



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

14 Dicembre 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

Trapianti, in Sicilia un click per diventare donatore di midollo osseo

PALERMO (ITALPRESS) – Diventare donatore di midollo con un semplice click da casa. La Sicilia è la settima regione italiana dove è partito, gestito dal Registro regionale di midollo osseo che ha sede presso il CRT Sicilia, e con la direzione scientifica del Coordinatore regionale del CRT Giorgio Battaglia (nella foto), il programma di "Digitalizzazione



PALERMO (ITALPRESS) - Diventare donatore di midollo con un semplice click da casa. La Sicilia è la settima regione italiana dove è partito, gestito dal Registro regionale di midollo osseo che ha sede presso il CRT Sicilia, e con la direzione scientifica del Coordinatore regionale del CRT Giorgio Battaglia (nella foto), il programma di "Digitalizzazione e gestione in remoto del processo di selezione del donatore volontario di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche". Si tratta di un progetto, voluto dal Ministero in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, volto a migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità del processo di selezione del donatore di sangue e di cellule staminali emopoietiche mediante l'introduzione di soluzioni digitali e organizzative. L'iniziativa, finalizzata a incrementare il numero dei donatori di midollo che a causa della pandemia ha registrato un brusco calo, è sostenuta dall'ARNAS Civico, diretta da Roberto Colletti, che ha autorizzato l'adesione del CRT al programma ministeriale. Il progetto, operativo anche in Lombardia, Piemonte,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Liguria, Veneto, Emilia Romagna, e Friuli, prevede, attraverso l'utilizzo di piattaforme informatiche dedicate, il reclutamento "da remoto" dei candidati donatori e il successivo auto-prelievo di un campione salivare attraverso un kit inviato a domicilio. La raccolta dei campioni salivari è necessaria per la cosiddetta "tipizzazione", ovvero l'individuazione dei dati genetici dei potenziali donatori che serve a ricercare la compatibilità con i pazienti in attesa di un trapianto di cellule staminali emopoietiche. Per aderire al programma occorre fare la pre - iscrizione on line al seguente link: https://ibmdr.galliera.it/ibmdr/news_eventi/diventa-donatore. Una volta compilato il form, il donatore verrà contattato e, comodamente da casa, potrà interfacciarsi con un sanitario per confermare l'anamnesi inserita. Successivamente riceverà al proprio domicilio un kit, accompagnato dalle relative istruzioni, per la raccolta del campione salivare, che sarà poi ritirato da un corriere. Dopo le analisi sul campione, il donatore riceverà una mail con un link da cui potrà gestire il suo profilo, e una lettera di ringraziamento che comunicherà l'inserimento in lista. "Anche in questo settore la Sicilia deve fare passi avanti- commenta Battaglia -. Ma ci sono tutte le condizioni per recuperare il brusco calo degli iscritti al Registro nazionale donatori di midollo osseo". Per potere diventare un donatore occorre avere un'età compresa tra i 18 e i 35 anni, buone condizioni generali di salute, e un peso superiore ai 50 kg. Nel Registro si può restare iscritti fino all'età di 55 anni. Tutte le informazioni sulla procedura per l'iscrizione possono essere richieste presso un centro donatore, polo di reclutamento, o servizio trasfusionale di qualsiasi ospedale più vicino alla propria residenza, o le associazioni distribuite sul territorio o presso il Registro regionale di midollo del Centro Regionale Trapianti Sicilia (CRT Sicilia) di cui è referente il dottore Ettore Pagoto, email registromidollo@crt Sicilia.it, telefono 091 6663828. Per ulteriori notizie e chiarimenti si può consultare il sito <http://ibmdr.galliera.it/iscrizione>.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

A Cefalù

Ospedale Giglio, effettuati i primi 36 interventi di Chirurgia della colonna

Attivata l'Unità in collaborazione con gli specialisti dell'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, diretti dal neurochirurgo Corrado Musso, e in sinergia con l'onco-ortopedico Giuseppe Perrucchini.

14 Dicembre 2022 - di Redazione



È stata attivata alla Fondazione **Giglio** di Cefalù, in collaborazione con un'equipe di specialisti dell'**Humanitas Gavazzeni** di Bergamo, diretti dal neurochirurgo Corrado Musso, un'unità di **chirurgia della colonna** che opererà in sinergia con l'onco-ortopedico Giuseppe Perrucchini dell'ortopedia del Giglio. In due mesi sono stati eseguiti i primi 36 interventi chirurgici «con l'80 per cento di pazienti-sottolinea il presidente del Giglio, **Giovanni Albano**– provenienti da fuori regione. Questo segna una discontinuità con il passato facendo registrare alla nostra regione una mobilità attiva».

Al Giglio potranno essere effettuati interventi di chirurgia **spinale, cervicale, toracica e lombare**. In particolare la chirurgia spinale potrà essere di decompressione del midollo spinale da ernia o da



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

riduzione del canale, di riposizionamento di dischi lesionati o di recupero della normale struttura vertebrale attraverso il posizionamento di viti o barre. «Verrà posta anche specifica attenzione- sottolinea Albano- alla terapia del dolore e di riabilitazione».

Dell'equipe della colonna composta da neurochirurghi e ortopedici fanno parte oltre a **Corrado Musso** e **Giuseppe Perrucchini**, anche **Nicola Pieracci**, **Andrea Manzoni** e **Vito Triolo**. Il percorso prevede «una valutazione clinica del paziente selezionando per l'intervento solo coloro che ne hanno realmente la necessità- rileva il neurochirurgo Musso- È una attività multidisciplinare dove la chirurgia è la fine una serie di passaggi tra i diversi specialisti».

In fase di valutazione verrà determinato **il tipo di dolore** se acuto o subacuto, cronico, misto al dolore nocicettivo e neuropatico, **le alterazioni** del bilanciamento del rachide in sagittale con perdita ad esempio della **lordosi lombare** e di ipercifosi, o **alterazioni scoliotiche** in campo degenerativo.

Le attività chirurgiche sono svolte **in convenzione** con il Servizio sanitario nazionale, mentre, le attività ambulatoriali in solvenza (tel. 0921920126)



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

ilSicilia.it
indipendente nei fatti



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

eletto dall'assessore volo

POLICLINICO PALERMO: SALVATORE IACOLINO È IL NUOVO COMMISSARIO



Si è insediato il nuovo commissario al **Policlinico di Palermo**: è l'avvocato **Salvatore Iacolino**, nominato lo scorso 7 dicembre dall'Assessore per la salute **Giovanna Volo**.

"Consapevole delle professionalità e delle competenze che esprime l'Azienda ospedaliera universitaria "Paolo Giaccone", e del legame inscindibile tra assistenza, didattica e ricerca, inizio il mio incarico – afferma Iacolino – con l'intento di un lavoro sinergico con tutte le componenti coinvolte. Lavorerò in sintonia con il Governo regionale e il Rettore, professor Massimo Midiri, per realizzare gli obiettivi dell'azienda ospedaliera universitaria in un clima di reciproca e proficua collaborazione. Intendo porgere, altresì, i miei più cordiali saluti a tutti gli accademici e ai professionisti, medici, infermieri, tecnici, amministrativi e socio sanitari che operano con impegno e dedizione in questa prestigiosa azienda, e alle organizzazioni sindacali".

II CV

Il percorso professionale del neocommissario è caratterizzato da una grande esperienza manageriale acquisita all'interno delle aziende del servizio sanitario regionale: di recente



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

direttore amministrativo dell'ASP di Caltanissetta, in precedenza direttore amministrativo presso l'ASP di Siracusa, e, dal 2005 al 2009 direttore generale dell'ASP di Palermo.

Al Policlinico

Il nuovo manager dell'azienda ospedaliera universitaria ha già fissato un primo calendario di incontri con dirigenti dei vari settori amministrativi e i direttori dei Dipartimenti.

Tra le criticità su cui è concentrata l'attenzione di Iacolino ci sono i lavori del nuovo pronto soccorso, e il blocco operatorio, appaltati dalla struttura regionale per l'emergenza Covid nell'ambito del programma di potenziamento della rete ospedaliera finanziato dallo Stato nel 2020, non ancora terminati dopo aver accumulato un anno e mezzo di ritardo.

Giorgia Görner Enrile



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Manovra. La protesta Fimmg: “Medici di famiglia dimenticati. Il 15 dicembre visite al lume di candela in migliaia di studi”

Scotti: *“Tra caro energia e inflazione siamo al lumicino. Dimenticare i medici di famiglia nella Legge di bilancio è come spegnere l’Articolo 32 della Costituzione”. “In maniera simbolica abbiamo deciso di accendere le candele nei nostri studi per sottolineare le condizioni critiche in cui lavorano i medici di famiglia, senza ricorrere a sistemi di protesta più radicali che, in questo momento di picco dell’influenza stagionale e recrudescenza della pandemia, sarebbero contrari al senso di responsabilità verso i cittadini assistiti”.*



14 DIC - Visite a lume di candela negli studi dei medici di medicina generale di tutta Italia. È la protesta che nella giornata di domani (giovedì 15 dicembre) prenderà vita per lanciare un messaggio alle forze politiche che in questo momento stanno discutendo la prossima Legge di bilancio. L’obiettivo è quello di ricordare loro lo stato drammatico vissuto dalla medicina generale. Al crepuscolo, a partire dalle 17.00, per un quarto d’ora le luci degli studi medici si spegneranno e le visite proseguiranno a lume di candela. “Ogni candela accesa rappresenterà il grido d’allarme, le difficoltà e la richiesta di aiuto di un medico di medicina generale e dei suoi pazienti”, ricorda il segretario generale di Fimmg **Silvestro Scotti**. “In maniera simbolica – prosegue – abbiamo deciso di accendere le candele nei nostri studi per sottolineare le condizioni critiche in cui lavorano i medici di famiglia, senza ricorrere



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

a sistemi di protesta più radicali che, in questo momento di picco dell'influenza stagionale e recrudescenza della pandemia, sarebbero contrari al senso di responsabilità verso i cittadini assistiti. Ma il nostro allarme resta e non deve restare inascoltato: siamo al lumicino, interveniamo prima che la medicina generale si spenga e con essa il Servizio sanitario nazionale». Immagine simbolo della protesta, affissa sulle bacheche reali e social dei medici di medicina generale, tre candele che compongono la scritta SSN, ormai consumate dalla fiamma. Poi, la scritta: "Più risorse, meno burocrazia, per i medici di medicina generale".

Forte, dunque, il richiamo di Fimmg alle forze politiche affinché la medicina generale, e quindi la salute dei cittadini, non sia ignorata nei provvedimenti in discussione a sostegno delle imprese e degli studi professionali per sopperire ai costi del caro energia e dell'inflazione. "Non possiamo accettare che la medicina generale sia dimenticata nei provvedimenti dedicati al ristoro dei dipendenti pubblici, per i quali è già stata prevista un'indennità una tantum per il 2023, come anticipo sul prossimo contratto, pari all'1,5 % dello stipendio. Né che sia esclusa, come invece accade, dai provvedimenti del cd. DL Aiuti quater a favore delle imprese. Probabilmente non è ancora chiaro che il medico di famiglia è un libero professionista convenzionato, assimilabile ad una piccola impresa, e come tale tutti gli oneri di gestione del proprio studio professionale sono a suo carico, compresa la presenza di personale amministrativo e sanitario (OSS e infermieri)".

Impossibile, dunque, comprendere perché i medici di medicina generale debbano essere esclusi dai provvedimenti che prevedono agevolazioni per le imprese, dal momento che - al contrario di altri professionisti che operano con partite IVA e con costi di gestione a proprio carico - il medico di medicina generale non può adeguare le tariffe delle proprie prestazioni ai costi sostenuti essendo un servizio pubblico regolamentato da una convenzione con il Servizio sanitario nazionale, peraltro ferma al 2018. "Intervenire a sostegno della medicina generale - conclude Scotti - significa consolidare la colonna portante del Sistema sanitario nazionale, garantire a tutti i cittadini parità di accesso alle cure e ad una medicina di prossimità. Nessun medico di medicina generale smetterà mai di battersi per tutelare questi diritti e con essi il rispetto dell'Articolo 32 della nostra Costituzione".

il Resto del Carlino

ANCONA

14/12/2022

Il grido della sanità privata: «Stipendi bassi»

Ennesima manifestazione in piazza ma la Cisl non aderisce: «Questi lavoratori prendono 400 euro in meno di media al mese»

Il contratto per i sanitari delle strutture riabilitative private non si sblocca: ieri ennesimo sciopero con sit-in della categoria sotto la prefettura di Ancona. Sanità privata riabilitativa, ormai è scontro aperto tra sindacati e aziende. Una protesta sorta dopo oltre sette mesi di trattative: «Le retribuzioni sono troppo basse e le aziende per ora non sembrano disponibili ad aggiornarle. Retribuzioni che sono ferme al 2008 – attaccano i rappresentanti della Funzione pubblica della Cgil e della Uil; la Cisl ha deciso di non aderire alla protesta – Rispetto al personale della sanità pubblica e di tutta quella privata ospedaliera, questi lavoratori prendono in meno una media di 400 euro al mese. Il risultato, dunque, è che questi dipendenti hanno retribuzione invariata da almeno 14 anni, in un contesto di costante incremento del costo della vita».

