



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 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

Palermo, il Covid torna a riempire i pronto soccorso: «La maggior parte dei degenti ha la polmonite»

15 Dicembre 2022



«Da circa due settimane registriamo un crescendo di accessi al pronto soccorso, con una notevole quantità di pazienti Covid sintomatici che stazionano in area di emergenza nell'attesa di essere ricoverati». Massimo Farinella, primario di Malattie infettive all'ospedale Cervello di Palermo, fotografa così la situazione attuale del suo nosocomio e del suo reparto, da giorni al completo, «con la maggior parte dei degenti affetti da polmonite più o meno severa», e sotto pressione a causa dell'accelerazione del virus: un'impennata «che riguarda un po' tutta l'Isola, come il resto d'Italia. D'altronde, rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso oggi abbiamo raddoppiato la quota di infezioni, e il maggior afflusso ospedaliero non è che la logica conseguenza di questo rialzo. Ma poteva andare pure peggio: se da una parte, rispetto al 2021, rileviamo il doppio di soggetti positivi e di decessi, dall'altra, contiamo meno ricoveri».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Catania, chiusa vertenza Pfizer fra esodi e trasferimenti: ora la riorganizzazione

15 Dicembre 2022



Si è conclusa la procedura di licenziamento collettivo avviata da Pfizer lo scorso 7 febbraio per lo stabilimento di Catania ed oggetto di una delicata vertenza tra la multinazionale e le sigle sindacali. La riduzione del personale di 130 unità, inizialmente prevista, dopo l'accordo tra le parti del 28 aprile si è trasformata in una adesione volontaria all'uscita, economicamente incentivata, che ha coinvolto 97 lavoratori, mentre 10 dipendenti hanno accettato la proposta di trasferimento nella fabbrica di Ascoli Piceno. Gli altri dipendenti sono stati recuperati grazie ad una variazione del mercato del prodotto Tygacil che ha determinato un incremento della commessa triennale. Alla luce degli esodi, ha avuto inizio anche una parziale riorganizzazione interna che deve essere completata, soprattutto per quanto riguarda la struttura gerarchica aziendale. Rispetto ai fondi inizialmente stanziati per gli investimenti nel 2022 (7,5 milioni di euro), Pfizer ha comunicato di avere speso circa 2,5 milioni di euro in più. «La vertenza Pfizer ha caratterizzato quasi tutto il 2022 ed è stata parecchio impegnativa dal punto di vista sindacale e umano - dicono i segretari provinciali i segretari provinciali Jerry Magno di Filctem Cgil, Giuseppe Coco di Femca Cisl, Alfio



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Avellino di Uiltec e Carmelo Giuffrida di Ugl Chimici, insieme alla Rsu. - È stato evitato il peggio attraverso una soluzione che, sicuramente, non ha risolto la problematica della perdita di oltre 100 posti di lavoro su Catania, ma quantomeno ha evitato il licenziamento di numerosi giovani con la concessione dell'incentivo al licenziamento volontario che ha impattato principalmente su lavoratori prossimi alla pensione. Abbiamo accolto positivamente l'incremento delle risorse investite, ma ci aspettiamo di più per il 2023».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Università, premiato un ricercatore di Catania per gli studi sull'Alzheimer

15 Dicembre 2022



Il dottor Andrea Magrì, ricercatore di Biologia molecolare nel dipartimento di Scienze biologiche, geologiche e ambientali dell'Università di Catania, ha ottenuto un finanziamento di oltre 40 mila euro su un bando competitivo Agyr 2022 (Airalzh grant for young reasearchers), che sostiene progetti di ricerca sulla malattia di Alzheimer proposti da promettenti scienziati under-40.

Il titolo del progetto finanziato è «Using NHK1 interfering peptide to recover mitochondrial dysfunction in Alzheimer's disease». PeptidALZ si propone di valutare in un topo il putativo effetto benefico del peptide NHK1 nel contrastare la disfunzione mitocondriale associata alla malattia. Il peptide NHK1 è una molecola brevettata (in Europa e negli Usa) dai biologi molecolari dell'Università di Catania per la sua azione anti-degenerativa. Lo studio fornirà informazioni utili all'individuazione di nuovi approcci tecnologici e possibili target farmacologici per una malattia



