

cazioni riprendendo la letteratura internazionali. Intervento non prima di sette settimane purché sia valutato il rapporto rischio-beneficio dell'attesa».

Ieri sono stati 48.456 i nuovi casi di Covid in Italia (l'altro ieri 56.386). Sale così ad almeno 18.234.242 il numero di persone che hanno contratto il virus (compresi guariti e

morti) da inizio epidemia. I decessi sono stati 44 (l'altro ieri 40) per un totale di 168.102 vittime da febbraio 2020.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In reparto

Personale sanitario accanto a un paziente in terapia intensiva in un ospedale del Cremonese: l'80% dei positivi in rianimazione è stato ricoverato per altro (foto Ansa)

I dati

● Secondo le prime stime della Società italiana di rianimazione in questo periodo l'80% dei pazienti in terapia intensiva positivi al Covid, sono stati ricoverati per altre patologie

● Questi ricoverati hanno in media più di 75 anni e in nove casi su dieci risultano vaccinati almeno con due dosi

350
Mila

I nuovi positivi al coronavirus notificati l'ultima settimana in Italia (350.017 per l'esattezza)

59,7
Per cento

L'incremento dei nuovi positivi in Italia nell'ultima settimana rispetto a quella precedente

381
Decessi

Le vittime del Covid in Italia negli ultimi sette giorni (330 quelle della settimana prima)



L'epidemiologo Ciccozzi

«L'incubo Covid finirà nel giro di tre settimane»

CLAUDIA OSMETTI

«Omicron 5 dovrebbe essere l'ultima variante più contagiosa, a meno che non succeda qualcosa di straordinario. E sì, è vero: i sintomi sono leggermente più impegnativi. Ma non c'è niente di cui preoccuparsi». Massimo Ciccozzi è uno che di tabelle e percentuali se ne intende. È il responsabile dell'unità di ricerca (...)

segue → a pagina 13

L'intervista

«Venti giorni e addio Omicron»

Il professor Ciccozzi: «Il modello del Portogallo si ripeterà da noi. In autunno vaccini bivalenti»

segue dalla prima

CLAUDIA OSMETTI

(...) in Statistica medica ed epidemiologia dell'università Campus Biomedico di Tor Vergata, a Roma. La matematica, l'altra faccia della pandemia, Ciccozzi la conosce molto bene. «Chi si ammala, oggi, ha la febbre un po' più alta rispetto a chi si infettava prima e anche un mal di gola di poco più insidioso. Ma entrambi vanno a negativizzarsi nel giro di quattro giorni».

Dottor Ciccozzi, glielo dico subito: oggi diamo i numeri. Inizio io: 48.456 infezioni, 44 morti, l'indice di contagio sopra l'1... Sono quelli del bollettino di ieri. Come facciamo a non preoccuparci?

«Siamo nella stessa situazione del Portogallo un mesetto fa. Adesso lì sta rientrando».

Sì, questo ce l'hanno già spiegato. Ma quando ci lasceremo Omicron 5 alle spalle?

«Dare un arco temporale è impossibile perché Roma non è Lisbona. Tuttavia credo che, ragionevolmente, entro le prossime due o tre settimane anche noi assisteremo a un'inversione nella curva dei contagi. Tenga in considera-

zione, però, che le cifre a cui si riferiva sono sottostimate».

In che senso?

«C'è fino a un 30% di asintomatici che non viene contabilizzato nelle statistiche ufficiali».

Allora ci sono anche i "furbetti" dei test-fai-da-te...

«Appunto. Se li consideriamo possiamo ipotizzare che il prossimo autunno non avremmo un'altra ondata da farci impaurire».

Perché?

«I contagi che registriamo sono nuove infezioni. Questo crea una certa immunizzazione. E poi, tra qualche mese, avremmo più armi».

Cioè i vaccini aggiornati?

«Sì. Ma anche agli antivirali, ai monoclonali. Siamo messi molto meglio di un anno fa».

A proposito dei monoclonali. L'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, fa sapere che le prescrizioni sono cresciute di un terzo. Vuol dire che ci ammaliamo di

più?

«No. Vuol dire che finalmente abbiamo sburocratizzato l'accesso a questi farmaci che sono un'ottima misura di contrasto grazie al coinvolgimento dei medici di famiglia. Lo stesso vale per gli antivirali. È un'ottima notizia».

Per i modelli matematici e la sua esperienza, il Covid scomparirà?

«Probabilmente ci convivremo come con gli altri coronavirus».

Gli "altri" coronavirus?

«Cosa pensa che fosse quando d'estate, prima del 2020, ci buscavamo il raffreddore in pieno agosto?».

Io ho sempre dato la colpa dell'aria condizionata...

«È un errore comune. I coronavirus c'erano anche prima del sars-cov-2».

Ma non ne usciamo più...

«Al contrario. Diventerà endemico e arrivati a quel punto potremo dire a chi se l'è preso, passati i quattro giorni con i sintomi, di abbandonare la quarantena e di uscire con solo la mascherina».

Si parla già ora di abrogare l'obbligo di isolamento. È presto?

«Con i dati di questi giorni, sì. Io consigliereerei di rimettere la mascherina in aereo. Ma quando la curva scenderà sarà un altro discorso».



E i vaccini?

«Da statistico dico che dobbiamo aspettare i numeri di settembre. Sicuramente per gli anziani e i fragili sarà una protezione in più, ma non vedo una vaccinazione di massa come abbiamo fatto l'autunno scorso. Magari un richiamo stagionale».

Il sindacato degli infermieri Nursing-up dice che in cinque giorni i contagi tra i sanitari, che sono vaccinati, sono aumentati del 68%. Come è possibile?

«Magari si sono infettati fuori dall'ospedale. Ma il problema è che i vaccini che ci siamo somministrati (e abbiamo fatto bene) sono tarati sul ceppo "antico" di Wuhan. Non su Omicron».

Quindi Ba 4 e 5 li bucano? Si dice così?

«Si dice così, ma in realtà non lo

fanno. Quei vaccini proteggono poco a livello di contagiosità, ma molto dalla malattia grave e infatti gli ospedali non sono sotto pressione».

Be', insomma. Quasi otto posti letto su cento sono occupati da pazienti Covid, il 2,2% delle intensive...

«Le rigiro la frittata. Sa chi è ricoverato, principalmente, in questo periodo?».

Chi?

«Gli anziani. Cioè quella fascia di popolazione che, anche per tranquillizzarsi, dopo uno starnuto si presenta al pronto soccorso. Non dico che non sia una questione, ci mancherebbe. Però aggiungiamo questo elemento».

In autunno avremmo i vaccini più performanti?

«Moderna ne sta mettendo a punto uno bivalente. Io mi auguro

ci si concentri anche su quelli nasali».

Li stanno studiando gli israeliani, se non sbaglio. Se ne inventano di ogni, quelli. E per fortuna. Ma cosa sono?

«Si tratta di una buona soluzione perché agirebbe dove ce n'è bisogno, nelle narici. Sono una sorta di spray, simile a quello che usiamo per le allergie. Sarebbero più facili da usare».

CONVIVENZA

«Il Covid scomparirà?

Probabilmente ci vivremo, come con gli altri coronavirus. Cosa pensate che fosse quando, prima del 2020, ci buscavamo il raffreddore in agosto? Ora mi auguro ci si concentri sui vaccini nasali»



Massimo Ciccozzi (LaPresse)



IL CASO

Ancora mascherati

Il governo discuterà con sindacati e imprenditori Cgil contraria all'imposizione Negli uffici non basterà più la "chirurgica" obbligo di Ffp2 sotto i due metri di distanza

PAOLORUSSO
ROMA

La crescita dei contagi non vuol saperne di rallentare e ora anche i ricoveri sembrano aver imboccato una salita più ripida. Così con questo quadro epidemiologico difficilmente il 1° luglio nei luoghi di lavoro privati vedremo i lavoratori riporre in tasca l'amata-odiata mascherina. Anzi, quasi sicuramente non saranno nemmeno più liberi di scegliere se indossare le meno ostiche chirurgiche, perché l'obbligo dovrebbe restare e riguardare le più protettive Ffp2, che con il caldo diventano però più dure da indossare per un intero turno di lavoro. Anche se a doverle tenere davanti a naso e bocca non saranno indistintamente tutti i lavoratori e gli esercenti di negozi, bar e ristoranti, ma soltanto coloro che nello svolgere la loro attività non riescano a mantenere la distanza di sicurez-

za. Oggi fissata a un metro, ma che con il ritorno di sempre più lavoratori all'attività in presenza potrebbe essere portata a due metri. Questo perché Omicron contagia non solo con il droplet, le goccioline che emettiamo da naso e bocca tossendo, starnutendo o magari solo parlando, ma anche attraverso l'aerosol, ossia le minuscole particelle che restano per molto tempo nell'aria con il semplice respirare. L'obbligo resterebbe anche per coloro che lavorano a diretto contatto con il pubblico, come baristi, camerieri, sportellisti senza protezione in vetro o plexiglas, ma anche i cuochi o chi comunque maneggi cibo e quant'altro entri poi a diretto contatto con clienti e utenti.

La decisione dovrebbe essere presa già oggi, quando i rappresentanti di imprese, sindacati e governo torneranno a riunirsi per decidere come ag-

giornare i protocolli di sicurezza nei luoghi di lavoro privati, in scadenza il prossimo 30 giugno. Mentre nel settore pubblico fa sempre fede la circolare Brunetta di due mesi fa, che per i travet ha già trasformato l'obbligo in raccomandazione. Anche se da quel che risulta in molti ministeri, enti locali e aziende pubbliche i capi ufficio hanno continuato a chiedere agli impiegati di indossare gli strumenti di protezione. Un modo anche per proteggersi da sgradite ed esose richieste di risarcimento, visto che



LA STAMPA

l'Inail già da tempo ha equiparato il contagio da Covid a infortunio sul lavoro. E lo stesso spauracchio induce alla prudenza i datori di lavoro privati, mentre i sindacati all'ultimo incontro della scorsa settimana sono apparsi divisi, con la Cgil favorevole alla linea dell'auto-responsabilizzazione e le altre sigle per mantenere invece un atteggiamento di maggior prudenza. Certo, anche senza obbligo i datori di lavoro potrebbe chiedere ai propri dipendenti di indossarla, ma senza il «cappello» del protocollo sottoscritto con il governo poco potrebbero davanti a un rifiuto. Anche perché la multa da 400 a mille euro è andata in pensione dal 1° maggio, allo scadere del precedente decreto sulle misure an-

ti-Covid.

Che si vada verso una conferma delle Ffp2 nei luoghi di lavoro del settore privato lo confermano poi i numeri di ieri, con 48.456 contagi contro i 56.386 di sabato, ma rilevati con molti meno tamponi, tanto che il tasso di positività si è impennato di un nuovo 3,4% portandosi così al 25,3%, che è come dire un positivo ogni 4 test eseguiti. E che la curva dei contagi continui a salire lo conferma il confronto con i numeri di una settimana fa, quando di casi se ne erano contati ben 18mila in meno.

A decidere che estate passeremo è però soprattutto la curva dei ricoveri. Che sale in particolare nei reparti di medicina, dove in 10 giorni hanno fi-

nito per essere occupati da pazienti Covid 1.229 letti in più. Un aumento del 28,5% che al momento non desta preoccupazione, visto che ieri il tasso di occupazione dei letti era all'8,6%, ben distante dalla prima soglia d'allarme che è del 15%. Già superata però da tre Regioni: Calabria (con il 16,5%), Sicilia (19,5) e Umbria (19,3). E se anche le altre regioni dovessero arrivare a questi tassi di occupazione il ministero della Salute sarebbe pronto a sfidare l'impopolarità, proponendo il ritorno generalizzato alle mascherine al chiuso. Un dietrofront reclamato ieri a livello nazionale, «per salvare il turismo», anche dall'assessore alla Sanità del Lazio Alessio D'Amato. —

Curva dei ricoveri in salita, soglia d'allarme superata in Umbria, Sicilia e Calabria

La contagiosità di Omicron legata all'aria emessa con il semplice respiro



48.456

Sono i contagi rilevati ieri, in calo rispetto a sabato (56.386), ma con molti meno tamponi

25,3

È la percentuale di positivi, che ha avuto un'impennata del 3,4 per cento

PROTEZIONE NECESSARIA

L'aumento della curva dei contagi potrebbe portare a una prosecuzione degli obblighi per le mascherine



MEDICINA TERRITORIALE

Sanità, mancano
40 mila medici

► RONCHETTI A PAG. 10



OLTRE IL COVID

40 mila dottori o la riforma rimarrà solo una speranza

MEDICINA DEL TERRITORIO *Il provvedimento, approvato dal governo scavalcando le Regioni, non fa i conti con la mancanza di medici e di personale sanitario*

» **Natascia Ronchetti**

Per il ministero della Salute dovranno sanare la fragilità della medicina territoriale venuta a galla, in modo dirompente e traumatico, con la pandemia. Ma per far funzionare le case di comunità e gli ospedali di comunità, l'agnognata cerniera tra strutture ospedaliere e territorio che è il fulcro della riforma sanitaria voluta e approvata dal governo, senza il via libera della Conferenza delle Regioni, serve personale. Ed è qui, in questo nodo cruciale, che si annida il perché di quel no ripetuto con determinazione dalla Campania di Vincenzo De Luca che ha fatto franare tutto, portando il ministro della Salute Roberto Speranza ad agire d'imperio,

con un decreto ministeriale che da tre giorni è legge.

