



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

28 Luglio 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

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Sla: nuova luce su uno dei meccanismi base della malattia

28 Luglio 2022



(ANSA) - FIRENZE, 28 LUG - Nuovi risultati dagli studi in laboratorio su uno dei meccanismi alla base della Sla: grazie a una ricerca di un team di biochimici dell'Università di Firenze in collaborazione con un gruppo dell'Ateneo di Genova, "si è giunti - spiega Unifi - alla classificazione e quantificazione esatta dei depositi di una precisa proteina, TDP-43, che, in modo anomalo, si sposta fuori del nucleo dei motoneuroni, le cellule nervose che dal cervello trasmettono lo stimolo ai muscoli per la loro attivazione". La ricerca, cofinanziata da Fondazione Arisla e con fondi di un bando Fondazione CR Firenze - Università di Firenze - è stata pubblicata su Science advances. "Le ricerche sulla Sla - spiega il coordinatore dello studio Fabrizio Chiti - ci dicono che nella grande maggioranza dei casi la proteina TDP-43 si deposita in forma di inclusioni al di fuori del nucleo dei motoneuroni, nel citoplasma delle loro cellule" con due conseguenze negative: "Viene a mancare la proteina funzionale nel nucleo e queste inclusioni proteiche si accumulano nel citoplasma con azione nociva. La conseguenza è che il paziente con Sla non riesce a muovere i propri muscoli a causa del malfunzionamento dei



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

motoneuroni". "Riproducendo questo meccanismo in cellule in coltura simili ai motoneuroni grazie alla microscopia confocale Sted - spiegano Roberta Cascella e Alessandra Bigi, prime autrici del lavoro -, abbiamo isolato e contato nel tempo una per una le inclusioni di TDP-43 attribuendole a classi in base alla dimensione", arrivando poi a identificare "le inclusioni maggiormente responsabili della malattia", risultate essere, aggiunge Cristina Cecchi, del team fiorentino, "quelle di grandi dimensioni a differenza di quanto succede nella maggior parte delle malattie neurodegenerative". "Si è scoperto anche che per la degenerazione dei motoneuroni giocano un ruolo la perdita di proteina nel nucleo per il 60% circa, e, per il 40% circa l'accumulo nel citoplasma di TDP-43", continua Fabrizio Chiti. Lo studio ha permesso inoltre di capire che le inclusioni più grandi sono "attaccate" dai sistemi protettivi di controllo di qualità presenti all'interno delle nostre cellule, che tuttavia non riescono a eliminarle del tutto e a risolvere completamente il problema.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Covid, Gimbe: 'In 7 giorni -25% casi ma oltre 1.000 decessi'

28 Luglio 2022



Continua, per la seconda settimana consecutiva, il calo di nuovi casi di Covid-19 in Italia. Dal 20 al 26 luglio 2022, le nuove infezioni sono state 473.820 rispetto alle 631.693 della settimana precedente, pari a -25%. Di contro, continuano ad aumentare i decessi, che in una settimana sono stati ben 1.019 a fronte degli 823 della scorsa settimana, pari al +23,8%. Lo evidenzia il nuovo monitoraggio indipendente della Fondazione Gimbe. In tutte le Regioni si registra una diminuzione percentuale dei nuovi casi (dal -11% della Calabria al -31% della Campania) ma in 16 Province si registrano ancora oltre 1.000 casi per 100.000 abitanti.

Le 16 Province in cui si registrano oltre 1.000 casi di Covid-19 per 100.000 abitanti sono: Chieti (1.362), Teramo (1.275), Pescara (1.248), Ascoli Piceno (1.174), Messina (1.112), Fermo (1.103), Macerata (1.084), Rovigo (1.081), Benevento (1.067), Reggio di Calabria (1.059), Catanzaro (1.051), Venezia (1.043), Perugia (1.036), Treviso (1.027), Taranto (1.009) e Avellino (1.006). In calo sono anche i casi attualmente positivi, che sono stati 1.395.433 rispetto a 1.452.941 della settimana precedente, e le persone in isolamento domiciliare (1.383.875 rispetto a 1.441.553), pari entrambi al –



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

4%. Insieme al calo delle nuove infezioni da Sars-CoV-2, si registra una diminuzione del numero dei tamponi rapidi e molecolari effettuati: dai 2.560.557 della settimana 13-19 luglio ai 2.269.242 della settimana 20-26 luglio, pari a -11,4%. Aumentano invece, secondo il monitoraggio della Fondazione Gimbe (che riprenderà il 25 agosto), le reinfezioni di guariti. Secondo l'ultimo report dell'Istituto Superiore di Sanità, nel periodo 24 agosto 2021-20 luglio 2022 sono state registrate in Italia oltre 813 mila reinfezioni, pari al 5,2% del totale dei casi. La loro incidenza nella settimana 13-20 luglio si è attestata al 12% (75.060 reinfezioni), +11,7% rispetto alla settimana precedente.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Tanti positivi, diminuiscono decessi e ricoveri

Salgono i casi di infezioni da Sars-CoV-2 in Italia. Se martedì il tasso di positività si era attestato al 19,7% (con 88.221 casi), ieri si è registrato un aumento dello 0,4%, e quindi al 20,1% (poco più di 63mila i positivi ma con 130mila tamponi in meno). Ancora tantissimi i decessi registrati: 207, contro i 253 del giorno

prima: 171.439 le vittime dall'inizio della pandemia. In calo i posti occupati nelle terapie intensive, 10 in meno (martedì +8): in tutto sono 424. Scende anche il numero dei ricoveri ordinari: 30 in meno (martedì +43), per un totale di 11.094 pazienti ricoverati. Intanto, l'Agenzia europea del farmaco (Ema) ha avviato una revisione dei dati sull'uso della

sabizabulina, un medicinale anti-tumorale sviluppato dalla statunitense Veru, per il trattamento del Covid-19. «La revisione esaminerà tutti i dati, compresi quelli di uno studio che ha coinvolto pazienti ospedalizzati con Covid-19 da moderato a grave che sono ad alto rischio di sindrome da distress respiratorio acuto e morte», dice l'Ema,

indicando che «i risultati indicano che il trattamento potrebbe ridurre il numero di decessi».



Covid a scuola con le mascherine

Dispositivi e areazione delle aule
ecco le linee guida dell'Iss
per la ripartenza di settembre
Poche novità rispetto al passato
il timore è che le classi diventino
ancora veicolo di contagio

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Purificatori dell'aria nelle aule scolastiche sì, ma solo dopo aver verificato che non basti tenere le finestre spalancate e indossare le mascherine. Dopo mesi di attesa le linee guida dell'Iss per la riapertura in sicurezza delle scuole hanno partorito il topolino. I tecnici dell'Istituto, coadiuvati da quelli del Centro nazionale sostanze chimiche, non sembrano infatti essere andati molto al di là delle misure adottate in passato, che non sono state però sufficienti ad impedire focolai e didattica a distanza.

Il documento di 16 pagine è stato già consegnato al ministero dell'Istruzione, che dovrà ora diffonderlo tra i presi-

di, i quali dovrebbero però avere almeno tre lauree, in medicina, fisica ed ingegneria, per decifrare le schede tecniche che fanno da guida alla scelta dei diversi tipi di dispositivi per la ventilazione o la purificazione dell'aria negli ambienti chiusi. Strumenti dei quali lo stesso documento sottolinea gli alti costi, tanto da consigliarli eventualmente solo «ad integrazione e non in sostituzione delle principali misure anticontagio». Dopo aver affermato in premessa che «la qualità dell'aria indoor è un requisito essenziale per il mantenimento della buona salute della popolazione scolastica», gli esperti precisano che «l'utilizzo di dispositivi di sanificazione, purificazione e ventilazione è di gio-

vamento solo se comporta un miglioramento dell'aria indoor». Obiettivo raggiungibile, secondo gli estensori delle linee guida anche «con la semplice ventilazione delle aule attraverso l'apertura delle finestre». Né più né meno che la ricetta della nonna adottata fino a ieri, costringendo gli alunni a indossare sciarpa e cappotti in aula e con grande dispersione di energia, alla faccia del contenimento dei consumi per carenza di gas.

«Qualora le valutazioni tecniche individuassero la necessità di ricorrere a dispositivi specifici per la purificazione degli ambienti, questi dovranno essere selezionati sulla base delle specifiche tecniche» riportate nello

stesso documento.

«Si parla di personale specializzato che dovrebbe occuparsi della valutazione delle apparecchiature ignorando che nella scuola non esiste», puntualizza Cristina Costarelli, capo della sezione laziale dell'associazione nazionale presidi. E Stefania Sambataro, vice presidente del Comitato IdeaScuola, rincara la dose: «Non si è investito nulla per diminuire il numero degli alunni per classe e rafforzare gli organici». A settembre dunque si tornerà nelle aule pollaio. Sperando che, stretti stretti, almeno il freddo punga un po' meno. —



CEDILAFARIANO / L'ESPRESSO



“Regole inutili dopo l'estate il virus infetterà alunni e genitori”

L'INTERVISTA

ROMA

Giorgio Buonanno è ingegnere e professore di fisica tecnica ambientale all'Università di Cassino e fa parte del gruppo di esperti nominato dall'Oms per studiare le modalità di diffusione di virus e batteri nell'aria.

Cosa ne pensa delle linee guida dell'Iss sulla ventilazione delle aule scolastiche?

«Che sono inutili perché non danno alcuna indicazione pratica ai presidi. Fino ad ora si è andati avanti aprendo le fine-

stre e così siamo rimasti, perché come in passato è mancato il coinvolgimento delle competenze ingegneristiche».

Sta dicendo che rispetto alle finestre aperte i dispositivi di ventilazione meccanica controllata sono in grado di proteggerci di più?