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

incurabile e dagli effetti devastanti qual è l'Alzheimer. In Italia si stima ci siano 600 mila individui colpiti da questa patologia neurodegenerativa. Inoltre, a causa dell'invecchiamento della popolazione, entro i prossimi trent'anni, i casi triplicheranno e, nel 2050, ne sarà affetta 1 persona su 85 in tutto il mondo. I sintomi di questa malattia compaiono quando il quadro istopatologico è già compromesso e, proprio per questo motivo, l'obiettivo dei Grants promossi da Airalz è quello di sostenere la ricerca di base per prevenire e rallentare la malattia di Alzheimer.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Riabilitazione cognitiva nei casi di demenza, l'ultima frontiera è la realtà virtuale

L'intervista di Insanitas a Laura Pisciotto, Psicologa di area Neuropsicologica ed esperta in questo innovativo trattamento.

15 Dicembre 2022 - di [Cristina Riggio](#)



La **demenza** è una delle malattie neurodegenerative sempre più diffuse a livello mondiale, con numeri in costante crescita. Ad oggi, purtroppo, non esiste alcuna cura rendendo la **riabilitazione cognitiva** l'unica strada percorribile. Si tratta di un trattamento **non farmacologico** consistente nell'apprendimento di strategie compensatorie e nello sfruttamento delle abilità residue, così da mantenere per maggior tempo possibile le capacità cognitive dei pazienti. Negli ultimi tempi, la riabilitazione cognitiva passa anche attraverso le tecnologie innovative, tra cui la **realtà virtuale**.

[A parlarne ad Insanitas](#) è **Laura Pisciotto**, psicologa di area Neuropsicologica, una delle poche esperte sul territorio di Palermo ad eseguire il trattamento grazie al conseguimento di un Master per la realtà virtuale, il trattamento consistente in un sistema **tridimensionale** che, attraverso l'utilizzo di



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

un **visore**, permette all'utente di calarsi in un ambiente reale. Nei soggetti affetti da demenza questo permette non solo di mantenere le capacità cognitive ma anche l'autonomia, entrambe fortemente compromesse dalla malattia. Ad esempio, il paziente affetto da **Alzheimer** ha la possibilità di immergersi in degli **scenari** che rappresentano vivamente la propria **quotidianità**, in modo da ripetere determinati comportamenti nella realtà "reale".

La riabilitazione cognitiva, inoltre, è fondamentale anche in termini di **prevenzione** favorendo la cosiddetta **plasticità cerebrale**, ovvero la potenzialità del cervello di variare funzione e struttura durante la vita adulta. È possibile sottoporsi al trattamento tramite realtà virtuale presso il Centro Medico l'Emiro, a Palermo, centro multidisciplinare basato sull'integrazione di diverse figure professionali.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'INTERVENTO

Cornea di plastica, trapianto record A Bologna donna recupera la vista

Giancarla, 76 anni, era considerata una paziente *visus moto manu*, ossia in una condizione paragonabile alla cecità totale, perché in grado di distinguere solo ombre e luce, ma non le forme. Dopo cinque anni di "buio" - già sottoposta a due trapianti di cornea con cellule da donatore, entrambi falliti - è riuscita a recuperare sei decimi in un occhio grazie a un intervento di mezz'ora, mai eseguito prima in Italia e centesimo caso al mondo.

Ad operarla Luigi Fontana, direttore di Oftalmologia dell'Irccs Policlinico Sant'Orsola di Bolo-

gna, che ad agosto ha eseguito sulla donna un trapianto, con protesi endoteliale in materiale polimerico, simile alla plastica. Non un trapianto di cornea da donatore, quindi, ma l'utilizzo di una sorta di piccola lente a contatto fatta aderire alla parete interna della cornea. Una tecnica inventata in Israele dal professor Ofer Dafna, il cui padre ha studiato e si è laureato in Medicina proprio all'Università di Bologna. Il trapianto di cornea è ancora l'intervento più diffuso, in Italia ne vengono eseguiti oltre cinquemila all'anno. E le tecniche si sono evolute nel tempo. Tut-

tavia, ci sono condizioni in cui il trapianto da donatore è impossibile o ha breve durata, per rigetto o presenza di altre patologie oculari. Appena lo scorso agosto un altro passo avanti straordinario, stavolta compiuto da alcuni ricercatori svedesi: l'impianto di una nuova cornea artificiale realizzata in collagene ricavato da pelle di maiale aveva consentito a 20 pazienti di ottenere un importante miglioramento della funzionalità visiva. Quattordici di loro erano ciechi e hanno recuperato la vista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



15/12/2022

ARIS E AIOP

Case di cura, la giunta approva il contratto delle aziende private

Fanelli: «Risultato storico per i lavoratori»

● **POTENZA.** Una forte spinta della Regione per l'applicazione del nuovo contratto nazionale collettivo di lavoro sanità privata Aris-Aiop.