Una protesta partecipata quella di ieri in piazza del Plebiscito

nonostante la pioggia. Intanto la vertenza continua: «A partire dal 30 settembre 2021 le nostre organizzazioni – proseguono i vertici di Fp-Cgil e Uil Fpl – hanno aperto il confronto con le associazioni datoriali Aris e Aiop e la Regione per accordare un sostegno economico alle retribuzioni dei dipendenti del settore. Ma dopo oltre sette mesi di trattative, le associazioni datoriali non intendono aprire agli incrementi salariali. Di qui, la decisione di mobilitare i lavoratori per trovare una soluzione».

Ieri mattina mentre i sindacati e i lavoratori della sanità privata riabilitativa protestavano in piazza, in Consiglio regionale l'assessore Filippo Saltamartini rispondeva all'interrogazione urgente presentata da Antonio Mastrovincenzo e dal gruppo consiliare del Pd. Sul piatto sia la situazione generale, ma anche quella specifica dell'istituto Vil-

la Adria che fa parte del gruppo Kos Care: «Con la sua interrogazione – ha detto in aula l'assessore regionale alla sanità – Mastrovincenzo mi chiede di applicare una sorta di moral suasion nei confronti della struttura per far sì che il personale sia inquadrato e remunerato con un contratto collettivo e non con quello delle Rsa che prevede emolumenti più bassi. È chiaro che la cosa non sia così semplice, noi non possiamo ingerire negli interessi del gruppo, anche se la incontreremo». Mastrovincenzo ha subito replicato: «L'interrogazione chiedeva sì di Villa Adria, ma in generale di tutte le strutture riabilitative delle Marche e lei al secondo quesito non ha risposto. Il tema riguarda oltre 3mila persone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un momento della manifestazione di protesta della sanità privata in piazza del Papa

il Resto del Carlino

MACERATA

14/12/2022

Sanità privata, lavoratori in sciopero «I nostri contratti fermi al 2008»

I lavoratori della sanità privata in sciopero, in attesa del rinnovo di un contratto fermo al 2008. Ieri Cgil e Uil hanno indetto una manifestazione di protesta per il personale della sanità privata Aris-Rsa. In provincia di Macerata, il gruppo Kos quel contratto lo applica a oltre mille lavoratori, ma gli stipendi sono fermi al 2008. «Siamo siamo scesi in piazza ad Ancona - spiega John Palmieri della Fp Cgil - affinché sia fatto ogni utile tentativo verso l'obiettivo del riallineamento dei trattamenti economici e normativi con gli altri contratti della sanità, in primis perseguendo l'obiettivo del rinnovo del contratto nazionale. Ma chiediamo anche un impe-

gno concreto ai nostri datori di lavoro e al servizio sanitario regionale, perché le prestazioni che eroghiamo sono in convenzione con il sistema pubblico, sono eseguite a nome e per conto del sistema pubblico e i datori di lavoro privati in questi anni hanno realizzato enormi profitti». «Il contratto è fermo agli stipendi del 2008 - prosegue Palmieri **(nella foto)** - mentre le aziende e il sistema chiedono sempre di più. Per altro nella provincia di Macerata a ottobre i prodotti alimentari hanno registrato il tasso di inflazione più alto d'Italia: 16,9 per cento rispetto a ottobre 2021, contro la media italiana del 13,5 per cento. I lavoratori chiedono lo stesso trattamento normativo ed economico degli altri professionisti

dei settori pubblici e della sanità privata ospedaliera (Aiop), inoltre chiedono di avere gli stessi diritti e lo stesso stipendio a fronte degli stessi requisiti, della stessa professionalità e dello stesso percorso di studi». La Fp Cgil Macerata punta al miglioramento delle condizioni dopo l'accordo firmato a ottobre con il Santo Stefano. In merito alla nota della commissione di garanzia scioperi, che ha bloccato il 30 novembre lo sciopero della sanità privata Aris Rsa, Fp Cgil ha riconosciuto subito la legittimità della posizione assunta dalla commissione nazionale nel rispetto della legge 146/90.

La manifestazione di Cgil e Uil:
«Tante prestazioni sono eseguite per conto del pubblico, c'è chi ha fatto profitti enormi»

PALMIERI (FP CGIL)

«Chiediamo lo stesso trattamento normativo ed economico degli altri professionisti del settore»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

PARLA IL MINISTRO SCHILLACI

«In ospedali e Rsa resta utile la mascherina Medici al lavoro due anni oltre la pensione»

«Uno dei primi provvedimenti che ho fatto è stato quello di prorogare l'uso delle mascherine nelle strutture sanitarie e nelle Rsa per la tutela degli anziani e credo che continueremo con questo tipo di raccomandazione». Lo ha detto ieri il ministro della Salute, Orazio Schillaci, in un'intervista televisiva. E ha confermato l'importanza dei vaccini anti Covid-19, incoraggiando gli anziani, i fragili e i più deboli a vaccinarsi contro l'influenza e a fare la quarta dose, pur ribadendo che «oggi siamo in una fase della pandemia diversa e quindi ci appelliamo soprattutto al senso di responsabilità dei cittadini». Ha preannunciato la revisione

delle regole per il rientro degli asintomatici: dopo 5 giorni senza tampone, che invece resta una tutela nei Pronto soccorso. Quanto al personale, il ministro ritiene «utile che i medici rimangano in servizio altri due anni dopo l'età pensionabile». Infine Schillaci ha inviato un messaggio a un convegno dell'Ordine nazionale degli psicologi ribadendo che, tra i tanti investimenti necessari al nostro Servizio sanitario per migliorarne la resilienza, non può mancare la valorizzazione del ruolo degli psicologi, che hanno svolto un ruolo rilevante per la popolazione alle prese con le conseguenze dei *lockdown*.



Approvati gli emendamenti della maggioranza al Senato

Cancellato ciò che resta del Green pass

Niente lasciapassare per entrare in Rsa e ospedali. Multe sospese ai no vax over 50, addio tampone per gli asintomatici

CLAUDIA OSMETTI

■ Abolito (quel che resta del) Green Pass, sospese le multe ai no-vax e cancellato il tampone di fine quarantena. La pandemia da Coronavirus è al capolinea, almeno per quanto riguarda le limitazioni che abbiamo vissuto negli ultimi tre anni e che ora, grazie ad alcuni articoli inseriti nel dl Rave, finiscono in un cassetto e tanti saluti.

È il governo Meloni, dopotutto: l'aveva promesso e l'ha fatto. Anche perché, ormai, la fase emergenziale è passata. Il Covid no (come nel resto del mondo), viaggiamo introno ai 220mila casi settimanali: però dobbiamo raccontarcela tutta la storia, e la storia dice che, grazie alle vaccinazioni di massa e al virus che è mutato diventando meno aggressivo, la parte peggiore ce la siamo lasciata alle spalle. Ripartenza, sì. Ma a sbuffi. Fino a ora. Adesso si fa sul serio, si torna alla normalità. E allora. Uno, il punto centrale, quello che a certa sinistra mica va giù ma se ne farà una ragione: la certificazione verde non esiste più, in alcun caso.

LA SVOLTA

Nessuno, neanche i piantoni all'accettazione di un ospedale o il personale delle case di

riposo, potrà chiederci di esibire il Green Pass per entrare a trovare un parente in convalescenza o il nonno ospite di una rsa. «L'articolo 7 bis» approvato ieri pomeriggio dal Senato, spiega Franco Zaffini che è il presidente della commissione Sanità a Palazzo Madama ed è un uomo di Fratelli d'Italia, «incide su tutte quelle residue disposizioni che prescrivono ancora l'impiego della certificazione Covid-19».

Vale per gli accompagnatori, vale per i visitatori, vale per chi è in attesa al pronto soccorso (non dovremmo più farci neanche il tampone rapido o molecolare) e vale per tutte quelle persone residenti in queste strutture che, invece, la spunta verde la usavano al contrario: per uscire a fare una visita ai propri cari a casa. Una decisione che, con buona pace dei soliti gufi, trova d'accordo molti virologi. Matteo Bassetti, il direttore della Clinica di malattie infettive del San Martino di Genova, per esempio: «Oggi il Green Pass non viene neanche più chiesto, se negli ospedali possono entrare i medici e gli infermieri senza vaccinazione non vedo perché debbano chiederlo ai visitatori».

Oppure il direttore sanitario dell'Irccs Galeazzi di Milano, Fabrizio Pregliasco: «L'eliminazione degli utilizzi residui del

Green Pass ci sta come step di un percorso di normalizzazione che è giustificato dalla fase epidemiologica e che speriamo di poter mantenere in futuro».

SANZIONI CONGELATE

Altra questione è il punto due, che invece qualche malumore in più lo solleva: è approvato anche l'emendamento del capogruppo del Carroccio Massimiliano Romeo che sospende «fino al 30 giugno 2023

le attività e i procedimenti di irrogazione delle sanzioni» previsti per chi quella benedetta punturina salvapelle, nonostante l'obbligo in vigore in passato, non se l'è mai fatta. Licia Ronzulli, capogruppo di Forza Italia in Senato, vota in dissenso rispetto al centrodestra (però rassicura: «Non c'è nessuno strappo» in vista) e gli esperti appaiono scettici (Pregliasco: «Mi sembra un pò triste il congelamento delle multe, ma ovviamente è una scelta squisitamente politica, coerente con posizioni dell'attuale Governo»; Bassetti: «Non sono d'accordo, sa tanto di colpo di spugna e di resa dei conti. Se una multa è stata data deve essere pagata»).

Fatto sta che la norma passa

e se ne riparla, semmai, l'anno prossimo. Poi c'è il terzo aspetto, il tampone di fine quarantena. Rinviato, d'accordo, a una successiva circolare del ministro della Salute Orazio Schillaci (che, tra parentesi, lo annuncia già: «Abbiamo intenzione di far sì che i pazienti positivi e gli asintomatici possano rientrare dopo cinque giorni alle loro normali attività»), ma nella pratica è sufficientemente definito dal parlamento: l'autosorveglianza si riduce a cinque giorni per chi entra in contatto con un positivo (basta una mascherina Ffp2) e chi ha un test con la doppia stanghetta non dovrà aspettare la negativizzazione ufficiale per porre fine al mini-lockdown. Non si tratta di incoscienza, semmai di buonsenso: siamo onesti, sono più i quarantenati che se lo gestiscono senza passare dalla farmacia (o dall'ambulatorio), il loro periodo di isolamento, che quelli ufficiali.

Ed è buonsenso anche il monito che arriva proprio da Schillaci: «Dobbiamo continuare a portare la mascherina in determinate circostanze (come negli ospedali, ndr) perché è un atto di rispetto per i più fragili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nelle Rsa non serve più il green pass Basta tamponi nei pronto soccorso

Importanti emendamenti al decreto Rave con il parere favorevole del governo

di **ALESSANDRO RICO**



■ Addio ai rimasugli del regimetto sanitario: il centrodestra mantiene le promesse e cancella l'obbligo di pass per le visite nelle Rsa e in ospedale. Addio pure ai tamponi a raffica per chi entra al pronto soccorso. Il codice a barre, però,

resta valido fino al 2025. Elemento da non sottovalutare. a pagina 13

Addio ai rimasugli del regime Stop al green pass nelle Rsa e ai test nei pronto soccorso

Approvati gli emendamenti che aboliscono la card per le visite agli anziani e in ospedale. Basta pure ai tamponi a tutti i pazienti. Ma occhio: il codice a barre è valido fino al 2025

di **ALESSANDRO RICO**

■ Sembrava impossibile, eppure è (quasi) vero: basta obbligo di green pass. Salta il brandello del regimetto fondato sul codice a barre: non servirà più esibire il certificato verde in Rsa e ospedali. Lo stabiliscono gli emendamenti al decreto Rave approvati lunedì a Palazzo Madama, che hanno il beneplacito del governo e di cui è primo firmatario il senatore di Fratelli d'Italia, **Franco Zaffini**, presidente della commissione Sanità.