DI CASE di comunità - che sono una evoluzione delle case della salute che il sistema sanitario ha iniziato a sperimentare a singhiozzo all'inizio degli anni Duemila - ne sono previste 1.350. Di ospedali di comunità, con una azione di filtro, per le degenze brevi, se ne dovranno contare 400. Tutto per una spesa di 3 miliardi di euro. Il resto della dote complessiva messa a disposizione con il Pnrr (in tutto 7 miliardi) sarà investita nelle Centrali operative, nelle cure domiciliari, nella telemedicina. Soldi che però servono per realizzare le strutture, non certo per il nuovo personale che dovrà essere reclutato per farle funzionare, sotto l'occhio vigile di Agenas.

E DI PERSONALE - in un sistema sanitario che ne è già

drammaticamente a corto - ne servirà tanto. Da un minimo di oltre 26.500 operatori, tra medici, infermieri, oss, a un massimo di 40mila. Peccato che sul mercato la disponibilità sia ridotta all'osso, dopo anni di errori nella determinazione dei fabbisogni formativi commessi da ministero, Regioni, Università (e ne sanno qualcosa il pronto soccorso, a secco, come sappiamo, di medici specializzati in medicina d'emergenza-urgenza). Poi c'è la questione delle risorse necessarie per assumerlo, quel



personale, dato che i fondi del Pnrr non possono essere utilizzati per la spesa corrente. Il governo assicura che i soldi ci sono, tra il miliardo stanziato con la legge di bilancio dello scorso anno e i 480 milioni previsti dal decreto 40 del 2020 per l'assunzione di 9.600 infermieri di famiglia. Un finanziamento del tutto insufficiente, controbattano le Regioni, secondo le quali servirebbero almeno 2,5 miliardi per far viaggiare la riforma. Basterebbe questo a spiegare il braccio di ferro tra governo e Regioni. Ma c'è di più. Queste ultime chiedono anche che sia assi-

curata una adesione progressiva agli standard previsti. Perché molte partono da zero, dopo oltre un decennio di tentativi – quasi sempre infruttuosi – di collocare nelle case di comunità anche i medici di famiglia. Così oggi lo scenario è a macchia di leopardo. L'Emilia-Romagna dispone già di 124 Case della Salute, il Veneto ne conta 77, la Toscana 76, il Piemonte 71, la Sicilia 55, il Lazio 22. Non c'è nulla, invece, in regioni come la Lombardia, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia, l'Abruzzo, la Puglia e la Campania, oltre che nelle province autonome di Trento e di Bolzano. Sulla carta le case di co-

munità dovranno garantire assistenza 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Assicurando sempre una presenza medica insieme a quella infermieristica. Ma non solo. Dovranno fornire anche il servizio di uno psicologo, di un logopedista, di un fisioterapista. E poi del dietologo, del tecnico della riabilitazione e quando necessario di un cardiologo e di un pneumologo.

PIANO AMBIZIOSO. E i temi sono anche stretti per questa riforma pensata per essere una risposta alla lezione impartita dal Covid, vale a dire una medicina territoriale che funziona come una trincea. Le case di comunità infatti – una ogni 40-50mila a-

bitanti – dovranno essere realizzate entro il 2026. Obiettivo: eliminare gli accessi impropri agli ospedali, prendere in carico, in particolare i pazienti più anziani e le persone affette da patologie croniche. Ma serve il personale. Insomma: la storia si ripete.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I SOLDI INSUFFICIENTI ANCHE LE RISORSE ECONOMICHE

VACCINI, IL G7 NON RISPETTA I PATTI COL SUD



AI PAESI POVERI sono arrivate meno della metà dei 2,1 miliardi di dosi promesse dal G7 mentre è corsa alle forniture 2022 per la variante Omicron e al Wto è stata appena bloccata la sospensione dei diritti di proprietà intellettuale. E nuovi dati pubblicati ieri dall'Imperial College London hanno rivelato inoltre che 599.300 decessi avrebbero potuto essere evitati nel 2021. A sottolinearlo è Oxfam.



Salute pubblica
A sinistra, il ministro Roberto Speranza, titolare della Sanità negli ultimi due governi
FOTO ANSA



Lo scontro

I divieti, la protesta Le due Americhe divise dall'aborto

a cura di Massimo Basile

Il primo doloroso amore di una ragazzina di Dallas. Le cliniche chiuse della Louisiana. I consultori trabocchetto. Il paradiso della California dai mesi contati. Storie da un'America che in tre giorni è piombata indietro di mezzo secolo, da quando la Corte Suprema ha annullato la sentenza 'Roe v. Wade' con cui nel 1973 venne stabilito il diritto all'aborto a livello federale. Per la prima volta in America le donne di oggi hanno meno diritti delle loro madri e delle loro nonne. Il giudice conservatore Clarence Thomas ha promesso che verranno attaccati altri diritti consolidati come il matrimonio tra coppie dello stesso sesso, sancito nel 2015, e la contraccezione, riconosciuta nel 1967. Queste sono le ore, come a Portland, Oregon, in cui sono tornate le marce e devastazioni, come al tempo dei cortei di Black Lives Matter. E della bufera sui

tre giudici supremi scelti da Donald Trump. La Speaker della Camera, Nancy Pelosi, li ha accusati di "aver mentito al Congresso". Sui social gli americani chiedono giustizia. Neil Gorsuch, Brett Kavanaugh e Amy Coney Barrett nelle audizioni al Congresso per la ratifica della loro nomina

avevano promesso di non toccare la 'Roe v. Wade'. Per Gorsuch era un «caso chiuso». Per Kavanaugh un «precedente riaffermato molte volte». Per Barrett la Roe non era un «super precedente ma questo non significa che debba essere rivisto». Il quarto giudice a garantire

l'intoccabilità del principio era stato Samuel Alito. Nel 2006 aveva chiuso la questione definendo la sentenza del '73 «una decisione basata sulla percezione della pubblica opinione». Sedici anni dopo, Alito ha scritto il documento di revoca. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Texas

Laura, incinta a 13 anni e il viaggio in New Mexico

Laura disegnava cuori rossi e palpitanti, fiori selvatici, lei mentre teneva la mano a un ragazzo con il cappellino degli Yankees. Il padre aveva trovato i disegni in un cassetto: la figlia si era innamorata. Per la prima volta. A 13 anni. L'età giusta. Lo Stato, no. Texas. Perché pochi mesi dopo, la ragazzina era rimasta incinta. Il padre, operaio, l'avrebbe portata dal medico ma c'era solo un problema: era settembre. Il Texas aveva appena approvato la legge che vietava gli aborti dopo la sesta settimana. Lì, racconta il *New Yorker*, comincerà il viaggio di migliaia di chilometri, pagato con i risparmi di una vita, per raggiungere uno Stato che accogliesse Laura. No Arkansas. No Oklahoma. Il New Mexico. L'attesa con donne più grandi, la visita dal ginecologo, le pillole colorate. La nausea, le lacrime, il ritorno a casa in silenzio, mentre il fidanzatino, ignaro, le inviava video di TikTok.

Minnesota e Alabama

La corsa per procurarsi la pillola abortiva

Poche ore dopo la sentenza della Corte Suprema, "Just the Pill", no-profit che aiuta a trovare pillole abortive in vari Stati, aveva ricevuto quasi cento richieste. Quattro volte il normale. La pillola abortiva è diventata il mezzo migliore per aggirare i divieti negli Stati conservatori. È autorizzata dalla Food and Drug Administration, composta da due pillole da prendere in 48 ore, per fermare il progesterone. Provoca convulsioni simili a un aborto spontaneo. La pillola arriva per posta dopo un consulto video con il medico, ma in diciannove Stati è diventato illegale. La gente non si arrende: consulta i siti web, anche quelli europei, e prova a farne richiesta. Dal Minnesota, Montana, Wyoming, Texas, Alabama. Migliaia ogni giorno. Le più fortunate hanno un amico in California che, magari, glielo porta. Le altre devono sperare di non farsi beccare. L'alternativa è mettersi in macchina e affrontare un lungo viaggio.



Louisiana

La clinica chiusa dal medico mentre le donne erano in fila

Quando la Corte Suprema ha revocato la "Roe v. Wade", la sala d'attesa dell'Hope Medical Center for Women di Shreveport, Louisiana, era affollata di donne in attesa di abortire o di una visita. Molte erano afroamericane. Kathaleen Pittman, amministratrice della clinica, aveva appena letto sul cellulare la notizia della sentenza. Se c'era un televisore in sala d'attesa, sarebbe comparsa sul sottopancia come "breaking news". «È stata molto dura, davvero molto dura», ha raccontato a un giornale locale. Perché pochi minuti dopo aveva dovuto annunciare alle pazienti che il servizio era terminato. «Non le abbandoneremo – aggiunge Pittman – ma il clima era di incredulità e di dolore». Qui arrivavano dal Texas, dove l'aborto è vietato. La Louisiana è il secondo Stato con il tasso più alto di morte per problemi nelle gravidanze, le donne afroamericane muoiono quattro volte di più delle bianche. Shreveport era un presidio per le persone con pochi mezzi.

New York

Più centri pro-gravidanza che ospedali per abortire

Patricia Clinton stava risalendo la 149ª Strada, nel Bronx, e pensava alla sua decisione di mettere fine a una gravidanza inaspettata. A 29 anni aveva due figli e pochi soldi, un terzo bambino sarebbe stato troppo. Alzato lo sguardo, aveva incrociato le insegne di un edificio: "Emc Pregnancy Center" e "Free Ultrasound". Un poster mostrava una donna con la mano sulla fronte e l'aria sofferta. Clinton entrò nel palazzo. Dopo aver superato la bottega di un tatuatore e un negozio di vestiti, aveva trovato un'altra insegna: "Free Abortion Alternatives", alternative gratuite all'aborto. A New York, santuario liberal, i consultori anti-abortisti hanno superato quelli abortisti, 24 contro 20. Ufficialmente offrono sostegno psicologico, promettono aiuto finanziario, casa, pannolini, salvo poi sparire. «Non affronterai l'aborto da sola», dicono. Clinton ci ha creduto. Ha deciso di non abortire. «Ma da allora - dice al *New York Times* - non ho più ricevuto telefonate».

California

L'offensiva degli Stati liberal per aiutare le donne incinta

California, Washington e Oregon hanno lanciato l'"offensiva della West Coast" per proteggere i diritti riproduttivi. I tre Stati sono attesi da un boom di arrivi di donne provenienti dalla cintura di Stati conservatori dove l'aborto è da venerdì illegale. Ma la California non ha una clinica abortiva in 22 delle 58 contee. E resta un "paradiso" a rischio: se a novembre il Congresso passerà in mano ai conservatori, e tra due anni il presidente degli Stati Uniti sarà repubblicano, sarà più facile approvare un divieto a livello federale. In quel caso la California dovrà arrendersi. E le donne avranno una sola possibilità: volare in Canada. «A quel punto – hanno commentato i tre giudici progressisti, che hanno votato contro la revoca del diritto all'aborto, Sonia Sotomayor, Elena Kagan e Stephen Breyer – il punto di vista del cittadino non avrà più valore. Conterà solo quello finanziario».

I conservatori vogliono attaccare altri diritti
Scontri a Portland
Le storie delle donne colpite dalla sentenza



Poche luci e tante ombre per la "194" "Legge spesso negata o limitata"

Calano ancora gli aborti, nell'anno del Covid più interventi in consultori e ambulatori ma l'obiezione di coscienza in alcune strutture sfiora il 100 per cento

PAOLO RUSSO

Mentre gli Stati Uniti fanno marcia indietro sul diritto delle donne all'aborto in Italia la storica legge 194 del 1978 che l'ha garantito per motivi di salute, economici, sociale e familiari procede a zig zag. Perché un conto è decidere di non portare avanti una gravidanza al Nord, eccezion fatta per il Veneto, un'altra assumere la stessa decisione al Sud.

Ma partiamo dal lato che brilla della medaglia, quello descritto dalla recente relazione al Parlamento del ministro della Salute sull'interruzione volontaria di gravidanza, nota ai più come Ivg. Tanto per cominciare gli aborti in Italia continuano a diminuire e oramai abbiamo tra i tassi di abortività più bassi al mondo. Nel 2020, ultimo dato rilevato, sono stati poco più di 66 mila, il 9,3% in meno dell'anno precedente, un quarto del picco massimo di 234 mila Ivg registrato nel 1983. Ma il calo più importante si è avuto tra le più giovani, le under 20 anni, dove le Ivg sono scese del 18,3%, grazie anche all'offerta gratuita di

anticoncezionali da parte di Regioni come Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Puglia. Aumenta invece la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi a minor rischio complicanze: il 56% è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione rispetto al 53,5% del 2019.