La giunta regionale della Basilicata ha approvato ieri «il provvedimento utile all'applicazione del nuovo Contratto collettivo nazionale di lavoro Aris-Aiop Sanità Privata case di cura del personale appartenente alle categorie e qualifiche professionali che operano negli Irccs e nelle strutture sanitarie ospedaliere, iscritte ad Aris e Aiop, per acuti, per riabilitazione ospedaliera e lungodegenza e nei centri di riabilitazione».

Lo ha annunciato l'assessore alla salute, **Francesco Fanelli**.

«È una conquista importantissima quella che abbiamo approvato questa mattina; (ieri, ndr) un risultato storico a lungo perseguito in favore dei tanti lavora-

tori che finalmente, grazie all'impegno di tutti gli attori coinvolti, possono vedere soddisfatte le legittime aspettative e riconosciuta la giusta applicazione del contratto di lavoro».

Secondo l'assessore regionale alla Sanità, «abbiamo vinto tutti. L'intesa raggiunta, per quanto attiene i lavoratori di Universo Salute Basilicata Srl, prevede nel concreto una divisione dei costi derivanti dal rinnovo contrattuale annuo; il 50% sarà a carico del datore di lavoro, mentre il restante 50% sarà a carico della Regione Basilicata.

Questa ripartizione, ha spiegato nel suo intervento conclusivo l'assessore Fanelli - è un punto fermo, un impegno importantissimo che assicura il rinnovo contrattuale ai lavoratori per l'anno in corso e per quelli a venire». Insomma sono state poste le basi per rendere meno incerto anche il futuro lavorativo dei prossimi anni.

15/12/2022

L'assessore regionale Fanelli: «Questo che abbiamo raggiunto è un risultato storico perseguito in favore dei lavoratori»

Spinta della Regione per applicazione del nuovo Ccnl sanità privata Aris-Aiop

Estato approvato dalla Giunta regionale ieri mattina il provvedimento utile all'applicazione del nuovo Contratto collettivo nazionale di lavoro Aris-Aiop Sanità Privata case di cura del personale appartenente alle categorie e qualifiche professionali che operano negli Ircs e nelle strutture sanitarie ospedaliere, iscritte ad Aris e Aiop, per acuti, per riabilitazione ospedaliera e lungodegenza e nei centri di riabilitazione.

«È una conquista importantissima - queste le parole nella nota dell'assessore Fanelli - quella che abbiamo approvato ieri mattina: un risultato

storico a lungo perseguito in favore dei tanti lavoratori che finalmente, grazie all'impegno di tutti gli attori coinvolti, possono vedere soddisfatte le legittime aspettative e riconosciuta la giusta applicazione del contratto di lavoro».

«Abbiamo vinto tutti e per questo devo ringraziare la Direzione generale per la Salute e Politiche della persona, l'Azienda sanitaria di Potenza, i sindacati e in particolare, la società Universo Salute Basilicata Srl, poiché in questi mesi siamo riusciti a lavorare nella piena condivisione di intenti per dare risposte celeri e concrete ai lavoratori in attesa da due

lunghi anni», ha spiegato in seguito l'assessore alla Salute e Politiche della persona, Francesco Fanelli.

«L'intesa - conclude l'assessore Fanelli - raggiunta, per quanto attiene i lavoratori di Universo Salute Basilicata Srl, prevede nel concreto una divisione dei costi derivanti dal rinnovo contrattuale annuo; il 50% sarà a carico del datore di lavoro, mentre il restante 50% sarà a carico della Regione Basilicata; questo è un punto fermo, un impegno importantissimo che assicura il rinnovo contrattuale ai lavoratori per l'anno in corso e per quelli a venire».