Giorgia Meloni aveva parlato chiaro: «Seguiremo le evidenze scientifiche». La logica conseguenza del nuovo paradigma era liberarsi del tesserino Covid. Che, a differenza di quanto giurava **Mario Draghi**, non ha mai dato la «garanzia di trovarsi tra persone che non sono contagiose». È soltanto un pezzo di carta per attestare l'avvenuta vaccinazione o la guarigione dalla malattia - nella sua versione rafforzata - oppure l'esecuzione di un tampone negativo, nella forma base. Nulla che provi la non infettività, in particolare nel caso del super green pass: è più di un anno che persino i sassi so-

no consapevoli dell'incapacità dei vaccini di bloccare la trasmissione del virus. E allora, per quale motivo costringere i parenti dei nonnini nelle case di riposo a esibire il famigerato Qr code, come da istruzioni di **Roberto Speranza**, datate



VERITÀ

agosto 2022? Che margine di sicurezza in più poteva offrire, agli anziani, questo strumento? Zero: era solo l'ennesima vessazione, l'estremo tentativo di prolungare le discriminazioni a danno dei renitenti. Stesso discorso vale per i nosocomi: per un malato, non fa alcuna differenza se il parente che lo visita ha porto il braccio ed è al passo con i richiami. Guardare i dati dell'Iss per credere.

L'articolo 7 bis del decreto emendato al Senato, dunque, abroga la norma che consente l'accesso a «strutture residenziali, socioassistenziali, socio-sanitarie e hospice nonché ai reparti di degenza delle strutture ospedaliere» solo a chi è munito di green pass da terza dose, da doppia dose più guarigione o test negativo, eseguito massimo due giorni prima dell'ingresso.

Un altro emendamento cancella le disposizioni che permettono agli accompagnatori di sostare nelle sale d'attesa dei pronto soccorso esclusivamente se detengono un quadrato valido. Oltre che per l'entrata nei reparti di degenza, ha segnalato il senatore **Zaffini**, viene meno «l'obbligo di sottoporsi al test antigenico rapido o molecolare per l'accesso alle prestazioni di pronto soccorso»: una decisione importante, che risparmia ai nosocomi le inutili complicazioni legate ai percorsi separati, dedicati a chi, pur asintomatico, risulta positivo all'esame. A questo punto, avendo fatto trenta, si faccia trentuno:

si sopprima la giostra dei tamponi al personale, la quale sottrae, in virtù di regole stantie, preziosi elementi ai già carenti organici delle strutture sanitarie.

«L'emendamento», ha aggiunto il primo firmatario, «abroga la disposizione che prevede il green pass per le uscite temporanee delle persone ospitate presso strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite, hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e no, strutture residenziali socioassistenziali». Per cautela, si continueranno a indossare le mascherine. In presenza di persone vulnerabili, ha un senso.

Le novità, comunque, non si fermano al pensionamento del lasciapassare verde. «Un ulteriore emendamento», ha sottolineato l'esponente di Fdi, «riduce a cinque giorni il periodo di autosorveglianza per i contatti stretti di soggetti risultati positivi, prevedendo, quale misura precauzionale, solo l'obbligo di indossare dispositivi di protezione individuale di tipo Ffp2 per il suddetto periodo». La fine della quarantena non sarà più subordinata al tampone negativo, in attesa di «una successiva

circolare del ministro della Salute», che fissi le modalità per terminare l'isolamento. Insomma, palla a **Orazio Schillaci**, che da settimane annuncia una svolta in materia.

«Si tratta di provvedimenti che mantengono gli impegni assunti in campagna elettorale e che finalmente ci fanno uscire del tutto dal regime di restrizioni, ripristinando nuove libertà per i cittadini», ha giubilato **Zaffini**. «Serietà e coerenza, seppur senza abbassare la guardia». E di questo coraggio, al partito del premier, va dato atto. Nonostante qualche titubanza - tipo gli inciampi sulle multe ai no vax, cui ha posto rimedio, in extremis, un emendamento leghista allo stesso di Rave, che le ha sospese fino a giugno 2023 - il centrodestra sta smantellando l'impalcatura orwelliana eretta da **Speranza**.

C'è un ulteriore passo da compiere. Con il blitz dello scorso marzo, il governo Draghi aveva prorogato la validità dei codici a barre fino al 2025. Il green pass, magari, non sarà più richiesto in alcun luogo, ma in fondina, il potere conserva una pistola carica. Rimettere il colpo in canna può essere questione di una crisi politica, di un cambio di esecutivo, di un'emergenza vera o costruita. È ora di fare il salto di qualità: distruggere l'arsenale. Disarmare il Leviatano.



AL COMANDO
A sinistra, il ministro della Salute, Orazio Schillaci [Ansa] Sotto, Francesco Zaffini, presidente della commissione Sanità di Palazzo Madama



IL VOTO AL SENATO

Primo sì al decreto rave

di Paola Di Caro

Con 92 sì, 75 no e un astenuto il decreto anti rave passa lo scoglio del Senato. Nel testo non solo norme sui raduni.

a pagina 10

Decreto rave, via libera al Senato

Duello su ergastolo e medici no vax

Nel testo non solo le norme sui raduni. La maggioranza si ferma a 92 voti

ROMA Con 92 sì, 75 no e un astenuto, il decreto anti rave passa lo scoglio del Senato e approda alla Camera, dove si prevede una rapida approvazione. Settimane di polemiche e scontri hanno portato a una modifica in alcuni punti sostanziali del testo, che anche per alcuni esponenti della maggioranza, soprattutto di FI, poneva rischi di incostituzionalità. Ma nonostante la dura battaglia delle opposizioni, l'irrigidimento delle regole sulle feste «clandestine», e anche l'ammorbidimento della cosiddetta norma «spazzacorrotti», sono pronti a diventare legge.

Il non voto della capogruppo degli azzurri Licia Ronzulli — contraria all'inserimento nel decreto del reintegro dei

sanitari no vax che erano stati sospesi e dello stop alle multe comminate agli over 50 che non avessero rispettato l'obbligo vaccinale — aveva fatto temere crepe nella maggioranza, che invece alla fine ha mantenuto numeri in linea con quelli previsti, nonostante qualche defezione. Il decreto infatti contiene materie anche diverse tra loro. Intanto la stretta sui rave: reclusione da tre a sei anni e la multa da 1.000 a 10 mila euro per «chiunque organizza o promuove l'invasione arbitraria di terreni o edifici altrui, pubblici o privati» ai fini di intrattenimento quando questo metta a rischio «l'incolumità pubblica» o sia luogo di uso di stupefacenti.

Ma il decreto incide anche

sulla disciplina del cosiddetto ergastolo ostativo. Ai benefici penitenziari infatti vengono ammessi anche i condannati per reati contro la Pubblica amministrazione, dalla concussione alla corruzione al peculato, anche se non hanno collaborato con la giustizia: si modifica la cosiddetta norma «spazzacorrotti», fortemente voluta dal M5S.

Alla fine, tutti contenti nella maggioranza, molto meno nell'opposizione. «Abbiamo votato contro il dl Rave: una norma scritta male, lesiva del principio di tassatività e offensività, in cui dentro ci sono anche norme sui medici no vax. Ma il dato politico più rilevante è che se dopo due mesi la maggioranza ha 92 voti, ha il fiato corto», attacca per Italia viva Marco Lombardo.

«In passato Meloni e FdI avanzavano proposte di difesa a spada tratta dell'ergastolo ostativo, addirittura di rango costituzionale. Oggi fanno l'ennesimo voltafaccia», è l'accusa dei componenti della commissione Giustizia del M5S, secondo i quali «due cose stanno a cuore a governo e maggioranza: la giustizia classista e securitaria della norma anti rave e l'intervento "salvacorrotti" con cui hanno cancellato un pezzo della legge Spazzacorrotti». Il Pd, con la vicepresidente del Senato Anna Rossomando, attacca il «garantismo di facciata della destra».

Paola Di Caro



«Questa legge disincentiva fortemente la collaborazione con la giustizia dei condannati per reati ostativi, distruggendo uno degli strumenti rivelatisi più efficaci contro le mafie

Roberto Scarpinato Senatore M5S

92

i voti

favorevoli al decreto legge del governo sui rave party espressi ieri in Senato. I contrari sono stati 75, con un astenuto

10

mila euro

Il tetto massimo della multa per chi violerà il divieto di «invasione di terreno con pericolo alla salute pubblica»



Precari sanità a rischio la Cisl torna in piazza

La Funzione Pubblica della Cisl Campania torna in piazza oggi con un presidio che si terrà a partire dalle 10 presso la sede del Consiglio regionale al Centro direzionale a sostegno dei 1500 precari della sanità che rischiano di essere licenziati alla scadenza contrattuale del 31 dicembre in assenza di proroga da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere della regione, nonostante la spaventosa carenza negli organici del settore. «Chiederemo con

forza e grande determinazione - sottolinea il leader della federazione Lorenzo Medici - la proroga dei contratti e l'avvio del percorso di stabilizzazione per tutti questi operatori in attesa. È davvero inimmaginabile ed assurdo pensare che nella sanità campana mancano migliaia e migliaia di persone, stante il blocco del turn over per tanti anni, per contrastare la ripresa del Covid e le altre malattie importanti, e contestualmente mandarne a casa 1500 che hanno

acquisito una esperienza significativa in questi mesi. Ci sono 200 milioni in più ottenuti a Roma con l'inserimento tra i parametri della deprivazione sociale. Proponiamo di utilizzarli per un piano straordinario di assunzioni, a partire da questi precari, con cui riempire le piante organiche ed avviare un percorso di reinternalizzazione dei servizi non più rinviabile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INIZIATIVA Lorenzo Medici,
leader della Cisl Campania
Funzione pubblica



Il viaggio nelle competenze

Q L'intervista Teresa Rea

«Infermieri in trincea ma vanno valorizzati»

► La presidente dell'Ordine avverte
«Bisogna aumentare le retribuzioni»

► «Oggi il giuramento di 700 colleghi
la bussola resta il codice deontologico»



Valerio Iuliano

Sono 700 gli infermieri neolaureati che oggi presteranno giuramento. Prosegue il viaggio de Il Mattino nel mondo delle professioni. Teresa Rea, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Napoli, ha risposto alle domande del capocronista Gerardo Ausiello.

Presidente Rea, che significa essere infermiere oggi?

«Gli infermieri neolaureati giurano oggi e in questo modo confermano di voler esercitare questa professione avendo come guida il codice deontologico. Auguro a tutti i nostri infermieri di trovare immediatamente una collocazione lavorativa negli ospedali che in questo momento vivono una situazione di difficoltà. Il numero degli infermieri non è mai sufficiente e questo si traduce nel fatto che è poca la qualità dell'assistenza che noi riusciamo ad erogare. Per la professione infermieristica è stato

un anno particolare. Abbiamo riflettuto dopo il Covid sulle prospettive di questa professione. Per la prima volta sono stati convocati gli Stati generali della professione».

Nel corso della cerimonia ci sarà una menzione speciale agli infermieri di Ischia per la loro attività preziosa in occasione della tragedia. Qual è oggi la situazione sull'isola?

«Abbiamo deciso di dare questo encomio proprio perché gli infermieri sono i primi che accorrono dove si verificano delle tragedie. Questi professionisti hanno scritto una pagina

bellissima dell'infermieristica e sono ancora impegnati sull'isola per evacuare tutte le persone in difficoltà. Il loro lavoro continua anche in questo momento al fianco dei pazienti che sono in assistenza domiciliare. È un riconoscimento alla professione e un segnale alle istituzioni».

Negli ospedali, in particolare nei pronto soccorso, si verificano sempre più spesso aggressioni e tra le vittime ci sono proprio gli infermieri.

«I nostri infermieri sono felici di andare nelle aree di emergenza perché è un aspetto che appassiona sempre i giovani. Ma

questo significa che noi dobbiamo garantire che il pronto soccorso sia un luogo sicuro. Se un paziente arriva in un pronto soccorso e deve attendere ore, il clima si surriscalda e i primi professionisti che i pazienti si troveranno di fronte rischieranno le aggressioni. Se un professionista non si sente più tutelato, è chiaro che si svilupperà una sorta di paura e di repulsione verso il luogo di lavoro. Oggi è necessario che la professione sia



riconosciuta nelle varie specializzazioni. Un infermiere in area critica deve essere valorizzato dal punto di vista della carriera e nelle retribuzioni». **È in corso un dibattito che verte sulla necessità di garantire retribuzioni più elevate a coloro che operano nei reparti di emergenza. È favorevole a questa ipotesi?**

«Sono assolutamente favorevole



al fatto che siano riconosciuti anche nelle retribuzioni i percorsi formativi degli infermieri e le loro competenze specialistiche».