E anche se di poco cala la percentuale degli obiettori dal 67% del 2019 al 64,6% del 2020. Ma Regione che vai situazione che trovi. Infatti nella provincia autonoma di Bolzano esercita il diritto all'obiezione l'84,5% dei ginecologi, in Abruzzo l'83,8%, in Molise l'82,8%, in Sicilia l'81,6%, in Basilicata l'81,4%. Ma in Liguria, Piemonte, Toscana ed Emilia Romagna si sta sotto il 50%. Il minor numero di obiettori lo ha comunque la Valle d'Aosta, dove sono solo il 25%.

Il rovescio meno lucido della medaglia ce lo mostra però un'altra indagine, quella dal nome emblematico «Mai dati», condotta dall'associazione Coscioni, che a 48 anni dalla 194 parla di «una legge ancora incompiuta, boicottata e dimezzata».

Prima di tutto la Relazione ministeriale sottostimerebbe il numero degli obiettori, «perché alcuni di loro lavorano in ospedali dove non

si praticano proprio le Ivg». Insomma, non obiettano perché non c'è nulla da obiettare. Ma andando a puntare la lente di ingrandimento sulle singole strutture, anziché fermarsi ai dati regionali, si scopre che su oltre 180 ospedali e consultori monitorati 31 hanno il 100% di medici e infermieri obiettori, 50 sono oltre il 90% e 80 arrivano comunque all'80%. Insomma, nell'89% delle strutture passate al setaccio l'aborto sarebbe negato o comunque fortemente limitato. «Un quadro che non emerge accorpando i dati per regione come fa il ministero della Salute», spiegano le curatrici dell'indagine, Chiara Lilli e Sonia Montegiove.

Perché permanga un numero così alto di obiettori ce lo spiega una ginecologa che obiettrice non è, Valeria Dubini, presidente Agite, l'associazione dei ginecologi territoriali, ossia dei consultori e vice presidente Sigo, la società scientifica della categoria. «Chi non è obietttore alla fin fine è penalizzato nella carriera, perché finisce per dover praticare solo aborti senza poter svolgere mansioni professionalmente più qualificanti come quelle svolte in sala operatoria. Chi applica una legge dello Stato andrebbe invece valorizzato e favorito nel rico-



LA STAMPA

prive ruoli più qualificanti». Che questo numero alto di obiettori crei ancora ostacoli in diverse aree del Paese lo sottolinea anche Dubini, ricordando che «dove c'è più obiezione le donne finiscono per rivolgersi a strutture meno controllate che mettono a rischio la loro salute».

Ma la pandemia sta cambiando in meglio le cose. «In molte Regioni del Centro-Nord - spiega la dottoressa - sono aumentati gli aborti medici con la pillola abortiva Ru, praticati ora, anziché ne-

gli ospedali, in ambulatori e consultori. Mentre prima era necessario il ricovero di tre giorni o il soggiorno in day hospital, vicini ai punti nascita. E per una donna che deve abortire farlo vicino ad altre donne che girano con il pancione non è il massimo da un punto di vista psicologico».

Passi avanti che, come ricorda sempre la presidente Agite, «non devono però farci dimenticare che non esistono diritti acquisiti quando si parla di donne». Stati Uniti docet. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

66 mila
Sono gli aborti praticati
in Italia nel 2020, con un
calo del 9,3% rispetto
all'anno precedente



La legge 194 è stata istituita nel 1978



IL FINE VITA

IL SUICIDIO ASSISTITO È DIRITTO ALLA VITA

LUCREZIA FORTUNA
LUIGI MANCONI

Nel 2015, la Corte suprema canadese pronunciò parole mirabilmente chiare a proposito del suicidio assistito, collocando la questione all'interno del più generale diritto alla vita. - PAGINA 22



L'INTERVENTO

Il suicidio assistito è diritto alla vita ma quanto pesa il silenzio dello Stato

Da Welby a Englaro fino a "Mario", quelle battaglie che la "Coscioni" ha tolto alla clandestinità. Dalla sentenza della Consulta del 2019 stiamo ancora aspettando che a esprimersi siano le Camere

LUIGI MANCONI, LUCREZIA FONTANA

Nel 2015, la Corte suprema canadese pronunciò parole mirabilmente chiare a proposito del suicidio assistito, collocando la questione della sua ammissibilità all'interno del più generale diritto alla vita: nonché dei principi di libertà e sicurezza, secondo criteri di giustizia sostanziale. Ne derivava l'incostituzionalità del divieto assoluto - assoluto, questo è il punto -, di suicidio assistito. In altre parole, la finalità del divieto non era preservare la vita «a



ogni costo», bensì assicurare che le persone vulnerabili non fossero indotte, da altri o dalla propria stessa disperazione, a darsi la morte in un momento di fragilità e di ridotta o mancata autonomia.

La pronuncia è

fondamentale e costituisce il rovesciamento di tanti stereotipi divenuti senso comune che hanno stravolto il significato del suicidio assistito, quasi fosse una tentazione necrofila e non - come è -, l'unico atto di autodeterminazione possibile in alcune circostanze.

La sentenza della Corte Costituzionale italiana arriva solo il 22 novembre 2019 ed è, senza dubbio, meno innovativa, non affermando un diritto a decidere come e quando morire, ma limitandosi a fissare i presupposti in presenza dei quali l'aiuto offerto al malato irreversibile non è perseguibile penalmente. Dispositivo essenziale è «l'auspicio», espresso «con vigore», che il Parlamento legiferi in materia. Il che, tuttora, non è avvenuto.

Prima e dopo il pronunciamento della Consulta, molte cose sono accadute. In Italia, la prima proposta di legge in materia venne presentata nel 1984 dal socialista Loris Fortuna (già pro-

motore nel 1970, con il liberale Antonio Baslini, della legge sul divorzio). Dovettero passare due decenni prima che la questione diventasse di interesse pubblico. Dapprima grazie a Piergiorgio Welby, il quale, affetto da distrofia muscolare degenerativa e tenuto in vita da un ventilatore polmonare, presentò ricorso d'urgenza al Tribunale di Roma, chiedendo l'autorizzazione al distacco della macchina con sedazione palliativa. Il giudice rigettò la richiesta, affermando che fosse compito del Parlamento approvare una legge sul tema e farsi carico, così, "di interpretare la accresciuta sensibilità sociale e culturale". Il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, cui Welby si era rivolto, si augurava che non finissero con il prevalere «il



silenzio, la sospensione o l'elusione di ogni responsabile chiarimento». Era il settembre 2006 e quel «silenzio» perdura, appena interrotto dall'approvazione alla Camera di un testo che non sembra destinato a superare l'esame del Senato.

Il 20 dicembre dello stesso anno Welby si spense, assistito dall'anestesista Mario Riccio, che procedette alla sedazione continua profonda e al distacco del respiratore e che per questo fu sottoposto a due indagini. Una da parte dell'Ordine dei medici di Cremona, che dispose l'archiviazione, e una da parte del Tribunale di Roma, che pronunciò il non luogo a procedere per il reato di omicidio del consenziente. Riccio non doveva essere punito in quanto aveva agito «nell'adempimento di un dovere». Un'altra vicenda segnò poi la coscienza pubblica. Quella di Eluana Englaro. Il primo ricorso al Tribunale di Lecce è del 1999, ma solo nel 2007 le ragioni dei genitori trovarono accoglimento in una sentenza della Cassazione. Questa riconobbe al giudice la possibilità di autorizzare la richiesta del tutore di chi versi in stato vegetativo permanente di interrompere nutrizione e idratazione artificiali. Due i requisiti richiesti: l'irreversibilità della condizione clinica e la corrispondenza della domanda alla volontà del paziente stesso, dedotta dai suoi convincimenti, dichiarazioni, personalità e stile di vita. Dopo di che furono numerosi i casi analoghi: Giovanni Nuvoli (2007), Walter Piludu (2016), Fabiano Antoniani (2017), Davide Trentini (2017), Fabio Ridolfi (2022) e «Mario» (Federico Carboni) (2022). Mentre quest'ultimo, dopo un tormentato iter otteneva, primo in Italia, l'accesso al suicidio assistito, Fabio Ridolfi doveva ricorrere alla sedazione continua profonda, così come l'ex presidente della Regione Emilia Romagna Antonio La Forgia (la cui sedazione, durata oltre tre giorni e mezzo, si è trasformata, secondo la moglie, in «una inutile tortura»).

Qui è opportuno precisare. La sedazione palliativa profonda continua è volta a ridurre il

dolore non lenibile attraverso il progressivo annullamento della coscienza del paziente, fino al sopraggiungere della morte. Il suicidio assistito consiste nell'autosomministrazione del farmaco letale da parte del malato che, nel pieno delle sue capacità mentali, ne faccia richiesta.

Oggi, a seguito della «sentenza Cappato», è consentito a precise e restrittive condizioni, sebbene successive pronunce ne abbiano estesa l'applicabilità. A partire dalla decisione della Corte di Assise di Massa (Sentenza Trentini, 2020), che ha affermato come il requisito del trattamento di sostegno vitale non sia limitato alla dipendenza da macchinari. Il suicidio assistito sarebbe dunque ammissibile anche nei casi di pazienti sottoposti «a qualsiasi trattamento sanitario, sia esso realizzato con terapie farmaceutiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico o con l'ausilio di macchinari medici». Restano esclusi coloro che, totalmente immobilizzati, non sono in grado di assumere il farmaco da sé.

Nell'eutanasia volontaria è un terzo a procurare la morte del paziente con il consenso di quest'ultimo: in Italia è illegale ai sensi dell'articolo 579 del codice penale; e la Corte Costituzionale (febbraio, 2022) ha dichiarato inammissibile il quesito referendario che ne proponeva la regolamentazione. Tutte queste vicende vedono protagonista l'Associazione Luca Coscioni, diretta da Filomena Gallo, Marco Cappato e Mina Welby. L'associazione ha due meriti storici che andrebbero riconosciuti anche da parte di chi non ne condivide le finalità: l'aver sottratto alla clandestinità un mondo di sofferenze e di degradazione fisica e psichica; l'aver proiettato sulla sfera pubblica e istituzionale una domanda di giustizia tanto intensa quanto, in genere, sottaciuta. Tutti i drammi individuali e le discussioni pubbliche, le proposte di legge e i conflitti etici in materia, ruotano intorno ad una domanda cruciale: di chi è la mia vita? Ovvero la questione della disponibilità della vita umana, come bene giuridico conteso tra Stato e individuo. Si contrappongono due po-

sizioni antitetiche. Coloro che affermano la sacralità e l'assoluta indisponibilità della vita, ritenuta, quando pure non un dono di Dio, comunque funzionale, oltre che all'interesse del singolo, all'interesse della collettività: l'uomo rappresenterebbe una «fonte di ricchezza e di forza come elemento riproduttore della specie, come lavoratore, come soldato» (Corte di Cassazione, 18 novembre 1954).

La vita non apparterebbe alla persona ma a un'entità superiore: Dio e/o lo Stato, secondo una concezione paternalista collettivista e autoritaria, che riduce l'individuo a una funzione della società, assolutizzando i suoi doveri verso la famiglia e lo stesso Stato. All'opposto, quanti considerano la vita un bene disponibile, valorizzando il principio di autodeterminazione, che postula la libertà della persona di agire avendo come solo limite quello di non ledere le libertà altrui. Già l'ispirazione personalistica della carta costituzionale e la giurisprudenza più innovativa su essa formatasi, avevano mitigato l'assolutezza del principio di indisponibilità della vita. Nel frattempo, le posizioni ieri aspramente contrapposte si sono lentamente avvicinate, pur rimanendo tutt'altro che risolto proprio il nodo dell'indisponibilità.

In proposito, va ricordata la replica di Vittorio Possenti, filosofo del diritto, cattolico assai rigoroso, all'affermazione ricorrente nella teologia morale e nella pastorale della Chiesa secondo cui «la vita è un dono e noi non ne possiamo disporre». Possenti ha sottolineato la singolarissima anomalia di un dono che resta proprietà del donatore: se pure la vita è un dono, sono io, il ricevente, che ne sono il titolare, e, dunque, a poterne disporre



LA STAMPA

come meglio credo. In piena responsabilità e libertà. Si tratta di parole non solo di elementare limpidezza, ma anche di notevole sapienza, in quanto esprimono per un verso la pienezza della libertà di scelta e, per l'altro, il senso di responsabilità - anche verso gli altri - che essa comporta. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

È solo secondo i paternalisti che noi apparteniamo a Dio o allo Stato

Come sosteneva Possenti se la nostra esistenza è un dono solo noi ne disponiamo

IL REFERENDUM MANCATO

La raccolta firme per il referendum sul fine vita promosso dall'Associazione Luca Coscioni: a febbraio la Corte costituzionale ha giudicato il quesito inammissibile



L'intervista

Locatelli: "Il Covid
può ancora fare male
Vaccino agli over 60"

di Michele Bocci

● a pagina 23



Franco Locatelli

Intervista al presidente del Consiglio superiore di sanità

Locatelli "Il Covid può ancora fare male Vaccino in autunno a tutti gli over 60"

di Michele Bocci

Franco Locatelli è uno degli esperti più ascoltati dal governo. Oncoematologo al Bambino Gesù, è il presidente del Consiglio superiore di sanità.