«Certamente ed offrono almeno due vantaggi. Il primo è che queste apparecchiature ci dicono quanto ricambio d'aria garantiscono mentre aprendo le finestre non so cosa succede. E poi la ventilazione è in grado di riscaldare l'aria esterna, facendo risparmiare energia e ai ragazzi il disagio di dover se-

guire le lezioni in cappotto».

Con questi sistemi di ventilazione, distanziamento e mascherine servono lo stesso?

«Sì, quando la circolazione del virus è particolarmente alta, altrimenti è sufficiente la ventilazione meccanica controllata».

Che autunno sarà?

«Temo come gli ultimi due. Insegnando anche in Australia, dove è inverno, vedo che la nuova sotto-variante Ba.2.75 ha già provocato un picco di contagi e di morti. Mi aspetto lo stesso da noi, con i ragazzi che porteranno il virus nelle case». PA.RU. —



IL COVID IN CINA, NEGOZI E UFFICI BLINDATI

A Wuhan torna l'incubo del lockdown

Rita Fatiguso — a pag. 8



Dove tutto è iniziato. A Wuhan, un intero distretto con un milione di abitanti è finito in quarantena

Wuhan ripiomba nel lockdown dopo due anni e mezzo

Covid. Dopo la scoperta di quattro casi asintomatici nella città cinese dove è partito il virus, 1 milione di persone sono finite in quarantena

Rita Fatiguso

Wuhan, la città del centro della Cina che ha incubato il Covid-19, a distanza di due anni e mezzo ripiomba nel lockdown. Dopo la scoperta

di appena quattro casi asintomatici un intero distretto con un milione di abitanti è finito in quarantena. Così, secondo un copione già visto, tutte le attività e i trasporti sono stati sospesi né si possono lasciare

le abitazioni, se non in casi strettamente necessari.

Da lunedì scorso con 98 nuovi contagi accertati in Cina è ripresa la corsa delle varianti, in testa la BA.2. Ieri il bollettino ha registrato altre



79 infezioni trasmesse localmente e 41 casi importati di cui solo uno è stato registrato a Shenzhen, in calo rispetto ai 19 del giorno prima. Nelle aziende del calibro di Foxconn gli addetti sono tornati a lavorare secondo lo schema delle bolle, con la separazione delle linee produttive dal resto della fabbrica e, anche se le autorità locali affermano di aver sotto controllo l'ultimo focolaio di Covid-19 della città, non hanno allentato le misure di prevenzione.

Shanghai dal canto suo ne ha registrati 16, incluso uno al di fuori dell'area della quarantena.

Il lockdown in Cina è strisciante, in mattinata 778 le aree ad alto rischio, 601 a medio, 134 a basso rischio, in tutto il resto del Paese sono in funzione i normali controlli e i test di massa per prevenire nuovi focolai. La situazione è talmente incerta che è difficile quantificare il numero delle persone intrappolate a causa della strategia zero Covid, almeno 500mila sono ancora sotto scacco.

Proprio in questi giorni, inoltre, nuovi studi pubblicati da Scienze dimostrerebbero l'esistenza di prove sulla vera origine della pandemia, indicando l'origine nel mercato del pesce e della fauna selvatica di Wuhan. Uno dei ricercatori ha detto di sperare che gli studi avrebbero «corretto la falsa registrazione che il virus proveniva da un laboratorio». O, peggio, da una diffusione pianificata a tavolino in occasione delle Olimpiadi militari

ospitate proprio a Wuhan nell'autunno del 2019, in piena emergenza da coronavirus.

Lo studio ha ricostruito le prime fasi della pandemia, concentrandosi sulla distribuzione dei primi casi noti nell'uomo, di quelli nei mammiferi sensibili a SarsCoV2 e collegandoli a campioni positivi prelevati nell'ambiente, per esempio le gabbie. Tutte le ricostruzioni riconducevano al Huanan Seafood Wholesale Market di Wuhan, anche se «gli eventi a monte del mercato, così come le circostanze esatte all'interno mercato, rimangono oscuri».

Un secondo studio, pubblicato in contemporanea sulla stessa rivista ha ricostruito, invece, l'albero genealogico di SarsCoV2 risalendo ai primi due lignaggi del virus. Il cammino genetico a ritroso dei ricercatori è riuscito a concludere che il virus SarsCoV2 è stato probabilmente trasferito per la prima volta dall'animale all'uomo tra il 23 ottobre e l'8 dicembre 2019 (probabilmente intorno al 19 novembre) e una seconda volta nelle settimane successive.

«Questi risultati indicano che è improbabile che SarsCoV2 sia circolato ampiamente negli esseri umani prima del mese di novembre 2019 e definiscono la finestra stretta tra quando SarsCoV2 si è trasferito per la prima volta negli esseri umani e quando sono stati segnalati i primi casi di Covid-19».

Di fatto, c'è in giro un diffuso nervosismo, tanto è vero che Shen

Hongbing è ora il nuovo capo del Chinese Centre For Disease Control and Prevention (CDC), rimpiazzando Gao Fu, il virologo al vertice dall'agosto 2017. Una mossa motivata dall'età del sessantenne Gao vicina (ma non troppo) al pensionamento. In realtà il cambio dovrebbe portare all'adeguamento delle direttive del presidente Xi Jinping in tema di gestione della pandemia. Il ministero degli Affari civili ha varato nuove linee guida anche per i servizi volontari di prevenzione anche se, stranamente, è in corso in questi giorni, per la prima volta, una grande fiera di prodotti di consumo, ad Haikou capitale della provincia di Hainan. Un segnale per la ripresa economica, con Xi Jinping che ieri dopo aver detto che il Paese «sta affrontando rischi e sfide più complessi, a livello nazionale e internazionale, entrando in una nuova fase che offre opportunità strategiche» ha elogiato il Partito per aver gestito finora con successo questioni spinose tra cui la pandemia da Covid-19.

Al 20esimo Congresso del Partito che definirà gli obiettivi di sviluppo e le politiche per i prossimi cinque anni e oltre, mancano meno di quattro mesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TOLLERANZA ZERO
Almeno 500mila persone in Cina sono ancora intrappolate in casa a causa della strategia zero Covid

ORIGINE PANDEMIA
Nuovi studi pubblicati da Scienze dimostrano l'origine del virus del Covid 19 nel mercato del pesce di Wuhan



Wuhan. Il mercato del pesce dove è nata la pandemia. La foto è del 30 marzo 2020





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'EMERGENZA SANITARIA

Vaiolo delle scimmie, Parigi apre il primo hub vaccinale

DANIELE ZAPPALÀ
Parigi

Dopo aver già registrato più di 1.800 casi sul proprio territorio, la Francia corre ai ripari contro il vaiolo delle scimmie, aprendo in particolare a Parigi, nel 13mo arrondissement, un primo centro di vaccinazione specifico, con un ritmo auspicato di 200 dosi quotidiane somministrate. Per il neoministro della Sanità, François Braun, si tratta di una risposta giunta al momento opportuno: «Niente panico, abbiamo reagito in modo estremamente rapido», ha assicurato. Ma nelle ultime ore il livello di guardia è salito in tutta Europa, dato che nei Paesi Ue si registrano circa 10mila casi, ovvero più della metà degli oltre 18mila segnalati finora nel mondo in più di 70 Paesi, pur nel quadro di grandi discrepanze d'affidabilità nei sistemi di sorveglianza. L'Italia è a quota

426 casi, fra cui solo 2 donne, mentre Germania e Regno Unito hanno già superato rispettivamente la soglia dei 2mila. In una lettera ai ministri competenti, Stella Kyriakides, commissaria Ue alla Sanità, ha chiesto di consegnare «il prima possibile» le 160mila dosi di vaccino già acquistate dall'Ue.

Inoltre, l'Unione sta preparando due procedure per l'acquisto di nuove dosi di vaccino, così come del trattamento antivirale Tecovirimat. Nella stessa lettera, Kyriakides sottolinea le priorità del momento, ovvero «intensificare la sorveglianza, identificare e segnalare i casi, l'isolamento, la tracciabilità dei con-

tatti e la vaccinazione, la prevenzione delle infezioni e chiare campagne di comunicazione del rischio in tutti gli Stati membri». Per l'EmA (Agenzia europea del farmaco), serve una «risposta forte». Su scala planetaria, l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha registrato una progressione del 48% dei casi nell'arco di una settimana, dichiarando già l'epidemia come «emergenza sanitaria pubblica». Secondo uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *New England Journal of Medicine*, il 95% delle infezioni è avvenuta durante un rapporto sessuale. Circa il 10% dei casi ha necessitato il ricovero, con 5 decessi. In proposito, l'Oms continua a sottolineare che una proporzione significativa della popolazione è potenzialmente esposta, sebbene una maggioranza dei casi constatati «finora riguarda uomini che hanno rapporti sessuali con uomini».

Negli Stati Uniti, si considera seriamente una dichiarazione di emergenza, mentre i funzionari sanitari municipali di New York chiedono pure all'Oms di cambiare nome al virus, «per evitare il rischio di razzismo e discriminazione che porterebbe portare chi si ammala a isolarsi invece di cercare le cure necessarie».

**L'Ue, a quota 10mila casi, accelera sui vaccini
New York: «Rischio razzismo, occorre cambiare nome al virus»**



Vaccinazioni in Francia / Reuters



NON SOLO COVID

I 48 infermieri del pronto soccorso: trasferiteci tutti

OSPEDALE DI ORBASSANO La fuga dell'intero personale sanitario dopo la condanna per un triage errato costato la vita a un paziente

» **Natascia Ronchetti**

Personale ridotto all'osso, sempre più in fuga verso altri reparti per l'insopportabile carico di lavoro. Pazienti costretti a stare sulle barelle anche per tre o quattro giorni in attesa del ricovero. Accessi che aumentano perché manca il filtro della medicina generale, a causa della grave carenza di medici di famiglia. "Non riusciamo più a garantire una assistenza di qualità", ammoniva pochi mesi fa Fabio De Jaco, presidente di Simeu, società di medicina di emergenza-urgenza, mettendo a nudo la drammatica situazione nella quale versano i Pronto soccorso.