Come si può fermare la violenza? Nel 2022 c'è stata un'aggressione ogni settimana.

«Dobbiamo ridisegnare i modelli organizzativi. Molti utenti non dovrebbero proprio arrivare al pronto soccorso. La maggior parte dei codici bianchi che arrivano potrebbero essere risolti anche con prestazioni di tipo infermieristico. I professionisti e le istituzioni insieme dovrebbero fare educazione in maniera capillare. Il cittadino che si trova con un problema di salute molto spesso non sa a chi rivolgersi e quali servizi possa erogare una determinata prestazione.

Dobbiamo fare educazione nelle scuole sull'uso corretto dei servizi

sanitari. Sul medio termine, il fatto di avere luoghi più sicuri, ovviamente, può aiutare i professionisti a lavorare meglio. Serve un tavolo istituzionale per decidere in modo congiunto le strategie per eliminare questo fenomeno».

Per il Covid, dopo oltre due anni e mezzo, c'è ancora da preoccuparsi?

«Oggi i professionisti e le strutture sono pronti per affrontare le emergenze. Ma non bisogna abbassare la guardia. Mi riferisco all'uso delle mascherine in luoghi affollati e ad alcune precauzioni, come il lavaggio delle mani. Per la nostra professione, oggi i giovani notano che non ci sono prospettive di carriera e perciò molti decidono di andare all'estero. Gli infermieri dicono che manca soprattutto un

riconoscimento sociale di questa professione. Bisogna cambiare la percezione del valore dell'attività infermieristica ed è necessario introdurre la possibilità di avere un percorso di laurea magistrale di 5 anni con un indirizzo clinico».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**BASTA VIOLENZA
NEGLI OSPEDALI:
OCCORRE POTENZIARE
LA SICUREZZA
E FARE EDUCAZIONE
NELLE SCUOLE**

**OGGI ABBIAMO
GLI STRUMENTI
PER DIFENDERCI
DAL COVID
MA È NECESSARIO
RESTARE PRUDENTI**



L'INIZIATIVA Teresa Rea e Gerardo Ausiello NEWFOTOSUD RENATO ESPOSITO



Divieto e-fattura medici, nessun rinnovo in manovra

Esonero da e-fattura per le prestazioni sanitarie grande assente in manovra. Dal 1° gennaio 2023, l'obbligo di fatturazione elettronica investirà anche i professionisti sanitari, nonostante le criticità evidenziate dal garante privacy.

Ai sensi del dl 119/2018 è in vigore per i soggetti già tenuti alla trasmissione dei dati al sistema tessera sanitaria il divieto di emettere fattura elettronica. Tuttavia, detto divieto è previsto «per i periodi d'imposta 2019, 2020, 2021 e 2022» (dl 119/2018, art. 10 bis) e cadrà, dunque, dal 1° gennaio prossimo. Ciò almeno se non intervenisse una norma per prolungarne l'efficacia o per rendere il divieto strutturale e indipendente dai periodi d'imposta. Una previsione simile, secondo quanto risulta a *ItaliaOggi*, sarebbe stata inclusa nel documento provvisorio recante lo schema di legge di bilancio per il 2023, portato in discussione al Consiglio dei ministri del 21 novembre 2022, in cui uno dei punti recitava «soppressione delle parole "per i periodi d'imposta 2019, 2020, 2021 e 2022" dall'art. 10 bis, co. 1 del decreto legge 23 ottobre 2018, n. 119». Tuttavia, non c'è traccia della disposizione all'interno del testo ufficiale della manovra, essendo

stato evidentemente deciso di non portarla avanti.

L'assenza è stata sottolineata dalla categoria dei commercialisti con una nota del 5 dicembre diffusa dall'Anc (associazione nazionale commercialisti) che ha ricordato che alla base della scelta di escludere medici e operatori sanitari dall'obbligo di fatturazione elettronica vi sono le criticità evidenziate dal Garante della protezione dei dati personali (provvedimenti del 15 novembre e del 20 dicembre 2018) sulla comunicazione dei dati dei cittadini in materia di salute, criticità che alla categoria non risulta siano state adeguatamente affrontate e risolte.

Da qui l'appello al legislatore, affinché il divieto venga esteso almeno a tutto il 2023. Altrimenti, i professionisti sanitari dovranno in tempi brevi organizzarsi per poter emettere fatture elettroniche e i dati personali dei pazienti sulle prestazioni ricevute saranno trasmessi.

Giulia Sirtoli



IL COMPLEANNO

**Coscioni: 20 anni
di associazione,
14 nuove petizioni**

L'Associazione Luca Coscioni compie vent'anni e durante un evento al Senato, presenta un pacchetto di 14 petizioni al Parlamento per chiedere "riforme guidate dal diritto a godere del progresso scientifico e le sue applicazioni in tema di diritti civili". Le petizioni riguardano norme relative al fine vita (legalizzazione dell'eutanasia e piena applicazione della legge sul biotestamento); procreazione medicalmente assistita; l'accesso delle tecniche di Pma anche a single e coppie dello stesso sesso; rimborso per donatrici di

gameti; aggiornamento dei Lea (con inclusione delle tecniche di diagnosi preimpianto); malattie rare (per garantire l'uso malattie rare e la produzione di terapie di medicinali anche con cellule staminali); disabilità (per l'ottenimento di ausili tecnologici personalizzati, la tutela dei *caregiver* e l'assistenza sessuale fino all'eliminazione delle barriere sensoriali e architettoniche); la riforma del sistema sanitario; la piattaforma pubblica per firmare anche le liste elettorali; norme sulla cannabis terapeutica e il diritto alla scienza in tutte le scuole.



E VENNE L'APOCALISSE INFLUENZALE

Ci risiamo. È allarme per «il male di stagione» che, dopo il Covid, pare ormai una piaga biblica. **Con i virologi che finalmente tornano a sorridere...**

*di Mario
Giordano*

Aiuto, c'è l'influenza. Riusciremo a sopravvivere? Siccome, ormai, il terrorismo Covid non spaventa più nessuno, ecco gli allarmisti in servizio permanente effettivo pronti a eccitarsi con il nuovo spauracchio. Come se non potessimo più fare a meno di un po' di paura del virus. Dal virus cinese a quello australiano, infatti, ci vuole un attimo. È terribile, dicono. Anzi: mostruoso. Cattivo. Ha mandato in tilt gli ospedali. I Pronto soccorso sono in ginocchio. La Sanità non ce la fa. Pediatri in allarme. Medici preoccupati. E le virostar, finite malinconicamente fuori onda col declino della pandemia, ritrovano lo smalto dei giorni migliori, ricominciando a tuonare il loro messaggio da Savonarola in salsa Pfizer: vaccinatevi o morirete.

Roberto Burioni (sempre lui, quello che in principio «è più facile morire colpiti da un fulmine che dal coronavirus») va in Tv e spara la stupidaggine quotidiana: «Per la prima volta nella storia della medicina moderna una epidemia annuale di influenza è partita a novembre, in grande anticipo». Non è vero. Solo per restare al periodo recente è successo già nel 2009, come testimoniano i dati ufficiali di InluNet. Ma a Burioni è mai importato qualcosa della verità? Si è mai interessato della corrispondenza fra le sue dichiarazioni e la realtà? Macché. Infatti era lui quello che diceva: «Il vaccino ai bambini sotto i 12 anni non ha senso» (29 agosto 2021), salvo poi esultare quando è stato approvato in Italia il vaccino per i piccoli al di sotto dei 12 anni (1 dicembre 2021). Ed era sempre lui quello che diceva «vaccinatevi con Astrazeneca» (marzo 2021), salvo poi, quando quei vaccini sono stati ritirati dal mercato, lavarsene le mani: «Astrazeneca? Non chiedete a me» (25 ottobre 2021).

Ma qui il problema non è la nota propensione di Burioni a raccontar fregnacce spacciandole per scienza. Qui il problema è la tendenza all'allarmismo che ormai sembra dilagare. Dopo il Covid, non c'è più nessuno che tenga i nostri profeti di sventura. Il professor Matteo Bassetti fa gli auguri di Natale agli anziani:



«Anziché andare a comprare i regali, andate a vaccinarvi». A Fabrizio Pregliasco non pare vero di tornare ad annunciare sofferenze e mascherine sotto l'albero (ci manca solo che si metta

a cantare di nuovo con Massimo Giletti «tu scendi dalle stelle vaccino bello»). E c'è chi cerca di raggiungere le loro altissime vette, come la pediatra Susanna Esposito, che dalle colonne del quotidiano *Qn* tuona a tutta pagina: «Quest'influenza è peggio del Covid». Peggio del Covid? Davvero? Ma allora, se è peggio del Covid, per combattere l'influenza bisognerà ricorrere agli stessi strumenti emergenziali che abbiamo usato per fronteggiare la pandemia. Che facciamo? Di nuovo i lockdown? Chiudiamo le città? Chiudiamo bar e ristoranti? Mandiamo le scuole in Dad? E poi, se non basta? Vaccinazione obbligatoria per tutti? Green pass per salire sui treni e sugli autobus? Green pass per andare al lavoro? Ricominciamo tutto da capo per evitare il terribile contagio dell'influenza che è «peggio del Covid»? Del resto dopo la sentenza della Corte costituzionale, siamo avvertiti: le nostre libertà possono essere calpestate senza problemi in caso di emergenza sanitaria. E se il Covid era un'emergenza sanitaria, l'influenza che è «peggio del Covid» non potrebbe esserlo altrettanto?

Ora lo so che sto per dire una cosa bizzarra. Una cosa davvero fuori dal coro. Tenetevi forte. Preparatevi. Ma l'influenza di stagione è sempre esistita. Sempre. Certi anni arriva prima, certi anni un po' dopo, alle volte è più forte, alle volte meno forte, ogni volta provoca vittime fra le persone che hanno già problemi di

salute, fra chi è molto anziano e fragile. Sempre uguale. Sempre la stessa storia. Lo so che sembra assurdo detto oggi, fra i terrorismi di Pregliasco e di Burioni, ma l'influenza non è una novità. La dobbiamo temere? Esattamente come l'abbiamo temuta gli altri anni. La dobbiamo curare? Esattamente

come l'abbiamo curata gli altri anni. Senza questo surplus di spavento e di angoscia che sta diventando davvero più insopportabile dei sintomi influenzali.

Infatti: i sintomi influenzali passano, Burioni resta. Come è noto sono sempre i migliori che se ne vanno. La febbre prodotta dal virus si cura abbastanza in fretta. La febbre prodotta dal terrorismo mediatico, invece, sembra resistente a ogni medicina. Ed è la cosa che ci fa più paura. I nostri nonni e le nostre mamme ci hanno insegnato ad affrontare i malanni di stagione con fiducia nella scienza ma anche con buon senso. Ora, invece, sembrano tutti impazziti. A cominciare dai medici che una volta, quando stavi male, ti assicuravano: «È solo un'influenza», dicevano e ti aiutavano a star meglio. Adesso se scoprono che hai l'influenza ti annunciano l'Apocalisse. E così ti aiutano soltanto a stare peggio, mentre guardi loro che si fan belli in Tv. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INFLUENZA COLPISCE IL PAESE

Allarme farmaci, ibuprofene introvabile

Maria Sorbi

Manca l'ibuprofene, mancano i farmaci basilari per la cura dei mali di stagione. E spesso non ci sono nemmeno gli aerosol. Non solo, scarseggiano alcuni antibiotici per bambini: è allarme nelle farmacie, anche in seguito all'ondata di influenza che sta col-

pendo il Paese. I farmacisti chiedono di evitare acquisti compulsivi.

a pagina 15

LA NUOVA EMERGENZA

Allarme scorte nelle farmacie: mancano ibuprofene e aerosol

*Difficoltà a reperire le pellicole per i blister delle pastiglie
«Lo sciroppo per la tosse? Lo facciamo con la galenica»*

Maria Sorbi

■ Manca l'ibuprofene, mancano i farmaci basilari per la cura dei mali di stagione. E spesso non ci sono nemmeno gli aerosol, lasciando esterrefatti i clienti di fronte al bancone. Non solo, scarseggiano alcuni antibiotici per bambini.

«Ci dicono di non portare i nostri figli al pronto soccorso per non intasare gli ospedali - protestano le mamme - ma come facciamo se non troviamo nemmeno i medicinali per curarli?». La situazione ha dell'assurdo ma, confermano i farmacisti, l'allarme è reale. Il motivo? Un sommarsi di cause: guerra, Covid, influenza più

forte del solito e consegne in ritardo a causa del Natale.

