



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

07 Settembre 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

Vaiolo scimmie: Ue acquista altre 170mila dosi di vaccino

07 Settembre 2022



(ANSA) - BRUXELLES, 07 SET - L'Ue si è assicurata altre 170.920 dosi del vaccino Bavarian Nordic contro il vaiolo delle scimmie. Lo comunica la Commissione europea, ricordando che il numero totale di dosi acquistate direttamente dall'Ue per gli Stati membri ormai supera le 334mila unità. Le dosi aggiuntive saranno disponibili per la consegna entro la fine dell'anno.

"Anche se nelle ultime settimane abbiamo visto diminuire il numero di casi di vaiolo delle scimmie nell'Ue, la minaccia non è passata e non possiamo abbassare la guardia", ha commentato la commissaria Ue alla salute Stella Kyriakides. L'acquisto, sottolinea una nota dell'Esecutivo Ue, è stato perfezionato da due agenzie Ue nate dalla lezione della pandemia: l'Autorità europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie (Hera) e l'Agenzia esecutiva per la salute e il digitale della Commissione (Hadea). Si tratta, ha detto Kyriakides di "pilastri fondamentali della nostra Unione sanitaria europea, che tiene fede al suo mandato di proteggere i cittadini".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità.it**

La sanità nei programmi dei partiti. La stroncatura di Gimbe: “Manca una visione di sistema, assente la valutazione dell’impatto economico delle proposte, pandemia ai margini”

Nonostante le grandi sfide che attendono il nuovo esecutivo (pandemia, attuazione del Pnrr, riforme strutturali, recupero delle prestazioni sanitarie, gestione ordinaria di oltre € 130 miliardi di spesa pubblica), nessuna forza politica, sostiene Gimbe in un suo rapporto, ha elaborato un piano di rilancio del servizio sanitario nazionale in grado di garantire alla popolazione il diritto alla reale tutela della salute. La gestione di pandemia e campagna vaccinale rimane ai margini delle proposte, che non contemplano alcun piano di preparedness.



07 SET - La pandemia COVID-19 ha progressivamente aumentato la consapevolezza sociale che un sistema sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta un caposaldo della nostra democrazia. “Se tuttavia inizialmente tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare adeguatamente il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – con la fine dell'emergenza la sanità è “rientrata nei ranghi”, finendo di nuovo relegata ai margini dell'agenda politica”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Di fatto, sottolinea Gimbe, “le criticità rilevate nel 2019 dal [4° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale](#) sono ancora lontane dall’essere risolte e la pandemia, oltre a non aver mollato la presa, inizia a far vedere i suoi effetti a medio-lungo termine: ritardo nell’erogazione di prestazioni sanitarie, impatto del long-COVID, conseguenze sulla salute mentale, depauperamento e demotivazione del personale”.

“Tra gestione della pandemia, attuazione del PNRR, necessità di riforme strutturali, recupero delle prestazioni sanitarie e gestione ordinaria di oltre € 130 miliardi di spesa pubblica – spiega il Presidente – la prossima legislatura sarà determinante per il destino del SSN: per questo è indispensabile rimettere la sanità al centro dall’agenda di Governo a prescindere dall’esito delle urne, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio di ideologie partitiche. Per tali ragioni, abbiamo ripetuto l’[esperienza del 2018](#), realizzando un’analisi indipendente dei programmi elettorali sulle proposte relative a sanità, assistenza socio-sanitaria e ricerca biomedica”.

L’analisi è stata condotta sui programmi elettorali depositati dai partiti entro il 14 agosto 2022 ai sensi della L. 165/2017 e pubblicati nella sezione “Elezioni trasparenti” del [sito web del Ministero dell’Interno](#). Sono stati espressamente esclusi dall’analisi i programmi elettorali pubblicati sui siti web dei partiti, oltre che tutti i materiali divulgativi e le dichiarazioni degli esponenti politici.

Si riporta di seguito una sintesi delle proposte avanzate dalle principali coalizioni e schieramenti politici, rimandando al [report integrale](#) per la sintesi delle proposte dei partiti e per la valutazione delle singole proposte.

Pandemia COVID-19 e campagna vaccinale. Le proposte sulla gestione della pandemia riguardano interventi parziali: la coalizione di centrodestra punta su comportamenti virtuosi e adeguamenti strutturali. Azione-Italia Viva su sanificazione ambientale, percorsi pandemic-free ed equipaggiamenti per le ambulanze; il Partito Democratico sui sistemi di aerazione. Per prepararsi a future emergenze sanitarie +Europa e Azione-Italia Viva propongono un’Agenzia nazionale di coordinamento e la coalizione di centrodestra di aggiornare i piani pandemici. “Di fatto – commenta Cartabellotta – la gestione della pandemia e della campagna vaccinale rimangono ai margini delle proposte elettorali, nonostante gli organismi internazionali di sanità pubblica suggeriscano a tutti i Governi di predisporre piani di preparedness per il prossimo autunno-inverno”.

Su pandemia e campagna vaccinale, invece, una pioggia di proposte da numerosi partiti minori e da Italexit per lo più in contrasto con il principio di tutela della salute pubblica: stop a obbligo vaccinale e green-pass, annullamento/risarcimento delle sanzioni amministrative, indennizzi per danni correlati alla vaccinazione, reintegro/risarcimento per i lavoratori sospesi, abolizione dello scudo penale per i medici vaccinatori, oltre all’istituzione di una commissione di inchiesta senza dettagli su metodi di indagine e composizione.

Salute al centro di tutte le politiche. Solo Alleanza Verdi e Sinistra propone di inserire l’obiettivo “salute in tutte le politiche” e potenziare i servizi di prevenzione e tutela ambientale.

Governance Stato-Regioni. Posizioni molto differenti che spaziano tra il ritorno alla gestione centrale della Sanità (Movimento 5 Stelle), all’estensione dei poteri esclusivi dello Stato (+Europa, Azione-Italia Viva) sino all’attuazione del regionalismo differenziato (coalizione di centrodestra), proposto anche dal Partito Democratico, previa definizione di alcune garanzie. Alleanza Verdi e Sinistra, invece, vuole “espellere” la sanità dall’autonomia regionale differenziata. “Seppur con differente enfasi – commenta Cartabellotta – il regionalismo differenziato appare dunque un obiettivo condiviso tra centrodestra e centrosinistra”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Finanziamento pubblico del SSN. Da +Europa, Azione-Italia Viva, Unione Popolare la proposta di allinearla alla media dei paesi europei, da Italexit e Partito Democratico quella di un generico rilancio e da Alleanza Verdi e Sinistra un piano straordinario di investimenti pubblici per l'ammmodernamento strutturale e tecnologico della sanità pubblica. Azione-Italia Viva propone di accedere al MES. "Alle forze politiche che intendono rilanciare i fondi per la sanità – commenta Cartabellotta – utile ribadire che bisognerà invertire la tendenza sulla spesa sanitaria nel DEF, visto che nell'attuale documento il rapporto spesa sanitaria/PIL decresce sino al 2025 toccando il 6,2%, ovvero al di sotto dei livelli pre-pandemia".

Livelli essenziali di assistenza (LEA). Solo Azione-Italia Viva entra nel merito della metodologia di revisione dei LEA al fine di mantenere costantemente aggiornate le prestazioni offerte dal SSN. Alleanza Sinistra e Verdi, Azione-Italia Viva e Movimento 5 Stelle puntano su finanziamento, accessibilità e rimborsabilità delle terapie innovative e avanzate. Azione-Italia Viva punta ad espandere i LEA per le malattie rare. Numerose proposte di inserimento nei LEA di nuove malattie o nuovi servizi non sempre in linea con le evidenze scientifiche, o addirittura in netto contrasto. "La classica strategia elettorale – commenta il Presidente – che punta esclusivamente a raccogliere voti da specifiche categorie di malati".

Rapporto pubblico-privato. Pochissimi partiti affrontano il tema l'integrazione pubblico-privato, con proposte generiche (Azione-Italia Viva) o finalizzate ad espandere la sanità privata (Impegno Civico).

Riduzione degli sprechi. Nessun partito ha formulato un piano organico in tal senso, anche se non mancano le proposte. Per ridurre l'**eccesso di prestazioni inappropriate**, Azione-Italia Viva punta a contrastare l'antibiotico-resistenza e l'inappropriatezza prescrittiva dei farmaci. Per contrastare **frodi e abusi** Italexit e Movimento 5 Stelle mirano a ridurre le interferenze politiche nelle nomine dei direttori generali. Relativamente ai **servizi e alle prestazioni sotto-utilizzate** avanzate varie proposte generiche per rilanciare **prevenzione e promozione della salute** (+Europa, Alleanza Verdi e Sinistra, Azione-Italia Viva, Di Maio) e la medicina predittiva (coalizione di centro-destra). Proposte anche per potenziare i **servizi di salute mentale** (Partito Democratico), gli psicologi (Movimento 5 Stelle, Partito Democratico) e i servizi per la **salute delle donne** (Alleanza Verdi e Sinistra). Sul potenziamento dell'**assistenza territoriale** convergono tutti i principali partiti (Alleanza Verdi e Sinistra, Azione-Italia Viva, coalizione di centro-destra, Partito Democratico) che, tuttavia, "se da un lato ricalcano spesso gli obiettivi già previsti dalla Missione Salute del PNRR e dal DM 77/2022, dall'altro non tengono conto sia che la riorganizzazione delle cure primarie rimane ostaggio della riforma sui medici di medicina generale, sia che l'aggiornamento del DM 70/2015 sugli standard ospedalieri è rimasto al palo", precisa Cartabellotta.

Assistenza socio-sanitaria. Numerosi partiti propongono in maniera generica di potenziare e/o investire sull'assistenza socio-sanitaria per anziani, persone fragili con disabilità e/o non autosufficienti, facendo riferimento all'assistenza domiciliare (+Europa, Alleanza Verdi e Sinistra, Azione-Italia Viva), a quella residenziale (+Europa), all'integrazione in rete dei servizi sanitari e sociali (Alleanza Verdi e Sinistra, Azione-Italia Viva). Molto numerose le azioni specifiche, ma estremamente frammentate e senza una visione di sistema. Tra le azioni normativo-istituzionali: riforma della non autosufficienza con incremento del finanziamento pubblico (Partito Democratico); riforma per unificare, rafforzare e integrare la rete di servizi sociali e sanitari (+Europa); legge delega in tema di disabilità (Movimento 5 Stelle); istituzione del "Dipartimento per la Terza Età" e del "Garante dei Diritti della Terza Età" (Azione-Italia Viva). Propongono l'aumento delle pensioni di invalidità i partiti della coalizione di centrodestra e il Movimento 5 Stelle.

Personale sanitario. Solo +Europa propone di garantire programmazione, formazione, organizzazione e gestione del personale del SSN con un quadro legislativo e finanziario coerente e incentrato su qualità e merito.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Da numerosi partiti proposte generiche sulla necessità di **potenziare il personale sanitario** (+Europa, coalizione di centrodestra, Italexit). Alleanza Verdi e Sinistra propone l'assunzione di 40 mila operatori in tre anni; Azione-Italia Viva-Calenda di semplificare le procedure per il riconoscimento di titoli di studio esteri per tutte le professioni sanitarie. Varie proposte per migliorare **contratti e retribuzione** (+Europa, Alleanza Verdi e Sinistra, Azione-Italia Viva, Italexit, Movimento 5 Stelle). "A fronte di queste lodevoli intenzioni – commenta Cartabellotta – nessun partito, stando ai programmi depositati al Viminale, tiene conto che la prima azione politica per potenziare il capitale umano del SSN consiste nell'abolizione dei tetti di spesa per il personale". Sui **medici di famiglia** Alleanza Verdi e Sinistra propongono il contratto dipendente; Italexit un aumento dei contratti di formazione per la medicina generale e il Partito Democratico un nuovo "piano di assunzione" di MMG. Sulle **scuole di specializzazione** i partiti della coalizione di centrodestra propongono un generico "riordino"; Azione-Italia Viva e Partito Democratico un contratto specifico di formazione-lavoro che superi il meccanismo delle borse di studio; Italexit di potenziare numero e importo delle borse di studio. A favore dell'**abolizione del numero chiuso a medicina** Italexit e Alleanza Verdi e Sinistra che lo chiede anche per gli infermieri, oltre al Movimento 5 Stelle, più in generale, per l'accesso all'Università. "Il "numero chiuso" – commenta Cartabellotta – in realtà è un "numero programmato": la sua abolizione, oltre ad essere difficilmente attuabile per capienza degli atenei e disponibilità di docenti, in assenza di un parallelo incremento delle borse di studio per la specializzazione e per la medicina generale non risolve affatto la carenza di personale ed espande l'imbuto formativo, rischiando peraltro di alimentare il lavoro a basso costo e la fuga dei laureati verso l'estero".

Sanità integrativa. Alleanza Verdi e Sinistra propone di abolire i vantaggi fiscali per polizze assicurative sanitarie e fondi sanitari integrativi.

Informazione istituzionale. +Europa propone di attuare programmi di cultura scientifica nelle scuole e tramite i canali di informazione di massa.

Ricerca biomedica. Azione-Italia Viva-Calenda propone di destinare almeno il 3% del Fondo Sanitario Nazionale alla Ricerca, sostenere la filiera delle Scienze della Vita e dei dispositivi e rimuovere gli ostacoli burocratici che rendono l'Italia poco attrattiva per le ricerche cliniche. Alleanza Verdi e Sinistra punta a potenziare la ricerca indipendente sui farmaci. Varie le proposte sulla ricerca in generale, senza riferimento specifico alla ricerca biomedica, con focus principale sull'incremento degli investimenti (Alleanza Verdi e Sinistra, coalizione di centro-destra, Di Maio, Movimento 5 Stelle, Partito Democratico).

Ticket. I partiti della coalizione di centrodestra propongono di estendere le prestazioni medico sanitarie esenti da ticket.

Liste di attesa. Numerosi partiti affrontano lo spinoso problema delle liste di attesa, ulteriormente allungate dai ritardi accumulati a causa della pandemia, ma solo due definiscono criteri quantitativi: Azione-Italia Viva propone di ridurre entro un anno i tempi di attesa fino ad un massimo di 60 giorni per le prestazioni programmate e di 30 per tutte le altre; il Partito Democratico si impegna a dimezzarli entro il 2027. Più genericamente, i partiti della coalizione di centrodestra propongono di ripristinare prestazioni ordinarie e procedure di screening rallentate dalla pandemia e di abbattere i tempi delle liste di attesa.

"Nessun partito – commenta Cartabellotta – rileva che le difficoltà a recuperare le prestazioni ritardate a causa della pandemia sono prevalentemente da imputare alla carenza di personale, nonostante lo stanziamento di quasi 1 miliardo di euro e il piano di recupero delle liste di attesa varato dal Ministero della Salute".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Azioni internazionali. +Europa propone di rafforzare le competenze dell'UE in materia di sanità pubblica con diverse azioni. Numerosi partiti minori e Italexit chiedono l'uscita dell'Italia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Libertà di scelta terapeutica. Vari partiti minori e Italexit avanzano varie proposte sul tema: ove non ridondanti con norme attualmente in vigore, si tratta per lo più di azioni che contrastano il principio costituzionale di tutela della salute pubblica o di proposte anti-scientifiche.