Professore, ci aspettavamo un'estate diversa.

«A differenza degli scorsi due anni, siamo in una fase in cui è netto e consolidato l'incremento della circolazione virale, dovuto a due fattori. Abbiamo delle varianti con indici di contagiosità altissimi, a livello del morbillo, come Omicron Ba4 e Ba5 che oggi rappresentano già abbondantemente più del 50% dei ceppi virali identificati nel Paese. Il secondo fattore nasce

dall'abbandono di gran parte delle misure non farmacologiche di contenimento».

Crede quindi sia necessario reintrodurre alcuni obblighi, come le mascherine in ambiti diversi dai trasporti?

«No e ne sono profondamente convinto. Lo ha detto anche il ministro Roberto Speranza. Ora deve entrare in gioco la responsabilità individuale. Le mascherine vanno usate quando ci sono rischi di contagio».

Nel lavoro privato c'è l'obbligo di mascherina nel pubblico no.

Perché?

«La valutazione è stata dei colleghi

del ministero Salute. Non vedo motivi per differenziare i comportamenti nei due ambiti. Chiaro poi che bisogna valutare il tipo di lavoro, dove viene svolto e con chi, facendo grande attenzione



ai fragili».

Il Covid è meno grave e c'è chi chiede di considerarlo una malattia normale, di togliere l'obbligo di isolamento e vivere come se non ci fosse. Che ne pensa?

«È chiaro che grazie alle vaccinazioni, ma anche a una minor capacità di Omicron di infettare le cellule degli alveoli polmonari, le manifestazioni cliniche sono meno gravi. Non significa però che non ci possa essere un numero rilevante di ricoveri, che non a caso adesso sono saliti sopra i 5.000, oltre a un certo numero di morti. Siamo a più di 30 mila decessi dall'inizio dell'anno. Alla luce di questi dati e dell'elevata circolazione virale, ritengo che i contagiati debbano rimanere a casa. Anche perché è evidente che i numeri sono sottostimanti. Tantissimi positivi fanno il test da soli e non entrano nei numeri ufficiali».

Però ci sono state ondate più pesanti.
«L'impatto in termini di decessi e

letti occupati è nettamente inferiore rispetto a quello della Delta, ma la circolazione è importante, interessa tutte le Regioni e tutte le fasce di età. Anche per questo è importante usare tutte le armi per prevenire le morti, cioè vaccini e farmaci antivirali, che ultimamente si usano di più».

Si sta davvero andando verso l'endemizzazione?

«Ci stiamo avviando in quella direzione, lo dico da tempo. Ma stiamo attenti a non sottovalutare questa fase. Il virus può continuare a fare male».

Ad autunno partirà una nuova campagna vaccinale. Chi sarà coinvolto?

«La offrirei, oltre ai fragili, a chi ha dai 60 anni in su. Da quell'età c'è un maggiore rischio di sviluppare una malattia grave».

Chi ha avuto l'infezione dovrà comunque ricevere la dose di richiamo?

«Un contagio dopo le prime tre dosi è come una dose booster. Conferisce una protezione che, tuttavia, dopo un certo numero di mesi, anche in funzioni di quali varianti emergono, può scendere».

Va reintrodotta l'obbligo?

«Quella ormai è una pagina chiusa dal 15 di giugno. Sono al contrario molto fermo sul personale sanitario, che invece deve rispettare l'obbligo».

Perché i nuovi vaccini bivalenti saranno ancora basati sul primo virus, Wuhan, e su Omicron 1 se ora abbiamo sottovarianti diverse?

«Ci sono solidi dati che dimostrano come gli anticorpi, con i vaccini bivalenti che includono la variante Ba1, diano maggiore protezione anche contro Omicron Ba4 e Ba5. Non dimentichiamo, inoltre, che i

vaccini usati finora hanno dato una protezione eccellente da malattia grave e morte. I bivalenti con Omicron Ba1 saranno disponibili ad agosto, mentre eventuali vaccini

bivalenti contenenti l'Rna di Omicron Ba4 o Ba5 non sarebbero pronti prima di novembre-dicembre. Non facciamo l'errore di rincorrere ossessivamente l'ultima variante: i vaccini, tradizionali o bivalenti con Ba1, saranno comunque efficaci».

Le donne incinte dovranno vaccinarsi?

«Secondo un recentissimo studio scientifico, la vaccinazione delle gravide, soprattutto a partire dal 5 mese, protegge anche il neonato dal rischio di forme gravi di Covid. I più piccoli sono i soggetti sani a più alto rischio nel mondo pediatrico».

Fatto quello autunnale, ci sarà un richiamo dopo un anno o prima?

«Ci vorrebbe la sfera di cristallo per dirlo. Più passa il tempo e più l'impatto della pandemia si attenua. Tutto dipenderà da eventuali nuove varianti, anche se va detto che, nell'ultimo periodo, ogni nuova forma del virus è stata meno patogena della precedente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Reintrodurre ora l'obbligo di portare la mascherina non avrebbe senso. Ma è anche strano che uffici pubblici e privati abbiano regole diverse



© Sulla metro
Passeggeri
con la
mascherina sulla
metropolitana
della linea A
di Roma



Convivere con il virus si può. Istruzioni

Epidemia in ripresa: le possibili traiettorie del Covid. Il 2021 è stato l'anno del trionfo dei vaccini, ma non sappiamo quanto funzioneranno contro le nuove varianti. Il pericolo non è terminato, sappiamo però come gestirlo e affrontarlo

di Enrico Bucci

Vista la ripresa dell'epidemia, credo sia utile ricapitolare alcuni concetti, con uno sguardo da un lato all'immediato futuro, e dall'altro a un orizzonte più lontano, che rappresenti un possibile punto di arrivo della nostra coesistenza con Sars-CoV-2. Cominciamo da qui: è possibile ipotizzare uno scenario non dico certo, ma almeno probabile, cui porterà il processo evolutivo del virus?

Lo scenario di lungo periodo

Un modo per cercare di intravedere quanto potrebbe succedere è guardare agli altri quattro coronavirus umani stagionali, responsabili ogni anno di una percentuale che può arrivare fino al 20 per cento delle infezioni respiratorie stagionali riscontrate. HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43 e HCoV-HKU1 appartengono a due generi tassonomici distinti e hanno tropismo e meccanismi molecolari diversi di invasione dell'ospite, rappresentando per questo motivo un campione utile per guidarci nella comprensione generale della biologia dei coronavirus respiratori endemici e stagionali. La circolazione di questi coronavirus, come ha spiegato molto bene il mio amico Marco Gerdol, è frutto di due fenomeni: un rapido calo dell'immunità umorale post-infezione e la contemporanea emersione di varianti immunoevasive. La maggioranza delle persone sviluppa anticorpi contro i coronavirus stagionali fin dall'infanzia; tuttavia, il livello di anticorpi circolanti diminuisce in pochi mesi. Ciò significa che, sebbene la memoria immunitaria sia presente e attiva contro le conseguenze cliniche più importanti, la diminuita barriera all'infezione, insieme alla mutazione della proteina Spike, consente ai coronavirus respiratori stagionali di reinfectarci a intervalli regolari e di continuare il proprio percorso darwiniano andando alla deriva nel proprio spazio evolutivo, rimanendo in uno stato pseudostazionario, fatto di oscilla-



IL FOGLIO

zioni nel tempo della numerosità delle infezioni e di locali focolai. A questo stato di cose si è arrivati, naturalmente, dopo fasi di tumultuosa e irregolare espansione virale, in epidemie e pandemie del passato che sono cominciate oltre 20.000 anni fa e che hanno lasciato tracce di selezione genica nelle popolazioni umane più esposte.

Potrebbe essere questa la traiettoria evolutiva anche per Sars-CoV-2? Certamente sì, ma bisogna tenere conto del tempo e di alcuni particolari. Lo stato stazionario osservato per gli altri coronavirus respiratori stagionali, per cominciare, comporta un R0 molto più piccolo rispetto a Sars-CoV-2 Omicron e alle sue sottovarianti: finché emergeranno virus estremamente infettivi e rapidi nella diffusione, la probabilità di raggiungere una traiettoria fatta di oscillazioni stabili e periodiche è bassa e si assisterà invece a subitane espansioni, seguite da periodi di stasi di lunghezza variabile e imprevedibile, con la possibilità di molteplici picchi in un anno. Tuttavia, la possibilità per qualunque virus di espandersi dipende dal repertorio antigenico nuovo che ogni variante può sviluppare per evadere la risposta immunitaria dell'ospite; questo è un processo vincolato superiormente, sia perché non è possibile variare all'infinito una proteina senza che se ne perda la funzione, sia perché è sempre più difficile differenziare antigeni completamente nuovi, che siano in grado di evadere del tutto la risposta immunitaria precedente di una popolazione, se questa popolazione è stata esposta a varianti diverse disomogeneamente, così da presentare una varietà di repertorio immunologico che previene la facile diffusione pandemica sin qui osservata. Questo ultimo è il motivo per cui alla lunga si andrà probabilmente verso lo scoppio di epidemie locali, difficilmente sincronizzate in tutto il mondo, come invece avviene nel caso di una pandemia.

Ma, se questo è uno scenario verificabile in un

tempo che non sappiamo ancora quantificare, come siamo invece messi adesso, in presenza di una nuova ondata di casi?

Hic et nunc

Il 2021 è stato l'anno del trionfo dei vaccini. Varianti anche molto pericolose, come la Delta, sono state tenute egregiamente sotto controllo, e la disperazione, la malattia e la morte causate da Sars-CoV-2 nel 2020 non si sono più viste: i vaccini, cioè, hanno salvato letteralmente milioni di vite ed evitato in scala ancora maggiore malattia e danni seri. Certo, si poteva fare molto di più, soprattutto perché i vaccini non sono stati distribuiti equamente e per la stupidaggine di taluni individui, anche nella classe dirigente mondiale; comunque, il bilancio è e resterà sempre positivo.

Tuttavia, oggi abbiamo nuovo motivo di preoccupazione, perché Sars-CoV-2 ha evoluto varianti fortemente immunoevasive, da cui probabilmente nemmeno i vaccini che si prevede di rilasciare questo autunno potrebbero proteggerci bene come accaduto in passato. Su Nature, infatti, leggiamo che l'immunità umorale provocata dall'infezione di BA.1 non è protettiva nei confronti di queste nuove varianti; questo implica che i nuovi vaccini, basati su BA.1, non è detto che funzioneranno bene contro BA.4, BA.5 e le altre varianti discusse dalla rivista. La cosa, del resto, è stata confermata anche dal capo della BioNTech, il quale teme che i vaccini che ci si prepara a utilizzare in autunno, basati su Omicron BA.1, non saranno efficaci contro le varianti attualmente in circolazione o, ancor più, contro altre che potrebbero guidare l'attesa ondata invernale.

Del resto, anche adesso si stanno cominciando

Ogni reinfezione aumenta il rischio di conseguenze severe. Chi ha avuto infezioni multiple, indipendentemente dal suo stato vaccinale, sviluppa un rischio crescente di malattia e morte a breve e medio termine e proporzionale al numero di infezioni; non è quindi una buona idea accumulare infezioni



IL FOGLIO

ad accumulare evidenze del fatto che la protezione contro la malattia grave conferita da tre dosi di vaccino stia calando: in uno studio in cui si è paragonato l'effetto protettivo nei confronti di Delta a quello contro Omicron BA.1/BA.2, si è misurato in 21 ospedali Usa un decrescita dal 95 per cento di protezione al 77 per cento. Intendiamoci bene: Omicron causa circa un decimo delle ospedalizzazioni rispetto a Delta, ma la differenza fra vaccinati con tre dosi e non vaccinati, per quel che riguarda questa variante, si è sensibilmente assottigliata.

Ora, a tutto quanto sin qui discusso si potrebbe obiettare che, in ogni caso, Omicron (anche BA.4 e BA.5) comporta un rischio di conseguenze severe che è circa un decimo rispetto a Delta, e che quindi tutto sommato possiamo smettere di preoccuparci; vi sono però due obiezioni a questa considerazione.