L'ibuprofene, che solitamente viene utilizzato per dolori articolari, è stato anche annoverato tra i farmaci eletti per curare il Covid e le richieste sono ovviamente impennate rispet-

to alla normale produzione. Due: l'effetto guerra. La difficoltà a trasportare i materiali ha messo a dura prova anche le case farmaceutiche, che si sono trovate a esaurire le scorte dei blister per confezionare pastiglie e capsule, restando perfino sprovviste delle lamine per le pellicole per sigillare i medicinali. Per di più quest'anno la stagione influenzale è particolarmente seria (dopo due anni isolati e con le mascherine), con dati in forte aumento, soprattutto tra i bambini, che spesso restano a casa

con la febbre per un'intera settimana.

Le farmacie territoriali «non hanno difficoltà a gestire il forte aumento di affluenza di cittadini, il vero problema è che mancano i farmaci» denuncia Andrea Mandelli, presidente della Fofi (la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani). «Siamo in difficoltà - prosegue Mandelli -, ma non ci sentiamo in difetto perché la Fofi aveva previsto questa criticità e messo in guardia il sistema già durante la scorsa in primavera-estate. Se ora i farmaci

non ci vengono consegnati, non c'è molto che possiamo fare». Dove è possibile, spiega il presidente della Fofi, i farmacisti cercano di compensare alla mancanza di farmaci con la galenica, alla vecchia maniera. «La Fofi ha cercato di dare una mano mettendo a punto, ad esempio, la formulazione di uno sciroppo antinfiammatorio per i bambini. Tuttavia anche per la galenica ci sono problemi di assortimento».

I farmacisti ribadiscono in tutti i modi che la loro non è «sciatteria» ma si è inceppata la catena di fornitura e distribuzione. «Ci siamo messi in gioco tantissimo in questi ultimi anni - spiega Mandelli - e con il Covid siamo diventati la prima porta di accesso al siste-



il Giornale

ma sanitario. Quindi ci dispiace non poter rispondere alle richieste dei clienti».

L'appello va al buonsenso. I farmacisti spronano chi acquista a non fare scorte di medicinali a casa, nè a comprare «per precauzione» o in modo compulsivo. Un po' di razionalità aiuterà a superare questo periodo anomalo.

Quanto alle vaccinazioni in farmacia, «stanno andando molto bene, stiamo facendo tantissime vaccinazioni antinfluenzali associati anche alla vaccinazione contro il Covid.

Le persone dimostrano di gradire la possibilità di andare in farmacia quando si vuole, senza appuntamento». La vaccinazione in farmacia è, per Mandelli, «un grande successo» e «la testimonianza di come i cittadini vogliano dalle farmacie qualcosa di più».

LA CATENA DELLE CAUSE

Carenze per i molti casi di influenza, il Covid e il caos trasporti per la guerra

LA POLEMICA

Le mamme: «Ci dicono di non portare i bambini in ospedale, ma come si fa?»

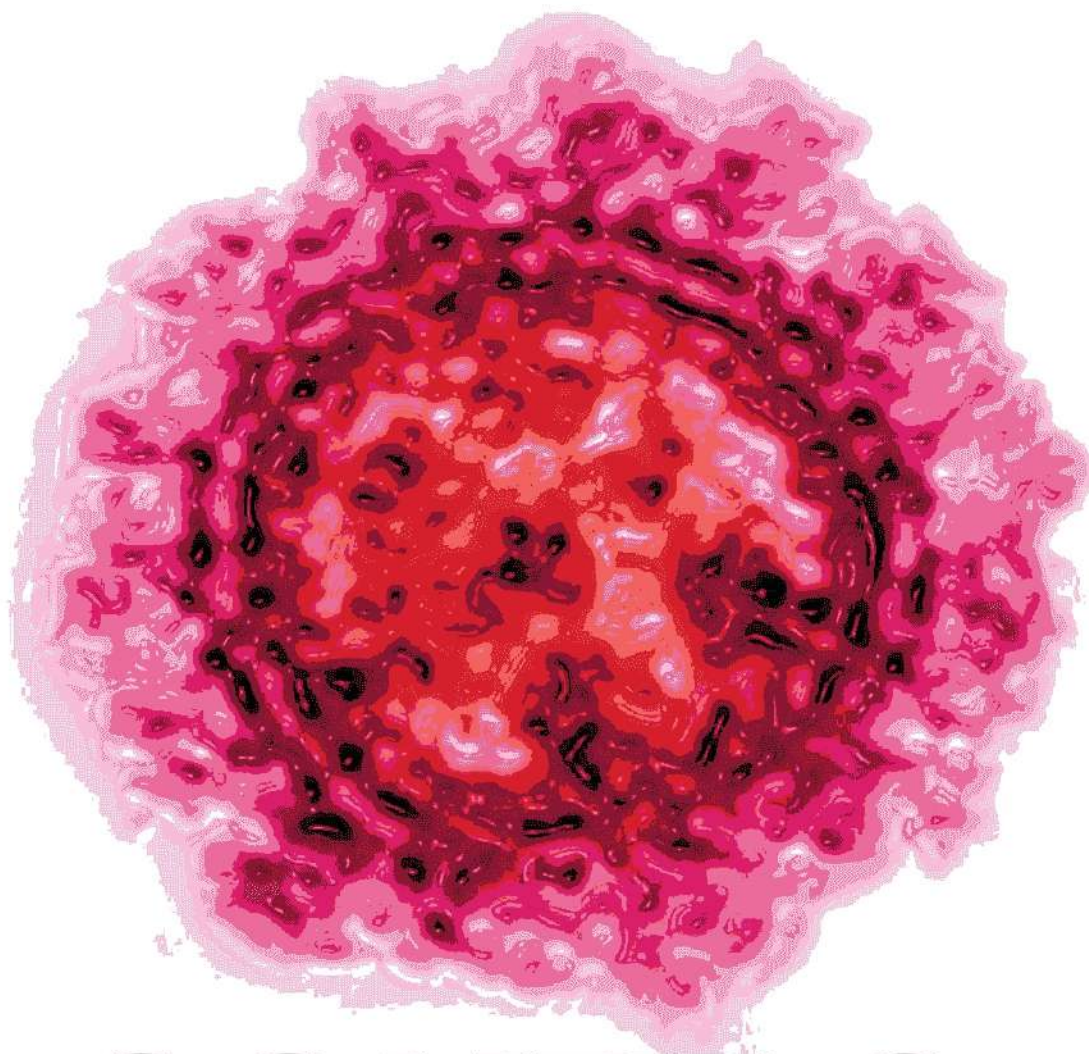


I FARMACISTI La federazione della categoria (Fofi) aveva avvisato che le scorte erano al limite: ora scatta l'allarme scorte



Panorama

Dir. Resp.: Maurizio Belpietro



CONTRO IL COVID MEGLIO LO SPRAY

Un vaccino che, inalato
dal naso, blocca
il contagio. Ci si lavora
in tutto il mondo.
Perché potrebbe fare
la differenza.



Maddalena Bonaccorso



Se ci sarà una svolta, arriverà dal naso. Nella lotta per arrestare l'avanzata del Covid - non solo i suoi effetti gravi, ma proprio il contagio - il «gamechanger» potrebbe essere un vaccino in spray. La ricerca ferve in tutto il mondo, ma per ora novità più concrete arrivano da India e Cina: qualche settimana fa la National medical products administration of China ha autorizzato l'utilizzo, come booster, di un vaccino per inalazione chiamato Convidecia Air, mentre Bharat Biotech, colosso farmaceutico indiano di Hyderabad, ha annunciato che anche il proprio farmaco iNCOVACC ha superato i trial e ha avuto l'ok per «situazioni di emergenza» e come richiamo.

L'antidoto cinese viene inalato attraverso la bocca, quello indiano dal naso. E se è vero che i vaccini a mRNA ci hanno fatto uscire dalla fase emergenziale della pandemia, è anche vero che non si sono rivelati «sterilizzanti»: ossia non bloccano il contagio e la diffusione dell'infezione, specialmente con la variante Omicron.

Ma perché si sta scegliendo proprio la strada del vaccino inalatorio? Per cercare di chiudere, letteralmente, la porta in faccia al virus: «I vaccini che abbiamo utilizzato finora, e intendo sia quelli a mRNA come Pfizer e Moderna che a vettore virale come AstraZeneca, vengono iniettati intramuscolo. E pertanto la proteina Spike che producono va in circolo nel sangue» spiega France-

sco Broccolo, docente di Microbiologia clinica all'Università Milano-Bicocca e direttore Scientifico del Gruppo Cerba Healthcare Italia. «È lì che viene evocata la risposta immunitaria, con la produzione degli anticorpi neutralizzanti e le cellule T di memoria, innescando l'immunità anticorpale e mettendoci al riparo dagli effetti gravi della malattia».

Prima che questi anticorpi riescano a raggiungere la mucosa nasale da dove entra il virus, però, trascorre molto tempo: durante il quale ci si può benissimo infettare (al netto delle varianti). «La sfida dei vaccini inalatori è innescare

immediatamente una forte immunità mucosale locale, tramite anticorpi IgA secretorie in grado di bloccare il virus e metterci al riparo anche dal contagio» continua Broccolo.

Scopi diversi quindi, rispetto ai vaccini attualmente a disposizione (che proteggono «solo» dalle complicazioni della malattia); ma - almeno nel caso dei due farmaci approvati in Cina e India - stessa tecnologia di quelli tradizionali di AstraZeneca e Johnson & Johnson: «Sono tecnicamente analoghi» precisa Broccolo. «Utilizzano un vettore virale con adenovirus ingegnerizzato del raffreddore, "addomesticato" e reso innocuo in laboratorio, nel quale è stato inserito il gene della proteina Spike. L'adenovirus infetta la mucosa nasale e produce la Spike, come facevano il vaccino di AstraZeneca o il monodose Johnson. Ma agendo direttamente nelle cellule della mucosa nasale e facendo da barriera potrebbero davvero costituire la svolta. Inoltre, la somministrazione nasale richiede quantità molto inferiori di vaccino, circa un quinto della dose che serve per l'intramuscolo, quindi si abbassa la tossicità perché si riducono anche le sostanze additive come il polietilenglicole».

Il condizionale però è d'obbligo, innanzitutto perché i dati, al momento, non sono numericamente consistenti né interamente pubblici. Cina e India peraltro non sono, come si diceva, gli unici Paesi a provarci: al mondo ci sono al momento circa 20 vaccini inalatori già in trial. Uno di questi è di AstraZeneca, anche se con esiti deludenti: «Un gruppo di ricercatori ha provato a uti-

lizzare il vaccino a vettore adenovirale con qualche modifica rispetto a quello somministrato per via sistemica» precisa Roberto Cauda, direttore UOC Malattie infettive, Fondazione policlinico universitario Agostino Gemelli IRCCS e componente dello Scientific Advisory Group dell'Ema. «Ma il risultato, pur interessante, si è rivelato inferiore alle aspettative. Però davvero ci si sta



lavorando ovunque. Abbiamo a disposizione studi, pubblicati su *Science*, in cui alcune scimmie sono state trattate per via intranasale con due tipi di vaccino contenenti l'Rna messaggero della spike: i risultati sono stati promettenti. Ora si tratta di attendere qualche mese e vedere anche come procederà la somministrazione nella vita reale, sia in India che in Cina».

GETTY IMAGES, IPA

Sarà possibile così evitare la prima iniezione intramuscolo optando per una spruzzata nel naso? Non proprio. «I trial in corso stanno valutando lo spray sia come ciclo primario che come richiamo» risponde Broccolo. «Ma con enormi differenze numeriche e di dati. Visto che la stragrande maggioranza della popolazione a livello mondiale è già immunizzata, è ovvio che le case farmaceutiche vogliano ottenere dati sull'uso come booster sui già vaccinati piuttosto che sull'uso primario nella popolazione "naive" (così viene definita la

percentuale non vaccinata, ndr): fosse solo perché i non vaccinati sono molti meno. Il vero interesse è vedere cosa accade nei già immunizzati».