“A fronte delle complesse sfide sulla sanità pubblica che attendono il nuovo Esecutivo – conclude Cartabellotta – il nostro monitoraggio indipendente restituisce un quadro decisamente deludente. Se da un lato alcune tematiche (riforma della sanità territoriale, potenziamento del personale sanitario, superamento delle liste di attesa) sono comuni alle principali coalizioni e schieramenti politici, dall'altro per la combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, le proposte sono frammentate, spesso strumentali, non sempre coerenti e senza alcuna valutazione dell'impatto economico. E, cosa ancora più inquietante, nessuna forza politica ha elaborato un adeguato piano di rilancio per la sanità pubblica, coerente con gli investimenti e le riforme del PNRR, in grado di contrastare la privatizzazione al fine di garantire a tutti i cittadini il diritto costituzionale alla tutela del nostro bene più prezioso: la salute”.

LA CAMPAGNA ANTI COVID

Ondata autunnale, i nuovi vaccini coprono Omicron 5 e Centaurus

■ Con l'autunno alle porte, riprendono gli appelli a vaccinarsi. Soprattutto per le persone fragili. Nessun allarme: i dati su contagi e ricoveri sono in netto calo rispetto al picco di luglio. E i nuovi vaccini sono efficaci anche contro le nuove varianti, Omicron 5 e Centaurus compresa. Quindi anche i timori degli studiosi, sono assolutamente gestibili. Tuttavia, si cerca di non farsi trovare impreparati in caso di ondata autunnale.

«La vaccinazione e l'impiego di booster in maniera tempestiva prima di una potenziale ondata autunnale e invernale di casi Covid è essenziale per proteggere le persone e impedire che i sistemi sanitari vengano sopraffatti. Si consiglia alle persone che non hanno ancora avuto la vac-

cinazione primaria o il booster di farli secondo le raccomandazioni dei loro Paesi» è il messaggio lanciato dall'Agenzia europea del farmaco Ema e dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie Ecdc, in una dichiarazione congiunta con cui forniscono indicazioni e considerazioni aggiornate di salute pubblica sull'uso dei vaccini Covid. Obiettivo: supportare la pianificazione delle campagne di vaccinazione autunnali-invernali.

I vaccini adattati «sono approvati per l'uso solo come dosi di richiamo in persone che hanno completato almeno un ciclo vaccinale primario, indipendentemente dai vaccini utilizzati» per le prime dosi. Ema e Ecdc raccomandano che ven-

ga data priorità alle categorie più a rischio.

Le dosi ci sono: nei giorni scorsi l'Ue ha ampliato il proprio arsenale con due booster bivalenti adattati per coprire il virus originale e la sottovariante Omicron BA.1. Si tratta di Comirnaty bivalente, di Pfizer-BioNTech e Spikevax bivalente di Moderna.



PAGINA

6

Allarme Sanità Sindacati: con 120mila medici, veterinari e sanitari chiediamo l'impegno della politica

Tra i punti: il ridimensionamento dell'intervento pubblico, il nodo della privatizzazione, la carenza strutturale di medici specialisti, il peggioramento delle condizioni di lavoro

Cecilia Augella

120 MILA medici e sanitari al Governo: difendete il SSN

Collasso sanità Il manifesto dei sindacati

Il servizio sanitario nazionale è un bene di tutti e, come i pazienti di cui si occupa, va curato e tutelato. Le organizzazioni sindacali, in rappresentanza di 120mila medici, veterinari e sanitari chiedono alle forze politiche di impegnarsi "a sostenerlo insieme al ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari al suo interno. Il ridimensionamento dell'intervento pubblico, la china avviata verso la privatizzazione, la carenza strutturale di medici specialisti, il peggioramento delle loro condizioni di lavoro, le fughe verso lidi professionali diversi dalla dipendenza pubblica, mettono a rischio la sopravvivenza del SSN a 45 anni dalla sua nascita". È quanto si legge in una nota congiunta intersindacale.

"Esiste un'emergenza ospedali - spiegano i sindacati tra i quali anche la Cisl Medici - con

Pronto soccorso allo stremo, liste d'attesa infinite ed un continuo ricorso alle soluzioni estemporanee più fantasiose per tappare le falle di una nave che sta affondando -, ed esiste un'emergenza territorio, che la riforma finanziata con i fondi del PNRR rischia di non riuscire a risolvere, in assenza di ulteriori investimenti a regime. Emergenze che tuttavia stentano a comparire tra gli interventi prioritari promessi dai partiti politici nella



Conquiste del Lavoro

Cambridge HealthCare | www.cambridgehealthcare.com

campagna elettorale in corso. Eppure, la tempesta della pandemia Covid-19 è stata perfetta, non risparmiando nessuna fragilità del del sistema Paese. Il virus ha funzionato da acceleratore di fenomeni esistenti cambiando radicalmente, e forse definitivamente, lo scenario in cui ci muoviamo".

"Oggi - si legge nella nota - emerge la necessità di ricostruire un ambiente politico, sociale e culturale nel quale la tutela della salute; come di tutto il sistema di welfare, siano considerati fattori di produzione di ricchezza collettiva, nella misura in cui lo stato di salute e di benessere fisico e psichico di una popolazione correlano direttamente con lo sviluppo sociale e culturale di un Paese. Per non parlare degli effetti sull'economia, per la mole di Pil che tutto ciò che ruota intorno al mondo della salute muove in settori strategici quali farmaci, device, ricerca, biotec-

nologie, robotica, digitalizzazione. La cattiva tutela della salute di una comunità ne pregiudica lo sviluppo - affermano i sindacati - in termini civili ed economici. La sanità pubblica, equa, solidale e universalistica produce e non consuma ricchezza.

La ricostruzione economica e sociale post Covid-19, tra crisi energetica e conseguenze della guerra in Europa, non deve farla slittare in basso nell'agenda delle priorità. "I dati - spiegano le organizzazioni sindacali - dimostrano che l'Italia è fanalino di coda per quanto riguarda la spesa sanitaria in Europa, per valori pro-capite a parità di potere d'acquisto (nel 2019 pari a 2.473 euro, a fronte di una media Ocse di 2.572 euro) con un gap vertiginoso rispetto a Paesi di riferimento come Francia e Germania. Per quanto riguarda la percentuale sul Pil, l'Italia si pone invece leggermente sopra la media Oc-

se con una percentuale complessiva di 6,6%, lontana mille miglia da Germania (11,7% del suo Pil) e Francia (11,2%). Dopo la pandemia niente è cambiato. Continua la fuga dei medici dagli ospedali, continua la sofferenza del personale medico e sanitario, continua la sofferenza dei pazienti che non trovano risposte alle richieste di cure in un sistema vicino al collasso, senza differenze di latitudine".

Cecilia Augella



Carenza di personale sanitario: occorrono nuove risorse e interventi legislativi

Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria ritengono che "siamo di fronte a un processo di consunzione della sanità pubblica, certificata dalla crisi del Pronto Soccorso affollati di pazienti e deserti di medici, alla quale serve un approccio di sistema che riconosca la medicina di prossimità e quella ospedaliera come due facce della stessa medaglia e un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo per invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale. La sostenibilità del servizio sanitario passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti. Perché parlare di sanità significa parlare di lavoro in sanità e parlare di lavoro significa parlare di capitale umano. È questo il passaggio necessario per chiunque abbia a cuore il presente e il futuro della più grande infrastruttura civile e sociale che questo Paese abbia costruito". Per i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari del SSN occorrono nuove risorse dedicate, a partire dalla prossima Legge di Bilancio, e in-

terventi legislativi che valorizzino il loro ruolo, finalizzati a:

- superare la politica dei tetti di spesa al personale; attuare forti politiche di assunzioni che recuperino i tagli del passato, escludendo il precariato, eterno e non contrattualizzato, come ci chiede la stessa UE;
- migliorare le condizioni del lavoro nel SSN in un sistema che privilegi i valori professionali rispetto a quelli economicistici e aziendali;
- riportare all'interno dell'inquadramento professionale del contratto della Dirigenza il reclutamento di personale medico e sanitario, che negli ultimi anni sta subendo una inaccettabile e regressiva sostituzione con prestazioni privatistiche acquistate a cottimo;
- riformare lo stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria, nel segno della dirigenza "speciale" delineato dall'articolo 15 del D.lgs 229/99 rafforzandone l'autonomia sia sotto il profilo professionale sia gestionale, valorizzando la peculiarità della funzione svolta a tutela di un diritto costituzionale, anche attraverso forme di partecipazione ai modelli operativi;

- aumentare le retribuzioni, detassando gli incrementi contrattuali e il salario accessorio, come già avviene nella sanità privata e in alcune categorie del pubblico impiego come gli insegnanti; prevedere per il rischio contagio una apposita indennità; abrogare il famigerato art. 23, comma 2 del decreto 75/2017 che pone un tetto al salario accessorio;
- introdurre il contratto di formazione lavoro per i medici specializzandi (medici e sanitari già abilitati all'esercizio professionale e non studenti) e avviare un processo di riforma della formazione post-laurea, divenuta vera emergenza nazionale;
- completare la legge sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema "no fault" sul modello europeo, superando l'eccezionalità dello 'scudo Covid'; rispettare infine la tempistica e la esigibilità a livello periferico del contratto cambiando l'impianto della indennità di vacanza contrattuale.

Ce.Au.



A FINE CORSA

di Maddalena Bonaccorso

Alle 11 del mattino di un lunedì di fine agosto, il Pronto soccorso del Policlinico di Catania, uno dei più importanti della Sicilia, scoppia di pazienti. Cinquanta ricoverati, alcuni in reparto da più di cinque giorni: due codici rossi, 23 gialli, 25 verdi e in sala d'attesa una lunga fila di persone che devono ancora fare il triage e si lamentano, chiamano, imprecano.

I reparti di emergenza e urgenza di tutta Italia, nel terzo anno della pandemia, sono i malati terminali del Servizio sanitario nazionale; tra personale insufficiente, reparti di degenza smobilitati per far posto ai letti Covid, aggressioni, quarantene e regole pandemiche ferme al 2020 che ingessano la normale attività di cura, il sistema di emergenza è a un passo dal tracollo, e le conseguenze si traducono in due parole: più morti.

Qui al Policlinico etneo, fiore all'occhiello della sanità siciliana con 51 mila accessi annui, nel Pronto soccorso inaugurato appena quattro anni fa e dotato di attrezzature all'avanguardia e di un'equipe d'eccellenza, il primario Giuseppe Carpinteri snocciola i dati di mortalità del suo reparto. Triplicati: dai 60 decessi annuali del 2018 (quando gli accessi erano superiori di 10 mila unità rispetto a ora) ai 180 del 2021, uno ogni due giorni. Colpa della pandemia? No, di questi 180 solo il 5 per cento, ossia 10, è imputabile al virus.

«I numeri sono più o meno uguali ovunque» spiega Carpinteri. «Tra primari ci confrontiamo e cambia poco nei vari ospedali e nelle regioni: alcuni nosocomi si stanno attrezzando con stanze dedicate al "fine vita", inimmaginabile fino a pochi anni fa. Noi del Policlinico questi numeri li abbiamo messi nero su bianco, grazie a una tesi di laurea, e diffusi in conferenza stampa. Siamo convinti del fatto che se c'è un problema, ed è indubbio che ci sia, si deve sapere e trovare una soluzione».

Un problema in cui però il Covid

c'entra poco, come mostrano i numeri, e nemmeno l'organizzazione del singolo Pronto soccorso - la maggior parte dei pazienti non muore nell'immediatezza dell'arrivo, ma dopo diversi giorni trascorsi in Ps - ma un sistema in difficoltà in cui l'erogazione dei servizi va giocoforza al ribasso. Falcidiando i già pochi posti letto (in Italia ne sono previsti solo 3,6 per mille abitanti, media decisamente più bassa degli altri Paesi europei), convertendo i reparti di cura ordinaria in reparti Covid - senza aumentare il numero di medici e infermieri. La conseguenza è il fenomeno del «boarding»: i malati troppo gravi per essere dimessi ma privi di un posto letto nei reparti destinati, restano in Pronto soccorso per giorni.

«Diversi studi internazionali» afferma Fabio De Iaco, presidente nazionale di Simeu (Società italiana medicina di emergenza e urgenza) e direttore del Pronto soccorso dell'ospedale torinese Maria Vittoria «ci dicono che l'attesa eccessiva in Ps è direttamente correlata all'incremento di mortalità e morbilità, a un aumento di incidenti - cadute dalla barelle, per esempio, e di errori del personale dovuti al burn-out. E non vedo alcuna volontà politica nell'affrontare l'emergenza».

Esiste poi un problema di dignità del paziente, di assistenza, pasti, igiene: in Ps uomini e donne sono nelle stesse stanze se non ammassati nei corridoi, si mangia in barella poggiati sui gomiti, spesso c'è un solo bagno, e garantire la privacy a tanti pazienti da cambiare più volte al giorno è impossibile. «Ma spesso non si può fare altrimenti» riconosce Beniamino Susi, vice presidente



Simeu. «Sono costretto a prendere atto dell'impossibilità di rispettare i nostri pazienti. Viviamo il dramma di essere gli esecutori di un fallimento che non avremmo mai voluto».

In questo scenario, il mantenimento delle regole Covid ferme al 2020 non aiuta un'organizzazione del lavoro efficiente: «Non abbiamo disposizioni centrali o ministeriali» prosegue De Iaco «che ci permettano di cambiare la gestione del paziente affetti dal virus dal punto di vista dell'isolamento e della destinazione nei reparti. Siamo fermi a due anni e mezzo fa, in molti casi si procede a vista: alcune regioni hanno creato "bolle" con ricoverati per Covid dentro i vari reparti, altre continuano a tenerli parcheggiati in Pronto soccorso finché non si liberano posti in spazi dedicati ai positivi».

Si chiede agli ospedali di mantenere un doppio binario di assistenza e cura, ma con le stesse risorse di medici e infermieri dei tempi pre-pandemia.

«I cittadini devono conoscere la reale situazione delle aree di emergenza» afferma Massimo Geraci, primario del PS del Civico di Palermo (80 mila accessi l'anno). «I Pronto Soccorso sono oggi luoghi meno sicuri rispetto al passato, non ci si può stupire se la mancanza di empatia da parte degli operatori, stanchi, frustrati e in attesa di "fuggire" verso ambiti ospedalieri più tranquilli, sia sempre più diffusa. Parlare di umanizzazione delle cure in questo contesto è una utopia, se non ipocrisia. Sentiamo il dovere di urlare il nostro disagio e quello dei nostri utenti, senza timore di essere considerati allarmisti, perché il silenzio è solo complicità».

Intanto, da inizio anno, si sono dimessi per il «burn out» 100 medici al mese. La situazione è tale che in Sicilia e in Calabria si reclutano dottori stranieri - argentini e cubani - per coprire i turni, mentre fioccano in tutta Italia le storie di cooperative che reclutano a caro

prezzo medici di ogni specializzazione: «Situazione rischiosissima. Così facendo si consegna la medicina di emergenza a "gettonisti" spesso difficilmente inquadabili anche come competenze, che non rispondono al primario ma al proprio datore di lavoro» commenta Carpentieri, mentre un elicottero atterra sul tetto del suo reparto e di fianco le ruspe scavano per creare nuovi spazi di emergenza in vista dell'ondata autunnale di Covid.