● Francesco Fanelli



Gazzetta del Sud

15/12/2022

L'assessore Fanelli: «Un risultato storico nell'interesse dei dipendenti»

Varato il provvedimento per applicare il contratto ai lavoratori della riabilitazione

POTENZA - «Un risultato storico perseguito in favore dei lavoratori». Così l'assessore regionale alla Salute e alle Politiche della persona, Francesco Fanelli, nel comunicare l'applicazione in Basilicata del nuovo Contratto collettivo nazionale sanità privata Aris-Aiop, avvenuta «su forte spinta della Regione».

«È stato approvato dalla Giunta regionale questa mattina (ieri, ndr) - ha scritto Fanelli in un comunicato - il provvedimento utile all'applicazione del nuovo Contratto collettivo nazionale di lavoro Aris-Aiop Sanità privata case di cura del personale appartenente alle categorie e qualifiche professionali che operano negli Irccs e nelle strutture sanitarie ospedaliere, iscritte ad Aris e Aiop, per acuti, per riabilitazione ospedaliera e lungodegenza e nei centri di riabilitazione».

«È una conquista importantissima quella che abbiamo approvato questa

mattina - ha aggiunto l'assessore alla Salute -; un risultato storico a lungo perseguito in favore dei tanti lavoratori che finalmente, grazie all'impegno di tutti gli attori coinvolti, possono vedere soddisfatte le legittime aspettative e riconosciuta la giusta applicazione del contratto di lavoro».

In effetti si tratta di un provvedimento invocato da tempo e a più riprese un po' da tutte le organizzazioni sindacali di categoria. Un prov-

vedimento la cui mancanza ha più volte scatenato

contestazioni e pesanti critiche.

«Oggi abbiamo vinto tutti - ha proseguito Fanelli - e

per questo devo ringraziare la direzione generale per la Salute e Politiche della persona, l'Azienda sanitaria di Potenza, i sindacati e in particolare, la società Universo Salute Basilicata srl, poiché in questi mesi siamo riusciti a lavorare nella piena condivisione di intenti per dare risposte celeri e concrete ai lavoratori in attesa da due lunghi anni».

L'assessore regionale alla Salute ha infine spiegato che «l'intesa raggiunta, per quanto attiene i lavoratori di Universo Salute Basilicata srl, prevede nel concreto una divisione dei

costi derivanti dal rinnovo contrattuale annuo; il 50 per cento sarà a carico del datore di lavoro, mentre il restante 50% sarà a carico della Regione Basilicata; questo è un punto fermo, un impegno importantissimo che assicura il rinnovo contrattuale ai lavoratori per l'anno in corso e per quelli a venire».

La Regione si farà carico del 50% dei costi del rinnovo



L'assessore regionale alla Salute, Francesco Fanelli

Covid, per uscire dall'isolamento non servirà più il tampone negativo

Covid

Norma inserita nel dl Rave party. Abolito anche il green pass per entrare in ospedale

Marzio Bartoloni
Andrea Gagliardi

Il decreto "Rave party" approvato l'altro ieri al Senato e passato all'esame della Camera contiene anche alcune norme di carattere sanitario importanti nella gestione della pandemia, a partire da quelle annunciate dal ministro della Salute Orazio Schillaci, sull'isolamento dei contagiati da Covid. L'isolamento delle persone infettate si concluderà senza bisogno di fare un tampone. Chi ha il Covid deve restare a casa per 5 giorni, ma al termine potrà uscire senza più l'obbligo di fare un test. La modifica ha bisogno però di un chiarimento. Cosa succede se una persona ha ancora sintomi dopo 5 giorni? La questione dovrà essere risolta da una circolare del ministero della Salute.

Non finisce qui. Il decreto prevede l'abolizione del green pass negli ultimi luoghi in cui era rimasto l'obbligo. Fa-

miliari e visitatori di pazienti in ospedali e residenze sanitarie assistite (RSA) non avranno più l'obbligo di esibire il certificato verde. Cambiano le norme anche per la quarantena. Chi ha avuto contatti stretti con positivi oggi può uscire seguendo un regime di autosorveglianza per 10 giorni, indossando la mascherina. Un emendamento ha abbassato la durata a 5 giorni, sempre con mascherina al chiuso o in caso di assembramenti. E ha abolito la misura attuale che prevede «l'obbligo di effettuare un tampone» alla «prima comparsa dei sintomi». Come noto, grazie a un emendamento della Lega, quando entrerà in vigore la legge di conversione saranno sospesi fino al 30 giugno 2023 i procedimenti per le sanzioni da 100 euro per insegnanti, forze dell'ordine e in generale over 50 che al 15 giugno scorso non erano in regola con le vaccinazioni.