La prima è che ogni reinfezione aumenta il rischio di conseguenze severe, dato che come recentemente dimostrato in uno studio sui veterani Usa, chi ha avuto infezioni multiple, indipendentemente dal suo stato vaccinale, sviluppa un rischio crescente di malattia e morte a breve e medio termine e proporzionale al numero di infezioni; non è quindi una buona idea accumulare infezioni.

La seconda, forse ancora più importante, è che il numero assoluto di pazienti che finiranno in terapia intensiva e di persone che arriveranno al campo dipende dal numero di infezioni, non solo dalla probabilità di conseguenze dell'infezione: un virus poco virulento che circoli molto provocherà alla fine più morti e ospedalizzati di una variante più virulenta, ma meno trasmissibile. Individualmente si rischia di meno con le varianti attuali, ma senza la protezione dei vaccini la collettività rischia comunque, e con le prossime varianti, ove si verificasse un crollo di questa barriera, il rischio potrebbe essere davvero complessivamente alto, se lasceremo semplicemente fare al fato.

Protegersi e proteggere

Nelle condizioni descritte, i rimedi e le cose da fare nel nostro paese sono chiari (per quelle da farsi a livello globale, rimando ad altre letture).

Innanzitutto, è importante attrezzarsi mentalmente all'idea che il pericolo non è per nulla terminato; è tuttavia gestibile e affrontabile, senza battere i piedi per la disperazione ed esercitando

uno dei tratti che ci ha resi umani, che come ho scritto su queste pagine è la pazienza.

Per quel che riguarda ciascuno di noi, visti i fatti, le misure di buon senso e di provata efficacia – mascherine ffp2 al chiuso, aerazione, test e isolamento dei positivi – non vanno affatto abbandonate, e questo al di là dei contraddittori messaggi dati all'opinione pubblica. Tutto può ovviamente essere meglio modulato, per pesare meno: per esempio, l'isolamento può abbreviarsi, vista la scarsa infettività a una settimana dai sintomi, e certamente la mascherina può essere portata laddove serve, e non in modo indiscriminato o universale. Tuttavia, bisogna ricordarsi che per raggiungere lo stesso numero di malati in ospedale con un virus dieci volte meno pericoloso basta infettare dieci volte più persone: è questa la responsabilità individuale, di cui dobbiamo farci carico e sulla base della quale dobbiamo testarci e isolarci se positivi. In questo caso, comunque, possiamo contare su alcuni nuovi farmaci, che in passato non c'erano: burocrazia permettendo, abbiamo antivirali e antinfiammatori già approvati, che tagliano i rischi di ospedalizzazione, e anche nuove molecole in avanzata fase clinica, come il raloxifene testato proprio nel nostro paese e alla cui caratterizzazione ho io stesso partecipato.

Per quel che riguarda le istituzioni, si devono recuperare tempo e denaro perso. A suo tempo, è stato per esempio erogato all'Iss un finanziamento multimilionario per una rete di monitoraggio genomico: intercettare varianti nuove serve anche a isolarle per testare rapidamente contro di esse la protezione offerta dai vaccini. Inoltre, era stato già copiosamente finanziato un hub vaccinale, che nelle intenzioni avrebbe dovuto renderci capaci di allinearci a paesi non dico come la Germania, ma almeno l'India in quanto a capacità di ricerca e produzione di vaccini: oggi serve un nuovo vaccino al più presto, ma un anno di tempo e molti soldi non



IL FOGLIO

si sa dove siano finiti. Questo per non parlare dell'agognato monitoraggio statistico che renda possibile adeguare le misure di sanità pubblica alla situazione epidemiologica reale, senza dover inseguire ogni volta il virus; e senza contare gli investimenti assolutamente necessari per filtrare e migliorare la qualità del flusso di aria negli edifici pubblici, in primis le scuole, attraverso l'impiego per esempio dei filtri Hepa, dimostratamente in grado di abbattere la trasmissione dell'infezione.

Non intendo inoltre dilungarmi sulla mancata riorganizzazione del sistema sanitario regionale e sulla necessità di intervento tanto sulla sua amministrazione, che sulla sua costituzione e sulla connessa burocrazia; di questo, chiunque non viva su

Marte è ben cosciente.

Sars-CoV-2 è ancora pericoloso, ma soprattutto ad esso seguiranno altre pandemie e altri patogeni: investire oggi non serve solo a proteggerci da un virus, ma a poter migliorare lo stato generale dell'igiene e della salute pubblica, come avvenne quando, oltre un secolo fa, si decise di intervenire massicciamente per debellare le epidemie di colera, tifo, tubercolosi e altre malattie nelle metropoli europee, attraverso interventi architettonici, sanitari, ospedalieri, prima ancora che farmacologici.

Questo, non altro, significa convivere con il virus, perché il futuro non ci verrà incontro gioioso e pacifico, senza che facciamo niente per disegnarlo prima.

Per quel che riguarda ciascuno di noi, visti i fatti, le misure di buon senso e di provata efficacia – mascherine ffp2 al chiuso, aerazione, test e isolamento dei positivi – non vanno affatto abbandonate. Per quel che riguarda le istituzioni, si devono recuperare tempo e denaro perso



LE ARMI CONTRO IL COVID-19, GUARDANDO ALL'AUTUNNO

Farmaci antivirali e anticorpi monoclonali, la Liguria è ai vertici

Bassetti: «Terapie efficaci se somministrate precocemente
Le cure danno risposte, la prevenzione resta fondamentale»

Federico Mereta

Prima arma difensiva? Il vaccino, insieme alle necessarie regole di igiene. Poi, nel futuro prossimo venturo della prevenzione e del controllo dei casi gravi di Covid-19, sarà importante sfruttare al meglio le diverse armi che oggi la scienza mette a disposizione. Ci si prepara così all'autunno, con il virus Sars-CoV-2 che continua a circolare e con la certezza che, passo dopo passo, con farmaci e anticorpi monoclonali utilizzati nei tempi ideali e nei soggetti che ne hanno davvero bisogno, controllare i casi più seri sarà più facile. La Liguria, in questo senso, ha già dimostrato di poter rappresentare una sorta di "laboratorio" per il corretto impiego delle cure specifiche, grazie ad un'organizzazione tra ospedale e territorio che ha permesso di ottimizzare i tempi di somministrazione delle cure in chi ne ha necessità. «Siamo ai vertici in Italia, ovviamente in rapporto alla popolazione, per la somministrazione di terapie specifiche, sia come veri e propri antivirali che come anticorpi monoclonali» spiega Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie Infettive presso il Policlinico San Martino di Genova

«Abbiamo creato un sistema che, mediamente, nei primi due mesi di quest'anno ci ha portato a somministrare uno dei due farmaci disponibili (molnupiravir, l'altro è nilmatrelvir-ritonavir che viene parimenti usato) mediamente entro due giorni dall'inizio dei sintomi. È un elemento fondamentale, visto che queste terapie sono tanto più efficaci quanto più vengono somministrate precocemente, perché agiscono sulla replicazione».

L'altro approccio, senza ovviamente entrare nei trattamenti più comuni e in quelli che si somministrano in ospedale, prevede l'impiego di anticorpi monoclonali specifici, in particolare nei soggetti più fragili perché magari soffrono di malattie ematologiche o oncologiche. L'obiettivo è fornire "soldati" già pronti per reagire contro il virus se entra nell'organismo, ma ovviamente debbono essere truppe "specializzate" nei confronti dei ceppi che circolano.

«In questo caso la storia è un po' diversa, ed è legata alla comparsa di varianti virali» dice Bassetti. «All'inizio avevamo quattro diversi monoclonali, poi con la comparsa di Delta e soprattutto di Omicron l'efficacia di queste terapie è andata a limitarsi. Questo ha portato a una sorta di diminuzione

nell'uso di questa strategia di cura. Ora però c'è disponibile un'associazione di due anticorpi monoclonali (tixagevimab e cilgavimab), che ha dimostrato di poter limitare l'insorgenza di forme gravi nei soggetti a particolare rischio, come quelli con sistema immunitario compromesso, che potrebbero non sviluppare una risposta adeguata ai vaccini contro il virus. In pratica, si tratta di una sorta di "estintore" che può spegnere la malattia nei primi sintomi, limitando il rischio di complicanze gravi. In ospedale, invece, usiamo i veri e propri "idranti" nei casi più complessi, ovviamente con minor precisione. In pratica, se i farmaci limitano la replicazione virale, i monoclonali attivi

nei confronti di Omicron possono rappresentare una sorta di "supervaccino" con anticorpi pronti all'uso che possono rivelarsi estremamente utili nei confronti del virus quando magari non sono ancora disponibili, o non lo sono più, gli anticorpi prodotti in seguito a vaccinazione. Uno studio recentemente pubblicato su *Lancet* dimostra anche che in chi non è vaccinato l'associazione di questi monoclonali riduce le ospedalizzazioni, tanto da far pensare a un possibile prossimo impiego in profilassi in chi



IL SECOLO XIX

non è vaccinato o comunque non ha risposto alla vaccinazione. Questa, lo ricordiamo, è l'arma più importante che abbiamo per limitare i rischi di malattia grave».

La scienza, insomma, va avanti. E ci permette di guardare con fiducia anche in caso di riaccensioni dell'infezione, che peraltro, come segnalano le cifre, non sta scendendo in termini di nuovi casi, vista anche l'elevata contagiosità di Omicron 5 che sta prendendo sempre più spazio. «La prevenzione è l'arma più importante che abbiamo» conclude Basset-

ti «ma più si va avanti, più ci accorgiamo che Covid-19 può essere controllata sempre meglio in chiave di cure, ovviamente nei casi che richiedano un particolare impegno per evitare o almeno limitare i rischi di complicazioni serie e ricoveri in ospedale. Per questo, senza abbassare la guardia, possiamo guardare ai prossimi mesi con un po' più di ottimismo». —

Per saperne di più

COME AGISCONO I MONOCLONALI

Gli anticorpi monoclonali sono molecole prodotte in laboratorio modificando gli anticorpi prodotti in risposta all'infezione naturale. L'anticorpo blocca l'ingresso del virus, impedendone la moltiplicazione.



COME AGISCONO GLI ANTIVIRALI

Questi farmaci fermano il virus all'interno della cellula stessa. Le funzioni virali colpite dagli antivirali non sono soggette a evoluzioni della proteina Spike: le varianti rimangono quindi sensibili agli attuali antivirali.

QUANDO FARE LE CURE

La somministrazione di antivirali e monoclonali deve essere il più precoce possibile. Nella seconda fase dell'infezione bloccare il virus diventa un beneficio clinico molto limitato o nullo.



COME SI FANNO LE CURE

Le terapie sono tutte di breve durata, una singola somministrazione per i monoclonali, 3-5 giorni di terapia per gli antivirali. Gli esperti raccomandano di non dimenticare mai che in prevenzione la vaccinazione è basilare.

L'EGO - HUB



Usa, pillole per abortire il boom dopo la sentenza Ma alcuni Stati le vietano

►La corsa, soprattutto online, all'acquisto della RU-486. Problemi per avere le ricette

►Per il Missouri è già spaccio di droga
E in Louisiana si rischiano sei mesi

IL CASO

NEW YORK Il pacchetto arriva dall'Austria, ma potrebbe arrivare anche dal Canada o dalla Francia, e nulla farebbe pensare che dentro ci sia un flaconcino di pillole abortive. Il tam-tam delle donne per aiutare le "sorelle" che cercano l'aborto negli Stati Uniti ha già creato una catena di soccorso internazionale. La pillola abortiva RU-486, che ha visto un vero e proprio boom dopo la sentenza della Corte suprema, promette infatti di essere il nuovo fronte di scontri legali fra gli Stati che vietano l'interruzione volontaria della gravidanza e lo Stato federale, che ha ratificato la legalità della cocktail abortivo già da 22 anni.

PROCEDURE

L'aborto farmacologico prevede la somministrazione del mifepristone, che blocca il progesterone, un ormone necessario per la crescita della gravidanza, e del misoprostolo che provoca crampi e sanguinamento. Il tutto facilmente superabile nella privacy della propria casa. La Food and Drug Administration ha approvato il mifepristone nel 2000, ma per molti anni ha richiesto che le pazienti lo assumessero in uno studio medico o in ospedale. Con la pandemia del Covid, però, ha semplificato la procedura, consentendo alle pazienti di ottenere la ricetta via telemedicina e ricevere le pillole per posta.