Ora il personale sanitario è in fibrillazione anche per altro: per le condanne che vengono comminate dai Tribunali per

gli errori commessi e di cui fanno le spese i pazienti. Errori che potrebbero essere evitati, dicono medici e infermieri, se fossero garantite migliori condizioni di lavoro. L'ultima è stata emessa dal Tribunale di Torino, pochi giorni fa: un infermiere del Pronto soccorso dell'ospedale San Luigi di Orbassano, colpevole secondo i magistrati di aver sbagliato il *triage*, con il quale viene attribuito un codice che indica la gravità delle condizioni del paziente; errore per il quale l'infermiere è stato condannato a otto mesi di reclusione, costato la vita a un uomo di 61 anni nel gennaio del 2019: gli era stato attribuito un codice verde (urgenza minore), è stato stroncato da un aneurisma dopo sette ore di attesa.

"Ora tutti abbiamo paura di fare il *triage*, perché operiamo in condizioni che aumentano notevolmente il rischio per la vita dei pazienti", dice Luca Zanotti, infermiere del Ps del San Luigi di Orbassano e delegato

sindacale del Nursind. E infatti è scattato l'esodo. I 48 infermieri della struttura hanno inoltrato la domanda di trasferimento a un altro reparto. Orbassano, dove ieri da quattro giorni 35 pazienti attendevano di essere ricoverati, è però solo uno tra i tanti Ps in difficoltà. "Non esistono più regioni virtuose. Anche perché va ricordato che le evidenze scientifiche che vengono applicate per giudicare il nostro operato - spiega De Jaco -, non provengono dall'attività di Ps". Anche l'infermiere condannato è uno tra i tanti. Dal 2019 ai primi sei mesi di quest'anno le richieste di risarcimento dei danni nei confronti degli infermieri della sanità pubblica (dati Nursind) sono state quasi mille, i procedimenti penali 131. Ma già nel 2019 i Pronto soccorso erano vicini al collasso, con Simeu che chiedeva inutilmente a governo, atenei e Regioni di aumentare le borse di specializzazione. Ora tutto è precipitato. "Sia-

mo di fronte alla peggiore estate da quando esiste questa specialità", dicono De Jaco e il *past president* Salvatore Manca. Quest'anno gli accessi sono aumentati mediamente del 20%. Scappano i medici - 600 dall'inizio del 2022 hanno gettato la spugna e già ne mancavano 4.200 - e ora scappano anche gli infermieri. "Si licenziano e vanno a fare un altro lavoro - conferma Andrea Bottega, segretario nazionale di Nursind -. Avviene ormai da tempo in tutti i reparti, ma nei Ps ancora di più. Sono diventati un imbuto, dove confluiscono tutti coloro che non trovano risposte nella medicina territoriale. E già adesso, secondo le nostre stime, mancano circa 75 mila infermieri". Lo choc pandemico ha aggravato tutto. Per la prima volta dopo molto tempo quest'anno le università italiane hanno sfornato solo 9.931 nuovi infermieri, sotto la soglia critica di 10 mila.

OMS: "SERVONO NUOVI VACCINI SPRAY O GOCCE"

"SEBBENE i vaccini abbiano salvato innumerevoli vite, non hanno ridotto sostanzialmente la trasmissione" di Covid-19. "È fondamentale per governi e il settore privato continuare a collaborare e investire nello sviluppo di nuovi vaccini che prevenivano sia infezioni che malattie, attraverso spray nasali o gocce" Così il dg dell'Oms, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

IL BOLLETTINO

207

MORTI 24 ore prima 253

63.837

NUOVI CONTAGI 24 ore prima i contagi erano stati 88.121

-10

TERAPIE INTENSIVE 424 malati ricoverati

-30

RICOVERI ORDINARI 11.094 pazienti ricoverati



Questione nazionale
Il sindacato di medicina dell'urgenza avverte: "Si stanno licenziando in molti, emergenza vera"



La grande fuga
L'intero soccorso
si stanno
svuotando
di personale,
ormai allo stremo
FOTO ANSA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Pronto soccorso, mancano 4.200 medici

La situazione negli ospedali è sempre più difficile a causa della carenza di medici e personale. Al punto che l'Anaa Assomed ha deciso di proclamare lo stato di agitazione e, con l'hashtag #primadivotarepensaallasalute, si dice pronta a «una stagione di mobilitazione». Anche la Simeu (Società italiana di Medicina d'emergenza urgenza) ha lanciato l'allarme: nei Pronto soccorso mancano circa 4.200 camici bianchi secondo i dati dello scorso novembre, e sono già 600 quelli che nel 2022 si sono dimessi, in pratica

100 al mese. La goccia che ha fatto traboccare il vaso, per l'Anaa, è la morte del medico dell'Ospedale di Manduria (Taranto), stroncato da un malore mentre era in reparto. Per il sindacato è però «solo l'ultimo episodio» che «certifica il collasso della sanità».



Salute

Invitalia, al via tre maxi gare per la sanità territoriale

In arrivo 1.189 interventi per oltre 3,249 miliardi d'investimenti

Marzio Bartoloni

ROMA

La Sanità territoriale, cuore delle riforme disegnate nel Pnrr per la missione 6 (quella della salute), si avvicina alla messa a terra con l'avvio dei cantieri per costruire tra le altre cose le attese Case di comunità che garantiranno cure più vicine ai cittadini. Invitalia ha lanciato nei giorni scorsi tre maxi gare, pubblicate anche sulla gazzetta europea, per l'aggiudicazione di accordi quadro multilaterali che si concretizzeranno in 1.189 interventi che cubano oltre 3,249 miliardi di investimenti. La scadenza delle gare è fissata per il prossimo 14 settembre.

In tutto sono coinvolte 16 Regioni che hanno deciso di appoggiarsi a Invitalia - fanno da "sole" Veneto, Liguria, Abruzzo, Sicilia e Campania - e attraverso gli accordi quadro multilaterali con più operatori economici apriranno i cantieri per costruire una buona fetta delle nuove strutture previste dagli investimenti del Pnrr e in particolare quelle della Sanità territoriale che è mancata di più durante i mesi più duri della pandemia. Più nel dettaglio, attraverso queste gare è prevista la realizzazione di 699 Case delle comunità (sulle 1.430 complessive) per un finanziamento totale di circa 1,290 miliardi. Queste strutture forniranno h24 prime cure e diagnosi ai cittadini evitando così di intasare il pronto soccorso.

Ma in cantiere ci sono anche 219 ospedali di comunità (dei 435 totali) per una spesa di 581 milioni, dove si

erogheranno le cure "intermedie" cioè quelle che non hanno bisogno di ospedalizzazione ma necessitano per la loro complessità comunque di un'assistenza che a casa non può essere assicurata (si pensi ai cronici e agli anziani).

Sempre sul fronte della Sanità territoriale il maxi appalto prevede anche la realizzazione di 66 Centrali operative territoriali (sulle 611 totali) per 17 milioni a cui spetterà la regia e il coordinamento di tutte le cure ter-

ritoriali. In pista anche altri importanti interventi edilizi con la messa in sicurezza antisismica per 177 ospedali con un finanziamento totale di circa 1,240 miliardi e altri 28 interventi di "potenziamento del Ssn" per una spesa di 121 milioni.

Le procedure sono state suddivise in lotti geografici e ogni lotto geografico in sub-lotti relativi alle singole prestazioni necessarie per la realizzazione di lavori o opere pubbliche (servizi tecnici; servizi di verifica della progettazione; lavori; lavori in appalto integrato e servizi di collaudo). Le gare hanno rispettivamente il valore di 2,198 miliardi, 458 milioni e 430 milioni. Ogni concorrente potrà aggiudicarsi al massimo 4 lotti.

Rispetto ai target regionali il 76% delle Case della Comunità e 80% degli Ospedali della Comunità delle 16 regioni coinvolte verranno gestite con le procedure aggregative dell'Accordo Quadro. Che rappresenta uno strumento di supporto alla governance dell'intervento Pnrr con vantaggi sia per la Pubblica amministrazione che per il mercato: permette infatti di avviare contestualmente tutte le procedure d'appalto relative alle fasi prestazionali utili

all'attuazione dell'intervento e, al tempo stesso, consente al mercato di organizzare per tempo l'offerta (sub-fornitori, materiali), a fronte di una domanda ingente e contemporanea. In particolare l'ottimizzazione del numero delle procedure d'appalto (3 procedure «aperte» al posto di circa 3.600 procedure), nel rispetto delle norme nazionali e comunitarie applicabili, consentono agli uffici gare delle imprese di predisporre più offerte per singola procedura o per procedure strutturate in modo analogo, con conseguente riduzione dei tempi collegati alla gestione di queste attività.

L'avvio dei cantieri della nuova Sanità territoriale con la costruzione delle Case di comunità e degli ospedali di comunità è il primo passaggio di una riforma molto attesa che ora aspetta anche gli investimenti per il personale che dovrà lavorare dentro: dagli infermieri di famiglia e di comunità ai medici fino agli operatori e assistenti sociali. Uno step fondamentale da far partire subito per evitare che si costruiscano "scatole vuote" o cattedrali nel deserto come già accaduto in passato per la Sanità.