Infine l'Unità per il completamento della campagna vaccinale, guidata dal

generale Tommaso Petroni (istituita dopo la fine dell'incarico di commissario al generale Figliuolo), che doveva passare tutte le competenze al ministero alla Salute dal primo gennaio 2023, è stata prorogata fino al 30 giugno dell'anno prossimo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUARANTENA
Scende da 10 a cinque giorni la quarantena di chi ha avuto contatti stretti con persone positive al Covid



Isolamento Covid, norma nel dl Rave: “liberi” senza tampone dopo 5 giorni

L'ANNUNCIO

ROMA Addio al tampone per uscire dall'isolamento Covid. La norma è già stata votata nel “decreto rave” approvato in Senato, manca solo il passaggio alla Camera. «Abbiamo intenzione, lo abbiamo già detto da diverso tempo e spero che avvenga veramente a breve, di far sì che i pazienti positivi a Covid e asintomatici possano rientrare dopo cinque giorni al-

le normali attività anche senza ripetere il tampone». Lo ha ribadito il ministro della Salute Orazio Schillaci, ospite a Zona Bianca, su Retequattro. Oggi, per uscire

dall'isolamento, dopo cinque giorni è necessario effettuare il tampone. Se positivo, si resta a casa. Appena la riforma sarà varata, saranno sufficienti solo cinque giorni di isolamento senza il test finale. Servirà anche una circolare del ministro per determinare le procedure per i casi sintomatici (e soprattutto per indicare chi attesta che un paziente è asintomatico dopo avere ricevuto il primo test positivo). Sul fronte della diffusione del Covid, che in questi giorni sta correndo parallelo all'influenza, sta rallentando la risalita dei ricoveri: in una settimana il numero dei pazienti è cresciuto del 4,6%, con un incremento decisamente inferiore rispetto al ritmo di crescita registrato nelle scorse settimane: il 6 dicembre segnava +15% mentre il 29 novembre era pari a +19,5. Ma in riani-

mazione continua a preoccupare l'alta percentuale di pazienti che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino: sono il 34% del totale dei ricoverati con un'età media di 59 anni, mentre i vaccinati ne hanno in media 71. È quanto emerge dalla rilevazione degli ospedali sentinella aderenti alla rete Fiaso del 13 dicembre.

LA CONFERMA DEL MINISTRO SCHILLACI: SERVIRÀ UNA CIRCOLARE PER I CASI DEI PAZIENTI SINTOMATICI





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL PUNTO SULLA PANDEMIA

Rallentano i ricoveri Covid. «Stop al tampone di fine isolamento»

Mentre rallenta la risalita dei ricoveri Covid negli ospedali italiani - dove in una settimana il numero dei pazienti è cresciuto del 4,6%, con un incremento decisamente inferiore rispetto al + 15% e al +19,5% delle due precedenti - sono le novità inserite nel cosiddetto decreto "anti-Rave party" passato al Senato a tenere banco nel dibattito sulla pandemia. Il testo contiene infatti anche alcune norme di carattere sanitario decisive e già annunciate, per altro, dal ministro della Salute Orazio Schillaci. Si comincia dall'addio al tampone di fine quarantena: l'isolamento delle persone infette, che oggi dura 5 giorni, si concluderà cioè senza bisogno di fare un test. Resta naturalmente in vigore l'obbligo di isolamento, specie nel caso siano presenti sintomi: un punto, quest'ultimo, su cui il decreto però non interviene, motivo per cui è prevedibile che già nei prossimi giorni arrivi una circolare di chiarimento proprio da parte del ministero della Salute. Ancora, arriva l'abolizione defini-