L'ACCESSO

Questa decisione ha contribuito a semplificare l'accesso all'aborto per le donne in aree remote e mal servite, o non in grado di allontanarsi da casa e dal lavoro. Una facilitazione che ha viepiù indignato gli antiabortisti. Consapevoli che oramai più del 50% degli aborti negli Stati Uniti avviene entro la decima settimana e con metodo farmacologico e non chirurgico, almeno 19 degli Stati repressivi hanno annunciato che il divieto si estenderà anche all'uso della pillola abortiva. Anzi, il Missouri ha già proposto di classificare la consegna o la spedizione di queste pillole come traffico di droga, mentre la Louisiana ne considera l'invio come un reato punibile con sei mesi di reclusione. Le carte dunque sono in tavola: contando sulla decisione della Corte Suprema che rimanda agli Stati il potere di vietare o permettere l'aborto, le legislature più conservatrici sfidano il governo federale, che ha approvato la pillola rendendola dunque legale in tutti i 50 Stati. Sarebbe una battaglia scontata, come si potrebbe credere dalle parole del ministro della Giustizia Merrick Garland, che ha ricordato appunto l'ombrello protettivo federale sulla RU-486, che dovrebbe avere la precedenza sulle decisioni degli Stati. La realtà, in ogni caso, è che per molte donne è diventato di colpo difficile, se non impossibile, ottenere la ricetta telemedi-

ca. La legge americana infatti prevede che un dottore possa prescrivere farmaci solo nello Stato in cui pratica. Una donna in Louisiana o in Missouri, o altri Stati che vietino l'aborto, dunque, non potrà rivolgersi al suo medico per farsela prescrivere.

LE CONSEGUENZE

In ultima istanza potrebbe ricorrere al tam-tam internazionale: fermare quel canale sarebbe molto difficile per le autorità statali, poiché comporterebbe una campagna aggressiva per controllare la consegna della posta. In pratica, il divieto totale delle pillole abortive richiederebbe un vero e proprio stato di polizia. Resta il fatto che si tratterebbe comunque di un passo che esporrebbe la donna al rischio di essere incriminata.

LE RICADUTE

Questa nuova atmosfera repressiva rischia per di più di avere gravi ricadute anche sulla ricerca medica. Sebbene il mifepristone sia no-



Il Messaggero

to soprattutto per il suo uso nell'aborto, i possibili utilizzi vanno ben oltre perché blocca anche il cortisolo, l'ormone dello stress che influisce sulla pressione sanguigna, la glicemia, del metabolismo, delle infiammazioni e dei cicli del sonno. E sembra avere grandi potenzialità anche nella guerra al cancro al seno, alla prostata e al cervello. Ma per vari ricercatori, Stati come la Florida

che vieteranno l'aborto e la pillola abortiva diventeranno terreno nemico della ricerca, per la difficoltà di sperimentare l'ormone sulle pazienti in età fertile.

Anna Guaita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gianluca Vago

“Spariamo neutroni contro le cellule così possiamo battere i tumori”

La tecnica elaborata dal Cnao di Pavia attraverso un acceleratore di particelle il presidente: “Non risolveremo ancora tutti i problemi, ma siamo sulla buona strada”

PAOLO COLONNELLO

Per dare uno sguardo futuro bisogna allungarsi fino a Pavia e osservare la nascita di un cantiere che nei prossimi anni diventerà il centro di adroterapia più avanzato d'Italia e unico al mondo per la lotta ai tumori, il nuovo progetto di espansione del Cnao, Centro nazionale di adroterapia oncologica, fondazione di diritto privato finanziata e partecipata dal pubblico.

Al Cnao, infatti, verrà installato un acceleratore di protoni che inviati su un bersaglio produrranno fasci di neutroni; questi ultimi, interagendo con un atomo di un particolare elemento chimico, il Boro-10, veicolato nell'organismo con un farmaco, andranno a colpire le cellule tumorali con grande selettività.

È una terapia sperimentale, che si realizzerà in una o due sedute e si prevede possa essere molto efficace per combattere tumori particolarmente complessi che non rispondono alle terapie tradizionali e non sono operabili. Questa metodica si aggiungerà alle terapie già erogate dal Cnao con protoni e ioni carbonio grazie a cui oggi sono già stati trattati oltre 4 mila pazienti. Una rivoluzione, soprattutto se si pensa che per un risultato del genere, fino

a pochi anni fa ci sarebbe voluto addirittura un reattore nucleare. L'accordo preso dal Cnao con l'Università di Pavia, il Politecnico di Milano e l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare, insieme alla TaeLife Sciences di Los Angeles, rappresenta una grande speranza nella lotta ai tumori. Inoltre, il programma di espansione del Cnao, questa volta con Infn e anche con la società di ingegneria HiFuture, prevede nei prossimi due anni l'installazione di una terza sorgente di particelle, in aggiunta alle due esistenti da cui oggi già si estraggono ioni carbonio e protoni, che permetterà di utilizzare ferro, litio, elio e ossigeno. Queste particelle saranno applicate anche alla sperimentazione tecnologica e per la simulazione di radiazioni cosmiche. Infine, è prevista l'aggiunta di una nuova sala con acceleratore e testata rotante dedicata ai soli protoni in particolare per i pazienti pediatrici, ma non solo. Davvero è il futuro.

E infatti il presidente del Cnao, l'ex rettore della Statale Gianluca Vago, è da una parte orgoglioso e dall'altra un po' preoccupato.

Perché presidente?

«Non vorrei che passasse l'idea che con queste iniziative si risolverà ogni problema per combattere il cancro. Siamo su una buona strada, ma va ancora fatto un grande lavoro di messa a punto e sperimentazione. Bisogna provare in ogni direzione, ma vor-

rei fossimo consapevoli che questa cosa non verrà fatta domattina».

Quando allora?

«Ci vorranno ancora due o tre anni almeno. Poi però avremo armi in più che andranno utilizzate con intelligenza, anche in combinazione con le altre terapie innovative disponibili».

E che saranno passate dal servizio pubblico, giusto?

«Sì, dopo la fase di sperimentazione, faremo richiesta di inserimento nel Servizio Sanitario Nazionale. Oggi le nostre terapie con ioni carbonio e protoni sono già erogate all'interno dell'Ssn. Il Cnao è stato voluto dal ministero della Salute e fondato da importanti centri di cura come il Policlinico, il Besta, l'Istituto Tumori e lo Ieo di Milano e il San Matteo di Pavia. Il partner che ha messo a disposizione l'acceleratore per i neutroni è un privato, la TaeLife Sciences di Los Angeles, un'azienda innovativa del settore energetico che decidendo di investire su di noi e in Italia ha riconosciuto implicitamente la nostra serietà e la nostra affidabilità».



LA STAMPA

Quante persone potranno curarsi con queste terapie?

«Spero tante. Il fatto che basteranno una o due sedute per il trattamento, significa che aumenteremo notevolmente il numero di pazienti che si potranno curare».

Come è stato possibile arrivare a un acceleratore per produrre fasci di neutroni che potesse essere contenuto in un normale edificio?

«Come spesso accade, è stata la miniaturizzazione a consentire questa metodica. Una volta la produzione di neutroni richiedeva reattori impegnativi, sia per dimensioni che per logistica. Noi ci siamo arrivati perché siamo stati contattati da questa company ame-

ricana che studia la fusione nucleare e come "by product" di questa tecnologia è stata realizzata la macchina che installeremo al Cnao».

Quanto costerà alla collettività?

«Nulla, perché è la stessa società di Los Angeles a sostenere i costi, anzi hanno anche dato un significativo contributo per la realizzazione dell'edificio. Noi saremo per loro un centro di sperimentazione avanzata in ambito clinico».

Come funziona questa terapia?

«È una tecnica diversa rispetto alla radioterapia convenzionale, che colpisce direttamente la neoplasia. Questa tecnica invece sfrutta l'azione dei neutroni sull'isotopo del Boro-10, che viene veicolato con un farmaco all'interno della zona tumorale. Qui, una volta combinato con i neutroni, il Boro si spacca e libera delle particelle che distruggono la cellula tumorale in modo altamente selettivo.

Insomma, un'arma in più per quella che oggi viene chiamata oncologia di precisione».

Cosa manca per rendere questa terapia definitiva?

«Il punto su cui si sta lavorando è trovare un nuovo trasportatore del Boro che lo veicoli il più possibile nelle sole cellule neoplastiche».

Che tempi ci saranno?

«Nel 2024 completeremo i lavori del nuovo edificio e di installazione della macchina al suo interno. Poi seguirà la fase di sperimentazione, anche con i test sull'uomo, per ottenere la certificazione di utilizzo clinico. Insomma, contiamo di arrivare a trattare i primi pazienti entro la fine del 2025».

Che vantaggi ci saranno nella cura dei tumori?

«Oltre alla possibilità di limitare il trattamento a poche sedute, almeno potenzialmente si potranno trattare più lesioni contemporaneamente, come può accadere nel paziente con metastasi. Naturalmente occorrerà ottimizzare le dosi di neutroni per minimizzare gli effetti non

voluti, e soprattutto riuscire a ottenere una tecnica di trasporto del Boro, che riconosca nel modo più selettivo possibile le cellule neoplastiche rispetto a quelle normali. Poi, grazie alla terza sorgente, esploreremo anche l'utilizzo dell'ossigeno e dell'elio che sembrano piuttosto promettenti per alcuni tipi di tumore. Insomma, siamo inseriti in un'iniziativa davvero importante. Tra un paio d'anni saremo un centro unico al mondo».



La ricerca è stata portata avanti dal Cnao di Pavia



GIANLUCA VAGO
PRESIDENTE CNAO



Basteranno uno o due sedute, sarà possibile trattare più lesioni nello stesso tempo



LA GIORNATA NAZIONALE DELL'AIL

Immunoterapia in campo contro i tumori del sangue

L'immunoterapia, che favorisce le difese dell'organismo, sta diventando una realtà anche nella cura dei tumori del sangue, come emerso nella Giornata nazionale per la lotta contro leucemie, linfomi e mieloma promossa dall'Ail.

Fino a pochi anni fa si pensava che la sola chemio-immunoterapia potesse essere l'unico trattamento possibile, ma oggi, grazie alla ricerca, comincia a lasciare il passo ai nuovi farmaci biologici.

«Nel caso il paziente presenti una malattia refrattaria o in

recidiva i nuovi farmaci immunoterapici e biologici rappresentano la migliore opportunità» spiega Maurizio Martelli, ordinario di Ematologia all'Università Sapienza di Roma «Ci sono le Car-T, che sono linfociti prelevati dal paziente stesso e una volta modificati e diretti verso il bersaglio delle cellule neoplastiche vengono reinfusi al paziente stesso; anticorpi monoclonali bispecifici, che hanno un doppio sito di attacco sulla cellula neoplastica; anticorpi monoclonali coniugati che al loro interno con-

tengono un farmaco citotossico e quindi, dopo aver riconosciuto la cellula neoplastica, scaricano all'interno della stessa il farmaco citotossico; farmaci biologici rivolti verso specifiche alterazioni molecolari all'interno della cellula linfomatososa che di solito sono delle tirosin-chinasi». —

FE. ME.



Nuove terapie contro i tumori

Le novità

Realtà aumentata, intelligenza artificiale Ora tutto ruota attorno al paziente

Tecniche chirurgiche innovative: una svolta per le operazioni sulle valvole aortiche

di **Sara Bettoni**

Equipe con competenze trasversali. Macchine che sfruttano l'intelligenza artificiale e la realtà aumentata. Interventi chirurgici sempre meno invasivi. Il Centro Cardiologico Monzino di Milano, forte di quarant'anni di esperienza nel curare il cuore dei pazienti, rilancia scommettendo sulla tecnologia e su professionisti aperti all'innovazione. Come? Per esempio inaugurando il dipartimento di Cardiologia perioperatoria e imaging cardiovascolare. Una rivoluzione nel settore. «La disciplina è cambiata dal punto di vista organizzativo, di conseguenza anche noi dobbiamo farlo» spiega Gianluca Pontone, direttore del neonato dipartimento di cui fanno parte figure con specializzazioni ibride quali cardiologi clinici, esperti di imaging e radiologi inclusi in un medesimo modello gestionale. «Siamo passati da un'organizzazione di tipo verticale a un'altra che potremmo definire a matrice. Un cambiamento possibile grazie alla natura monospecialistica del Monzino».

Tutto ruota attorno al paziente e alla sua patologia. I professionisti devono saper maneggiare ogni tecnica necessaria per affrontare il problema. Anche attraverso l'ausilio di strumenti di ultima generazione. «Abbiamo un comparto tecnologico dedicato — prosegue Pontone — con oltre 15 ecocardiografi, due tac e due risonanze per le patologie cardiovascolari. E sono appena state installate due macchine che producono immagini grazie all'intelligenza artificiale». Un passo in più lungo il cammino delle cure a misura di paziente. Gli apparecchi tradizionali usano algoritmi standard. Quelli nuovi invece tengono maggiormente conto delle caratteristiche di ciascuna persona. Il risultato è un significativo miglioramento della qualità delle immagini e una minor radioesposizione.

La piattaforma informatica a disposizione del dipartimento consente l'utilizzo della realtà aumentata in combinazione con la diagnostica tradizionale. Gli esperti possono simulare qualsiasi intervento prima di eseguirlo in sala operatoria. Le immagini cardiache ottenute con l'ecocardiografia, la tac e la risonanza magnetica nucleare vengono esportate in una sorta di mondo virtuale in cui è

ricreato un ologramma del cuore. È così possibile interagire con le sue singole parti.