««Quanto ancora potremo resistere?» si chiede il primario. «Temo non molto». Ma un codice rosso è in arrivo, non c'è tempo per continuare: il Pronto soccorso resta pur sempre un luogo dove salvare vite. Anche quando è sempre più difficile farlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Viaggio in un Pronto soccorso d'eccellenza, in Sicilia, dove i decessi sono triplicati rispetto al 2018. Il Covid però non c'entra, si muore per carenza di servizi, di personale, di posti letto a fronte di tanti malati gravi. Un caso isolato? No, la normalità di troppi reparti d'emergenza italiani.

5%

percentuale di decessi nei Pronto soccorso dovuti al Covid. Il resto è dovuto a inefficienze e carenze di un sistema per cui i pazienti restano troppo a lungo nei Ps per mancanza di posti letto nei reparti specializzati.

Per sopperire alla mancanza di medici e infermieri in ospedali e Pronto soccorso si ricorre ai medici e «gettonisti» forniti da cooperative, ad altissimi costi. Ma spesso senza la dovuta specializzazione.



PROGETTO DI CLASS EDITORI IN COLLABORAZIONE CON NEXT HEALTH, HEALTHWARE GROUP E PKE

Centri ospedalieri, il 27 settembre i Best Italian Hospitals Awards 2022

Saranno assegnati martedì 27 settembre i Best Italian Hospitals Awards 2022, che premiano le performance ottenute dalle strutture ospedaliere italiane, identificate grazie ad un'analisi quali-quantitativa che ha portato alla creazione del primo ranking multi-parametrico realizzato in Italia.

La consegna si terrà al termine di un convegno in cui i rappresentanti delle istituzioni, i manager delle strutture ospedaliere, della sanità pubblica e privata, e delle principali aziende, si confronteranno sui possibili modelli di evoluzione degli ospedali italiani, grazie anche ai fondi del Pnrr, nel nuovo Sistema sanitario nazionale (Ssn) integrato tra nuovi servizi territoriali e digitali. Il progetto di Class Editori nasce in collaborazione con NExT Health, Healthware Group e PKE, che hanno contribuito dal punto di vista tecnico alla creazione del

nuovo score multi-parametrico che riesce a mettere insieme, normalizzando, dati relativi all'attività clinica, alla ricerca e alla formazione, oltre che alla presenza digitale delle strutture e alla loro reputazione.

La validità dello score è stata riconosciuta da un Advisory Board composto da esperti nazionali del mondo accademico, medico-scientifico e manageriale; lo score ha analizzato l'offerta sanitaria d'eccellenza italiana suddivisa in quattro categorie: Policlinici, Centri Cardiovascolari, Centri Oncologici e Centri Ortopedici.

«È da tempo che volevamo realizzare un award per l'attività ospedaliera italiana. Abbiamo trovato i partner giusti e così siamo in grado, per la prima volta, di dare una valutazione complessiva dell'attività delle strutture ospedaliere che so-

no diffuse sull'intero territorio italiano, riconoscendone l'operato e anche il ruolo che svolgono a livello locale», dice **Angelo Sajevo**, consigliere delegato di Class Editori per il coordinamento economico, commerciale e pubblicitario relativo all'area dei quotidiani e magazine con le relative proiezioni. «Il progetto testimonia l'attenzione che Class Editori da oltre un anno dà al settore della salute, con eventi e pubblicazioni dedicate che hanno ottenuto l'attenzione e il riconoscimento del pubblico e degli operatori di settore».

**BEST
ITALIAN
HOSPITALS
+2022**



Università In 65 mila alla prova

Dalla gazza a Darwin Medicina, l'ultimo test

di **Gianna Fregonara**

Sessanta domande in cento minuti, carta, penna e mascherina. Ieri, 65 mila aspiranti medici si sono misurati con quelli che saranno gli ultimi test di Medicina a numero chiuso.

a pagina 23

Da Darwin al Def L'ultimo test per Medicina

Ieri prova d'ammissione per 65 mila
I candidati: difficile. Dal 2023 si cambia

di **Gianna Fregonara**

I 65 mila aspiranti medici che ieri pomeriggio si sono cimentati con le sessanta domande del test di Medicina saranno gli ultimi della storia delle facoltà a numero chiuso a partecipare ad un concorsone: dall'anno prossimo, a meno di sorprese del prossimo governo, si cambia. La riforma è già approvata e mancano soltanto le linee guida: gli studenti potranno provare il test più di una volta durante il quarto e il quinto anno delle scuole superiori, ci sarà la possibilità di fare anche un test attitudinale. Dopo la maturità potranno inserire il loro risultato migliore in una piattaforma online e ottenere la graduatoria per l'accesso alla facoltà. Questi test si chiamano Tolc e sono ormai i più diffusi per le discipline a numero chiuso in giro per il mondo.

Ma intanto ieri le aspiranti matricole hanno dovuto rispondere a domande sulla

bolletta elettrica, sulla *Constitutio de feudis* di Corrado II il Salico, sul volo della gazza, sul significato di Def, sui defibrillatori, un dado truccato e poi cromosomi, darwinismo e anticorpi. In tutto sessanta domande a risposta multipla in cento minuti, con carta e penna (e mascherina), così divise: 23 quesiti di biologia, 15 di chimica, 13 di matematica e fisica, 4 di competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi e 5 di ragionamento logico. Una versione già rivista del tradizionale test con meno peso alle domande di cultura generale, che negli scorsi anni erano state causa di errori e gaffe da parte del ministero e di conseguenti ricorsi e lungaggini nelle graduatorie. Il voto massimo resta 90 (1,5 punti per risposta esatta). Il 14 settembre verranno pubblicati i punteggi dei singoli compiti e il 29 le graduatorie. I posti a disposizione sono qualche centinaio in più dello scorso anno: 14.740: passerà circa uno studente su quattro. Il compito, secondo le prime impressioni degli studenti, è stato più difficile dello scorso anno. Essendo

diminuiti i quiz di cultura generale a favore di quelle scientifiche, i punteggi potrebbero essere leggermente più bassi del 2021. «Le domande di cultura generale non erano troppo complesse, qualche difficoltà in più si riscontra per quelle di biologia, prevedibili gli argomenti di matematica e fisica. Direi, una domanda formulata in modo complicato (la 42) nel settore della chimica», è il commento di Stefano Bertocchi di Alphatest.

La giornata del concorsone è di nuovo l'occasione per discutere del numero chiuso. Oltre alle proteste degli studenti davanti agli atenei, è la Lega, con un tweet di Matteo Salvini, a prendere la bandiera dell'abolizione della selezione all'ingresso. Respinta in coro dai rettori. Da Antonella Polimeni della Sapienza, che è medico, a Giovanni Molari dell'Alma Mater di Bologna, al rettore della Statale Elio Franzini, fino al presidente della



Conferenza dei rettori Ferruccio Resta (Politecnico di Milano) tutti frenano sulla liberalizzazione degli accessi: servirebbero strutture, laboratori e investimenti che le università non possono fare. «Ricordiamoci che siamo passati da 9.500 a 15.000 posti in 4 anni, creando una crescita governata e pianificata dei numeri, perché altrimenti non gover-

niamo e rispondiamo a delle emergenze con qualcosa che poi crea problemi sul lungo termine», ha detto Resta, sottolineando che l'aumento dei posti a Medicina è stato «maggiore rispetto a tante altre crescite che ci sono state nel nostro Paese»

22,7

Per cento

La quota degli aspiranti camici bianchi che accederà a Medicina dopo il test di ieri: 65 mila partecipanti per 14.740 posti

Gabriele (Milano)

«Sogno di fare l'oncologo Poco tempo per i quesiti»

Com'è andata? «Non bene», risponde Gabriele Insalaco, 19 anni, di Milano. E appena uscito dalle aule di via Celoria, la sede dell'università Statale in cui ha sostenuto il test di ammissione a Medicina. O almeno ci ha provato. «Mi mancavano alcune domande, direi la metà» confessa. «Troppo pochi cento minuti. La mia difficoltà maggiore è stata la gestione del tempo». Dopo la maturità al liceo scientifico-scienze applicate, si è preparato alla selezione seguendo un corso specifico. «Era coerente con il test — riconosce —. Mi sentivo forte soprattutto in biologia». Tra un ripasso e l'altro, le vacanze in Sicilia. In testa, sempre il sogno di diventare oncologo. Ieri mattina però, prima di entrare in aula, Gabriele era teso. «Non ho neppure fatto colazione». Oggi tenterà anche la prova di Biotecnologie, per non precludersi nessuna possibilità.



Sara Bettoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gloria (Torino)

«Papà ha tentato 6 volte Voglio farcela per lui»

Spero in un bel risultato. Ho svolto tanti test di preparazione. E per sconfiggere la tensione mi sono affidata ai consigli di papà. Oggi abbiamo fatto il quiz tutti e due. Lui ha una certa esperienza: è la sesta volta che lo tenta». Ieri al Lingotto, tra i 2.521 aspiranti medici in corsa per uno dei 477 posti dell'Università di Torino, c'erano Gloria Carli, 18 anni, e Guido, 51 anni, suo padre. «La passione per il corso? Merito suo. È da quando sono piccola che lo vedo studiare per il test. Voglio scalare la graduatoria per renderlo orgoglioso», racconta la ragazza. Il genitore è un veterano. Ieri era il secondo più anziano. Nella vita è un allenatore e proprietario di una palestra. Da giovane ha lavorato come infermiere. «Il mio portafortuna è un anello di rame — svela Gloria —. Mi sono iscritta anche alla prova del corso in inglese. Non si sa mai».



Paolo Coccorese

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Letizia (Bologna)

«Pur di curare i neonati sono pronta a emigrare»

«È da quando gioco con le bambole che voglio curare le persone. E pur di fare la neonatologa sarei disposta persino a lasciare l'Italia, anche se l'inglese non è proprio il mio forte». Letizia Rinaldi, ravennate, a fine mese compie vent'anni e ieri, alla Fiera di Bologna, ha tentato per la seconda volta il test d'ingresso a Medicina. «Il futuro? So che c'è molta competizione negli ospedali e che, in generale, è una vita fatta di turni massacranti. Il fatto che sia difficile, tuttavia, non mi fermerà». Per sostenere la prova, racconta, «ho studiato moltissimo. Però ora è andata e ho una bella sensazione». Per prepararsi all'esame «è stato fondamentale il percorso fatto al liceo scientifico. Ammiro molto chi viene dal classico o da altre scuole e passa il test di medicina. Senza le basi che ho ricevuto nella mia scuola, non sarei riuscita ad affrontarlo».



Pietro Tabarroni

Filippo (Roma)

«Mi preparo da tre anni Ma biologia era un rebus»

«C'erano domande di biologia su argomenti che nessuno studia al liceo. È andata bene, ma potevo fare di meglio». Filippo Pescosolido, 18 anni, esce dall'Università Sapienza di Roma sollevato, ma non del tutto soddisfatto. «Le domande di biologia erano molto complesse, più di quelle di logica o chimica, le potevi sapere solo per tua cultura», ammette lo studente, che rivela di essersi preparato fin dal terzo anno del liceo scientifico. «Al quarto e quinto anno ho anche seguito dei corsi organizzati dalla scuola su chimica, biologia, matematica e fisica per medicina, l'estate invece approfondivo gli argomenti che di solito a scuola non si affrontano. Ma a quanto pare non è bastato». Se non dovesse entrare a Medicina, Filippo è pronto a iscriversi a Chimica e tecnologie farmaceutiche. «Ma sicuramente — dice — ritornerò il prossimo anno».



Diana Romersì

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALVINI LO VUOLE «CANCELLARE», IN REALTÀ LO SPOSTEREBBE AL SECONDO ANNO

Annunci elettorali sul numero chiuso a medicina

MARIO PIERRO

■ ■ Mentre i 65 mila candidati per 14.740 posti nelle facoltà di medicina si sottoponevano ai test d'ingresso alle facoltà di Medicina ieri le destre candidate alle elezioni hanno promesso l'abolizione della prova che deciderà anche quest'anno il numero degli aspiranti dottori: solo 1 studente su 4 potrà infatti avere accesso al corso di studio. In realtà per Matteo Salvini (Lega), che da giorni ha inaugurato il nuovo filone della sua campagna elettorale, non si tratta propriamente dell'abolizione del numero chiuso e della battaglia per il rifinanziamento e il ripensamento universalistico di una sanità pubblica dopo la tragedia del Covid. Il leghista, infatti, vuole «seguire la strada della Francia» dove lo sbarramento è stato messo al secondo anno di università. Lo ha detto ieri da un camper davanti alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università Statale di Milano. Stesso discorso lo ha fatto Giovanni Toti di «Noi Moderati». Dunque lo sbarra-

mento non va messo all'entrata, ma dopo 12 mesi.

«Stiamo attenti che poi passa, come succede in Francia, solo il 30%. Quel 70% che non passa, cosa fa? - ha osservato la ministra dell'università ancora in carica Maria Cristina Messa - In questo caso ci sarebbe il vantaggio della libera iscrizione iniziale, ma si hanno costi più elevati per le famiglie, una minore uniformità nella formazione che si riceve e una elevata differenza nella selezione, con il 70 per cento degli studenti che dopo il primo anno, non potendo accedere al secondo, si trovano a dover scegliere altri percorsi non senza difficoltà. In ogni caso il sistema non è in grado di formare in maniera corretta i 60 mila giovani che aspirano a fare Medicina». Su Facebook si è fatto vivo anche il ministro della sanità Roberto Speranza che si è detto soddisfatto per l'aumento dei posti a medicina e per la programmazione pluriennale che avrebbe «quasi annullato l'imbuto formativo che si era creato» negli

ultimi anni. Il problema sarebbe stato dunque quello di un tetto troppo basso rispetto alle esigenze di un sistema.

Il test di medicina resterà anche nella riforma prevista nel 2023. Sarà chiamato con un acronimo, tanto per cambiare: Tolc, ovvero Test Online Cisia. Potrà essere sostenuto due volte l'anno a partire dalla quarta superiore. In seguito gli studenti potranno inserire il punteggio migliore che formerà una media e darà l'accesso a una graduatoria nazionale. Saranno ridotti i quesiti di cultura generale. Ieri si è spaziato da «che cos'è il Documento di Economia e Finanza-Def?» al calcolo del volo orizzontale della gazza, dalla *Constitutio de feudis* all'elettronegatività. Le prove saranno incentrate soprattutto sulle discipline scientifiche.

Dal lato degli studenti, e dei sindacati, non sono mancate numerose proteste, di segno nettamente opposto a quanto auspicato dalle destre o realizzato dal governo Draghi. A Palermo è stato esposto uno striscione: «La pandemia non

ha insegnato nulla. Stop ai test d'ingresso». Il numero chiuso è incostituzionale, i test sono strumenti fallaci e i numeri programmati nazionali vanno superati, sostengono gli studenti dell'Udu. Per quelli della Federazione giovani comunista «non sono bastati neanche due anni di pandemia e oltre 170 mila decessi per indurre un cambiamento di rotta». «Dal 2010 a oggi, più di 170 presidi ospedalieri (15%) e 800 poliambulatori sono stati chiusi in tutto il paese».