Previste 699 case e 219 ospedali di comunità. Attesi ora gli investimenti per il personale



È legge: il medico deve farsi trovare

di DANIELA MINERVA



agari non sarà un tema “da ombrello-
ne” per gli italiani che cercano di tirare
il fiato dopo questi anni orribili, ma di
certo è uno di quelli che promette di
cambiare le nostre vite. È stato pub-
blicato sul numero 144 della *Gazzetta
Ufficiale* il DM 77, entrato in vigore il
7 luglio. E chiede a tutte le regioni di

dotarsi di una organizzazione “territoriale” adeguata entro il gen-
naio del 2023; chi non lo farà perderà il 2-3% del finanziamento
integrativo del Fondo sanitario nazionale. Stiamo parlando del
decreto che definisce nel dettaglio la nuova organizzazione che
dovranno avere i servizi sanitari per i cittadini. Spiega che do-
vranno esserci Case di comunità (Cdc) aperte 7 giorni su 7 per 24
ore con in servizio medici di medicina generale, pediatri (30-35
a rotazione) e infermieri (7-11), ma anche psicologi, ostetrici, assi-
stenti sociali, tecnici della riabilitazione. Insomma, tutti i sanitari
che ci servono per dirci come stiamo e, se stiamo male, risolvere
rapidamente, quando possibile. Se stiamo troppo male perché la
Cdc possa risolvere, ecco che ci mandano all'Ospedale di comu-
nità. Un piccolo nosocomio che può gestire patologie acute ma
anche aggravamenti di malattie croniche. Tutto quello che può
essere fatto senza andare in un grande ospedale a intasarlo con
altre istituzioni necessarie a curarci, che organizzano l'assistenza

domiciliare, gli hospice e così via. È
una lettura straordinaria che consi-
gliamo a tutti. Soprattutto a coloro
che non riescono a trovare un medi-
co di medicina generale in Lombar-
dia perché in molti stanno andando
in pensione (e non c'è ricambio) e
nessuno assiste i cittadini che devono
migrare da un portone all'altro a cac-
cia di un dottore disponibile. Soprat-
tutto a coloro che devono pagare la
Rsa per il parente troppo malato da

poter essere assistito a casa. Soprattutto a chi soffre di una malat-
tia cronica e non ha nessuno che gli scriva cosa deve fare... Aspet-
tiamo il 31 gennaio 2023. E ci piace vincere facile: scommettiamo
che le regioni che avranno, almeno in parte, adeguato le strutture
si conteranno sulle dita di una mano? Teneteci informati.

Publicato in Gazzetta Ufficiale il decreto
che obbliga le regioni a prendersi cura di
noi vicino a casa. Senza intasare gli ospedali

**Case della
salute aperte 7
giorni su 7, H24.
Infermieri, medici,
fisioterapisti...
Sembra il regno di
Bengodi: vedremo
se sarà realtà**



Lo studio: «Ora il virus è più buono»

La ricerca di Caruso, presidente dei virologi, conferma: «Limitati i danni più gravi»
Le sottovarianti di Omicron sono infatti incapaci di infettare i vasi sanguigni e linfatici

di **GIULIANO GUZZO**

■ La sensazione che l'aggressività della pandemia si sia attenuata, in realtà, c'è da mesi. Lo stesso divario tra un alto numero di contagi e ospedalizzazioni che invece, fortunatamente, restano ben sotto controllo, per stare ai dati più recenti, appare significativo. D'accordo, ma come mai tutto questo? Cosa è cambiato davvero nell'andamento pandemico? La risposta, convincente e incoraggiante, sarà presto pubblicata su una rivista scientifica, ma si può già affermare presenti tutti i crismi dell'attendibilità.

Stiamo infatti parlando di una nuova ricerca a cura non di uno studioso qualsiasi, bensì di **Arnaldo Caruso**, professore ordinario microbiologia e microbiologia clinica all'università di Brescia, direttore del Laboratorio di microbiologia dell'Asst Ospedali Civili e, soprattutto, presidente della Siv-Isv, acronimo della Società italiana di virologia. Parliamo insomma di uno specialista di primo livello, il quale, insieme al suo team di Brescia, ha condotto uno studio che dà definitiva solidità, illustrandone con cura anche

le ragioni, a quella che finora era più una ragionevole impressione che una certezza: il coronavirus Sars-cov-2 è mutato; di più: è diventato meno letale.

Detto in termini meno generici, ciò che questo gruppo di studiosi italiani ha scoperto è che, se da un lato Omicron era già una variante meno preoccupante delle precedenti, ora anche le sue «figlie» - «tutte quante da BA.2 in poi», ha precisato **Caruso** interpellato da Adnkronos Salute, comprese la BA.4 e la BA.5 oggi dominante - sotto la forte pressione dell'immunità prodotta sia dai vaccini sia dalla guarigione hanno propiziato lo sviluppo di una mutazione fortunata. Questo perché, ha precisato il presidente dei virologi italiani, le nuove varianti «sono praticamente incapaci di infettare gli endoteli», vale a dire i vasi sanguigni e linfatici, «e quindi di causare le disfunzioni ritenute alla base di sintomi gravi a livello polmonare, fenomeni trombotici e, probabilmente, anche delle manifestazioni cliniche associati al Long Covid».

Ne consegue come, per la prima volta in modo davvero accurato, possiamo non solo affermare che le «figlie» di Omicron sono meno allarmanti di altre varianti, ma possiamo farlo sapendone l'esatto motivo. Non è poco e, considerando quanto la pandemia, soprattutto nel 2020, abbia nuociuto al nostro Pae-

se mietendo migliaia di vittime, non pare esagerato parlare di riscatto. Non a caso **Caruso**, senza nascondere comprensibile orgoglio, parla di «una scoperta tutta italiana e importantissima, perché fa ben sperare anche per l'evoluzione futura del virus».

A tale svolta si è potuti arrivare in seguito all'identificazione d'una seconda porta d'ingresso, per così dire, che Sars-cov-2 può utilizzare per aggredire l'organismo umano, vale a dire le integrine, proteine espresse anche da cellule, come le endoteliali, che possono non presentare il recettore Ace2, ovvero il canale principale impiegato dal virus. Il fatto è che le ultime varianti di Omicron non risultano più in grado di agganciare e infettare gli endoteli umani. Significa, per semplificare, che non solo il virus si trova privato di alcune proprietà - per giunta di quelle che gli consentivano proprio di causare i sintomi più gravi di Covid-19 nonché, almeno parzialmente, quelle legate al Long Covid -, ma che questo ormai è un trend. Dopo oltre due anni di pandemia pare dunque si sia davvero alle battute finali di questa esperienza. E stavolta, fortunatamente, non è più solo un auspicio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL LAVAGGIO DEL SANGUE (E DEL CERVELLO)

EUGENIA TOGNOTTI

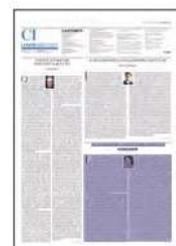


Long Covid, «lavaggio del sangue», cure alternative, turismo sanitario, business, etica medica. C'è tutto in queste parole chiave: la frustrante mancanza di trattamenti medici comprovati e autorizzati per curare quell'ancora misteriosa sindrome; il florido mercato delle cure e la speranza offerta da trattamenti sperimentali per i quali non esiste alcuna prova di efficacia, ma che spinge i «migranti» della salute in giro per l'Europa - tra centri e cliniche private - alla disperata ricerca di un rimedio ad una condizione di malessere, a cui concorrono, a settimane e mesi dall'infezione, affaticamento, mancanza di respiro, mal di testa, nebbia cerebrale, problemi cognitivi. Per citare solo alcuni dei sintomi che rubano salute e benessere a molti milioni di persone: quattordici dal 2020, stando alle stime di uno studio globale, condotto da un gruppo di ricercatori di varie università e del Global Burden of Disease, che raccoglie i dati epidemiologici di 195 paesi del mondo.

A gettare un sasso nello stagno sulla «migrazione» per le cure per il Long Covid è stata la denuncia di prestigiosi giornali medici e di personalità di punta del mondo accademico e medico-professionale. Le loro critiche - insieme con i risultati di un'indagine conoscitiva congiunta tra Itv News e British Medical Journal (Bmj) - hanno trovato spazio nella grande stampa internazionale. Per riassumere: migliaia di persone - frustrate dalla mancanza di trattamenti medici comprovati e autorizzati contro la sindrome post Covid - stanno ricorrendo a trattamenti e terapie estremamente dispendiose e prive di un valido supporto scientifico. Ad alimentare l'offerta, centri sanitari e cliniche private in Svizzera, Germania, Cipro (ma non solo), diventate mete di un turismo sanitario in crescita, come avveniva a fine Ottocento per i facoltosi tisiici inglesi, tedeschi e russi che affluivano a Nervi e in altre località della costa ligure per curare la tubercolosi. Ma quella dei pazienti che sperimentano gli effetti a lungo termine di Covid-19 è solo in parte una clientela d'élite, anche se affronta grandi spese per i trattamenti. Tra quelli di tendenza - forse perché evoca vita e rinascita - è il «filtraggio del sangue» o aferesi, una terapia medica consolidata per altre patologie come l'anemia falciforme. Nei casi di Long

Covid, il trattamento prevede anche la somministrazione di anticoagulanti, data l'ipotesi che «i sintomi siano causati da piccoli coaguli nel sangue che bloccano il flusso di ossigeno attraverso i capillari», per riprendere le parole di un redattore investigativo di Bmj. Il fatto è che, secondo l'unanime giudizio degli esperti, non ci sono benefici dimostrati e prove - acquisibili solo nel contesto di una sperimentazione clinica - che il prelievo di sangue dal corpo e il «filtraggio» - porti ad un miglioramento e alla guarigione.