La scommessa sul futuro passa anche dall'applicazione di innovative tecniche chirurgiche. Una missione guidata, tra gli altri, da Federico De Marco, da poche settimane a capo dell'unità operativa di Cardiologia valvolare e strutturale. Fin dal 2006 ha iniziato ad acquisire esperienza negli interventi Tavi (acronimo che indica le operazioni sulle valvole aortiche per via transcatetere). Molteplici i vantaggi per il paziente, vista la minor invasività della procedura e la possibilità di non ricorrere alla circolazione extra-corporea e alla sedazione totale. «Dopo sei ore può alzarsi da solo dal letto — spiega De Marco —, dopo due giorni può tornare a casa. Ha meno dolore, recupera più in fretta».

Secondo le recenti linee guida in materia, la tecnica può essere utilizzata sugli over 75 oppure sui pazienti più giovani che andrebbero incontro a rischi seri se dovessero affrontare un'operazione chirurgica tradizionale. Trova applicazione negli interventi sulla valvola aortica, mitrale e tricuspidale ed è già conosciuta al Monzino. Compito di De Marco sarà ampliare e far crescere il programma. «Il mio obiettivo è impiegare disposi-

tivi diversi per lo stesso tipo di intervento — racconta — in modo da allargare l'offerta». Contribuendo a portare nei reparti una forte spinta all'innovazione. «Ho sempre avuto familiarità con le tecnologie — spiega —. Collaboro con diverse aziende e discuto con gli ingegneri per lo sviluppo di nuovi prodotti. Serve una mentalità da innovatore per aggiornare l'interventistica strutturale». Il Monzino è inoltre tra i due centri scelti in Italia per iniziare uno studio clinico sull'uso di una protesi per la valvola tricuspidale.

Progetti diversi, uniti da un comune approccio pionieristico. «La nostra missione è l'alta specialità — sottolinea Pontone —. Per questo dobbiamo avere una visione strategica del futuro». Con un'attenzione alle patologie più diffuse, come le cardiopatie ischemiche. Oppure a quelle che si stanno conoscendo proprio grazie ai nuovi strumenti diagnostici, come le cardiomiopatie infiltrative.

I vantaggi

Con la medicina personalizzata meno esposizione ai raggi e interventi più leggeri

12

Le unità di ricerca, 78 i ricercatori; 123 i progetti di ricerca e 79 i trial clinici

250

gli studenti di Cardiologia, 1.060 i medici di corsi post-laurea ogni anno

1,4

sono 1.400 gli interventi chirurgici ogni anno, 67.900 le visite specialistiche

9

Sale operatorie e 24.000 nuovi pazienti l'anno; 9.100 i ricoveri; 13 mila in pronto soccorso



Virtuali e reale Simulazione di intervento con la realtà aumentata; Gianluca Pontone, direttore del dipartimento di Cardiologia perioperatoria con la dottoressa Gloria Tamborini all'ecocardiografo



La storia

«Senza squarci, come in un videogioco»

Emad Al Jaber e il sogno (divenuto realtà) di guidare una tecnica mininvasiva

di **Laura Cuppini**

Emad Al Jaber aveva un sogno da bambino: riparare i cuori danneggiati. Racconta che l'«illuminazione» è arrivata quando un suo zio ha subito un intervento di bypass. Oggi, a 43 anni, è responsabile della neonata Unità di Cardiocirurgia mininvasiva ed endoscopica al Centro cardiologico Monzino di Milano. «Una città di cui sono innamorato anche per motivi calcistici, dato che sono tifoso del Milan».

Si potrebbe dire che Emad Al Jaber è un «cervello in fuga» al contrario. Nato in Palestina da due insegnanti, ha tre fratelli: un maschio e due femmine. «La mia famiglia si è trasferita in Giordania, dove ho frequentato le scuole medie e superiori. Poi è sorto un problema: io e i miei fratelli siamo quasi coetanei e tutti volevamo fare l'università, un impegno economico pesante per i nostri genitori. Allora ho deciso di venire in Italia e au-

tofinanziarmi gli studi».

Dopo la laurea in medicina ad Ancona, Al Jaber approda al Monzino, dove ottiene la specializzazione in Cardiocirurgia. Lì conosce uno dei suoi mentori, il professor Gianluca Polvani, a capo della Chirurgia cardiovascolare, che dà nuova linfa all'interesse del giovane medico per le patologie del cuore. Con una nuova sfida: operare i pazienti senza aprire il torace, riducendo così il dolore, il rischio di infezioni, la durata della degenza. Per imparare le nuove tecniche, nel 2016 Al Jaber si trasferisce all'Ospedale di Vicenza, nel reparto diretto da Loris Salvador, un punto di riferimento per la Cardiocirurgia mininvasiva. Poi, nel 2018, il ritorno definitivo al Monzino e i primi interventi a «torace chiuso». «La tecnica endoscopica permette di arrivare al cuore facendo un taglio di 2-3 centimetri, intorno al capezzolo negli uomini e sotto la mammella nelle donne, per non danneggiare il tessuto del seno — spiega il chirurgo —. In questo modo si può curare l'80% delle patologie cardiache: valvolari, del

ritmo, tumori, difetti congeniti in età adulta. Senza l'apertura del torace non solo la ripresa è molto più rapida (2-3 settimane, rispetto ai 2 mesi della tecnica tradizionale), ma si ottiene un ottimo risultato sul fronte psicologico: il paziente non ha la cicatrice in mezzo al petto che riporta alla memoria la malattia».

Nel piccolissimo taglio il chirurgo inserisce i ferri e la telecamera. L'intervento si svolge con la massima precisione, grazie alle immagini offerte dalla videotoracosopia. «Può sembrare una specie di videogioco — scherza il medico —, perché chi opera non stacca mai gli occhi dallo schermo». L'Unità diretta da Al Jaber è un riferimento internazionale per la chirurgia correttiva della valvola mitrale, aortica e tricuspide, anche grazie anche al lavoro di squadra tra tutti i professionisti del Monzino che seguono il paziente nelle fasi preoperatoria e postoperatoria, dall'imaging alla terapia intensiva. Al Jaber ha all'attivo un migliaio di interventi in endoscopia cardiaca. «Ho una formazione interamente ita-

liana — afferma —: la mia storia e ciò che faccio al Monzino testimoniano che non è necessario andare all'estero per arrivare a livelli di eccellenza. Vado in altri Paesi per il motivo opposto, insegnare ai colleghi le nuove tecniche mininvasive. Oggi i pazienti sanno che è possibile curare il cuore a torace chiuso ed è giusto che sempre più chirurghi offrano questa possibilità».

Focus

● Grazie alle tecniche mininvasive più avanzate è possibile operare il cuore a torace chiuso, con un taglio di 2-3 centimetri in cui vengono inseriti i ferri e la telecamera. Le immagini sullo schermo garantiscono la massima precisione



Nuova frontiera Emad Al Jaber guida la neonata Unità di Cardiocirurgia mininvasiva endoscopica



Innovazione

Quanto corre la telemedicina

UN MEDICO SU QUATTRO VISITA (ANCHE) A DISTANZA

L'uso della telemedicina è cresciuto con il Covid e aumenterà con i fondi del Pnnr
Ecco le novità per le cure via Internet, dalla cabina «cattura-dati» alle app anti-infarto

di **Chiara Sottocorona**

45

di **Chiara Sottocorona**

Si chiama AIPod, ma non viene da Apple. È una futuristica cabina di telemedicina a 360 gradi. Bianca, forme arrotondate, insonorizzata, illuminata da luce azzurra: quando l'utente entra è guidato da un video con le istruzioni per fare un check-up tramite i sensori presenti che rilevano 26 parametri del corpo in appena sei minuti. Le misure sono analizzate da un algoritmo di intelligenza artificiale che consiglia, se occorre, una consultazione in tele-visita con lo specialista più adatto. A creare l'AIPod e la Health Lounge (versione della cabina aperta, adatta ad anziani o portatori di handicap) è stata la start-up BodyO di Lione, che l'ha presentata in marzo all'Esposizione Universale di Dubai, in aprile al World AI Cannes festival, in giugno a VivaTech Parigi.

Obiettivi

Fondata nel 2016 per creare «un dispositivo autonomo di cattura ed analisi dati per un bilancio medicale completo», la startup sta inviando i primi modelli in Canada, Arabia Saudita e Sud Africa. L'uso in Europa, ottenute le certificazioni necessarie, partirà dalla Costa Azzurra, dove il centro di ricerca di BodyO lavora con l'università

di Nizza-Sophia Antipolis e l'Inria (Istituto nazionale di robotica e intelligenza artificiale). La cabina potrà essere collocata negli aeroporti, nelle hall di ospedali o in altri luoghi pubblici. Ha detto Patrice Coutard fondatore e ceo: «Non vogliamo sostituire i medici, ma facilitarne il lavoro. Se in un centro di cura si mette una macchina capace di prendere rapidamente e in modo affidabile i parametri del paziente, si libera tempo per gli operatori sanitari».

La mancanza di personale nelle strutture ospedaliere è tale che 120 servizi di pronto soccorso francesi hanno dovuto ridurre gli orari e alcuni perfino chiudere la notte. Sono 4,5 milioni i cittadini senza un medico curante in Francia 1,5 milioni in Italia. E l'Oms prevede che entro il 2030 mancheranno 18 milioni di operatori sanitari nel mondo. In che modo la tecnologia verrà in aiuto? Il mercato mondiale della sanità digitale è cresciuto del 23% nell'ultimo anno, dai 175,6 miliardi di dollari del 2021 ai 216,7 miliardi del 2022. E arriverà a 1,5 trilioni di dollari nel 2030. Lo indica il rapporto Digital Health Tech rilasciato il 7 giugno da Klecha & Co, banca d'investimento nata a Milano, con sedi oggi a New York, Londra e Parigi. Il rapporto valuta il valore delle imprese e startup europee di tecnologia per la sanità digita-



L'ECONOMIA

le a 41 miliardi di dollari.

I più forti trend di crescita sono nella telemedicina (che arriverà a un mercato globale da 577 miliardi nel 2028) e dello Iot medicale, per il monitoraggio a distanza dei pazienti con l'Internet delle cose. L'Italia, secondo un report di Kantar, risulta perfino prima in Europa e terza al mondo per la diffusione di dispositivi indossabili capaci di rilevare dati medicali. «Certo, un conto sono i dispositivi di controllo a distanza dati dagli ospedali ai pazienti, per la sorveglianza di malattie croniche per esempio, e un'altro gli smart-watch o altri dispositivi di auto-monitoraggio, che danno indicazioni preventive, ma non permettono ai medici di valutare i dati», dice Fabiola Pellegrini, partner di Klecha.

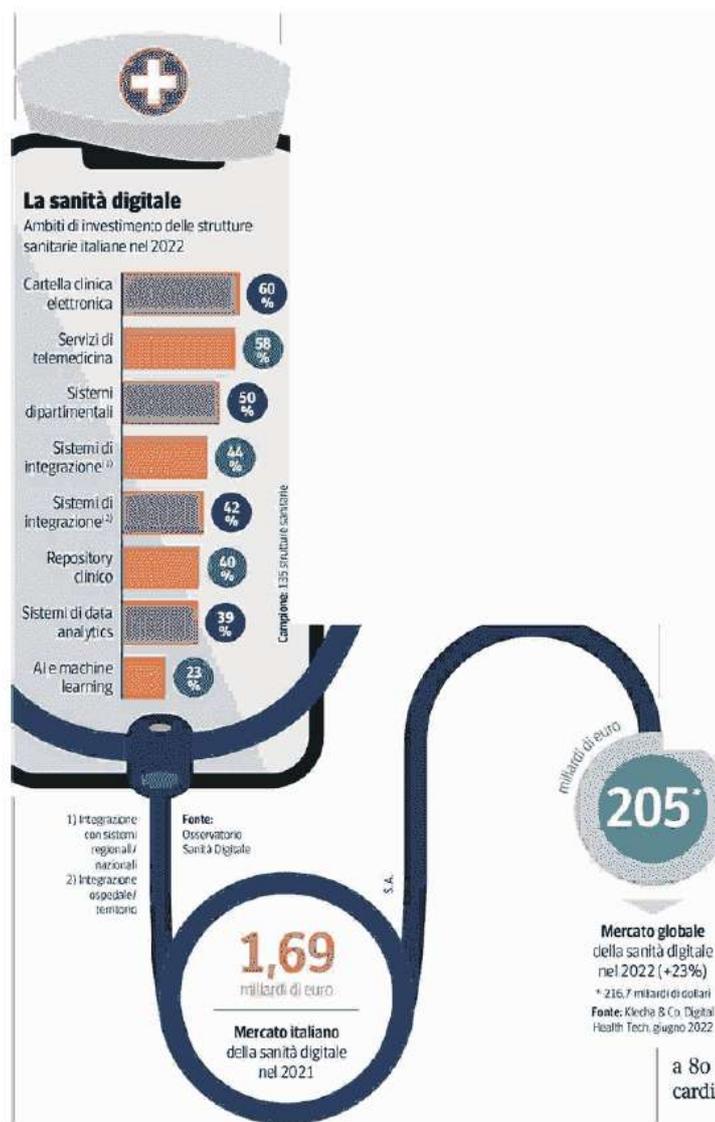
Risultati

A che punto è da noi lo sviluppo della telemedicina? «È un sistema ancora frammentato, con pochi grandi operatori, mentre le startup innovative faticano ad arrivare agli ospedali, per i bandi di gara, o ad avere le autorizzazioni dal ministero». Nel 2021 il 26% dei medici specialisti e il 20% dei medici di base hanno usato la telemedicina, rivela l'Osservatorio sanità digitale del Politecnico di Milano del 19 maggio. «È ancora in forma sporadica, ma il Pnrr destina un miliardo allo sviluppo nazionale della telemedicina», dice Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio.