Ma come mai, vista la possibilità - conosciuta - di bloccare l'ingresso al virus dalle mucose nasali, non si è investito prima nella ricerca sui vaccini inalatori? Rispondere non è semplice, e coinvolge non solo la scienza ma anche il denaro, l'interesse delle case farmaceutiche e le politiche delle agenzie regolatorie: «Sono molti i motivi del ritardo di questi vaccini» riflette Broccolo. «La piattaforma tecnologica ha certamente un impatto, perché molti vaccini a vettore virale non sono risultati abbastanza immunogenici, cioè capaci di attivare la reazione del sistema immunitario. Mentre per quanto riguarda gli spray con virus attenuato, devono garantire sicurezza e assenza di effetti tipo long Covid. Al riguardo, ne sappiamo ancora poco. E l'EmA non approverà mai un vaccino solo in base

all'immunità mucosale, senza avere una chiara correlazione con efficacia clinica in base a test validati».

C'è però anche un'altra strada all'orizzonte, come riporta la rivista internazionale *Vaccine*: studiare un vaccino multicomponente: «La Spike si modifica» conclude Cauda «e ci troviamo ormai in quella che viene chiamata "zuppa di Omicron", da cui si diramano le varianti Centaurus, Gryphus e altre. Quindi l'idea è puntare su un vaccino multicomponente che contenga non solo la Spike ma anche la nucleoproteina, che è un altro elemento del virus».

Il vaccino multicomponente andrebbe così a sostituire quelli che stiamo assumendo adesso. E il richiamo, ogni anno, con quello nasale, potrebbe farci raggiungere quel livello di protezione tale da essere meno assillati dal Covid. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Anche i vaccini spray dovranno garantire sicurezza e assenza di effetti tipo long Covid»

Antidoto più forte del contagio
Agendo sulle mucose nasali, le prime a essere invase dal virus, il vaccino spray (nella foto, quello testato in Thailandia) potrebbe ridurre il rischio di infezione.



Francesco Broccolo
microbiologo dell'Università
Milano-Bicocca.



Italia in testa al gruppo di paesi che chiede a Bruxelles di rinegoziare i vaccini: «Troppi regali a Big Pharma»

Tino Oldani a pag. 6

TORRE DI CONTROLLO

Italia in testa al gruppo di paesi che chiede a Bruxelles di rinegoziare i vaccini: «Troppi regali a Big Pharma»

DI TINO OLDANI

Elogiata all'inizio come un modello da seguire, la politica Ue per l'acquisto dei vaccini Covid-19, con l'accentramento a Bruxelles dei negoziati con Big Pharma, si sta trasformando in una Waterloo a tappe. Dopo i rilievi negativi sull'opacità dei contratti che negli ultimi mesi hanno visto muoversi prima l'Ombudsman e il Parlamento europeo, poi la Corte dei conti Ue e la Procura europea, una nuova raffica di bordate critiche è andata in scena venerdì scorso durante la riunione a Bruxelles dei ministri della Sanità dei 27 paesi Ue con **Stella Kyriakides**, cipriota, commissaria Ue per la Salute. Stando alla ricostruzione di *Politico*, il belga **Pierre Cartuyvels**, vice-rappresentante permanente del suo paese presso l'Ue, con riferimento ai contratti stipulati da **Ursula von der Leyen** con Pfizer e BionTech, ha chiesto senza mezzi termini: «Cosa è stato promesso? Ci piacerebbe davvero saperlo».

Domanda pesante, pronunciata casualmente poche ore prima che venisse alla luce lo scandalo «Qatargate», ma ancora più pesante se riletta oggi, dopo le notizie sui sacchi di banconote per condizionare le mozioni del Parlamento Ue sul Qatar, che ospita i mondiali di calcio. Critici anche altri ministri: per l'irlandese, **Stephen Donnelly**, la mancanza di trasparenza sui negoziati contrattuali potrebbe fornire «carburante per false dichiarazioni», mentre per quello polacco, **Adam Niedzielsky** l'eccesso di vaccini acquistati «ha meso in luce la debolezza degli accordi negoziati dalla Commissione».

Il giudizio più severo e articolato è giunto dal ministro italiano, **Orazio Schillaci**, medico nucleare, che al termine di una dura requisitoria ha chiesto alla Commissione Ue di rinegoziare i contratti con i fornitori dei vaccini Covid-19. Non solo. Per evitare il ripetersi di errori

e sprechi di miliardi di denaro pubblico, Schillaci ha auspicato di «ritornare all'acquisto dei vaccini su base nazionale». Una mossa bomba, suggerita da clausole e dati contrattuali a dir poco discutibili: se attuata, sarebbe il suggello finale della Waterloo Ue sui vaccini Covid.

In proposito, giova ricordare quanto appurato dalla Corte dei conti Ue (Italia Oggi del 21 settembre 2022): tra il 2020 e il 2021 la Commissione Ue ha acquistato in totale 4,6 miliardi di dosi di vaccini, con un esborso di 71 miliardi di euro, la spesa europea più onerosa di tutti i tempi. Per la Corte dei conti, una spesa eccessiva, basata su negoziati di «acquisto anticipato» condotti, per il contratto più oneroso (1,8 miliardi di dosi), senza rispettare le procedure corrette in uso per i contratti. Risultato: per ciascuno dei 447,5 milioni di abitanti dei 27 paesi Ue, la Commissione Ue ha acquistato ben dieci dosi, contro le tre richieste per avere il green pass.

La parte del leone, tra le multinazionali di Big Pharma, l'ha fatta Pfizer-BionTech, incassando 31 miliardi di euro con la fornitura di 2,4 miliardi di dosi, consegnate in tre fasi: novembre 2020 (300 milioni di dosi); febbraio 2021 (300 milioni); maggio 2021 (1,8 miliardi di dosi, il doppio di quelle prenotate). Su quest'ultimo contratto, stipulato direttamente, senza altri intermediari, da von der Leyen con il ceo **Bourla**, sono piovute critiche da più parti (Ombudsman, Parlamento europeo, Corte dei conti, Procura europea). Richiesta di fornire gli sms scambiati con il ceo di Pfizer, Ursula non l'ha mai fatto. E Bourla si è ne-



gato per due volte alle domande del Parlamento europeo.

A conti fatti, l'Ue ha acquistato per l'Italia 330 milioni di vaccini, pari a sette dosi per l'intera popolazione vaccinabile. Un sovrappiù che rischia di costare caro al nostro erario, in quanto ogni paese Ue deve rimborsare a Bruxelles il costo dell'acquisto, oltre ad altri oneri derivanti dalle numerose clausole, tutte a favore di Big Pharma, inserite nei contratti. Per questo il ministro Schillaci ha chiesto alla Commissione Ue di «rinegoziare i contratti Apa di acquisto anticipato (Advanced purchase agreement) ancora ineseguiti o soltanto parzialmente eseguiti», con particolare riguardo alle clausole a vantaggio delle case farmaceutiche. Prima fra tutte, quella che «pone a carico degli Stati membri il risarcimento e/o l'indennizzo dovuto per i danni provocati dai vaccini, nonché le spese legali sostenute dalle case farmaceutiche nei singoli provvedimenti». Schillaci ha precisato di ritenere «non ragionevole» che le spese di assistenza legale delle case farmaceutiche «gravino sugli Stati membri, specialmente dopo l'autorizzazione all'immissione in commercio ordinario dei singoli vaccini».

Da rivedere, per il ministro italiano, anche gli accordi Ue-Big Pharma sulle dosi di vaccino in eccedenza, previste pure queste a carico degli Stati membri. Oggi il Covid-19 è in forte regresso, anche se non del tutto sconfitto. Di conseguenza, la domanda di vaccini si è molto ridotta. Per questo il governo italiano si trova di fronte a un problema di eccedenza di vaccini «che in buona parte non potrebbero essere da noi usati, né destinati a donazioni internazionali (in quanto scaduti o vicini alla scadenza, ndr), oltre a rappresentare uno spreco in sé». Tutto questo, per Schillaci, «sarebbe difficilmente compreso dalle nostre opinioni pubbliche, anzi rischierebbe di generare paradossalmente un senso di disaffezione verso future campagne vaccinali».

Tutto chiaro e logico, ma non per la Commissione Ue: rispondendo alle critiche, la commissaria Kyriakides si è limitata a dire che, sui contratti dei vaccini, «dobbiamo fare di più per allineare la domanda con l'offerta».

Non una parola, invece, sulle spese legali per eventuali danni causati dalle dosi, né sulle eccedenze.

—© Riproduzione riservata—■



DI VIRUS IN VIRUS



di Daniela Mattalia

Considerati un'arma quasi invincibile (in modo talora un po' naïf) oppure farmaci «sospetti» che contengono insidie terribili (pensiero simil-complotista), i vaccini hanno segnato la storia della medicina, permettendo spesso di eradicare virus letali. Come il vaiolo, scomparso dalla faccia della Terra e, in misura minore, la poliomielite. Proprio 60 anni fa, nel 1962, veniva approvato il vaccino Sabin contro quest'ultima infezione (l'altro era il Salk, di qualche anno prima). Messo a punto dal virologo polacco Albert Sabin, sconfisse una malattia che, solo in Italia, nel 1958, aveva provocato paralisi e zoppie in 8.377 contagiati (la morte si verificava nel 2-5 per cento dei casi). Oggi, con la pandemia di Covid-19, i vaccini sono tornati al centro di attenzioni, aspettative, timori, polemiche. A ripercorrere con *Panorama* le vicende alterne dell'immunizzazione è Bernardino Fantini, professore onorario di Storia della Medicina e della Sanità all'Università di Ginevra.

Sessant'anni fa il vaccino di Sabin cominciò a liberarci dalla polio.

Una vittoria semplice?

Non del tutto. In Italia ci furono molte polemiche, si continuava a preferire

l'altro vaccino, il Salk, iniettabile, che non era abbastanza efficace e di difficile utilizzazione, e probabilmente migliaia di casi di infezione furono dovuti proprio a questo. Ci fu una grossa battaglia per introdurre il Sabin e dovette intervenire il governo.

Diffidenza?

No, piuttosto problemi di altra natura,

per esempio l'industria che produceva il vaccino Salk aveva molti stock da smaltire. La decisione dell'obbligo di usare il vaccino Sabin fu presa dall'allora ministro Giacomo Mancini, subito dopo la formazione del primo governo di centro-sinistra.

Oggi ci si vaccina ancora contro la polio?

Non nei Paesi occidentali. Sì in alcuni paesi dove la polio non è stata eradicata. Per esempio in Nigeria, dove si è diffusa la falsa notizia che il vaccino possa portare alla sterilità e in Pakistan e Afghanistan, dove si verificano ancora focolai di infezione e i vaccini non decollano per convinzioni religiose e politiche e c'è poca fiducia verso il personale dell'Oms,



composto in buona parte da stranieri, considerati degli «infedeli».

Negli ultimi decenni, quali altri vaccini sono stati decisivi?

Occorre ricordare l'eradicazione del vaiolo, per secoli la più terribile delle malattie infettive, annunciata nel 1979, dopo una campagna mondiale di vaccinazione. Inoltre è stato diminuito in modo drastico l'impatto di altre malattie: tetano, diverse forme di epatite, morbillo, rosolia, meningite batterica di tipo B - una delle cause più elevate di mortalità infantile - pertosse, varicella, difterite. Quest'ultima era una patologia terribile. In tanti romanzi di fine Ottocento c'erano bambini che morivano di difterite.

Per alcuni virus però l'arma vincente non è mai stata messa a punto, per esempio contro l'Aids...

Nel caso dell'Hiv, il virus che provoca l'Aids, il problema è che attacca proprio le cellule del sistema immunitario e di conseguenza indebolisce le difese che dovrebbero combatterlo. Inoltre, si tratta di un retrovirus, che contiene Rna, ma capace di trasformarsi in Dna integrandosi nel cromosoma delle cellule infette. E attualmente non è possibile eliminare un genoma virale da un cromosoma. Ogni germe ha

la sua storia naturale, per alcune malattie il vaccino si trova in fretta, per altri lo impedisce la variabilità del virus, per cui il bersaglio del vaccino muta rapidamente.

Un po' come succede con il Covid.

Il Sars CoV-2 ha molte varianti, più del virus influenzale. Così ogni volta occorre rimodulare il vaccino. In futuro probabilmente basteranno due richiami l'anno. E con il tempo, nel giro di 3-4 anni, il virus dovrebbe stabilizzarsi e sarà forse necessaria una vaccinazione annuale, come per l'influenza.

I movimenti no-vax sono un fenomeno di oggi?

No, sono sempre esistiti, anche con più forza rispetto a oggi. L'Inghilterra, a partire dagli anni Sessanta del 1800, aveva reso obbligatoria la vaccinazione infantile contro il vaiolo, ma ci furono opposizioni e manifestazioni di massa con decine di migliaia di persone. È un'ostilità all'imposizione tipica del pensiero anglosassone, al di là della paura di farsi iniettare «corpi estranei». Alla fine il governo inglese non ha mai stabilito l'obbligo, ma cercò di convincere la popolazione. Eppure i bambini inglesi hanno un tasso elevato di vaccinazioni.