La ricerca di cure miracolose è antica come la malattia. In era prescientifica era l'impotenza della medicina ortodossa e la sfiducia nell'ambito istituzionalizzato della tradizione della medicina «alta» a spingere gli ammalati ad affidarsi ad una miriade di curanti, empirici e «pratici», speciali, ciarlatani di strada e curanti girovaghi, che offrivano rimedi e medicamenti di ogni genere, spacciati come «secreti», nelle piazze di città e paesi, in occasione di fiere e mercati. Nella nostra epoca iperscientifica e tecnologica è il fallimento di cure convenzionali per alcune gravi malattie (come il cancro), e una generica sfiducia nella Medicina a spingere verso terapie non ortodosse. E a dare fiducia a cure per le quali non esiste alcuna prova di efficacia - come, appunto, il «lavaggio del sangue» - ma che trovano sui social un poderoso strumento di propaganda. Un pugno di caratteri basta a sintetizzare in un tweet il percorso di cura e i risultati. Un direttore creativo olandese, appassionato - come da profilo - di scienza, fantascienza e storia, sintetizza: «20 giorni dopo l'inizio degli anticoagulanti, 10 giorni dopo il mio primo trattamento di aferesi. Risultati notevoli: meno nebbia cerebrale, meno vertigini, meno dolori articolari, meno bruciore muscolare, meno mal di testa». Ad ingrossare la valanga i retweet di gruppi come la Long Covid Apheresis e di vari Long Covid Center, come quello di Larnaca, sulla costa sud-orientale di Cipro. Non sembra davvero destinata a vincere la sfida alle «affermazioni ingannevoli, in particolare quelle relative alla medicina complementare e alternativa» il gruppo di Complementary Meds, «difensori della scienza e della medicina scientifica» sul web. Si può, del resto, contro chi impugna la bandiera del diritto alla libera scelta delle cure e la speranza di guarigione? —



Dossier

Vaccino per la B e un nuovo farmaco per la D

Sono cinque i tipi di infezione epatica,
con gravità e diffusione differenti.

Possono anche restare senza sintomi
a lungo ma se non trattate spianano

la strada a gravi danni e persino a tumori

Eppure oggi si possono prevenire,
guarire o tenere sotto controllo

di **Elena Meli**

È un alfabeto che si ferma alla E, di appena cinque lettere. Non per questo è meno importante conoscerlo, perché ciascuna lettera corrisponde a un virus che minaccia la salute del fegato con epatiti che lo infiammano e ne compromettono le funzioni, spianando la strada a malattie come la cirrosi o il tumore epatico. Anche per questo l'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (Aisf) e la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit), in occasione della Giornata Mondiale delle Epatiti che si celebra il 28 luglio, hanno richiamato alla necessità di potenziare la prevenzione dell'epatite B, migliorare lo screening per l'epatite C e favori-

re l'accesso alle terapie approvando presto anche in Italia il nuovo farmaco contro l'epatite Delta, che ha già il via libera dell'Agenzia Europea per i Medicinali. Sono queste le tre lettere che più impensieriscono perché i virus B, C e Delta spesso non danno grossi sintomi al momento dell'infezione acuta, ma possono generare epatiti croniche che danneggiano in maniera permanente le cellule del fegato provocando cirrosi, in cui l'infiammazione dovuta



all'infezione porta pian piano il tessuto epatico a diventare fibrotico, come quello delle cicatrici, e a perdere le sue funzioni.

In realtà abbiamo già molti validi strumenti per fronteggiare le epatiti più pericolose: nel caso dell'epatite C esiste una cura risolutiva (si

veda alle pagine seguenti), per l'epatite Delta è stato sviluppato di recente bulevirtide, primo farmaco specifico per Hdv (Hepatitis D Virus) che sta dimostrando un'efficacia notevole. È una bella notizia, perché l'epatite Delta è molto aggressiva, progredisce fino a 10 volte più rapidamente rispetto alla B, con cui va sempre in coppia. Il virus Delta è una scoperta recente e tutta italiana: nel 1977 Mario Rizzetto, gastroenterologo dell'Università di Torino, dimostrò che in una quota di pazienti con epatite B si trovava un altro virus, Delta. «È un virus difettivo, ovvero ha bisogno della contemporanea presenza di Hbv (Hepatitis B Virus) per potersi replicare», spiega Pietro Lampertico, direttore dell'Unità di Gastroenterologia ed Epatologia del Policlinico di Milano. «Si stima

che sia presente in circa il 5% dei portatori di epatite B, perciò nel mondo si ipotizzano 12-15 milioni di pazienti con epatite Delta, in Italia dalle cinque alle diecimila persone. Negli ultimi 30 anni questi pazienti sono stati trattati con interferone vista la co-infezione con Hbv, ma la terapia funziona in circa il 15-20% dei casi, provoca effetti collaterali e spesso non può essere utilizzata per le caratteristiche del paziente (per esempio in anziani o in malati gravi, ndr)».

C'è peraltro il problema della rilevazione del virus, come osserva Alessio Aghemo, segretario Aisf: «Soltanto meno di 1 paziente su 2 con Hbv è stato testato per l'epatite Delta e anche nei centri epatologici c'è poca formazione, sebbene basti un esame del sangue per diagnosticarla. Esiste perciò un notevole sommerso e le diagnosi sono spesso tardive, così il virus danneggia il fegato e, tra coloro che non sono protetti dal vaccino per l'epatite B, si diffondono i contagi».

Anche nel caso dell'epatite Delta, come nella B e la C, il virus viene trasmesso attraverso il sangue infetto o i rapporti sessuali; vista la gravità della malattia e le difficoltà di trattamento l'arrivo di una nuova terapia è un bel passo avanti, soprattutto per il meccanismo d'azione. Bulevirtide, che si inietta sottocute una volta al giorno, cronicamente, blocca infatti la proteina sulle cellule epatiche che con-

sente al virus di entrare, in questo modo la replicazione virale si ferma e l'infiammazione diminuisce. «I risultati degli studi in corso sono rilevanti», specifica Lampertico. «Il 71% dei pazienti trattati ha una riduzione del carico virale, il 50% torna ad avere transaminasi nella norma (gli enzimi epatici indicativi del funzionamento corretto del fegato, ndr), nel 45% si osservano entrambe le risposte, virologica e biochimica. Significa riuscire a bloccare il virus e il danno epatico, con effetti positivi anche in pazienti con cirrosi avanzata; il trattamento non eradica il virus, lo sopprime soltanto, tuttavia è una rivoluzione per malati che spesso hanno come unica opzione il trapianto».

Anche nel caso dell'epatite B le terapie per ora non sono risolutive ma per Hbv esiste un vaccino efficace e sicuro, che protegge al 95% dall'infezione, previene ovviamente anche l'epatite Delta ed è obbligatorio per tutti i nuovi nati dal 1991: l'epatite B infatti diventa cronica con elevata frequenza nei più piccoli, per cui è opportuna una protezione fin dalla nascita.

«Il nostro Paese è stato uno dei primi a rendere obbligatorio il vaccino e così oggi in Italia il virus è molto raro nella popolazione fra zero e 45 anni (a tutti i nati dal 1991 in avanti si aggiungono anche i bambini e ragazzini a cui negli anni '90 fu somministrato il vaccino, ndr)», osserva Lampertico. «Il vaccino purtroppo non risolve il problema dei portatori con oltre 40 anni, che si stimano essere circa 300 mila in Italia e oltre a rischiare di sviluppare una malattia epatica cronica sono un bacino importante di circolazione virale. Per loro però esistono le terapie con antivirali e quelli di terza generazione, a disposizione da qualche anno, sono molto efficaci nel ridurre le complicanze, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità di vita».

Intanto prosegue la ricerca di nuove soluzioni terapeutiche, da piccoli Rna interferenti che bloccano la replicazione di Hbv fino a strategie in grado di potenziare la risposta immunitaria del paziente: la speranza è riuscire prima o poi a trovare l'arma giusta per eradicare anche questo virus, come è stato possibile per l'epatite C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Italia il vaccino contro la B viene somministrato ai nuovi nati dal '91, tra gli «scoperti» over 40 si stima ci siano almeno 300mila portatori del virus

Il trattamento della D può ottenere la riduzione del carico virale nel 71% dei casi e la normalizzazione delle transaminasi nel 50%



Dossier

«C»: cercare il sommerso

La sfida è trovare i casi asintomatici e iniziare le cure

Diagnosticare il 90 per cento delle infezioni da HCV (Hepatitis C Virus) e trattare l'80 per cento dei pazienti entro il 2030: è l'obiettivo da raggiungere secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, per ridurre la minaccia di un virus molto pericoloso per il fegato. L'epatite C acuta diventa cronica in un'ampia quota di pazienti e con il tempo può evolvere in cirrosi, ma oggi può essere risolta in maniera definitiva grazie ai nuovi antivirali in grado di eradicare il virus; nonostante questo serve uno sforzo per identificare i tanti portatori dell'infezione che mancano all'appello.

«Il panorama per l'epatite C è del tutto cambiato negli ultimi anni: ora il problema non è più trovare la cura ideale, ma far emergere il sommerso dei pazienti da trattare», conferma Pietro Lampertico, direttore dell'Unità di Gastroenterologia ed Epatologia del Policlinico di Milano. Fino alla fine del 2014 la terapia prevedeva interferone e in alcuni casi l'aggiunta di ribavirina, ma non sempre i pazienti rispondevano alla cura che per di più era gravata da effetti collaterali e non poteva essere prescritta a tutti; poi sono stati approvati i primi antivirali ad azione diretta sul virus e il panorama è stato completamente rivoluzionato, come specifica Lampertico: «Oggi abbiamo a disposi-

zione due regimi terapeutici che durano da 8 a 12 settimane; i farmaci si possono prendere per bocca, non hanno effetti collaterali di rilievo e guariscono il 99 per cento dei pazienti indipendentemente dall'età, dalla gravità dell'epatite, dal genotipo virale presente, dall'entità di replicazione virale nell'organismo. L'Italia è stata un esempio eccellente di gestione dei malati con epatite C: in 7 anni sono stati trattati e guariti poco meno di 250 mila pazienti. Con queste terapie infatti il virus viene eradicato e si eliminano non soltanto le complicanze a carico del fegato, come lo scompenso epatico o la cirrosi, ma anche quelle che il virus comporta sul resto dell'organismo: Hcv per esempio può provocare la comparsa di diabete o linfomi ma anche problemi a livello dei reni e del sistema nervoso».