La telemedicina è la seconda maggior voce di spesa nella Sanità, dopo il Fascicolo sanitario elettronico, ed è indicata come «rilevante» per l'integrazione tra ospedale e territorio dal 56% dei direttori sanitari. Lombardia e Puglia sono le prime Regioni scelte dal ministero per l'innovazione per avviare le piattaforme nazionali di telemedicina. Per la

prevenzione e il monitoraggio dei pazienti è partito invece a metà giugno il progetto CV-Prevalital, organizzato dalla Rete Cardiologica. Coinvolge 14 istituti di cura, 200 medici e 200 farmacie. Seguirà fino a 80 mila pazienti a rischio di malattie cardiovascolari tramite l'app YouCo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scenari Transizione, contaminazione, precisione: tre passaggi-chiave di un cambiamento in atto
Come spiega Giulio Pompilio, direttore scientifico dell'ospedale milanese, tra i migliori al mondo

CON UN CUORE GRANDE IL MONZINO E LA «REINVENZIONE» DELLA CARDIOLOGIA

di **Adriana Bazzi**

La medicina del cuore «si reinventa» e lo fa nel primo ospedale creato in Europa interamente dedicato al cuore e, attualmente, fra i migliori al mondo: il Monzino di Milano. La sua sfida, per una cardiologia del futuro, ruota attorno a tre parole: «transizione», «contaminazione» e «precisione».

Ma prima di entrare nel merito e scoprire in che cosa consiste questo nuovo modello di cardiologia del XXI secolo, ci permettiamo una «provocazione» che giriamo a Giulio Pompilio, cardiocirurgo professionalmente nato e cresciuto al Monzino, che da soli due anni è al timone della Direzione scientifica e ha stabilito una nuova rotta per l'Ircs (Istituto di ricerca a carattere scientifico): come mai di malattie di cuore si parla così poco, negli ultimi tempi, fra gli esperti di sanità, nel dibattito pubblico e anche nella stampa scientifica? Ecco la risposta di Pompilio: «La cardiologia si è oscurata alla luce dei suoi successi che hanno salvato

centinaia di vite umane (ricordiamo la trombolisi nell'infarto, ndr): è arrivata a un plateau, anche se ad alta quota, ma le occorre un nuovo scatto». Perché — aggiungiamo noi — le malattie cardiovascolari ancora si contendono il primato della mortalità, nel mondo, con le malattie oncologiche che hanno molta più visibilità, anche mediatica.

Ecco allora come la cardiologia si sta reinventando e si propone, anche grazie al supporto delle nuove tecnologie. Con un primo obiettivo: la *transizione*. «La vecchia cardiologia curava le malattie come "categoria" — spiega Pompilio. — Per esempio lo scompenso cardiaco come tale (secondo la classica definizione per cui questa malattia era dovuta a un deficit del cuore nel pompare adeguatamente il sangue: qualcosa di puramente meccanico, ndr). Adesso ci si sta rendendo conto che non esiste solo la malattia, ma anche il paziente, con tutte le sue caratteristiche, la sua biologia, la sua genetica. E che esistono tanti scompensi da curare in maniera diversa».

Ecco allora quella che si chiama anche «cardiologia ad alta definizione»: cioè terapie applicate al singolo individuo in maniera altamen-

te personalizzata.

Ma per fare tutto questo occorrono competenze multidisciplinari sia sul piano clinico che su quello della ricerca. Ecco la seconda parola: *contaminazione*.

Dice ancora il cardiocirurgo: «Si stanno giustamente perdendo i confini fra le specializzazioni. Dobbiamo pensare a un approccio olistico, che coinvolga tutte le competenze a partire da medici e personale sanitario fino ai bioingegneri, agli informatici eccetera».

Le figure coinvolte in questi nuovi percorsi di cura e di ricerca sono tantissime e non si possono nominare tutte, ecco perché oltre che di contaminazioni si parla anche di integrazione. Per esempio, per quanto riguarda la ricerca, il Monzino ha creato un nuovo centro in sinergia con il Politecnico di Milano, il Cardio Tech Lab, con obiettivi di studio in comune.

Terzo caposaldo dei programmi del Monzino: la *precisione* declinata non soltanto per quanto riguarda le cure dei pazienti (che vuole offrire il miglior approccio possibile a ogni singolo malato a seconda delle sue caratteristiche personali, come abbiamo detto, per esempio, nel caso dello scompenso cardiaco, a anche di infarto o

quant'altro), ma anche per la prevenzione. La chiamano «prevenzione di precisione».

«Significa — puntualizza Giulio Pompilio — che dobbiamo utilizzare tutti i mezzi, anche sfruttando le opportunità dell'Intelligenza Artificiale, per individuare le persone a rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari e di suggerire le precauzioni più opportune».

Insomma si tratta di novità anche difficili da comprendere, fra termini specialistici e proposte di esami sofisticati (come quelli di cui si sta dotando il Monzino come la nuova risonanza magnetica e la Tac). Ma vale la pena di capire che cosa bolle in pentola.

Visione sinergica

«Serve un approccio olistico che coinvolga figure come informatici e anche bio-ingegneri»

Un campo della medicina oscuratosi alla luce dei suoi successi e che adesso ha bisogno di un nuovo scatto



LA RICERCA

Innovatori, geniali e creativi La marcia in più dei dislessici

Studio dell'università di Cambridge: «Non c'è solo la difficoltà nella lettura. Le loro qualità sono state premiate dalla selezione naturale»

di **Giuliano Aluffi**

È miope considerare la dislessia - ovvero la difficoltà nella lettura e comprensione di un testo - come null'altro che un deficit: la mente dislessica è frutto di una specializzazione avvenuta durante l'evoluzione che ha portato una percentuale di persone ad avere un cervello più adatto all'esplorazione e all'innovazione.

I sistemi scolastici attuali, ignorando questa predisposizione, non valorizzano le diverse abilità dei dislessici, che rischiano di perdersi per strada e non sviluppare appieno il loro potenziale. È la tesi sostenuta da due esperti dell'Università di Cambridge, la ricercatrice in scienze cognitive Helen Taylor e il neuroscienziato Martin Vestergaard, in uno studio su *Frontiers in Psychology*. «La dislessia ha una forte componente genetica e un'ereditarietà del 60%. Ma perché dovremmo considerarla un disturbo biologico dello sviluppo, visto che riguarda un'invenzione esclusivamente culturale, e quindi artificiale, come la scrittura?»

Il cervello umano ha oltre 200mila anni, mentre la scrittura è un'invenzione recente - risalente a 5.500 anni fa - e la lettura è diventata un'attività di massa solo da un paio di secoli» spiega Helen Taylor. «L'alta percentuale di dislessici (in Italia

è intorno al 5% degli studenti delle scuole primarie e secondarie, altrove può toccare il 20%) suggerisce che quel tipo di mente abbia avuto una sua importanza, riconosciuta dalla selezione naturale. Così ci siamo chiesti: in che cosa eccelle la mente dislessica?».

Consultando gli studi pubblicati sulle capacità specifiche di questa parte di umanità - che nelle scuole rischia di venire stigmatizzata e di perdere fiducia in sé stessa - Taylor e Vestergaard hanno trovato un trait d'union rivelatore: «Il fatto che siano più predisposti degli altri a cogliere il quadro d'insieme delle cose. Ad esempio i dislessici sono più veloci nel riconoscere le cosiddette figure impossibili, ovvero le figure che hanno senso a livello locale ma non se viste nel loro insieme, come i disegni di Maurits Cornelis Escher» spiega Taylor. «Non solo: una mole di studi degli ultimi 40 anni indica che i dislessici sono anche più portati a individuare schemi ricorrenti, a integrare informazioni in modo creativo e a trovare soluzioni originali a un problema. Tutto questo suggerisce che la loro mente sia portata all'esplorazione». Un'attitudine cruciale durante l'evoluzione: «Come tutti gli animali, anche l'Homo sapiens si è trovato ad affrontare un dilemma: è meglio sfruttare le ri-

sorse locali o cercare nuove possibilità in ambienti ignoti?» spiega Taylor. «Se ti focalizzi sullo sfruttamento di ciò che hai attorno, rischi di rimanere intrappolato e perdi la capacità di adattarti ai cambiamenti, mentre se esplori in continuazione senza sfruttare bene ciò che incontri, potresti sprecare energia».

La risposta della nostra specie è stato un adattamento a livello di gruppo: la specializzazione delle menti. «Una parte - numericamente prevalente - di Homo sapiens ha sviluppato un cervello ottimale per lo sfruttamento del già acquisito, più veloce nell'automatizzare il processo della conoscenza, e che quindi oggi riesce meglio in attività automatiche come la lettura» ipotizza Taylor. «Un'altra parte d'umanità ha avuto in dotazione un cervello più portato all'esplorazione e alla novità». Queste due modalità di elaborazione del-



le informazioni - diverse e complementari - si sarebbero coevolute insieme al linguaggio, migliorando la collaborazione tra individui e la capacità di adattamento ai grandi cambiamenti come carestie e disastri naturali.

Questa ipotesi, secondo i ricercatori, spiegherebbe anche perché le persone dislessiche tendono a gravitare verso professioni che richiedono abilità associate all'esplorazione di idee e concetti e alla previsione di tendenze a lungo termine, come le arti, l'architettura e l'imprenditoria. «Se la scuola riconoscesse questa vocazione dei dislessici, potrebbe, invece di stigmatizzarli, valorizzare i

loro punti di forza» spiega Taylor. «Nel nostro studio mostriamo che i periodi in cui il cervello umano è cresciuto maggiormente, e quindi probabilmente si è specializzato di più, coincidono con le più intense fluttuazioni del clima. Abbiamo bisogno della creatività dei dislessici anche per affrontare le grandi sfide climatiche di oggi».



PSICOLOGA
HELEN TAYLOR
È RICERCATRICE
A CAMBRIDGE

Se la scuola riconoscesse la loro vocazione, potrebbe valorizzarne i punti di forza anziché continuare a stigmatizzarli

Personaggi famosi



Leonardo Da Vinci

Vasari lo descrive come un pessimo studente e il tipo di errori di ortografia dei suoi appunti fa pensare a dislessia



Albert Einstein

Iniziò a parlare dopo i 3 anni e a scuola faticò con grammatica e spelling. L'autopsia del cervello mostrò possibili segni di dislessia



Bill Gates

«Fui bocciato ad alcuni esami» ha raccontato. «Un mio amico li passò tutti. Ora lui è ingegnere di Microsoft, io proprietario»



Tom Cruise

Ebbe la diagnosi a 7 anni. A 19 faticava a leggere i copioni. Si sforzò di superare il problema proprio per continuare a recitare



Mika

Il cantante ha raccontato di far fatica a leggere gli spartiti. «Ma la dislessia non è una disabilità, è solo un altro modo di pensare»



Le abilità

1 Visione di insieme
I dislessici sono più abili nella visione d'insieme (la foresta) che di dettaglio (gli alberi). Quindi sono più capaci degli altri di cogliere analogie e schemi ricorrenti

2 Creatività
Quando acquisiscono una nuova conoscenza sono più abili nell'integrarla con altre informazioni, anche più lontane concettualmente. Così la creatività aumenta

3 Collegamenti
In certe parti del loro cervello la connettività tra neuroni lontani è più accentuata. Ciò facilita la creazione di collegamenti tra idee diverse. E l'innovazione

4 Soluzioni originali
I dislessici, rispetto agli altri, sono più portati a trovare multiple possibili soluzioni a un problema, piuttosto che ricorrere alla soluzione più convenzionale



COVID

Oltre 4mila contagi nella Capitale

Altri 4.058 nuovi contagi Covid a Roma sui 6.693 nel Lazio registrati ieri su oltre 26 tamponi effettuati. Due decessi, e 1.112 pazienti guariti. Attualmente ci sono 552 persone ricoverate in ospedale, 52 delle quali in terapia intensiva. Dati stabili rispetto a venerdì scorso. «Il

rapporto positivi-tamponi è al 25,6%», spiega l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