Le proteste degli studenti: «Basta quiz. E vogliamo un'altra sanità pubblica»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ANZIANI

Le tre sfide per il Paese che invecchia

CLAUDIO LUCIFORA

Il mondo sta invecchiando e l'Italia invecchia più velocemente...

A pagina 3

ANALISI La Terza età tra squilibrio demografico, conti pubblici e bisogni sanitari

Prendersi cura degli anziani: tre sfide per l'Italia che invecchia

Le prospettive richiedono maggiori investimenti nell'assistenza domiciliare, migliori politiche attive per i lavoratori senior, più aiuti economici per le famiglie con persone non autosufficienti a carico



CLAUDIO LUCIFORA

Il mondo sta invecchiando e l'Italia è uno dei paesi che invecchia più velocemente. Il tema non appassiona particolarmente i partiti politici impegnati nella campagna elettorale. Alcuni programmi rimandano ai risultati emersi dalla Commissione Paglia e alla necessità di dare una risposta ai bisogni degli anziani. Altri puntano sulla riforma delle Rsa nell'ambito della riorganizzazione del Ssn. Infine c'è chi propone di istituire la figura di un "Garante dei diritti della Terza età" o addirittura di un ministero per la Terza età. In molti casi, gli anziani e il problema dell'invecchiamento non vengono menzionati. Eppure, secondo l'Organizzazione mondiale per la sanità, l'aspettativa media di vita a livello globale dal 2000 al 2019 è aumentata di oltre 5,5 anni, l'aumento più rapido verificatosi dal 1960.

In ambito Ue, prima della pandemia, l'Italia era al primo posto in termini di speranza di vita alla nascita, pari a circa 81 anni per gli uomini e 86 per le donne. Siamo invece all'ultimo posto in Europa per la fecondità, in Italia nel 2021 il numero medio di figli per donna è pari a 1,3, mentre le nascite – come testimoniato recentemente

dall'Istat – hanno raggiunto il minimo storico di 399mila all'anno, rispetto a più di un milione negli anni del baby-boom. I cambiamenti della struttura per età della popolazione, che derivano appunto dal combinato disposto di maggiore longevità e minore fertilità, portano con sé numerose sfide. La prima sfida è quella della diminuzione della popolazione in età da lavoro rispetto alla popolazione totale, con il contestuale peggioramento del tasso di dipendenza giovani-anziani che mette a rischio la sostenibilità dei sistemi di welfare, in particolar modo i servizi diretti alle fasce più fragili della popolazione. La seconda sfida è quella dello spo-



stamento in avanti delle tappe che caratterizzano i percorsi di vita delle persone, come ricordato in un Rapporto dell'Ocse ("Live longer, Work longer") vivere più a lungo implica necessariamente anche lavorare più a lungo. La terza sfida, e più attuale, riguarda la spesa sanitaria che in tempi di inflazione crescente significa che una quota maggiore del bilancio (pubblico e privato) andrà a sostenere la spesa per la sanità della popolazione più anziana. In questo contesto, sebbene l'attenzione dell'opinione pubblica si sia concentrata quasi esclusivamente sugli effetti dell'inflazione importata sul costo dell'energia per le famiglie italiane, presto anche la dinamica della spesa sanitaria entrerà a pieno titolo nel dibattito pubblico.

Analizziamo nel merito queste sfide, tenendo bene presente che di fatto il reddito disponibile delle famiglie a fronte dell'inflazione crescente vede una progressiva erosione rispetto al livello del 2020. La questione della cura degli anziani è centrale per il futuro del nostro welfare e, dopo i difficili anni di pandemia, necessita di un'attenzione particolare da parte dell'azione del nuovo Governo che uscirà vincente dalle elezioni. Da tempo le famiglie chiedono servizi che consentano agli an-

ziani non-autosufficienti di restare il più a lungo possibile nell'ambiente domestico, potendo contare su un'assistenza domiciliare qualificata. Nel corso dei prossimi anni sono previsti una serie di provvedimenti finalizzati alla definizione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani. Nel Pnrr sono state inserite importanti misure e risorse a sostegno della non autosufficienza. Tuttavia, da una parte c'è chi vuole ridiscutere il Piano, dall'altra c'è il rischio che le riforme previste siano fin troppo ambiziose e che, al di là delle risorse per i servizi domiciliari e l'istituzione delle Cot (centrali operative di coordinamento con gli altri servizi sanitari e la rete di emergenza), in assenza dei decreti attuativi, la riforma porti ad un nulla di fatto, lasciando l'assistenza domiciliare così com'è.

La questione della diminuzione della popolazione in età da lavoro e della necessità di prolungare la vita lavorativa de-

gli individui sono questioni poco presenti nel dibattito pubblico in Italia, più attento agli interventi di riforma delle pensioni. Tuttavia, in seguito alla riduzione della numerosità delle coorti più recenti, gli ingressi dei giovani nel mercato del lavoro sono sempre più esigui e, nei prossimi anni, in Italia ci saranno 1,5 lavoratori su cinque in meno. Si tratta di una riduzione senza precedenti, molto più forte che nel resto d'Europa e con potenziali implicazioni di lungo periodo sulla capacità delle imprese di reclutare e formare il personale. Le politiche di gestione delle risorse umane hanno finora principalmente subito gli effetti della transizione demografica piuttosto che anticiparne gli effetti modificando i modelli di gestione del personale per garantire il necessario turnover della manodopera. Tuttavia gli effetti del *mismatch* tra le esigenze di reclutamento delle imprese e la disponibilità sul mercato del lavoro di competenze adeguate alle nuove sfide che le tecnologie 4.0 richiedono, sono già evidenti e numerose imprese lamentano l'impossibilità di reclutare giovani con competenze Stem per rimpiazzare i lavoratori che escono. L'attenzione è concentrata quasi esclusivamente sulle nuove regole di pensionamento anticipato, mentre restano in ombra le politiche "attive" per l'invecchiamento, cioè tutte quelle misure che servono ad incentivare la partecipazione dei lavoratori e delle lavoratrici al mercato del lavoro fino all'età del pensionamento. Il programma di "Garanzia per l'Occupabilità dei lavoratori" intende mettere a sistema le migliori esperienze maturate a livello regionale e superare l'eterogeneità dei servizi erogati su tutto il territorio nazionale, tuttavia dice poco o nulla sul prolungamento delle carriere dei lavoratori senior in azienda e l'integrazione tra la gestione delle risorse umane nel settore privato e le politiche attive del lavoro dell'operatore pubblico.

L'ultimo tema, ma solo in ordine di tempo, riguarda gli effetti dell'inflazione sulla spesa sanitaria. Negli ultimi 20 anni, anche a fronte di una sostanziale stagnazione dei prezzi dei beni, i prezzi dell'assistenza sanitaria hanno continuato a crescere a tassi del 2-3% (3% visite specialistiche, fino al 4,4% dei servizi paramedi-





ci), è quindi ragionevole assumere che presto l'inflazione andrà ad intaccare anche la capacità di spesa delle famiglie, soprattutto quelle in cui sono presenti anziani con malattie croniche o necessità di assistenza. Il meccanismo di trasmissione ai bilanci delle famiglie è duplice: da un lato l'aumento della spesa pubblica per la sanità grava sul debito pubblico e sulle tasse, dall'altro pesa sempre più la quota di spesa privata a carico delle famiglie. Infatti, come testimoniato dal Censis, a causa dei ritardi accumulati nell'accesso alle prestazioni sanitarie e il conseguente allungamento delle liste di attesa, un italiano su due non prova neppure ad interagire con il sistema sanitario nazionale.

La grande sfida all'inflazione si gioca quindi sul piano della riorganizzazione del Ssn, sulla ricerca di una maggiore efficienza ed accessibilità dei servizi di assistenza per gli anziani. I costi dell'invecchiamento che restano a carico delle famiglie devono essere contrastati con una maggiore prevenzione, con un'assistenza di qualità e con una rete di servizi che cambi totalmente la prospettiva mettendo l'anziano al centro. La bozza di provvedimento per il potenziamento dell'assistenza territoriale (il cosiddetto Dm 71) presenta diversi aspetti che, se attuati, potrebbero migliorare il rapporto costi-benefici a vantaggio di questi ultimi. A fronte degli ingenti in-

vestimenti previsti dal Pnrr, la non semplice messa a terra di questi provvedimenti deve essere considerata una priorità assoluta per i prossimi anni.

Il peggioramento del tasso di dipendenza giovani-anziani mette a rischio la sostenibilità dei sistemi di welfare, in particolar modo i servizi diretti alle fasce più fragili della popolazione





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'EMA SUL COVID

«Essenziale la campagna vaccinale in autunno»

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) e l'Agenzia europea per i medicinali (Ema) consigliano che i vaccini booster adattati, da poco approvati di Pfizer-Biontech e Moderna, «siano indirizzati come priorità alle persone più a rischio di malattia grave»: gli over 60, i pazienti immunocompromessi, altri vulnerabili (dai 12 anni) con condizioni di rischio e donne in gravidanza. Residenti e personale nelle case di cura «dovrebbero avere la priorità».

La vaccinazione tempestiva e l'impiego di booster «prima di una potenziale ondata autunnale e invernale di casi è essenziale per proteggere le persone e impedire che i sistemi sanitari siano sopraffatti». Ecdc ed Ema ricordano che «ulteriori adattamenti della composizione dei vaccini Covid-19 sono inevitabili per affrontare le varianti circolanti esistenti e future». Oltre ai due vaccini adattati autorizzati destinati alla subvariante Omicron Ba.1 e al ceppo originale di Sars-CoV-2, l'Ema sta valu-

tando un vaccino adattato che corrisponda al ceppo originale e alle subvarianti Omicron Ba.4 e Ba.5.

Intanto, sul fronte dei contagi, salgono tasso di positività (dal 10,4 al 12,3%) e decessi (da 40 a 80), mentre migliora ancora la situazione negli ospedali: -107 i ricoveri ordinari (4.459 in tutto), stabili le terapie intensive con 185 ricoverati.



La quarta dose a over 60 e fragili, ma tutti potranno farla

» **Alessandro Mantovani**

Tutti potranno fare la quarta dose di vaccino anti-Covid, almeno dai 12 anni in su, con i prodotti bivalenti adattati a Omicron 1. Il Centro europeo di controllo delle malattie (Ecdc) e l'Agenzia del farmaco europea (Ema) ieri hanno solo raccomandato di dare la "priorità" a ultrasessantenni, persone affette da malattie gravi, donne incinte, ospiti e staff delle case di riposo, facendo attenzione a anche agli operatori sanitari. Si potrà fare ad almeno tre mesi, non più quattro, dall'ultima dose o dall'infezione. Queste raccomandazioni saranno tradotte a breve in una circolare del ministero della Salute che dovrebbe confermare l'elenco delle patologie che rendono prioritario il secondo *booster*. Al momento sono state somministrate poco più di 3 milioni di quarte dosi, solo gli over 60 in Italia sono

più di 17 milioni.

"La vaccinazione tempestiva è più importante del tipo di vaccino", scrivono le agenzie sanitarie Ue, ricordando che i vaccini in uso dalla fine del 2020 "offrono sempre una protezione dalla malattia grave e devono essere utilizzati ove non siano disponibili quelli adattati". La differenza, stavolta valutata in base al numero di anticorpi prodotti dal vecchio e dal nuovo vaccino, non è enorme, circa 1,5 volte secondo uno studio in corso di revisione citato da Nature: ieri non siamo riusciti a ottenere da Ema i dati su cui si base l'approvazione.

Le agenzie sanitarie dell'Ue scrivono poi che "dati preliminari indicano che il vaccino adattato a Ba.1 (Omicron 1, ndr) copre altre sottovarianti di Omicron come BA.2, BA.2.75 e BA.5", quest'ultima detta Omicron 5 e oggi preva-

lente, quindi "gli anticorpi generati dai vaccini adattati sembrano capaci di neutralizzare" anche questi ceppi. È la tesi dei produttori, ma ieri non abbiamo potuto ottenere questi "dati preliminari". Uno studio condotto in Portogallo, pubblicato dal *New England Journal of Medicine* e citato ieri dal *Sole 24 Ore*, confuta la tesi fin qui molto diffusa che l'immunità naturale indotta da Omicron 1 non è particolarmente efficace contro Ba.5.

**VIA LIBERA
SI POTRÀ FARE
A TRE MESI
DA INFEZIONE
O INIEZIONE**



Covid, via libera Aifa a booster 'aggiornati' Pfizer e Moderna

La Commissione tecnico scientifica (Cts) dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha dato il via libera all'utilizzo in Italia dei vaccini bivalenti Comirnaty e Spikevax, recentemente approvati da Ema come dosi booster per tutti i soggetti al di sopra dei 12anni di età. Tali vaccini - ha motivato la Cts - hanno mostrato la capacità di indurre una risposta anticorpale maggiore di quella del vaccino monovalente originario sia nei confronti della variante Omicron BA.1 che delle varianti BA.4 e BA.5. Sul piano della sicurezza i dati disponibili non mostrano differenze rispetto al vaccino monovalente originario. La dose booster è disponibile per tutti i soggetti previsti dall'indicazione autorizzata e può essere somministrata dopo almeno tre mesi dal completamento del ciclo vaccinale primario o dall'eventuale dose booster già ricevuta. La commissione Aifa ha ribadito che la popolazione a maggior rischio di sviluppare malattia grave, per la quale quindi la dose booster è fortemente raccomandata in via prioritaria, è rappresentata dai soggetti che presentano fattori di rischio e dagli over 60. Tutti gli altri soggetti possono comunque vaccinarsi con la dose booster su consiglio del medico o come scelta individuale.



Intervista all'immunologo Le Foche

«Nuovi vaccini anti Omicron? Non aggiornati alle varianti»

L'esperto: «Gli over 60 facciano la quarta dose, quando avremo la versione adatta a Ba5 giusta un'altra campagna a tappeto. Gli asintomatici? Alle urne con le Ffp2»

CLAUDIA OSMETTI

■ Francesco Le Foche è uno di quegli immunologi che il Covid mica l'ha studiato solo sulle riviste scientifiche e nei test di laboratorio. Dirige il day hospital del reparto di Immunoinfettivologia all'ospedale romano Umberto I. La pandemia, Le Foche, l'ha vista in prima linea. Anzi, "in trincea": come dicevamo nel 2020 quando noi comuni mortali non sapevamo niente di mRNA, proteine Spike e booster. «Dovevamo farci la quarta dose, abbiamo sbagliato», inizia lui, con quella parlantina chiara e calibrata che ha una qualità più unica che rara, al giorno d'oggi: la chiarezza.

Professor Le Foche, però molti hanno pensato: "Aspetto che arrivino i vaccini aggiornati". Davvero è stato un errore?

«Gli over 60 e i fragili devono fare il secondo booster, è indispensabile: dà una protezione molto alta per la malattia medio grave e grave, anche se non previene il contagio».

D'accordo, sono mesi che lo ripetiamo. Però l'Emma, cioè l'Agenzia europea del

farmaco, ha dato il via libera alle fiale contro Omicron da pochi giorni. Lo stesso ha fatto l'Aifa, il suo corrispettivo italiano, lunedì. Che fretta c'era?