I trattamenti sono in calo rispetto agli anni precedenti alla pandemia: i dati Aifa diffusi a inizio luglio indicano che da gennaio sono state avviate alla cura circa 7 mila persone, lasciando prevedere l'erogazione di 14-15 mila terapie per l'anno in corso. Secondo gli esperti non è ancora abbastanza, perché tanti ancora sfuggono: «Abbiamo



CORRIERE SALUTE

guarito tutti i pazienti che avevamo in ambulatorio, ma tanti non sanno di essere positivi al virus o non sono mai stati indirizzati al trattamento: non dimentichiamo che nella maggior parte dei casi la malattia è asintomatica», specifica l'epatologo. «Abbiamo la possibilità unica di guarire chi ha l'epatite C grazie a terapie efficaci, sicure e facili da seguire, il cui costo si è anche notevolmente abbassato: oggi non ci sono liste d'attesa, a chi risulti positivo al test viene subito prescritta la cura, del tutto gratuita. Si stima che nel Paese ci siano dai 100 ai 150 mila positivi:

individuarli tutti e trattarli è essenziale per scongiurare le complicanze che potrebbero sviluppare e anche per bloccare la diffusione del virus».

Per riuscirci oggi esistono progetti di screening regionali, diretti per esempio a popolazioni a rischio come i detenuti o le persone seguite dai Servizi per le tossicodipendenze, e anche programmi negli ospedali che offrono il test a chi viene ricoverato, spesso però dedicati alla fascia d'età dei 30-50enni.

«Dovrebbero essere estesi a tutti, anche perché oggi i casi si trovano soprat-

tutto fra gli over 50: fra 30 e 50 anni ci aspettiamo un caso su mille, nei più anziani si può arrivare anche a 10 su 100», conclude Lampertico.

Elena Meli



LA CAMPAGNA

Endometriosi, quel dolore né normale né necessario

di GIORGIA SOLERI

illustrazione di MARIA CORTE

Sette/dieci anni. Immaginate, ora, cos'avete fatto negli ultimi 7/10 anni. C'è chi ha raggiunto la maggiore età, chi è diventato genitore, chi ha cambiato casa, città, paese. Chi una casa l'ha comprata, ha ottenuto una promozione, ha rivoluzionato la sua vita. Ecco: 7/10 anni sono il ritardo medio di una diagnosi di endometriosi.

Per me, che di anni ne ho 26, che vengo da Milano (una grande città con una moltitudine di ospedali, specialisti e centri a cui rivolgersi) e da una famiglia economicamente privilegiata che ha potuto sostenermi nella mole di visite, viaggi, farmaci, il ritardo è stato di 11 anni. 11 anni in cui sono passata dalle scuole medie al liceo, ho preso il patentino, ho festeggiato il diciottesimo, ho firmato il primo contratto di affitto, sono passata attraverso tre traslochi. 11 anni in cui ho patito dolori talmente forti da farmi rimettere e svenire, 11 anni in cui ho cercato di dare loro un nome, quel nome che nella maggior parte dei casi era "solo ansia", "dolore psicologico" (come se poi i problemi di salute mentale e l'eventuale proiezione di essi sulla salute fisica fossero meno degni di considerazione), un nome che

sembrava avere molto a che fare con la frase "le mestruazioni le hanno tutte, solo tu ti lamenti così tanto". 11 anni al termine dei quali ho scoperto che no, non solo le mestruazioni non le avevano tutte, ma non ero nemmeno l'unica a lamentarmi. La causa era proprio l'endometriosi, che ancora oggi colpisce 1 persona ogni 9/10.

Tra queste c'è anche Mariafrancesca Vassallo, su Instagram @endo_andme: mi racconta che la sua diagnosi è arrivata dopo 6 anni. Anche lei, come me, ha iniziato a soffrire di dolori mestruali a 12 anni (con il menarca) e anche a lei, come alla maggior parte di noi, è stato detto che provare dolore fosse normale. A 21 anni i suoi sintomi hanno iniziato a moltiplicarsi, e a 26 febbre costante, dolore pelvico e lombare persistente, sciatalgia, dispareunia, stanchezza cronica e movimenti intestinali al limite del



sopportabile sono diventati impossibili da ignorare.

Per anni si è creduto che l'endometriosi fosse una malattia meramente ginecologica, ma oggi sappiamo che l'anomala presenza di tessuto simil-endometriale può colpire la cavità addominale e non solo, come i casi di endometriosi polmonare o diaframmatica. Lo assicura Manuel Maria Ianieri, ginecologo e chirurgo specializzato in endometriosi nonché medico che il 20 agosto 2021 mi ha operata e da cui sono in cura. Così la varietà di sintomi è imponderabile; i più conosciuti e comuni sono la dismenorrea (dolore durante le mestruazioni), la dispareunia (dolore durante i rapporti), la dischezia (dolore durante l'evacuazione) e la disuria (dolore durante la minzione).

Una cosa è certa: poter dare un nome al proprio dolore permette di validarlo e dargli spazio, non solo agli occhi del proprio intorno sociale ma anche ai propri, rendendo così la sofferenza finalmente viva, vera e con un nome, perché ciò che non ha un nome non esiste. A oggi, specifica Ianieri, non esiste una cura definitiva. La proposta terapeutica ricade solitamente sulla prescrizione di progestinici o

passando per farmaci in grado di causare una menopausa temporanea (a cui però sono associati diversi rischi ed effetti collaterali), fino ad arrivare alla chirurgia e/o alla terapia

del dolore.

Al problema del ritardo diagnostico, già devastante a livello fisico e psicologico, si aggiunge un problema di riconoscimento. Se infatti l'endometriosi si suddivide in quattro stadi, l'eszensione 063 è riconosciuta solo per gli ultimi due, nonostante lo stadio non corrisponda alla sintomatologia dolorosa (ricordiamo che, in una percentuale minore, l'endometriosi può essere asintomatica) e la stadiazione si possa ottenere solo in seguito all'esame istologico, e quindi all'intervento chirurgico. Inoltre, nell'eszensione sono comprese le visite e gli esami ma non le terapie, totalmente a carico della persona malata. Come ricorda Mariafrancesca, nemmeno nelle tabelle di riferimento relative all'invalidità civile è riportato un punteggio che corrisponda alla presenza della malattia indipendentemente dall'aver subito o meno interventi mutilanti o danni funzionali, come se il dolore e la sintomatologia invalidante che spesso si accompagnano alla patologia non abbiano un elevato impatto sulla qualità di vita: ciò porta

di fatto a una mancanza di tutele professionali e sociali e obbliga a licenziarsi laddove i ritmi richiesti non siano in linea con un corpo che all'esterno può sembrare sano ma che di fatto non lo è.

In ultimo c'è una grande lacuna sia nella ricerca che nella formazione mediche, che obbliga pazienti su pazienti a pellegrinaggi alla ricerca di un personale preparato, spesa che si somma alle già ingenti uscite economiche di gestione della malattia. Io e Mariafrancesca ci consideriamo, nonostante tutto, privilegiate nell'aver avuto una diagnosi e nel poterci permettere le terapie, ma c'è un vasto numero di persone alla ricerca di un nome per un dolore che troppo spesso viene ancora considerato normale. Ecco perché, insieme a centinaia di voci, abbiamo deciso di raccontare la nostra storia: per evitare questa sofferenza a chi verrà dopo di noi.

Ne soffre circa una donna su dieci. Con conseguenze sui rapporti sessuali e sulla minzione. Si presenta con le mestruazioni. Ma viene largamente sottovalutato. Così la diagnosi tarda sette-dieci anni. Eppure qualche terapia c'è

**C'è poca ricerca
E la formazione
dei medici è
carente. Così le
pazienti fanno
fatica a trovare
quello giusto**





Sclerosi, come ridurre le placche

Contrastare l'aterosclerosi, riuscendo - per la prima volta - a ridurre le placche già presenti nelle arterie. È questo il rivoluzionario approccio alla base di uno studio che metterà alla prova la apolipoproteina apoA-I: una sorta di spugna in grado di assorbire i lipidi con cui viene a contatto, riuscendo a staccarli dalla placca aterosclerotica. Il trial promosso dall'Harvard Medical School di Boston punta a reclutare circa 20mila soggetti attraverso 1.035 centri in tutto il mondo, fra cui l'Irccs MultiMedica di Sesto San Giovanni, che ha arruolato la sua prima paziente. Lo studio clinico di fase 3, multicentrico,

in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, a gruppi paralleli, testerà l'efficacia e la sicurezza dell'apolipoproteina in pazienti con sindromi coronariche acute, come l'infarto del miocardio.

«Obiettivo primario osservare se questo trattamento sia in grado di ridurre il rischio di ulteriori eventi cardiovascolari nei primi 90 giorni dopo l'infarto, periodo di maggior vulnerabilità. In Italia infatti sono circa 130mila i pazienti infartuati ogni anno e il 20% va incontro ad un nuovo evento entro 12 mesi» afferma Roberto Pedretti di MultiMedica, che ha applicato il protocollo nella prima paziente arruolata. «La signora è sta-

ta dimessa ed è tornata a casa in ottime condizioni - prosegue Pedretti - Era stata ricoverata per un infarto e, oltre a tutte le consuete cure, è stata la prima paziente ad entrare in questo studio sulla apolipoproteina apoA-I, il cui protocollo prevede 4 infusioni endovenose nell'arco di alcune settimane ed un follow-up di un anno. La paziente verrà ora seguita periodicamente, per monitorare i progressi clinici a distanza di tempo. Altri pazienti con infarto potranno essere trattati con questo approccio altamente innovativo». «Questo tipo di studi clinici ribadisce l'importanza della ricerca scientifica traslazionale nel migliorare la pratica

della medicina. La Rete Cardiovascolare degli Irccs, di cui MultiMedica è fondatore, rappresenta il luogo ideale per favorire l'avanzamento delle conoscenze biomediche» conclude Gian Franco Gensini, direttore Scientifico.