Si temono i vaccini e non i farmaci che assumiamo ogni giorno.

Non è un paradosso?

La paura dei vaccini più che delle medicine è legata alla differenza tra prevenzione e cura. Quando siamo malati siamo disposti a qualunque cosa, compreso rivolgerci agli stregoni, mentre se stiamo bene abbiamo la sensazione che qualcosa possa turbare il nostro equilibrio. Purtroppo non è facile diffondere

un atteggiamento favorevole alla promozione della salute.

È giusto in questa fase più tranquilla di Covid-19 allentare la campagna vaccinale?

Siamo in una fase intermedia in cui il virus è ancora aggressivo. L'orientamento è consigliare la protezione vaccinale per le persone a rischio: anziani, immunodepressi, giovani fragili con patologie sottostanti. E occorre vaccinare il personale sanitario che può trasmettere la malattia. Si andrà sempre più in questa direzione, come oggi per l'influenza, con decisioni di buon senso. In questo modo si arriverà a una pacificazione e maggiore accettazione del vaccino.

Sarà la tecnologia a Rna la strada del futuro?

Questa nuova tecnologia è nata dalla biologia molecolare, la più grande rivoluzione scientifica del XX secolo. Anche l'Rna messaggero fu scoperto nei primi anni Sessanta: si tratta di brevi «messaggi» che introdotti nelle cellule possono modificarne il comportamento e anche provocare la loro distruzione. Per questo la tecnologia a Rna ha un grande futuro soprattutto contro i tumori, ma ci sono molte speranze che in questo modo si possano produrre altri vaccini contro malattie resistenti alle terapie. Poche settimane fa, per esempio, sono stati resi noti i primi risultati di Moderna di uno studio sul vaccino a Rna contro l'Hiv, che sembra promettente. Sarebbe una svolta storica. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«La paura dei vaccini più che delle medicine è legata alla differenza tra prevenzione e cura. Quando siamo malati siamo disposti a qualunque cosa, compreso rivolgerci agli stregoni». Così racconta il professore **Bernardino Fantini**, che con *Panorama* ripercorre le vicende alterne dell'immunizzazione.



La storia di copertina del 22 aprile 2020 racconta dei laboratori di tutto il mondo mobilitati nella ricerca di un vaccino in grado di sconfiggere il coronavirus.



Aifa Una brutta riforma a danno delle istituzioni

GIUSEPPE TRAVERSA

la di strano, a quasi vent'anni dalla sua istituzione.

— segue a pagina 11 —

Con poche righe di emendamento al decreto legge cosiddetto «Nato e Regione Calabria» vengono cambiate alcune caratteristiche istitutive dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). In sé nul-

Aifa, una cattiva riforma a danno delle istituzioni

GIUSEPPE TRAVERSA*

— segue dalla prima —

■ Più anomali, invece, l'intento di introdurre il riordino con un emendamento e il silenzio da parte di coloro che avrebbero potuto avere voce in capitolo.

I contenuti dell'emendamento possono appassionare poco, ma avranno rilevanti ricadute sul funzionamento concreto di un'istituzione. La prima è la soppressione della figura del Direttore generale quale organo e rappresentante legale dell'Aifa e l'attribuzione di queste funzioni al Presidente.

Mentre oggi il governo dell'Aifa è affidato a due organi - il direttore generale per le funzioni di gestione e rappresentanza legale e il consiglio di amministrazione per quelle di indirizzo e controllo - in futuro, il potere di gestione e di rappresentanza legale sarà nelle mani del Presidente, il quale si troverà quindi a presiedere l'organo da cui dovrebbe essere controllato. Ciò che doveva essere un riequilibrio è diventato un forte accentramento di poteri.

La seconda è la fusione delle due commissioni tecniche che stabiliscono il rimborso e i prezzi dei farmaci, sostituite da un'unica «Commissione scientifica ed economica del farmaco». Ne faranno parte solo dieci componenti, mentre attualmente i componenti sono dieci per ciascuna delle due commissioni. Sembra poco probabile che un numero così ridotto di componenti possa essere in grado di coprire l'ampia gamma di attività che sono in capo alle due commissioni attuali. A meno che, come già ventilato diverse volte in passato, l'obiettivo non sia quello di trasferire fuori dall'Aifa la negoziazione dei prezzi dei farmaci rimborsati, indebolendo così ulteriormente l'agenzia.

La terza è il ripescaggio di due figure - il direttore scientifico e il direttore amministrativo - già introdotte nel 2019 ma da allora dimenticate e mai insediate, a dire della rilevanza attesa e dell'urgenza di questo cambiamento.

Troppo facile notare i limiti di questo riordino, che rischia di impantanare l'Aifa, di renderla meno autonoma e con un potere più concentrato nelle mani del futuro Presidente. Ancora più facile rilevare che la proposta non è stata preceduta da alcun documento che provasse a moti-

vare la necessità del cambiamento e a spiegare la coerenza degli strumenti proposti.

Sarebbe però ingiusto prendersela con i senatori dell'attuale maggioranza di governo che, pur non essendosi mai occupati del ruolo e del funzionamento dell'Aifa, con il loro emendamento si sono incaricati di cambiare elementi centrali del funzionamento dell'agenzia.

È più grave che non si sia sentita la voce del Ministro della salute Schillaci, dal quale sarebbe dovuto arrivare un indirizzo chiaro, visto che l'Aifa è, insieme all'Istituto superiore di sanità, il principale organismo tecnico-scientifico «controllato» dal Ministero. Grande silenzio anche da parte delle Regioni, che nominano la metà dei componenti delle due commissioni tecniche e del Cd, nonostante conoscano bene il ruolo dell'Aifa nel garantire l'accesso ai farmaci



il manifesto

efficaci.

Imbarazzante anche il sostanziale silenzio delle opposizioni, quasi che in questi anni non ci fosse stato un Ministro della salute di centrosinistra. Evidentemente, considerano normale che le istituzioni possano essere maltrattate in questo modo. Forse più atteso il silenzio di Farmindustria, contrariamente a quello che di solito avviene quando si toccano interessi in ambito di farmaceutica. Ma, d'altra parte, in questo caso il cambiamento va nella di-

rezione di ridurre l'autonomia di un'agenzia tecnica e aumentare l'invasione politica.

In questi anni, nel corso dell'emergenza Covid-19, l'Aifa ha fatto un lavoro doppio. Oltre a far fronte alle attività ordinarie, l'Aifa ha assunto un ruolo di primo piano nel fornire indicazioni sull'uso di farmaci e vaccini nella gestione del Covid-19. Basti citare un indicatore: nel corso del 2020, la Commissione tecnico-scientifica si è riunita per 144 giorni. Chi lo ha fatto, sapeva di contribuire a

un'istituzione con un valore centrale nella tutela della salute dei cittadini.

Molte volte si è sostenuto che in democrazia le forme sono sostanza. Le forme adottate per questo pseudo-riordino dell'Aifa sono un errore, che testimonia paura di una discussione pubblica intorno al destino di una importante istituzione nazionale che opera a difesa della sanità pubblica.

**Le opinioni espresse sono attribuibili esclusivamente all'autore e non impegnano in alcun modo l'istituzione di appartenenza.*

Questo riordino, affidato a un emendamento, rischia di impantanare l'Aifa, di renderla meno autonoma e con un potere concentrato nelle mani del futuro Presidente

Imbarazzante il silenzio delle opposizioni, quasi che in questi anni non ci fosse stato un ministro di centrosinistra. Forse si considera normale maltrattare le istituzioni



02

Banco farmaceutico, 5,5 mln di poveri, 7% ha chiesto aiuto per cure

In Italia le persone in condizioni di povertà assoluta sono, quest'anno, 5 milioni 571mila (il 9,4% della popolazione residente). Circa il 7% di queste, 390mila, si è trovato in condizioni di povertà sanitaria. Ha dovuto, cioè, chiedere aiuto ad una delle 1.806 realtà assistenziali convenzionate con Banco farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure, non coperti dal servizio sanitario nazionale. È uno dei dati del 10° Rapporto 'Donare per curare. Povertà sanitaria e donazione farmaci', realizzato con il contributo incondizionato di Ibsa farmaceutici e Aboca da Opsan – Osservatorio sulla povertà sanitaria, organo di ricerca di Banco farmaceutico. I dati vengono stati presentati a un convegno promosso da Banco Farmaceutico e Aifa, in corso a Roma.

Nonostante l'impronta universalistica del nostro Ssn, infatti, parte consistente della spesa farmaceutica resta a carico dei cittadini. In particolare, nel 2021 il 43,5% (cioè 3,87 miliardi di euro) della spesa farmaceutica è stata pagata dalle famiglie (+6,3% rispetto al 2020), con profonde differenze tra le possibilità di quelle povere e quelle non povere. Una persona indigente, ha a disposizione un budget per la salute pari a soli 9,9 euro al mese, mentre una persona non povera ha a disposizione sei volte tanto, cioè 66,83 euro mensili. Limitandoci al budget per l'acquisto di farmaci, i poveri hanno a disposizione solo 5,85 euro, mentre i non poveri 26.

Il 60% della spesa sanitaria dei poveri è destinata alla spesa per farmaci a fronte dell'equivalente 38% delle famiglie non povere. Questo perché il Ssn non offre alcuna copertura per i farmaci 'da banco', non avendo introdotto distinzioni tra chi è sotto la soglia di povertà e chi è al di sopra.



Progetto dell'Aifa

Farmaci, quando prenderli: c'è l'app

L'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha creato l'applicazione Aifa Medicinali, pensata come uno strumento pratico e immediato (gratuito) per accedere a informazioni e ricevere notifiche sui farmaci. La app consente di accedere alla Banca Dati dei farmaci di Aifa, effettuare ricerche dettagliate sulle singole confezioni,

consultare il Foglio Illustrativo (Fi) e il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (Rcp), visualizzare e verificare lo stato di commercializzazione dei medicinali autorizzati in Italia. «L'iniziativa dell'Agenzia - afferma il direttore generale, Nicola Magrini - nasce da un'esigenza segnalata dalle associazioni di persone con patologie croniche e invalidanti che ci hanno sollecitato a sviluppare una app

per accedere a diverse informazioni. Anche su cosa fare quando un farmaco è carente». La app

mette a disposizione vari strumenti: promemoria che ricordano dosi, tempi, modalità di assunzione e scadenza del farmaco.



Se uomo e donna sono ipertesi la terapia cambia

L'ANALISI

L'ipertensione arteriosa è riconosciuta come un potente fattore di rischio cardiovascolare sia per le donne che per gli uomini. Gli ormoni sessuali possono però influenzare la pressione, il rischio cardiovascolare o le co-morbidità in maniera differente tra lei e lui. Per cui è plausibile che anche la terapia debba tener presenti le differenze.

Una interessante messa a punto della questione è stata fatta da Eva Gerds del Centro di Ricerche sulle Malattie Cardiache nelle Donne dell'Università di Bergen (Norvegia) e da altri suoi colleghi europei, ed è pubblicata sull'ultimo numero dalla rivista *European Heart Journal*.

IL TESTOSTERONE

In soggetti normali la pressione tende ad alzarsi più precocemente negli uomini rispetto alle donne a partire dalla tarda adolescenza. Le donne recuperano parecchio tempo dopo (intorno ai 40 anni). Dopo la menopausa, infatti, è ben dimostrato un incremento accelerato della pressione sistolica di circa il 35%, specie nelle donne con menopausa precoce o con fattori di rischio cardiovascolare, probabilmente fa-

ilitato dall'aumento di peso e dall'età.

In sintesi le donne sane da giovani hanno una pressione mediamente più bassa dei maschi della stessa età. Questo perché gli ormoni ovarici hanno un importante ruolo attraverso i loro effetti sui vasi, sulle cellule renali e cardiache, modulando l'effetto di sostanze vaso costrittrici. Al contrario il testosterone ha un effetto favorente il rialzo pressorio, e probabilmente contribuisce ad aumentare il rischio cardiovascolare che si osserva con l'aumentare dell'età negli uomini e dopo la menopausa nelle donne.

Proprio pensando ai fattori di rischio cardiovascolare dovuti all'ipertensione, anche qui vi sono differenze tra i sessi. Il metabolismo degli zuccheri e dei grassi è infatti direttamente modulato da estrogeni e testosterone.

La mancanza di estrogeni e l'aumentato livello di testosterone, infatti, è alla base del maggiore rischio cardiovascolare negli uomini, specie se ipertesi. Nelle donne il rischio aumenta dopo la menopausa, mai pareggiando comunque quello degli uomini della stessa età.