«Credo si debba fare una precisazione. L'Emma ha autorizzato un vaccino bivalente che ha due sub-unità: la prima è il ceppo primordiale, quello di Wuhan; la seconda è Omicron. Ma Omicron Ba1, non Omicron Ba4 e Ba5 che sì, resta la variante più presente oggi. I vaccini approvati, in sostanza, ci danno una copertura quasi uguale a quelli che avevamo già: forse sono leggermente più efficaci sulla malattia grave».

Cambia poco. E adesso?

«Sarebbe stato meglio se avesse seguito l'esempio della Fda, la Food and drug administration, l'agenzia che si occupa della regolamentazione dei farmaci negli Stati Uniti».

Perché? Gli americani cos'hanno fatto?

«Hanno autorizzato un richiamo con una sola dose per le varianti di Omicron Ba4 e Ba5, considerando che queste

sottovarianti hanno la stessa identica proteina Spike. Per farlo hanno traslato i dati scientifici dei precedenti vaccini. Mi segue?».

Non del tutto. Negli Usa sono disponibili i vaccini più performanti perché hanno accelerato i tempi?

«In un certo senso».

Mi perdoni, ma la sicurezza?

«La procedura è del tutto sicura. Un esempio: se un velocista porta i calzoncini rossi o blu, la velocità con cui corre non cambia mica. Le pare?».

Sì, certo che sì. Però...

«Nessun però, nella scienza è lo stesso. Se noi cambiamo un nucleotide, che è l'unità ripetitiva degli acidi nucleici, a un vaccino, con lo scopo di fare in modo che produca un antigene specifico, ossia quello che noi vogliamo per attivare la risposta anticorpale, non cambia nulla nella sicurezza. Otteniamo un risultato a nostro vantaggio perché orientiamo il sistema immunitario. Lo sa come funziona il sistema immunitario? È l'immagine speculare dell'universo: il corpo umano può rispondere contro tutto e tutti, basta educarlo».

E i vaccini bivalenti? Quando li avremo? Intendo quelli specifici per Omicron 5.

«Ragionevolmente entro un paio di mesi».

Poi dovremmo ripartire con tutta la banda? Vaccinazione a tappeto, hub, prenotazioni...

«Penso sia auspicabile. Nel frattempo i soggetti fragili e gli anziani devono farsi la quarta dose. Il 20% degli over 60 è composto da persone a rischio che neanche sanno di esserlo e



da un altro 7% che non si è mai vaccinato».

Che autunno ci aspetta?

«Se rispettiamo questi passaggi avremo una copertura soddisfacente e non rivedremo gli ingorghi negli ospedali. Potremo avere un autunno abbastanza sereno e tranquillo, di convivenza col virus. Anche considerando che ci sono terapie antivirali e monoclonali che si possono tempestivamente usare nei primi giorni dell'infezione».

**Qualcosa non torna. I vaccini aggiornati a Omicron 5 arriveranno a novembre e il ministro Speranza (Leu) non fa che rilasciare proclami sul fatto che a metà settembre avremo le nuove fi-
le. Non sono già vecchie? Non è**

che l'unica campagna che conta è quella elettorale?

«Non penso sia la campagna elettorale e spero che non entri in discorsi simili, perché la scienza è di tutti».

Abbiamo sbagliato qualcosa nella comunicazione degli ultimi due anni e mezzo?

«Sul fronte vaccini? Diverse cose. Abbiamo

messo in sicurezza tantissime vite ed è un bene. Ma poi non abbiamo chiarito abbastanza quale fosse il ruolo della vacci-

nazione, specie negli adulti. E probabilmente non lo abbiamo trasmesso in modo empatico».

È un azzardo abolire l'obbligo delle mascherine sui mezzi pubblici a ottobre?

«No. Oramai le persone hanno interpretato in quale luogo vanno indossate e quando non è necessario. Se c'è un sovrappollamento le mettono, è diventata una specie di auto-difesa a cui ci siamo abituati. Semmai mi dispiace che non si sia fatto abbastanza sulla scuola».

Cioè?

«Tanto per cominciare non è stato autorizzato un vaccino dagli zero ai cinque anni e adesso ricominciano le lezioni in presenza. I bimbi dovrebbero avere una protezione. Ma anche per l'ambiente scolasti-

co non si è fatto molto».

L'invito a tenere le finestre aperte non la convince?

«Come si fa? In alcune zone del Nord, in inverno? Avremmo dovuto mettere in campo condizioni igieniche e ambientali di supporto, magari col riciclo dell'aria che è molto utile».

A proposito. Tra tre settimane si vota. Chi è in quarantena come fa?

«Se ha già passato i cinque giorni oppure è asintomatico dovrebbe poter uscire indossando una mascherina Ffp2. È improbabile che possa contagiare gli altri e il diritto di voto, in democrazia, è sacrosanto come quello alla salute».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I VACCINI



FONTE: Aifa

Le dosi anti-Omicron approvate da Aifa

- Comirnaty di BioNTech/Pfizer
- Spikevax di Moderna

Vaccini bivalenti Mirati per il ceppo originale di Sars-CoV-2 e la variante Omicron

La variante Omicron per cui sono validi

BA.1

Per cosa servono

Approvati per dosi booster per gli over 12

Per chi

Dose booster consigliata per gli over 60

Quando

Ad almeno 3 mesi dall'ultima dose ricevuta



L'EGO - HUB



Francesco Le Foche, immunologo dell'ospedale romano Umberto I



» SARAGANDINI,
MARIALUISA IANNUZZO,
MARIANO BIZZARRI,
GILDA RIPAMONTI,
CLEMENTINA SASSO,
CIRO ISIDORO

VACCINI AI BAMBINI

OCCORRE CAUTELE

LA LEZIONE Gli studi prodotti in questi anni ci avvisano dei rischi
Per questo bisogna personalizzare le strategie vaccinali,
prendendo in seria considerazione i segnali relativi alla sicurezza

E ma ha dato via libera ai vaccini di Pfizer e Moderna adattati alla variante BA.1 di Omicron per i soggetti di età pari o superiore a 12 anni che hanno ricevuto almeno la vaccinazione primaria contro la Covid-19.

Un aggiornamento dei vaccini accolto con entusiasmo. Eppure sappiamo che la variante Omicron è sì più trasmissibile, ma molto meno letale dell'influenza stagionale; in particolare è 1,5 volte più trasmissibile dell'H1N1 2009 e causa il 90% di decessi in meno.

Il mese prossimo, Pfizer chiederà l'approvazione anche del vaccino per i bambini tra i 5 e gli 11 anni. La prima domanda che sorge spontanea è "perché vaccinare bambini e adolescenti, considerato che in questa fascia di età il rischio di infezione e di malattia grave è bassissimo?". I dati del Cdc mostravano nei bambini minore morta-



lità per Covid-19 rispetto all'influenza, anche con le precedenti varianti. Ci è stato detto che vaccinare anche i bambini è utile per proteggere gli anziani. Oggi abbiamo la prova scientifica che gli adulti a contatto con bambini non-vaccinati e protetti dalla Covid-19 per precedenti infezioni con altri corona virus, beneficiano della immunità crociata e non sviluppano la Covid-19 in forma grave. Uno studio, condotto a livello di popolazione con più di 3 milioni di persone, si dimostra che gli adulti che non avevano un'esposizione familiare con bambini, avevano un tasso di ospedalizzazione (anche con ricovero in terapia intensiva) da Covid-19 del 50% maggiore rispetto agli adulti che avevano contatti con i bambini, e con una protezione persino più elevata considerando la proporzione su coloro che sono stati trovati positivi a SarsCoV2. Questa osservazione è in linea con la nostra recente meta-analisi su tutti gli studi condotti nelle scuole che mostrano che gli studenti si infettano meno per SarsCoV2 e contagiano significativamente meno degli insegnanti. I bambini non sono quindi gli "untori che mettono a rischio i nonni" come abbiamo sentito dire da alcune virostar. Per contro, secondo Vinay Prasad, professore di Epidemiologia e Biostatistica presso l'Università della California, i segnali sulla sicurezza del vaccino nelle fasce d'età più giovani non sono stati adeguatamente presi in considerazione dagli enti preposti, per primo il Cdc. E noi ci chiediamo: le miocarditi post-vaccino sono un problema per i nostri ragazzi? Dovremmo preoccuparci? Uno studio condotto a Hong Kong su adolescenti di 12-17 anni rilevava un significativo incremento del rischio di miocardite/pericardite soprattutto dopo la seconda dose del Comirnaty (Pfizer). Elevata incidenza confermata anche dallo studio di Pillay et al su BMJ.

Più recentemente, lo studio di Patone et al conclude che il rischio di miocardite è maggiore a seguito di infezione da SarsCoV2 e che invece è modesto a seguito di vaccinazione anti-Covid-19 a mRNA, ma rileva che tuttavia il rischio di miocardite è aumentato nei maschi di età inferiore ai 40 anni dopo la seconda dose di vaccino a mRNA. È interessante come questo studio venga presentato dalla stampa italiana con titoli a caratteri cubitali tipo "Vaccini anti Covid sono un salvacuore". Uno studio thailandese ha preso in esame un campione di 202

ragazzi e 99 ragazze tra i 13 e i 18 anni ai quali è stata somministrata la seconda dose Pfizer e nei quali la prima dose non aveva causato eventi avversi: ben 7 ragazzi sui 202 maschi (il 3,5%) hanno manifestato miocardite conclamata o subclinica (con elevati livelli di troponina). Si tratta di un dato decisamente superiore rispetto ai risultati che ha fornito la vigilanza passiva. Come sottolinea Prasad, è paradossale che il primo studio prospettico sui biomarcatori cardiaci arrivi dalla Thailandia e non dagli Stati Uniti, a riprova dell'indifferenza degli enti americani al tema della sicurezza.

Va ricordato che nell'ambito degli impegni *post market*, che erano stati richiesti a Pfizer, c'era anche quello di analizzare in prospettiva l'incidenza delle miocarditi subcliniche, e non solo di quelle sintomatiche, nei giovani. La Fda ha (colpevolmente) concesso a Pfizer un lasso di tempo estremamente lungo per fornire questi dati, che pure hanno una rilevanza vitale.

Mentre l'incidenza delle miocarditi post-vaccino costituisce un problema urgente e attuale, gli organismi di vi-



gilanza e i sistemi sanitari nazionali (Aifa in Italia) non hanno d'altra parte prodotto uno sforzo comune teso a introdurre un sistema di vigilanza attiva, né hanno dimostrato di prendere in seria considerazione il tema della sicurezza prima di arrivare ad una approvazione piena.

Concordiamo con Prasad che si sarebbe potuto e dovuto fare di meglio nella campagna vaccinale per ridurre questi rischi. Ad esempio, (i) la somministrazione di un'unica dose, comunque efficace; oppure (ii) esentare dalla vaccinazione chi aveva contratto il virus in passato o chi possedeva anticorpi; o ancora (iii) aumentare il periodo tra una dose e l'altra per poi studiarne le ospedalizzazioni e valutarne l'efficacia; oppure (iv) vietare l'utilizzo di Moderna (che ha un dosaggio di mRNA triplo) per i più giovani. Invece – come sottolinea Prasad – abbiamo assistito a una colpevole sottostima dei segnali di rischio, mentre una fuorviante campagna di comunicazione volta

a minimizzare la questione utilizzava i dati riferendo gli episodi di miocardite calcolati in percentuale su un unico campione che spaziava dai giovani ventenni – dove il rischio è maggiore – alle donne ottantenni, dove è minimo, e descrivendo le miocarditi rilevate come eventi di lieve entità. Ma, pur in giovani asintomatici, valori di troponina pari a 2 volte o 40 volte il normale in quadri di miocardite subclinica sono eventi lievi? Quali rischi determinano nel futuro? Come correttamente fa notare il cardiologo Anish Koka, non si possono considerare benigne miocarditi che si presentano negli adolescenti con queste caratteristiche, dato che sforzi muscolari possono far precipitare la situazione e determinare infarto miocardico letale.

Non si tratta di criticare la vaccinazione come strategia profilattica (sappiamo che i vaccini possono ridurre il rischio di Covid-19 grave e che le miocarditi avvengono anche in seguito a Covid-19), ma di personalizzare le strategie vaccinali prendendo in seria considerazione i segnali relativi alla sicurezza al fine di ottimizzarne l'efficacia e minimizzarne i rischi. Queste evidenze dovrebbero indurci a rivedere parecchie cose sulla strategia vaccinale, soprattutto sull'effettuazione dei richiami, in particolare nei giovani. Occorre quindi uscire da una logica, dettata anche dalla politica, che ha impedito agli esperti di utilizzare gli strumenti della *Evidence Based Medicine*. Come recentemente fatto rilevare da uno degli autori (Isidoro su *DottNet*) oggi abbiamo le conoscenze e le tecnologie per passare da una vaccinazione di massa a una vaccinazione personalizzata.

In conclusione, ci auguriamo che alla luce della passata esperienza e delle evidenze scientifiche attuali, si modifichi la campagna vaccinale avendo ben presenti le considerazioni sopra riportate ed esercitando molta cautela nella vaccinazione e nei richiami *tout court* dei giovani e dei guariti già immuni, e ancor più nei confronti dei vaccini che a breve saranno autorizzati per i bambini sotto i 6 anni. La Danimarca ha dato l'esempio, sospendendo le vaccinazioni e i richiami per i minori di 18 anni. Perché sviluppare una miocardite "benigna" (?) da vaccino a questa età non è esattamente ciò che si deve mettere in conto, a fronte di un rischio molto basso di contrarre la malattia grave da Covid-19. I vaccini devono essere sicuri, molto più sicuri della malattia che dovrebbero prevenire.



ANTI-COVID

In Cina via libera al vaccino spray

■ La Cina ha approvato un vaccino anti-Covid che si inala come un aerosol. È il primo vaccino al mondo di questo tipo e sarà usato come richiamo. Grazie all'immunità della mucosa gli scienziati sperano di fermare non solo i sintomi della malattia ma anche il contagio. **CAPOCCIA PAGINA 8**



La Cina approva il primo vaccino spray contro il Covid

Grazie all'immunità della mucosa gli scienziati sperano di fermare non solo in sintomi della malattia ma anche il contagio

ANDREA CAPOCCI

■ La Cina ha approvato un vaccino anti-Covid che non si inietta con una siringa ma si inala come un aerosol. Sarà usato come richiamo e lo ha messo a punto la società farmaceutica cinese CanSino. I vaccini spray rappresentano una grande speranza per la comunità scientifica: a differenza di quelli esistenti, infatti, potrebbero prevenire il contagio e non solo lo sviluppo di sintomi gravi. È sostanzialmente il primo vaccino al mondo di questo tipo. Gli unici precedenti riguardano un vaccino approvato in Iran e da assumere in tre dosi, l'ultima delle quali per via nasale, e la versione inalabile del vaccino russo Sputnik V, registrato a Mosca ma non ancora disponibile sul mercato.