LO STUDIO

Se il test della pressione è fatto a misura d'uomo

Misurarsi la pressione è un gesto comune: basta un apparecchio di buona qualità e seguire le istruzioni. Eppure, dice ora una ricerca canadese, anche questo potrebbe non essere sufficiente per ottenere risultati accurati. Soprattutto quando a misurarsela è una donna. Un tema non secondario, visto che a parità di pressione sanguigna le donne sono più a rischio di eventi cardiovascolari rispetto agli uomini. E forse, spiega ora lo studio appena pubblicato sul *Journal of the American Medical Association (Jama)* da Yasmine Abbaoui dell'Hôpital du Sacré-Coeur di Montréal, la colpa potrebbe essere proprio di una sottostima nel sesso femminile.

L'indagine è stata condotta su 500 pazienti ricoverati in ospedale. Le donne avevano una pressione sistolica aortica (Sbp) misurata durante un intervento chirurgico (dunque in modo invasivo) significativamente più alta degli uomini. Tuttavia, i valori risultavano simili nei due sessi quando la pressione veniva misurata con il classico dispositivo da braccio. Secondo i ricercatori, questa sottostima deriva dal fatto che le donne avevano in media un'altezza inferiore a quella degli uomini: più le pazienti erano basse, maggiore era la sottostima dei loro valori pressori. Per questo, è la loro conclusione, quando si tratta di misurare la pressione con i dispositivi

da braccio, sarebbe bene considerare anche l'età, il sesso e l'altezza, e normalizzare i risultati ottenuti in base a questi parametri. L'imprecisione delle misure nelle donne potrebbe dunque spiegare perché le donne sono più a rischio di malattie cardiovascolari.



ANTIVIRUS



IL PATRIMONIO SCIENTIFICO DEI BIG DATA PANDEMICI

✱ **ABBIAMO** assistito alla più vasta campagna vaccinale globale di tutti i tempi. Per la prima volta miliardi di persone sono state sottoposte a una stessa somministrazione farmaceutica. L'entusiasmo (fondato) per aver avuto la disponibilità di un mezzo che fosse in grado di combattere la tragedia pandemica, ci ha forse fatto perdere di vista le diverse sfaccettature del fenomeno. Che significato può avere trattare tutta la popolazione mondiale, a prescindere dall'età, dal sesso, delle patologie in atto, dalle caratteristiche genetiche, con uno stesso prodotto? I complottisti sostengono che è stata fatta una sperimentazione mondiale programmata. Non vogliamo scivolare in questo campo. Atteniamoci ai fatti. In circa 24 mesi è stato creato il più grande *big data* in campo salute. Sono stati prodotti miliardi di dati, effetti positivi e indesiderati della vaccinazione, interferenze con parametri biologici più impensati, sensi-

bilità genetiche, tutti stratificabili pronti a fornire milioni di indicazioni. È un patrimonio scientifico immenso. Crediamo che, oltre all'utilizzo dei dati, dobbiamo porci anche il quesito di quali sono gli aspetti etici che dovremmo tenere in considerazione quando si lavora con *big data* per la salute. I nuovi potenti della Terra sono coloro che hanno la possibilità di accesso, acquisendo le informazioni più disparate, utilizzabili per obiettivi, i più diversi e imprevedibili. Il rischio è quello che prevalga lo scopo economicistico. I maggiori produttori di *data* in sanità sono gli ospedali, le aziende sanitarie territoriali e, per assurdo, ne usufruiscono raramente. Coloro che detengono l'accesso, diretto o indiretto, sono soprattutto le industrie farmaceutiche che li utilizzano per ricerche di mercato. La conoscenza dell'epidemiologia di una patologia suggerisce, per esempio, se il mercato è economicamente interessante per il lancio di un nuovo

farmaco. *Big data*, intelligenza artificiale, moventi politici, economici, assenza di una cultura etica potrebbero produrre un *Big mix* deflagrante.

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*

**ASPETTI ETICI
I POTENTI SONO
COLORO CHE
ACCEDONO
A QUESTI DATI**



Un ospedale per amico

di VALENTINA ARCOVIO

Una fredda e asettica sala d'attesa può diventare meno deprimente se si possono ammirare le verdi foglie di una pianta illuminata dal sole. I lunghi corridoi di un reparto possono essere meno tristi se da una finestra si possono scorgere le onde del mare. E ancora: un'opprimente sala per la radioterapia fa meno paura se da un oblò si può contemplare il cielo con le sue luci. La bellezza della natura entra nell'"ospedale empatico" per "curare" i pazienti, confortare i famigliari e coccolare gli operatori sanitari. E lo fa sfruttando al massimo le nuove tecnologie: led di ultima generazione, sistemi ottici basati su nanotecnologie, trasduttori acustici, algoritmi per la rielaborazione di immagini, ecc. Le potenzialità di questa perfetta unione tra innovazione tecnologica e natura, che si spera possa un giorno diventare il modello di ospedale del futuro, sono state presentate lo scorso giugno al Fuorisalone di Milano da Fujifilm. Protagonista è stato il progetto *Breath*, che con una spettacolare installazione ha promosso una nuova concezione dell'architettura sanitaria, fondata sul concetto di "umanizzazione". Lo scopo è quello di contribuire, non solo a soddisfare le esigenze funzionali tipiche di una struttura sanitaria, ma anche a ridurre le condizioni e le situazioni di stress dei pazienti e dei

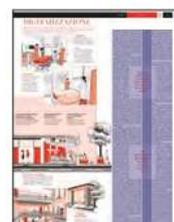
professionisti sanitari. Insomma, l'impresa consiste nel mantenere l'efficienza della struttura e allo stesso tempo agire sulla sua organizzazione e sul suo aspetto per renderla più empatica verso coloro che la frequentano, pazienti e operatori sanitari.

Partner dell'iniziativa *Breath* è l'architetto Filippo Taidelli, regista di un think tank progettuale che coinvolge aziende, designer e artisti con specifiche competenze nell'umanizzazione dello spazio. «Il nostro obiettivo è di portare l'esterno dentro gli spazi della cura, riattivando così la memoria sensoriale degli utenti», spiega Taidelli: «Gli stimoli provenienti dall'ambiente naturale, portati all'interno delle strutture sanitarie, generano un rapporto dinamico, attivo e intimo con i pazienti e gli operatori sanitari. Quello che proponiamo - aggiunge - è un mix tra realtà e finzione in grado di prendere per mano il paziente e trasportarlo in una, diciamo così, "nuova dimensione"». A beneficiarne sarebbero anche gli operatori sanitari che, in questo mondo, si troverebbero a lavorare in un ambiente più «naturale» e accogliente.

L'impresa, per certi versi, è più difficile a dirsi che a farsi. Grazie a *Breath*, attraverso un kit multifunzionale, si possono realizzare piccole strutture o applicazioni per far riaffiorare nei pazienti e negli operatori sanitari sensazioni profonde e di pace. «Con paesaggi artificiali

e irreali vogliamo suscitare sensazioni reali e autentiche», sottolinea Taidelli. Questo è per esempio il risultato che si può ottenere se al centro di una sala d'attesa si inserisce un'ampia teca di vetro con pavimento in ghiaia e qualche pianta che, grazie all'uso delle nanotecnologie, sembra essere illuminata dai raggi solari. Finte finestre, invece, possono restituire una moltitudine di paesaggi grazie all'utilizzo di algoritmi in grado di riprodurre immagini molto realistiche. Le possibilità, grazie al fondamentale contributo della tecnologia, sono infinite. L'unico limite, a questo punto, è la fantasia.

In effetti, a guardare la stragrande maggioranza delle strutture sanitarie italiane, alcune addirittura fatiscenti, un bel restyling sarebbe auspicabile. Soprattutto considerato il fatto che la letteratura scientifica ha più volte documentato che l'aspetto e l'organizzazione di un ospedale può, per certi versi, fare la differenza nella gestio-



ne e nella cura dei malati. «L'organizzazione e l'aspetto degli spazi di un ospedale possono essere fondamentali per rendere l'esperienza di cura meno stressante possibile per i pazienti», conferma Pierdante Piccioni, soprannominato "Dottor empatia". Meglio conosciuto come Andrea Fanti, il nome del protagonista, interpretato da Luca Argentero, della fiction *Doc-Nelle tue mani*, ispirata proprio alla sua vita. Piccioni è probabilmente il giudice perfetto per valutare il livello di empatia di un ospedale. «Da maggio 2013 seguì un master in "Pazientologia" presso l'università della vita», scherza facendo riferimento a quando da medico freddo e distaccato si è ritrovato a vestire i panni di un paziente bisognoso di attenzione ed empatia. Questa metamorfosi è avvenuta a causa di un incidente stradale sulla tangenziale di Pavia.

Piccioni, all'epoca direttore dell'Unità operativa di pronto soccorso dell'ospedale di Lodi, va in coma. Quando si risveglia, poche ore dopo, è convinto che sia il 25 ottobre 2001, il giorno dell'ottavo compleanno di suo figlio Tommaso. A causa di una lesione cerebrale, dodici anni della sua vita sono scomparsi, «risucchiati in un buco nero», come racconta il medico. «Dal giorno dell'incidente posso dire di aver compreso davvero cosa si prova ad essere un paziente», dice Piccioni. «Da medico sono improvvisamente

passato dall'altro lato e questo mi ha dato l'occasione di capire quanto sia importante per i medici recuperare quel senso di umanità che è fondamentale in tutto il percorso di cura», aggiunge. E da allora Piccioni non ha mai smesso di farsi portavoce dei bisogni dei pazienti.

Ma accanto all'umanizzazione dei medici "Dottor empatia" riconosce l'importanza anche dell'ambiente in generale. «Così come i medici, anche gli spazi di un ospedale possono e devono diventare empatici: così come un bel quadro può spionare quei potenti neurotrasmettitori del piacere, come la dopamina, anche gli spazi di cura possono scatenare questa potente reazione e fungere da terapia per i pazienti».