LO SCOMPENSO

L'obesità, presente in circa il 50% delle persone ipertese, è invece più frequente nelle donne. Le ipertese e obese quindi, hanno un rischio cardiovascolare maggiore rispetto agli uomini con le

stesse caratteristiche. E numerosi studi hanno infatti documentato come il rischio di infarto, scompenso cardiaco o ictus aumenta nelle donne per livelli pressori più bassi rispetto agli uomini.

Pur tenendo presente che tutte le ricerche sull'efficacia dei farmaci hanno arruolato un numero di donne molto inferiore a quello degli uomini, tuttavia anche qui sono emerse differenze di effetto dei farmaci tra i due sessi.

L'EFFICACIA

Sono inoltre descritte differenze tra i sessi sia nella efficacia che negli effetti avversi dei farmaci anti ipertensivi. Tali diversità dovrebbero essere ben chiare a medici e pazienti per un ottimale controllo dell'ipertensione. La restrizione di sale nella dieta degli ipertesi sembrerebbe avere un'efficacia sulla pressione molto più marcata nelle donne rispetto agli uomini. L'esercizio fisico aerobico, invece, (nuoto, corsa leggera ecc.), ridurrebbe la pressione arteriosa più nei maschi che nelle femmine.

Antonio G. Rebuzzi
Professore di Cardiologia
all'Università Cattolica di
Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NEI MASCHI I LIVELLI
DI PRESSIONE CRESCONO
GIÀ NELL'ADOLESCENZA
MENTRE NELLE FEMMINE
L'ALLARME SCATTA
DOPO LA MENOPAUSA**



Una ricerca dell'Università di Bergen, in Norvegia, ha dimostrato che la malattia insorge in modi diversi a seconda dell'età. E lei è più a rischio se è in sovrappeso



Cellule umane nello spazio per studiare i muscoli

IL PROGETTO

Le cellule umane partono per lo spazio. Un progetto di ricerca avviato nel campus di Roma dell'Università Cattolica, in collaborazione con la start up Miprons srl, studia gli effetti dell'assenza di gravità e del vuoto sul corpo umano alla scoperta di nuove cure. Obiettivo: l'identificazione di terapie innovative per le malattie dell'apparato muscolo schele-

trico.

Studio della RIGenerazione tissutale in condizioni Estreme: ruolo della microgravità e della pressione sull'omeostasi delle nicchie STAminali (Rigesta) è il titolo del progetto di ricerca, nato da un'intuizione della professoressa Wanda Lattanzi, Associata di Biologia Applicata alla Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica, che coordina il lavoro, e di Angelo Minotti, ingegnere astronautico e amministratore della start-up Miprons Srl.

«Studieremo le cellule umane derivate dalle ossa – spiega

la professoressa Lattanzi – simulando, in sistemi in vitro basati su cellule umane coltivate in 3D, la microarchitettura dei tessuti corporei». La possibilità di studiare la biologia di cellule e tessuti in condizioni ambientali estreme simulate con metodologie e dispositivi tecnologici in uso alla propulsione aerospaziale, offre opportunità uniche per comprendere aspetti finora inesplorati della fisiopatologia dei tessuti umani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Leucemia, nuovi farmaci e cure a misura di bimbi

Nuovi farmaci mirati a misura di bambino e tecniche sempre più efficaci sperimentate direttamente sui pazienti pediatrici. Contro la leucemia linfoblastica acuta, il tumore più frequente in età infantile, e altre malattie ematologiche, la ricerca sta facendo passi importanti. Un primo studio su 413 pazienti pediatrici, dimostra che effettuando la radioterapia prima dell'intervento di trapianto di midollo la possibilità di

guarigione, a tre anni, è dell'81% rispetto al 59% effettuando la sola chemioterapia». Ma passi avanti arrivano anche sul fronte dei farmaci. Si tratta della molecola ruxolitinib, già impiegata nei pazienti adulti.



Riscaldamento, bastano 19 gradi Meglio diversificare gli ambienti

LA PREVENZIONE

Quello che ci aspetta sarà un inverno all'insegna dell'austerità, con ricadute anche sul riscaldamento domestico. Il decreto che punta al risparmio energetico impone di abbassare il riscaldamento domestico a 19 gradi. Termometro troppo basso per la nostra salute? Assolutamente no.

IL MOVIMENTO

Come ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità: avere a casa nelle stagioni fredde una temperatura anche solo di 18 gradi può addirittura farci stare meglio.

La raccomandazione, sviluppata sulla base della letteratura scientifica legata ai rischi sulla salute delle temperature troppo fredde in casa, si riferisce non soltanto a chi è in movimento, magari impegnato nei lavori domestici, ma anche a chi sta seduto, come chi lavora al computer o studia. Diciotto gradi è considerata anche la temperatura ideale per un buon sonno. Per riposare bene durante la notte la temperatura non dovrebbe superare i 20 gradi. Il termometro può anche arrivare a 15 o 16 gradi. La condizione di salute, l'abbigliamento, l'attività, la circolazione dell'aria e dell'umidità, ma anche il cibo che si mangiano possono incidere significativamente sul freddo.

Sono proprio gli esperti internazionali a dare un'ulteriore

specificazione. Nella camera da letto meglio avere una temperatura più bassa di quella della stanza dove si mangia.

LE FINESTRE

Opportuna, dunque una diversificazione. Meglio dormire in un clima più fresco e non secco. Meglio stare a tavola con un clima più caldo. In sostanza, possiamo dire che 19 gradi, come indicato da decreto, è in linea con le indicazioni fornite dagli esperti.

Il livello di isolamento, la temperatura delle pareti, la circolazione dell'aria o il tasso di umidità influenzano molto la sensazione di benessere. Il riscaldamento eccessivo, accompagnato a una non corretta aerazione, rendono l'aria secca e pesante, favorendo alcune condizioni: pelle secca, mal di testa, tosse e altri sintomi respiratori, occhi irritati. Il pieno benessere termico è dato anche dalla ventilazione. Aprire le finestre per qualche minuto più volte al giorno, indipendentemente dalla temperatura, consente di migliorare la qualità dell'aria interna. L'aria interna dovrebbe essere piuttosto umida, tra il 40 e il 60% perché l'aria secca può irritare le vie respiratorie e le mucose nasali.

Ma se per i giovani adulti e le persone in buona salute, abbassare un po' i riscaldamenti non comporta ripercussioni per la salute, per i bambini piccoli e gli anziani potrebbe non essere così. Passare l'inverno in una casa mal riscaldata per una persona fragile rappresenta un problema e la espone ad una serie di

malattie potenzialmente fatali, come infarto, ictus, disturbi respiratori, malattie infettive delle vie aeree. Il rischio si presenta non solo quando le temperature esterne vanno sotto zero, ma già sotto i 6 gradi.

LA BRONCHITE

I soggetti più vulnerabili al freddo sono proprio i bambini e gli over 65, soprattutto se già affetti da problemi cardiaci o respiratori (bronchite cronica ostruttiva), diabete, patologie neurologiche o psichiatriche o da disturbi motori che impediscono loro di muoversi per casa.

«Certo, una riduzione del riscaldamento casalingo come quella prevista per legge – afferma il professor Giorgio Sesti, presidente della Società Italiana di Medicina Interna – non dovrebbe comportare ripercussioni a livello cardiovascolare perché si traduce in un aumento della pressione non significativo. Attenzione però agli anziani fragili, soprattutto se allettati».

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**È IMPORTANTE
CONTROLLARE SEMPRE
L'UMIDITÀ DELL'INTERO
APPARTAMENTO
E ATTENZIONE AD
ANZIANI E BAMBINI
IN STANZA DA LETTO
VA BENE CHE SIA PIÙ
FRESCO, PER DORMIRE
BENE. MA IN SALA DA
PRANZO È PREFERIBILE
MAGGIORE CALORE**



Milano, è grave**Medico aggredito
a colpi di accetta**di **Cesare Giuzzi**
a pagina 20

Il giallo del chirurgo aggredito Colpito con un'accetta, è in coma

Milano, la lite nel parcheggio. Fermato un pregiudicato: «Mi aveva visitato 4 mesi fa»

SAN DONATO MILANESE A 76 anni diceva di avere «ancora energie» per la prima linea. Quel pronto soccorso dove ieri mattina Giorgio Falchetto, chirurgo a contratto del Policlinico di San Donato, aveva appena «smontato» dopo il turno di notte. Il tempo della colazione e sarebbe andato a casa. Ha lasciato la sua Chevrolet Aveo bordeaux nella corsia che porta al pronto soccorso, parcheggiata di fretta, accanto all'ingresso delle ambulanze. Sul sedile un giubbotto e un sacchetto di arance. Sono stati i colpi ad attirarlo fuori, addosso solo la casacca e i pantaloni sanitari. Ha visto quell'uomo, su una vecchia Alfa 147, che colpiva la sua macchina sulla fiancata. Ha urlato, l'uomo è sceso e lo ha affrontato con un'accetta.

Sono le dieci di mattina. Lì davanti c'è l'ingresso del campus universitario dell'ospedale. Un gruppo di studentesse si trova davanti la scena. Con

quell'uomo quasi a cavalcioni sul dottor Falchetto e una pozza di sangue che si allarga lentamente sull'asfalto. Sono alcuni tecnici che stanno lavorando alla fibra ottica i primi ad intervenire. L'uomo rivolge l'accetta anche verso di loro. Poi sale in macchina e scappa.

La targa, le molte tracce lasciate lungo la fuga e un fascicolo giudiziario già noto consentono ai carabinieri di rintracciare l'aggressore nel primo pomeriggio, dopo ore di caccia. Lo prendono a Rozzano, a una ventina di chilometri di distanza. Vedono l'auto ferma, si appostano e quando lui torna gli sono addosso. È un pregiudicato di 62 anni, uno dei tanti nel panorama della microcriminalità milanese. Ha vecchi precedenti per truffa e porto d'armi. Forse è un ex paziente. Ora è in stato di fermo per tentato omicidio. Il medico lotta per vivere in un letto di rianimazione del San Raffaele. I medi-

ci lo hanno operato al cervello, ha lesioni molto profonde. È in coma farmacologico, le condizioni sono disperate.

Le prime indagini dei carabinieri del Reparto operativo, guidato dal colonnello Antonio Coppola, e della compagnia di San Donato, partono da quella che appare come una «lite per motivi di viabilità». Ma ci sono tanti punti ancora da chiarire. A cominciare dalle parole del 62enne davanti agli investigatori: «Conosco quel medico, mi ha visitato quattro mesi fa, mi ha fatto una flebo, dato delle terapie ma non ha risolto i miei problemi. Anzi». In realtà agli investigatori al momento non risultano visite o contatti tra Falchetto e il suo aggressore.

Il 76enne lavorava da vent'anni a contratto con il Policlinico, sempre nel pronto soccorso, in chirurgia d'urgenza. E negli archivi non ci sono precedenti accessi in ospedale del 62enne. Allo stesso modo non è chiaro per-



ché si trovasse in quell'area, in auto, riservata alle sole ambulanze o alle urgenze. «Stavo male, volevo essere visitato», le sue parole al momento del fermo. Davanti ai carabinieri, coordinati dal pm Giovanni Polizzi, ammette di avere colpito il dottore: «Ho urtato per sbaglio la sua auto. Lui è uscito e abbiamo iniziato a discutere. Non c'ho visto più e l'ho

colpito con un'accetta che avevo in macchina». Racconta in modo confuso d'averla buttata in un tombino. Gli investigatori la trovano, ma nascosta a casa, in cantina.

Falchetto, ex primario, è originario di Biella, nel 2009 aveva ricoperto l'incarico di consigliere comunale per la Lega Nord. Padre di cinque figli, la

laurea in Medicina a Torino nel '70. Poi anni nel pubblico in Piemonte e dopo la pensione il ritorno in prima linea.

Cesare Giuzzi
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ai carabinieri

«Quel medico però non aveva risolto i miei problemi. Ho urtato la sua auto per errore»

La vicenda

● Giorgio Falchetto, 76enne di Biella chirurgo a contratto al Policlinico San Donato, è stato aggredito ieri mattina nel parcheggio dell'ospedale

● Un pregiudicato di 62 anni ha prima colpito la sua auto, poi si è accanito contro il medico colpendolo ripetutamente con un'accetta

● Non sono ancora chiare le cause, se per una lite dovuta al parcheggio o se per questioni pregresse fra i due



La vittima

In alto il dottor Giorgio Falchetto, sotto il luogo dell'agguato