QUELLO CINESE SI CHIAMA Convidecia Air e consiste in un vaccino a vettore virale. Una volta inalati, degli adenovirus porta-

no nelle cellule umane l'informazione genetica necessaria a

produrre le proteine del coronavirus e stimolare la risposta immunitaria. Il metodo è lo stesso usato con i vaccini AstraZeneca e Johnson&Johnson. Il vaccino CanSino è già utilizzato come iniezione intramuscolare e nella nuova versione viene nebulizzato e assunto per bocca. Il vaccino «induce una protezione immunitaria completa dopo una sola inalazione» fa sapere l'azienda in una nota. L'aerosol provoca la reazione immunitaria direttamente nelle vie aeree dove inizia il contagio. L'immunità della mucosa dovrebbe dunque impedire al virus di infettare l'organismo, a differenza dei vaccini attuali.

Anche quelli che vengono inoculati per via intramuscolare stimolano la produzione di anticorpi nell'organismo. Ma nel tempo impiegato dagli anticorpi per raggiungere le vie

aeree, il virus può replicarsi e dare vita a un'infezione seppur leggera. Il virus così si propaga anche nella popolazione vaccinata, provocando le ondate a cui abbiamo assistito negli ultimi mesi: un'altissima circolazione virale con un numero di ricoveri e decessi tutto sommato ridotto.

IL PROBLEMA È CHE durante queste ondate il virus inevitabilmente va incontro a mutazioni e dà vita a varianti sempre più contagiose, in grado di aggirare le difese immunitarie e che possono anche rivelarsi più gravi per l'organi-



il manifesto

smo. Questo scenario può essere contrastato solo con vaccinazioni stagionali, magari con vaccini aggiornati alle varianti in circolazione come avviene anche per l'influenza. Se i vaccini spray si dimostrassero in grado di arrestare o rallentare il contagio, anche le ondate pandemiche e lo sviluppo di nuovi ceppi potrebbe essere ridotti al minimo.

LE INCOGNITE PERÒ sono numerose. Per ora, gli scienziati della CanSino hanno dimostrato solo che il vaccino spray stimola una produzione di anticorpi paragonabile o superiore a quella dei vaccini intramuscolari, e questo è stato sufficiente per l'approvazione da parte dell'Agenzia cinese per i prodotti farmaceutici. Gli scienziati non hanno potuto misu-

rare la sufficiente presenza di anticorpi nelle mucose respiratorie - manca un termine di paragone affidabile - né l'efficacia del vaccino nello sterilizzare il contagio. Gli studi sugli animali (topi e macachi) forniscono però indicazioni incoraggianti sull'immunità sterilizzante.

PERCIÒ AI VACCINI anti-Covid da inalare oggi credono in molti. Ce ne sono circa un centinaio in fase di sviluppo e una ventina già allo stadio della sperimentazione umana. Cina, India, Cuba e Iran sono i più vicini all'utilizzo su larga scala. Le società farmaceutiche di Usa e Regno Unito sono più indietro. «Oggi non c'è la stessa urgenza» rispetto all'inizio della pandemia, ha detto alla rivista Nature Louise

Blair, analista della società di consulenza farmaceutica Airfinity. «Finanziamenti e risorse sono molto più limitati e non credo che lo sviluppo avverrà con la stessa rapidità».

IL GOVERNO più interessato a ridurre la possibilità di propagazione dei focolai è proprio quello cinese. Pechino finora ha puntato molto sui vaccini nazionali, che si sono rivelati meno efficaci di quelli utilizzati in Europa e Usa. Anche questo ha spinto Xi Jinping a mantenere una strategia anti-Covid molto rigida, che conduce a periodiche - e sempre più sgradite - chiusure di intere città. Secondo la testata cinese Caixin, ci sono attualmente 33 città in lockdown totale o parziale, tra le quali il capoluogo

del Sichuan Chengdu con i suoi 21 milioni di abitanti. Solo dalla fine di agosto ad oggi, le chiusure hanno riguardato 313 milioni di cinesi.

Nel paese ci sono attualmente 33 città e milioni di persone in lockdown



La città di Shenzhen ancora in lockdown foto Ap



LA SALUTE

SE IL CALDO HA UCCISO (QUASI) COME IL COVID

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 27

SE IL CALDO HA UCCISO (QUASI) COME IL COVID

EUGENIA TOGNOTTI

Lil caldo uccide, si sa. Lo ha fatto quest'estate in altri Paesi europei e in particolare in Spagna e Portogallo - che hanno già contato i loro "morti di caldo", ben 1700, denunciati da un comunicato ufficiale dell'Oms-Europa. In Italia due tremende ondate di calore hanno operato con speciale spietatezza, verrebbe da dire, guardando alla fragilità della classe di età più colpita secondo i dati del secondo report del Sistema HHWW e della sorveglianza della mortalità associata alle ondate di calore aggiornato al 15 agosto.

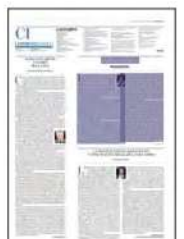
A parlare sono i numeri per luglio, al terzo posto, come mese più caldo mai registrato, a livello globale, secondo l'ultimo bollettino climatico di Copernicus. È del 29 per cento la percentuale di crescita della mortalità nella classe di età al di sopra dei 65 anni nella prima metà del mese. L'incremento raggiunge picchi del 36 per cento nella seconda metà, con la paurosa ondata di calore che ha interessato tutte le aree del Paese, in particolare alcune grandi città del Nord, inevitabilmente più calde dei loro entroterra, con "isole di calore urbano", dovuti agli scarichi e all'uso di calore degli edifici.

La fascia di età più colpita è la over 85 con un incremento del 38 per cento rispetto al 15 per cento e 19 per cento, rispettivamente nelle classi di età 65-74 e 75-84. Ma, in realtà, l'eccesso di mortalità si spinge per questo gruppo fino al 41 per cento nelle città del Nord (Bolzano, Torino, Milano, Brescia, Genova) e del 35 per cento in quelle del Centro-Sud. L'incremento della mortalità giornaliera emerge con chiarezza dai grafici del report, che la collegano all'ondata di calore di metà luglio, che resta elevata e a livelli superiori ai valori di riferimento per tutto il

mese. E, infatti, gli incrementi della mortali-

tà si registrano sia durante la prima che nella seconda ondata di luglio a Firenze, Perugia, Roma, Viterbo, Frosinone, Latina, Pescara, Campobasso, Napoli, Bari, Palermo e Catania. Dove gli abitanti, come è facile prevedere, affronteranno un futuro sempre più caldo, con ondate che rappresentano una minaccia per la salute umana. In diverse città, percorrendo lo stivale da Nord al Centro-Sud, si è registrato inoltre un aumento della mortalità in corrispondenza con l'incremento delle temperature nella prima infuocata settimana di agosto.

Vale la pena di leggere, per due motivi, l'intero report che dimostra, al di là dell'asciutta evidenza di numeri e percentuali, la stretta correlazione tra le alte temperature, le ondate di calore che hanno tramortito l'Italia, nel mese di luglio e la prima metà di agosto, e l'incremento della mortalità. In primo piano, ancora una volta, le classi di età più anziane e più fragili, su cui ha già infierito il coronavirus. Aspettando il terzo - e le valutazioni del possibile peso specifico dell'epidemia di Covid-19 nell'eccesso di mortalità, documentato nei mesi centrali dell'estate - non resta che una desolata riflessione su quanto poco si è fatto, a tutti i livelli, per proteggere i gruppi più vulnerabili, mettendo in campo interventi di protezione sia contro l'inquinamento atmosferico sia contro il calore elevato nell'ambiente urbano, per aumentare la resilienza di fronte alla sfida posta dagli eventi meteorologici. Obiettivo che potrebbe essere raggiunto con politiche locali, senza aspettare i tempi biblici dei cambiamenti indotti da misure globali. —



Primi passi

Un sistema di elettrostimolazione del midollo spinale integrato dall'intelligenza artificiale è stato testato in un ospedale svizzero. Così tre pazienti immobilizzati in seguito a gravi lesioni ora possono camminare, andare in bicicletta, nuotare.

di Stefania Di Pietro

Un giorno non lontano, forse, la sedia a rotelle potrebbe essere considerata un re-taggio del passato, sostituita da un sistema di elettrostimolazione epidurale del midollo spinale (EES, Epidural Electrical Stimulation), in grado di far recuperare ai pazienti paraplegici il movimento volontario delle gambe.

Al Politecnico di Losanna il nuovo metodo, sperimentato dal neurochirurgo Grégoire Courtine e dalla dottoressa Jocelyne Bloch dell'ospedale universitario del Canton Vaud, ha già cambiato la vita di tre persone, di 29, 32 e 41 anni, colpite da paralisi completa sensitivo-motoria dopo un trauma vertebro-midollare a causa di un incidente.

Punto di partenza è l'impianto di elettrodi nel canale vertebrale dei pazienti. «Gli elettro-cateteri, connessi a un neuro-stimolatore inserito sotto la cute dell'addome, vengono posizionati direttamente sul midollo spinale. In questo modo sollecitano la regione che controlla i muscoli di tronco e gambe, grazie anche a un software di intelligenza artificiale i cui algoritmi di stimolazione si basano sull'imitazione

dei movimenti naturali» spiega Courtine. «I pazienti selezionano diversi programmi motori su un dispositivo esterno che invia i segnali al sistema impiantato nel midollo lesionato. Lo stimolo di specifici neuroni, proprio come fa normalmente il cervello, permette di contrarre i muscoli e muovere gli arti».

Dopo cinque mesi di riabilitazione le funzioni motorie sono state ripristinate completamente e ora i tre pazienti possono reggersi in piedi, nuotare, andare in bici, controllare i movimenti del tronco. Tra di loro c'è Michel Roccati, atleta di Torino, paraplegico dopo un incidente con la moto nel 2017. All'inizio Michel era stato escluso dalla sperimentazione svizzera per la gravità della lesione riportata, ma ha insistito per far parte del gruppo. «Dopo appena un giorno di riabilitazione ho mosso i primi passi e poco dopo già camminavo» racconta, dopo essere

stato sottoposto all'impianto degli elettrodi nella regione del midollo danneggiato e di un pacemaker nell'addome che raccoglie i dati in arrivo da un tablet. «I miei movimenti iniziali sono stati incredibili

e insperati. Vedere le mie gambe muoversi dopo quattro anni è stata una grande emozione. Adesso mi alleno tutti i giorni un paio d'ore e riesco a salire e scendere le scale senza troppe difficoltà. Il mio nuovo traguardo sarà una lunga passeggiata, almeno un chilometro». Ora Michel ha un programma di allenamento e potenziamento con obiettivi graduali, e come gli altri due pazienti, può già restare in piedi per due ore. C'è chi ha ripreso persino con la boxe. I benefici non si fermano alla possibilità di compiere gesti fisici, comprendono anche la funzione sessuale. E l'aspetto sociale: riconquistare una dimensione annientata dalla paraplegia.

«Contiamo di arrivare alla completa miniaturizzazione del dispositivo, e effettueremo altri test per cercare di utilizzare i segnali elettrici provenienti direttamente dal cervello» continua Courtine. In genere, dopo un trauma midollare, le connessioni tra il cervello e le estremità si interrompono del tutto; per cercare di compensare questa perdita di collegamento nervoso sono stati studiati in passato molteplici approcci, tra cui la potenzialità terapeutica delle cellule staminali, anche se non sempre con buoni risultati.

Inoltre i pazienti con un danno considerato «completo» mantengono connessioni a basso funziona-



mento e questo impedisce un completo ripristino delle attività motorie.

È proprio in questi soggetti che l'équipe svizzera ha deciso di applicare gli stimolatori epidurali. «Per l'impianto degli elettrodi è necessario però un tratto di almeno sei centimetri di midollo funzionante al di sotto della lesione, ed è molto importante uno studio personalizzato per elaborare il programma su base individuale» precisa Courtine. Il passo successivo sarà impiantare direttamente

un minicomputer che comunica in tempo reale con uno smartphone esterno.

Questo tipo di neuromodulazione ha dato infine ottimi risultati anche per i malati di Parkinson, i cui muscoli sono soggetti a forte rigidità e tremori, due condizioni che limitano molto anche le semplici azioni quotidiane, come afferrare oggetti e recuperare l'equilibrio perduto tra corpo e movimento. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Michel Roccati, atleta torinese paraplegico dal 2017, si è rimesso in piedi dopo l'impianto di elettrodi nel canale vertebrale.

04

Alzheimer, speranze da nuova molecola testata sui topi

Nuove speranze nella cura dell'Alzheimer arrivano da uno studio, condotto, per ora sui topi, dai ricercatori della Fondazione Irccs Istituto neurologico Carlo Besta, in collaborazione con i colleghi dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, pubblicato sulla rivista 'Molecular Psychiatry'. La ricerca dimostra che un piccolo peptide somministrato per via intranasale è efficace in un modello di Alzheimer nel topo e inibisce il deposito e gli effetti tossici di una delle due proteine che causano la patologia. Lo studio rappresenta un passo in avanti per lo sviluppo di un farmaco per la cura della malattia di Alzheimer nell'uomo, la più comune forma di demenza in età avanzata e tuttora incurabile. Gli approcci terapeutici finora esplorati dalla comunità scientifica internazionale - ricorda la nota - non hanno purtroppo ancora portato all'identificazione di un composto in grado di contrastare efficacemente la malattia, se non addirittura prevenirla. Tuttavia, i risultati di decenni di ricerca scientifica finalizzata alla scoperta di una soluzione per il morbo di Alzheimer hanno dimostrato che impedire o rallentare la formazione di aggregati delle due proteine, che giocano un ruolo fondamentale in questa forma di demenza (la proteina beta-amiloide e la proteina tau), non è sufficiente a sconfiggere la malattia. È importante, infatti, inibire contemporaneamente gli effetti neurotossici di queste due proteine.

La nuova strategia sviluppata per contrastare l'Alzheimer si basa su una scoperta antecedente degli stessi autori che hanno identificato una variante naturale della proteina beta amiloide che protegge i soggetti portatori dallo sviluppo della malattia: questo ha permesso di sintetizzare la molecola (un piccolo frammento formato da 6 aminoacidi) utilizzata nello studio.



“Gli esperimenti- commentano Fabrizio Tagliavini e Giuseppe Di Fede, neurologi del Besta, che hanno condotto lo studio - hanno dimostrato che la somministrazione per via intranasale del peptide, in una fase precoce della malattia, è efficace nel proteggere le sinapsi dagli effetti neurotossici della beta-amiloide oltre che nell’inibire la formazione di aggregati della stessa proteina, responsabili di gran parte dei danni cerebrali nell’Alzheimer, e nel rallentare il deposito della beta-amiloide sotto forma di placche nel cervello. Inoltre, il trattamento sembrerebbe non indurre eventi collaterali che derivano da un’anomala attivazione del sistema immunitario, riscontrati in altre potenziali terapie per l’Alzheimer. Questi effetti multipli costituiscono pertanto una combinazione apparentemente vincente nell’ostacolare lo sviluppo della malattia nei topi”. Infine, conclude Mario Salmona, biochimico dell’istituto Mario Negri, “gli ulteriori vantaggi di questa strategia riguardano i bassi costi di produzione del piccolo peptide, in confronto agli elevatissimi costi di altri approcci terapeutici potenziali per l’Alzheimer come gli anticorpi monoclonali, la semplicità e la scarsa invasività del trattamento per via intranasale, peraltro già utilizzato con successo per altre categorie di farmaci”.