I luoghi di cura considerati più bisognosi di «umanizzazione» sono in particolare i reparti di diagnostica e radiologia, dove ci sono vincoli strutturali che impongono un ambiente privo di luce naturale e dove ci sono vincoli impiantistici con macchinari complessi che riducono la flessibilità distributiva. Ed è proprio in questi reparti che lo stato emotivo del paziente, determinato da fragilità, depressione e ansia, viene alimentato dall'assenza di contatto con il mondo esterno. La sfida di rendere questi luoghi empatici è certamente più dura, ma possibile come ha dimostrato

l'architetto Taidelli.

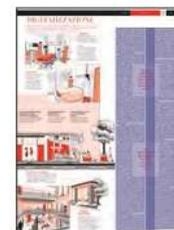
In effetti, in passato ci sono state esperienze simili. Questa "fame" di empatia, infatti, è stata intercettata da diverso tempo da Fujifilm, che negli anni l'ha concretizzata attraverso progetti funzionali all'umanizzazione delle strumentazioni e degli spazi: dai mammografi Harmony studiati per trasformare gli ospedali e le Breast Unit in luoghi accoglienti per le donne al progetto Piccola Lucy che si avvicina ai piccoli pazienti per la personalizzazione delle aree pediatriche delle strutture ospedaliere.

«Ci troviamo di fronte a un cambiamento epocale», dice Davide Campari, General Manager div. Medical Systems Fujifilm Italia. «L'approccio alla progettazione degli ambienti sanitari non va più inteso soltanto in funzione della cura delle malattie, ma deve essere contraddistinto dall'interesse per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale attraverso il design degli ambienti di cura. Nelle strutture sanitarie, infatti, le caratteristiche degli spazi - continua - possono avere effetti positivi tanto sui pazienti quanto sul personale e si riflettono anche sull'efficacia e qualità della cura ed è in questa direzione che Fujifilm si sta dirigendo in questi ultimi anni».

Portare la natura al centro della nuova progettualità. Per trasformare le corsie. Grazie a nanotecnologie, algoritmi, trasduttori acustici... È il progetto utopico di un architetto. Che promette nosocomi antistress. Perché "empatici"

Kit multifunzionali hi-tech fanno riaffiorare sensazioni profonde di pace

Obiettivo: migliorare la funzionalità della struttura. Guardando al benessere dei pazienti



Padova, il 50enne vuole solo organi di persone non vaccinate. I medici: convinzioni incompatibili

No Vax fuori dalla lista dei trapianti

PADOVA

Niente trapianto di polmone per il No Vax che aveva dichiarato di volere solo organi di persone non vaccinate. Il cinquantenne, originario di Feltre, nel Bellunese, affetto da una grave insufficienza polmonare, ha perso il posto in lista per decisione dell'equipe medica di Padova che ha in cura il paziente. Il caso era finito anche in Parlamento

alcune settimane fa dopo le interrogazioni al ministro della Salute, Roberto Speranza, firmate da Francesco Sapia (ex M5s, ora in Alternativa) e Marcello Gemato (Fratelli d'Italia).

«**Non vi è** alcuna motivazione ideologica dietro la scelta di non procedere con l'immediato inserimento nella lista trapianti del paziente coinvolto nel caso - comunicato dall'Azienda ospedaliera di Padova -, bensì una scrupolosa analisi da parte di numerosi professionisti medico-clinici e psichiatrici». Le con-

vizioni dell'uomo rischiano «d'influenzare negativamente il decorso pre e post trapianto».

Ad aprile il 50enne No Vax aveva esternato le sue tesi complottiste. Come chiarito dall'Azienda ospedaliera di Padova: «Ha parlato chiaro e tondo di informazioni assunte su internet, di cospirazioni e controllo del governo, arrivando addirittura a sostenere l'idea di inserimento tramite vaccino di microchip».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Chirurghi in sala operatoria impegnati in un trapianto

La lotta degli psicologi no vax sospesi Oggi la sentenza del Consiglio di Stato

Il Tar del Lazio ha respinto il ricorso di una terapeuta a cui è vietato lavorare da aprile, anche da remoto. La palla passa ai giudici amministrativi. Il legale: «Ci rivolgeremo alla Corte europea dei diritti dell'uomo»

di MAURIZIO TORTORELLA



■ Stamattina il Consiglio di Stato, suprema istanza della giustizia amministrativa, affronterà una questione molto delicata, che finora i Tar regionali hanno risolto con giudizi discordanti. Il tema, fondamentalmente, è questo: lo psicologo che per qualsiasi motivo non si vaccina contro il Covid può continuare a lavorare almeno da remoto? A rigor di logica, la risposta parrebbe inevitabilmente un sì: in assenza di contatti fisici e senza rischi di contagio per i pazienti, perché mai uno psicoterapeuta dovrebbe abbandonare la professione?

Eppure un decreto - per l'esattezza il numero 172, varato il 26 novembre 2021 dal ministro della Salute **Roberto Speranza** - ha ordinato agli Ordini di categoria attivi in campo sanitario, e quindi anche a quelli degli psicologi, la sospensione immediata di tutti gli iscritti non vaccinati, anche se operano a distanza. La legge ha imposto una stretta irrazionale rispetto a un precedente decreto, varato in aprile dallo stesso **Speranza**, che prevedeva la sospensione dalle sole attività «che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del conta-

gio». Grazie al decreto 172, invece, dal novembre 2021 ogni psicologo privo di vaccino non soltanto non ha più potuto incontrare i suoi pazienti, ma non gli è stata più permessa nemmeno una terapia a distanza, attraverso un computer o il cellulare.

Ovviamente i ricorsi contro le sospensioni decise dagli Ordini regionali sono stati tantissimi. In prevalenza, i Tar hanno dato ragione agli psicologi. In Lombardia, lo scorso 14 febbraio, il Tar non soltanto ha riammesso all'Ordine una psicoterapeuta no vax, che era stata sospesa malgrado lavorasse esclusivamente per via telematica: ha anche ipotizzato una questione di legittimità costituzionale nel decreto 172 e l'ha trasmesso alla Consulta, che dovrebbe decidere il prossimo 30 novembre.

A favore degli psicologi non vaccinati, fin qui, si sono espressi anche alcuni tribunali ordinari e del lavoro. Alla metà di luglio ha fatto notizia la decisione del giudice fiorentino **Susanna Zanda**, che ha reintegrato una psicologa di Pistoia sospesa dall'Ordine perché non vaccinata. Il magistrato ha stabilito che la terapeuta possa tornare a esercitare la sua professione come preferisce, in

presenza o da remoto, e ha giustificato la decisione con la tesi che l'ideologia no vax sia legittima in quanto i vaccini sono «trattamenti sperimentali talmente invasivi da insinuarsi nel Dna, alterandolo in un modo che potrebbe risultare irreversibile, con effetti a oggi non prevedibili per la vita e la salute».

Non tutti i giudizi, però, sono stati così favorevoli. Il caso che oggi arriva al Consiglio di Stato nasce infatti dal ricorso al Tar del Lazio di una psicologa romana non vaccinata, C.B., che in aprile era stata sospesa dall'Ordine. Difesa dall'avvocato **Stefano De Bosio**, un civilista milanese che ha fatto dell'opposizione al decreto 172 un impegno di civiltà giuridica, la psicologa si era opposta alla sanzione obiettando che «negare l'attività professionale da remoto non può avere alcuna giustificazione sanitaria», e che anzi «il divieto ha soltanto conseguenze negative per il professionista e soprattutto per i pazienti, cui viene impedito l'accesso al medico di fiducia, e quindi esprime un'incompatibile e incostituzionale finalità punitiva».

Il 13 maggio il ricorso di C.B. è stato respinto dal Tar



VERITÀ

del Lazio. I giudici hanno stabilito che «è legittima la sospensione dal servizio del sanitario non sottoposti al vaccino per il Covid-19 [...] dovendosi ritenere assolutamente prevalente la tutela della salute pubblica e, in particolare, la salvaguardia delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili che di frequente entrano a contatto con il personale sanitario o sociosanitario».

Nel suo nuovo ricorso al Consiglio di Stato, però, C.B. ha aggiunto un elemento nuovo, che svincola del tutto il caso dagli aspetti sanitari e dalla salvaguardia delle categorie a rischio richiamata dai giudici di primo grado. «La mia cliente», spiega infatti l'avvocato **De Bosio**, «ha appena ricevuto da una catena di negozi d'architettura d'interni un'importante offerta di consulenza online in psi-

cologia del marketing, destinata agli addetti alle vendite». Il divieto vale anche per corsi destinati a persone «non fragili»? Si vedrà che cosa deciderà oggi il Consiglio di Stato.

De Bosio comunque annuncia che, se dovesse essere confermata la decisione del Tar, presenterà un ricorso d'urgenza alla Corte europea dei diritti dell'uomo: «Sarebbe davvero intollerabile l'idea», aggiunge, «che uno Stato abbia così poco rispetto del diritto fondamentale al lavoro da confiscarlo

del tutto, anche quando non attiene all'ambito sanitario ed è esercitato nel modo meno pericoloso possibile». E conclude: «Nessuno lo scrive, ma ai professionisti no vax viene assurdamente proibito perfino di partecipare a corsi di formazione da remoto. Così, accanto alla irreparabile perdita della clientela, rischiano di essere puniti anche per mancato aggiornamento professionale».

*L'irrazionale diktat
contro i sanitari
che prestano
servizio online
è stato voluto
da Speranza
Sempre più toghe
lo stanno demolendo*

*Ai professionisti
renitenti è proibito
inoltre di partecipare
a corsi di formazione
telematici. Rischiano
così di essere puniti
pure per il mancato
aggiornamento*