MEDICINA E SOCIETÀ

Maratona contro l'Alzheimer

Una corsa per raccogliere finanziamenti e bar dedicati dove aiutarsi reciprocamente cresce la mobilitazione contro il morbo nel mese dedicato alla sensibilizzazione

IL CASO**FILIPPO FIORINI**

Fingeva Rita Hayworth nel '46 sul set di «Gilda», quando dimenticava il nome di Johnny Farrell un attimo dopo avergli stretto la mano, ma nel film voleva solo nascondere al marito che questi le aveva spezzato il cuore. Non fingeva più, però, negli Anni 60, quando recitare le divenne impossibile perché non riusciva più a memorizzare i copioni, quando i colleghi la chiamavano «ubriacona», perché dava in escandescenze, e invece i sintomi dell'Alzheimer cominciavano a manifestarsi in lei che aveva poco più di 40 anni.

Come nasce? Come si può evitare e curare? Di che cosa ha bisogno chi è affetto da questa malattia neurodegenerativa, scoperta 120 anni fa, contratta dal filosofo tedesco Immanuel Kant, poi dalla «Lady di Ferro» inglese Margaret Thatcher, dalla sua controparte americana Ronald Reagan, da Ravel, quello del «Bolero» omonimo, da 600 mila persone in Italia e da altre 30 milioni nel mondo?

Quelli della Fondazione Maratona Alzheimer non hanno le risposte in tasca a tutte queste domande, perché ancora non le ha nessuno. Sanno tuttavia che i mala-

ti di quella che la medicina ufficiale definisce come la forma più comune di demenza (50-70% dei casi), a cui attribuisce un'aspettativa di vita media di otto anni e che sarebbe causata dal malfunzionamento del metabolismo di una proteina nel cervello che peggiora con l'età, hanno bisogno di relazionarsi tra loro e con gli altri, così come avviene per chi li accudisce, che normalmente sono i figli, i coniugi, i fratelli o i badanti. Per questo, in occasione del Mese dell'Alzheimer, che ricorre in settembre, hanno organizzato una serie di iniziative, da qui fino al 18, che comprendono incontri per coordinare, per esempio, i «Caffè Alzheimer» (dove pazienti, caregiver e professionisti si incontrano per scambiare esperienze e darsi man forte) oppure, una «Vacanza Indimenticabile», per permettere a una ventina di malati di trascorrere qualche giorno al mare insieme con i loro cari e praticare qui le attività che li aiutano a tenere attiva la mente. Poi, una maratona (competitiva, di corsa) e una marcia (dimostrativa, al passo) che domenica prossima partirà alle 8,00 da Cesena e andrà fino a Cesenatico (16 km circa), un evento di raccolta fondi per beneficenza, che può già contare su centinaia

di partecipanti, dei quali uno spicca nei registri d'iscrizione: il presidente della Cei e arcivescovo di Bologna, il cardinale Matteo Maria Zuppi.

«Spesso le persone con Alzheimer vivono nella solitudine e il peso del loro accudimento ricade quasi completamente sulle famiglie. Dobbiamo contribuire e far crescere una società che sappia accogliere la malattia e aiutare le famiglie», ha detto Zuppi, ricordando come il suo impegno a sostegno dei Caffè Alzheimer sia cominciato molti anni fa. Di proseguire il suo ragionamento se ne occupa il professor Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria e componente del consiglio direttivo della Fondazione Maratona Alzheimer, secondo il quale un paziente a cui è stato diagnosticato questo morbo, che colpisce in prevalenza le donne, «perde i punti di riferimento, ma non gli inte-



LA STAMPA

ressi più profondi. Perché, non si tratta di un essere inanimato, ma di una persona che capisce chi gli vuole bene e quando glielo si vuole».

Oltre al paziente, il supporto poi deve essere diretto alla famiglia, che spesso deve dedicare molte energie, anche economiche, che possono portarla a isolarsi o a sentirsi soverchiata. «Con iniziative come quella del Forum sui Caffé Alzheimer vogliamo raggruppare tutte queste pratiche terapeutiche che in Italia sono iniziate sei o sette anni fa, sulla scia dell'esperien-

za olandese. Si tratta di un'esperienza ancora recente e vogliamo dire alle famiglie chiamate quotidianamente ad affrontare costi altissimi, che con questi momenti di scambio e consulenza con gli esperti, è possibile prendersi cura dei loro cari anche contenendo le spese».

Per ultimo, Trabucchi lancia un appello alle istituzioni e chi le governa: «Alla politica non chiediamo altro che maggiori servizi - spiega -. Vogliamo diffondere l'idea che chi ha l'Alzheimer non è un cittadino di serie B, ma come

qualsiasi altro cittadino ha i suoi diritti fondamentali, tra cui quello alla dignità. Poi, va potenziata la rete di base degli ambulatori e si deve fare formazione negli ospedali, perché chi riceve un paziente sia in grado di comprendere la specificità del problema, cioè capire la sua sofferenza come avviene, per esempio, con i malati di cancro o chi arriva con una frattura». —

Sarebbe causato dal malfunzionamento del metabolismo di una proteina nel cervello

Quelle persone non sono cittadini di serie B: alla politica non chiediamo altro che maggiori servizi

L'appuntamento è con una maratona (competitiva) e una marcia (dimostrativa): domenica prossima partiranno alle 8,00 da Cesena e andranno fino a Cesenatico lungo un percorso di 16 km

Un dramma che colpisce non solo i malati ma le famiglie

600 mila
le persone colpite dall'Alzheimer in Italia, nel mondo sono 30 milioni

8 anni
l'aspettativa di vita media per chi ha questa malattia, la più comune fra le demenze



MARCO TRABUCCHI
PRESIDENTE ASSOCIAZIONE DI PSICOGERIATRIA



Un recente studio spagnolo dimostra che assumere contemporaneamente antipertensivo, statina e aspirina riduce del 30 per cento ictus e attacchi cardiaci



La polipillola che vale per tre contro l'infarto

LO STUDIO

La polipillola "tre in una" composta da un antipertensivo, una statina e l'aspirina, riduce del 30% il rischio di ictus e infarto in chi ha già avuto un attacco cardiaco. Sono questi i risultati del più ampio e lungo studio internazionale su questa terapia firmato da 113 centri di 7 Paesi, tra cui l'Italia. Il lavoro, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, è stato presentato al meeting annuale della Società europea di cardiologia a Barcellona.

LA RICADUTA

Valentin Fuster e J.M. Castellano, del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares di Madrid hanno, appunto, illustrato una interessante ricerca mirata a prevenire una ricaduta di malattie cardiache. Sono stati studiati quasi 2500 pazienti con una storia di infarto miocardico recente (non più di 6 mesi) curato con rivascolarizzazione miocardica attraverso angioplastica o by pass

aorto coronarico.

A metà dei pazienti è stata data la normale terapia con più compresse, come prescrivono le linee guida, all'altra metà è stata invece data una polipillola contenente aspirina (100 mg), ramipril (in dosi varie in relazione alla pressione) e statina. Tutto il campione è stato seguito per un periodo medio di almeno tre anni per verificare quale terapia avesse avuto più successo.

I risultati: gli eventi cardiovascolari gravi (infarto, mortalità o rivascolarizzazione urgente) si sono verificati in quasi il 13% dei pazienti che seguivano la terapia normale e nel 9,5% dei pazienti che prendevano la polipillola. Dunque con una riduzione di eventi del 24% in questi ultimi. L'aderenza alla corretta terapia era molto maggiore per coloro che usavano la polipillola rispetto a quelli che seguivano la terapia solita (dopo un anno 74% verso 63%).

LE DOSI

E proprio il seguire in modo corretto la terapia è l'arma vincente della polipillola. In particolare, nelle popolazioni anziane. Una riduzione nel numero di compres-

se facilita la corretta "ubbidienza" alla cura.

Oltre all'aumentata aderenza alla terapia, vi sono altri vantaggi quali l'eliminazione di frequenti aggiustamenti terapeutici anche da parte dei pazienti o ancora la possibilità di ridurre la pressione con piccole dosi di più farmaci invece che con grosse dosi di un farmaco singolo riducendo eventuali effetti collaterali di un dosaggio elevato.

Accanto ai vantaggi che l'uso della polipillola comporta, vi sono comunque anche degli svantaggi. Primo fra tutti la possibilità di "iperterapia" a soggetti che non ne hanno bisogno come anche di terapia non sufficiente per i soggetti a maggior rischio. Nella medicina attuale, e non solo in cardiologia, si tende ad praticare una cosiddetta "terapia persona-



lizzata" che prevede appunto una cura molto bilanciata in relazione alle esigenze del paziente. Non penso, comunque, questo possa essere il caso della polipillola. Ritengo però che, in particolari gruppi di pazienti quali gli anziani o soggetti con scarsa attenzione alla propria salute, il ricorso ad una sola pillola invece che ad impianto terapeutico più com-

plesso possa dare maggiori benefici.

Antonio G. Rebuzzi
Professore di Cardiologia
Università Cattolica Roma

PER LE PERSONE ANZIANE
QUESTA TERAPIA
HA IL VANTAGGIO
DI POTER ESSERE
SEGUITA, FACILMENTE,
IN MANIERA CORRETTA

I NUMERI

2,5

milioni sono gli italiani che hanno il colesterolo alto: ne soffre il 34,3% degli uomini e il 36,6% delle donne

31%

della popolazione italiana è iperteso: per gli uomini i valori sono più elevati al Nord, per le donne al Sud

240

mila, nel nostro Paese, sono le persone che perdono la vita ogni anno per infarto o ictus



La polipillola (tre in una) viene assunta solo una volta al giorno



Settembre è il mese ideale per le passeggiate in campagna alla ricerca di erbe o frutti spontanei
Un elisir di giovinezza per chi ha tra 50 e 70 anni con benefici per l'intero sistema immunitario



Camminare nella natura per ritrovare l'armonia

LA TENDENZA

Settembre, complice il clima mite, è il mese ideale per andare a camminare nella natura. Una recente ricerca della Stanford University ha ribadito che almeno un'ora a settimana di camminata in campagna, specialmente per i Best Ager (la fascia di età compresa fra i 50 e i 70 anni), è un elisir naturale di giovinezza, poiché contribuisce a innalzare il sistema immunitario, allentare i livelli di depressione, migliorare la circolazione sanguigna e potenziare la concentrazione e l'attenzione. Ma c'è di più: uno studio dell'Università dello Sport di Colonia ha dimostrato che su distanze inferiori a 5 chilometri una passeggiata ha la stessa efficacia di una corsa, poiché si fanno circa il doppio dei passi.

L'ultima tendenza del senior wellness arriva dai paesi scandinavi, e prevede l'abbinamento della classica passeggiata nel bosco con un percorso multisensoriale di ricerca, scoperta e raccolta di erbe commestibili e frutti spontanei.

FULL IMMERSION

Se in Norvegia, Svezia e Finlandia adesso è il momento dei mirtilli, in Italia il frutto per eccellenza di questa stagione sono le more, che in autunno cederanno il passo alle castagne. «Unirsi a un facile trekking guidato di conoscenza delle erbe spontanee e raccolta di frutti selvatici commestibili, che poi potranno arricchire la propria alimentazione di vitamine e componenti salutari, è una full immersion di benessere per corpo e mente», conferma la naturopata e floriterapeuta Anna Valeria Sabatini, esperta di alimentazione naturale. L'importante è iniziare sempre affidandosi a una guida esperta,

prima di avventurarsi in esperienze autogestite. La ricerca (e raccolta) di erbe selvatiche e frutta abbinata all'escursionismo ha un nome: si chiama Foraging, fenomeno definito dal *Guardian* come un "mainstream" dopo l'esplosione del Covid, e concilia la camminata nel verde con il movimento degli arti superiori e i piegamenti sulle ginocchia; una ginnastica a cielo aperto che, come precisa Sabatini, «è garanzia di una migliore ossigenazione dei tessuti, ed è un potente alleato naturale contro ansia e stress, poiché il livello delle endorfine in



questi contesti si alza, e si sprigionano stati d'animo più sereni rispetto alla quotidiana vita in casa e in città». L'attività fisica in campagna, oltre a riattivare il metabolismo, tiene in forma il sistema nervoso parasimpatico, cioè quella parte del sistema nervoso vegetativo che regola il battito cardiaco, la digestione, la respirazione. L'uscita in gruppo favorisce la socializzazione, pur rispettando lo spirito di silenzio che comporta ogni "immersione" nel verde. Grazie ai terpeni, sostanze rilasciate dalle piante per proteggersi dai parassiti,

aumenta il numero di cellule immunitarie attive nelle persone che partecipano alle camminate. Un consiglio è quello di spegnere o silenziare lo smartphone durante le escursioni, per permettere ai nostri sensi un detox naturale, beneficiando dei suoni del bosco.

ATTENZIONE

Secondo l'Attention Restoration Theory (teoria del restauro dell'attenzione), concentrarsi sulla ricerca di erbe o bacche permette al cervello di riposare e fa aumentare il livello di concentrazione e la capacità di osservazione. La figura della gui-

da specializzata è indispensabile per indicare quali frutti e quali erbe raccogliere o meno. Ci si può divertire alla scoperta delle bacche di rosa canina per fare la marmellata, dei licheni per insaporire il risotto, delle ortiche che possono essere un ottimo ingrediente per le frittate. L'importante è affidarsi ad organizzazioni di trekking che prevedono la ricerca di erbe commestibili. Le escursioni finiscono con sessioni cooking, in cui i partecipanti possono deliziarsi dei sapori genuini della raccolta.

Maria Serena Patriarca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANNA SABATINI, ESPERTA DI ALIMENTAZIONE NATURALE: «CONSIGLIO DI SPEGNERE GLI SMARTPHONE PER UNA ESPERIENZA MIGLIORE»



"FORAGING" Ginnastica a cielo aperto

Il cosiddetto "Foraging" alla ricerca di erbe o di frutti spontanei concilia la camminata nel verde con il movimento degli arti superiori e i piegamenti sulle ginocchia. Una ginnastica a cielo aperto che permette migliore ossigenazione dei tessuti.



Cresce la durata dell'allenamento consigliato: un nuovo studio americano prova che 600 minuti di attività fisica moderata riducono la mortalità del 26-31 per cento

Sport elisir di lunga vita con 10 ore a settimana

LA RICERCA

L'attività fisica è una vera "medicina" per la salute del cuore e delle arterie. Al punto che i cardiologi americani dell'American Heart Association, nel rivedere le loro linee guida per la prevenzione cardiovascolare, hanno rilanciato alla grande sulle ore da dedicare all'allenamento, arrivandone a raddoppiare la durata. Fino a 600 minuti a settimana, quindi dieci ore.

LE CARTELLE

La nuova raccomandazione è scaturita da uno studio, pubblicato su *Circulation*, che ha analizzato le cartelle cliniche di oltre 100 mila americani seguiti per un arco temporale di oltre 30 anni; chi tra loro, attenendosi alle raccomandazioni 2018 del Dipartimento della Salute americano, praticava 150-300 minuti a settimana di attività fisica di intensità moderata (o 75-150 a intensità vigorosa), presentava una riduzione del rischio di mortalità per tutte le cause del 20 per cento circa. Ma i soggetti che andavano molto oltre il minimo sindacale delle raccomandazioni, arrivando ad allenarsi fino a 600 minuti a settimana, mostravano una riduzione di mortalità ancor più consistente (26-31 per cento).

LA BICICLETTA

Di qui l'idea di alzare l'asticella delle ore di attività fisica settimanale, ritocandone la durata consigliata a 150-600 minuti a settimana nelle raccomandazioni 2022. Per attività fisica di intensità moderata si intende la camminata a passo veloce, gli esercizi

di resistenza con i pesi e il calisthenics (un allenamento a corpo libero volto ad aumentare la forza, la resistenza, l'equilibrio e la coordinazione). Esempi di attività fisica ad intensità vigorosa sono invece jogging, corsa, nuoto, bicicletta e altri esercizi aerobici. Allenarsi regolarmente è una strategia molto efficace per ridurre le malattie cardiovascolari

(non solo) e il rischio di una mortalità prematura. «L'impatto potenziale dell'attività fisica sulla salute è enorme - commenta il dottor Dong Hoon Lee, del Dipartimento di Nutrizione Harvard T.H. Chan School of Public Health di Boston (Usa), autore dello studio - Non era però chiaro se aumentare la durata degli allenamenti settimanali potesse apportare ulteriori benefici o, al contrario, risultare dannoso. Per dirimere la questione siamo andati a studiare i risultati di un'attività fisica di diversa intensità e durata praticata per decenni, su un ampio numero di americani, attingendo ai dati del Nurses' Health Study (uno studio tutto in rosa, sulle infermiere) e dell'Health Professionals Follow-up Study (tutto sui maschi) tra il 1988 e il 2018».

La quantità di attività fisica praticata veniva desunta da un questionario compilato da ogni partecipante e aggiornato ogni due anni, comprendente domande sulla storia familiare, su eventuali malattie diagnosticate dal medico, sulle abitudini di vita (fumo, consumo di alcol, frequenza dell'esercizio fisico). I ricercatori americani hanno così evidenziato che gli adulti che

fanno attività fisica di durata da due a quattro volte rispetto a quella indicata dalle precedenti raccomandazioni, presentavano un rischio di mortalità ancora inferiore.

GLI ATLETI

In particolare, rivela il lavoro, chi si allenava a intensità moderata fino a 600 minuti a settimana vedeva ridursi il suo rischio di mortalità cardiovascolare del 27-33 per cento. Un beneficio che aumentava se, oltre a prolungare la durata degli allenamenti, se ne aumentava anche l'intensità. In questo caso la mortalità per cause cardiovascolari si riduceva del 28-38 per cento.

Non sono stati invece registrati effetti indesiderati, neppure tra i super-allenati, mentre studi precedenti avevano segnalato la possibilità di un aumento di problemi cardiovascolari (fibrosi miocardica, calcificazione delle arterie coronariche, fibrillazione atriale e morte cardiaca improvvisa) tra gli atleti delle maratone, del triathlon, delle gare ciclistiche su lunghe distanze.

LE MARATONE

Nello studio non si è registrato alcun aumento di rischio neppure



re in chi si allena molte ore a settimana. Ma gli esperti sconsigliano comunque di superare i 600 minuti di allenamento ad intensità moderata (o i 300 minuti di attività vigorosa), visto che al di là di questa soglia non si riduce ulteriormente il rischio di mortalità. «Questa ricerca – commenta la professoressa Donna K. Arnett, past president dell'American Heart Associa-

tion – dimostra che aumentare la durata degli allenamenti settimanali, riduce ulteriormente il rischio di aterosclerosi e malattie cardiovascolari e la mortalità correlata. Quindi ha senso programmare queste ore extra di allenamento».

Maria Rita Montebelli

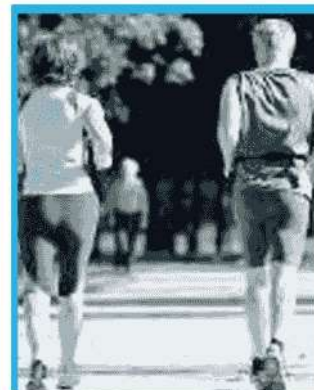
© RIPRODUZIONE RISERVATA

I CARDIOLOGI USA RIVEDONO AL RIALZO DI 2-4 VOLTE LE PRECEDENTI RACCOMANDAZIONI: I BENEFICI AUMENTANO DEDICANDO PIÙ TEMPO

NEL CASO DI SFORZI PIÙ VIGOROSI, COME NEL NUOTO E NELLA CORSA, BASTANO 300 MINUTI PER EVITARE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

IDRATARSI SEMPRE PER NON SOFFRIRE

L'idratazione è strategica per ottenere risultati. In condizioni climatiche con umidità e alte temperature, la perdita di liquidi può compromettere la salute



FARE ESERCIZI SEMPRE PIÙ FATICOSI

I risultati si vedono e la salute ne risente quando si va in progressione: in palestra bisogna aumentare le ripetizioni e il carico, in pista la distanza e la velocità

IL RISCALDAMENTO SALVA DAGLI INFORTUNI

Il riscaldamento prima di ogni attività è alla base dell'allenamento corretto. Un corpo "caldo" è molto più efficiente, forte e meno esposto ad infortuni

EVITARE DI ALLENARSI TUTTI I GIORNI

Tre o quattro sedute settimanali consentono il giusto recupero muscolare e non causano stress a organi, ossa, tendini, muscoli, articolazioni

PROTEINE E ZUCCHERI AIUTANO I MUSCOLI

Non conta solo l'energia dagli zuccheri complessi; per un allenamento prolungato è necessario fare il pieno di proteine che sono indispensabili per i muscoli

DIETA CORRETTA ANCHE A RIPOSO

Non bisogna curare l'alimentazione solo prima e dopo la sessione di allenamenti, ma anche durante le giornate di riposo per migliorare la forma fisica



SOS SANITÀ

In una settimana 98.328 visite: il 20% non ha rispettato i tempi

Bollino rosso per cento esami

*Ecografia, tac e risonanza. Ritardi «biblici»***ANTONIO SBRAGA**

••• L'estate sta finendo, ma non l'emergenza-liste d'attesa: quasi tutte le Asl e le aziende ospedaliere del Lazio, infatti, non sono in grado di fissare alcuni appuntamenti entro i tempi massimi previsti dalla legge (a partire dalle risonanze magnetiche, quasi ovunque quelle con più criticità riscontrate dall'utenza). È la stessa Regione a certificarlo nel «Monitoraggio dei tempi d'attesa», il sistema di rilevazione che analizza ogni settimana le agende delle prime visite e degli esami diagnostici. Nell'ultima settimana sono state fissate 98.328 prenotazioni nel Lazio, con un indice di tempi d'attesa rispettati pari all'81,5%. Però ci sono ben 100 tipi di appuntamenti con i bollini rossi, ossia il colore con cui la Regione indica quelli «prevalentemente fissati non entro i tempi

massimi (inferiori al 50% sul totale delle prenotazioni)». Quasi la metà di questa «scarica» dei 100 presenta addirittura le percentuali proprio azzerate di restare nel tetto massimo d'attesa: 43 agende, infatti, hanno lo «0,0%» di possibilità di rispettare le tre priorità previste (breve, differibile ed urgente), come annota la stessa Regione nel report sulle 64 agende delle aziende sanitarie ed ospedaliere. Tra le quali questa settimana la maglia nera va all'Asl di Latina, con quasi un terzo di bollini rossi (20 su 64) e ben 7 appuntamenti impossibili da fissare entro i tempi massimi: ecografia ginecologica, risonanze magnetiche dell'addome, del cervello, del tronco encefalico, della colonna e muscoloscheletrica, Tac rachide. Segue sul mesto podio l'Asl di Viterbo, con 16 bollini rossi, di cui 3 inaccessibili: le Tac del bacino e dell'addome e la sigmoidoscopia con endo-

scopio flessibile. Al terzo posto l'Asl Roma 5, che è l'azienda più estesa (copre 70 Comuni del quadrante est della provincia romana), con 14 appuntamenti in rosso, di cui quattro azzerati: elettromiografia, ecocardiogramma dinamico Holter, Risonanza magnetica dell'addome e muscoloscheletrica. Al quarto posto l'Asl più grande d'Italia, la Roma 2, che presenta 9 bollini rossi, di cui 2 con lo «0,0%» di possibilità: la risonanza magnetica dell'addome e quella muscoloscheletrica. Segue un tris di aziende al quinto posto, con un fil rouge di 7 agende impossibili: il San Giovanni-Addolorata (di cui due inaccessibili: spirometria semplice e risonanza magnetica muscoloscheletrica) e le Asl Roma 3 (4 con lo 0,0% di possibilità: elettromiografia, esofagogastroduodenoscopia con biopsia, Risonanza magnetica dell'addome e del cervello) e l'Asl Frosinone (di cui due dalle possibili-

tà azzerate: ecocardiogramma da sforzo e risonanza magnetica dell'addome). Appaite al sesto posto con sei bollini ciascuno il San Camillo-Forlanini (di cui due impossibili: Risonanza magnetica del cervello e sigmoidoscopia con endoscopia flessibile) e l'Asl Rieti (agende saltate per Tac rachide e speco vertebrale e la colonscopia con biopsia). Chiudono i tre bollini rossi dell'Umberto I (risonanza magnetica muscoloscheletrica ko) e i due al Sant'Andrea (con l'ecografia della mammella monolaterale off-limits) e all'Ifo (colonscopia per biopsia out). Ma è dal luglio scorso che la Cgil Lazio registra «una flessione negativa di quasi mille richieste di prestazione a cui non solo non corrisponde una riduzione dei tempi di attesa ma in alcune Asl i tempi di attesa riescono anche ad aumentare».

Maglia nera
A Latina 20 appuntamenti
su 64 vengono fissati
fuori dal limite massimo
stabilito dalla legge

La lunga attesa
La Tac all'addome
e alla colonna
vertebrale sono
gli esami
che registrano
maggiori ritardi



Dir. Resp.: Enzo d'Errico

IL NUOVO VACCINO

Pronta già la campagna
per le dosi anti-Omicron

«Aspettiamo le dosi». Vito Montanaro, direttore del dipartimento Salute della Regione, annuncia che la Puglia è pronta a partire con la somministrazione del vaccino anti-Omicron. «Il vecchio? Sarà smaltito come gli altri farmaci». a pagina 2 **Della Rocca**



Il manager
Vito
Montanaro

Vaccino anti-Omicron «Pronti alla campagna, aspettiamo solo le dosi»

BARI La Puglia è pronta ad avviare la nuova campagna vaccinale con il siero aggiornato contro le varianti del Covid individuate negli ultimi mesi. Si aspetta l'arrivo delle dosi per poter rimettere a pieno regime il complesso apparato dei centri vaccinali che, nel frattempo, non è stato smantellato, ma solo ridimensionato. «La nostra macchina organizzativa è pronta a qualsiasi tipo di attività, di azione che dovesse essere necessaria alla luce delle disposizioni ministeriali che attendiamo per i prossimi giorni», assicura il direttore del Dipartimento regionale Promozione della Salute, Vito Montanaro.

Per offrire una più ampia protezione contro il Covid, Ema, l'agenzia europea per i medicinali, ha autorizzato nei giorni scorsi i vaccini perfezionati contro le varianti e già messi a punto da Pfizer/BioNTech e Moderna. Da noi la nuova campagna vaccinale

si aprirà dopo il via libera dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), mentre l'arrivo delle dosi non dovrebbe tardare, consentendo, così, l'avvio delle vaccinazioni in vista dell'autunno. Comirnaty Original/Omicron Ba.1 e Spikevax Bivalent Original/Omicron Ba.1 potranno essere inoculati a persone di età pari o superiore a 12 anni che hanno ricevuto almeno la vaccinazione primaria contro il Covid. Gli studi, infatti, sembrano essere giunti alla conclusione univoca secondo cui i due vaccini bivalenti possono creare valide risposte immunitarie contro Omicron Ba.1 e il ceppo originale di Wuhan in persone già vaccinate. Tuttavia, altri vaccini aggiornati per poter funzionare contro le subvarianti Ba.4 e Ba.5 di Omicron hanno imboccato la fase della revisione da parte dell'Ema. Ma come si procederà? «Quando si avviano le campagne vaccinali si comincia

per fasce di età, per categorie professionali o di patologia e noi siamo pronti perché non abbiamo mai smontato l'organizzazione per le vaccinazioni, ma abbiamo solo eliminato qualche hub, quelli nei quali ci andavano a migliaia in occasione dei primi passi delle campagne vaccinali», spiega ancora Vito Montanaro.

La Regione Puglia metterà in atto il suo piano operativo che governa il funzionamento di tutti i meccanismi della campagna di immunizzazione contro il Covid. Un fatto è certo, però: i vaccini aggiornati non sono ancora a disposizione delle autorità sanitarie e la distribuzione avverrà attraverso i canali ministeriali. Al momento, secondo



quanto si apprende dalla Regione, non si possono neppure ipotizzare le tempistiche di distribuzione del siero, né esistono ancora piani di consegna. Non è neppure chiaro, inoltre, cosa fare con le scorte di vecchi vaccini rimaste nei depositi e non utilizzate. «Alla scadenza dovrebbero essere smaltite come previsto dalle norme, così come avviene per tutti quanti i farmaci», ritiene Vito Montanaro, in mancanza di specifiche direttive ministeriali. «Ma dalle informazioni in mio possesso, risulta che non sia rimasta

una grande quantità di dosi – rimarca il direttore del Dipartimento Salute – e comunque le scorte sono legate alle politiche ordinarie che governano questo ambito. Inoltre, le rimanenze sono dovute al fatto che la campagna per la quarta dose, come tutti sappiamo, non ha avuto grandi risultati, non solo in Puglia, ma in tutto il mondo. Vedremo come andrà. La storia ci insegna che le ondate pandemiche diventano sempre meno aggressive con il passare del tempo».

Ad oggi, inoltre, non ci sono indicazioni per l'invio

eventuale delle scorte residuali nei paesi più poveri. «Il tema riguarda sempre il governo centrale – spiega a tal proposito Montanaro – e noi facciamo solo da magazzino». In sostanza, l'incertezza regna sovrana su quando arriveranno i vaccini aggiornati contro le nuove varianti del Covid, malgrado l'inizio della stagione autunnale sia ormai alle porte. «Che io sappia conclude Vito Montanaro - occorrono le autorizzazioni di Aifa. Aspettiamo, dunque, ma siamo pronti ad agire».

Antonio Della Rocca

Le scorte

Sulle fiale in scadenza il manager precisa: «Le smaltiremo come per gli altri farmaci»

La nuova fase

In alto a sinistra il direttore del dipartimento Salute della Regione Puglia, Vito Montanaro; a breve partiranno le nuove vaccinazioni

La vicenda

● Il direttore del dipartimento Salute della Regione Puglia, Vito Montanaro, fa il punto sulla prossima fase della campagna vaccinale, che potrebbe scattare a breve con il nuovo vaccino efficace contro la variante Omicron

● Montanaro spiega che anche in questo caso si procederà cominciando per fasce d'età, patologie o categorie professionali

● A proposito delle fiale in scadenza, Montanaro precisa che saranno smaltite come per gli altri farmaci

Montanaro spiega: «Procederemo per fasce di età, patologie e categorie professionali»