tiva del Green pass negli ospedali e nella Rsa, ultimo luogo in cui era rimasto l'obbligo (fino a fine dicembre 2022): familiari e visitatori non avranno più l'obbligo di esibire il certificato verde. E infine, ecco il tanto criticato reintegro in servizio del personale sanitario No-vax e la promessa di un rinvio del pagamento delle multe per chi ha detto di no al vaccino contro il Covid. Una decisione confermata nonostante i numeri continuino a ribadire il "peso" insopportabile della scelta antiscientifica sul sistema sanitario nazionale: nelle rianimazioni da Nord a Sud continua infatti a preoccupare l'alta percentuale di pazienti che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino, che sono ben il 34% del totale dei ricoverati e hanno un'età media di 59 anni (mentre i vaccinati ne hanno in media 71). Rilevazioni freschissime, che arrivano dal report dagli ospedali sentinella aderenti alla rete Fiaso del 13 dicembre. Intanto secondo il bollettino aggiornato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) il nu-

mero di nuovi casi a livello globale è rimasto stabile (+2%) nella settimana dal 5 all'11 dicembre rispetto a quella precedente, con oltre 3,3 milioni di nuovi contagi segnalati, ma i decessi sono aumentati di oltre il 10%, con oltre 9.700 nuovi morti. All'11 dicembre 2022 a livello globale sono oltre 645 milioni i casi confermati e oltre 6,6 milioni i decessi.

Insomma, la pandemia è tutt'altro che sparita. L'Oms inoltre stima che nel mondo sono quasi 15 milioni (14,8) le morti in eccesso causate dalla pandemia tra il 2020 e il 2021: un dato che comprende anche tutte quelle morti collaterali dovute ad esempio all'interruzione dei servizi sanitari. Si tratta di quasi il triplo dei decessi riportati nello stesso periodo per essere stati causati direttamente dal virus Sars-CoV-2. Il numero è stato calcolato in uno studio guidato dall'Oms e pubblicato sulla rivista *Nature* ed è tra le stime più prudenti fatte da ricerche simili. Ciò significa che i decessi, molto difficili da calcolare a causa delle gran-

di differenze presenti tra i vari Paesi e dell'incompletezza dei dati, potrebbero essere molti di più.

Sul fronte della ricerca, presso l'ospedale San Martino di Genova è iniziato il secondo studio clinico sul dispositivo medico Sentinox, lo spray nasale anti Covid-19 la cui prima sperimentazione era stata avviata a maggio 2021. L'obiettivo è quello di valutare in questa seconda sperimentazione il suo utilizzo anche nella prevenzione delle infezioni respiratorie acute.

Nel decreto "anti-Rave" entrano l'addio definitivo al Green pass in ospedali e Rsa, oltre al reintegro dei medici No-vax



STOP AL GREEN PASS NEGLI OSPEDALI

Restrizioni Covid, svolta dell'esecutivo: «liberi» dopo 5 giorni anche senza tampone

Maria Sorbi
a pagina 16

L'EMENDAMENTO AL DL «RAVE»

Covid, svolta per i positivi: liberi anche con la febbre (e il tampone non servirà)

*La norma entro fine anno: scende a 5 giorni
l'isolamento, stop al green pass negli ospedali*

Maria Sorbi

■ Niente più limitazioni. Il Covid non fa più paura. Si chiude (si spera definitivamente) l'era del green pass e dei controlli. L'isolamento dei positivi, che oggi dura cinque giorni, si concluderà senza bisogno di tampone finale. A ufficializzare la decisione, già annunciata più volte dal ministro della Salute Orazio Schillaci, è un emendamento contenuto nel decreto Rave approvato dal Senato e pronto per essere votato alla Camera tra Natale e Capodanno.

Di fatto, resta l'obbligo di isolamento in caso di test positivo al Covid, ma dopo cinque giorni finisce tutto, senza bisogno di ulteriori controlli. Mettendo in soffitta il concetto di quarantena. Tanto che si potrà uscire di casa anche in caso di sintomi lievi. Nei prossimi giorni, una circolare del ministero preciserà come si dovranno comportare i malati che al quinto giorno non sono ancora del tutto guariti.

Saranno sospesi i procedimenti per le sanzioni da 100 euro, previste per gli over 50 che il 15 giugno scorso non erano in regola con le vaccinazioni. Inoltre non ci sarà più bisogno del certificato per entrare nelle strutture residenziali, socio-assistenziali, sociosanitarie, negli hospice e nei reparti di degenza delle strutture ospedaliere. Niente green pass per stare nelle sale di aspetto del pronto soccorso.

Cambiano le regole anche per le persone che hanno avuto contatti stretti con positivi: oggi possono uscire ma devono seguire un regime di auto-sorveglianza per 10 giorni, indossando la mascherina (cosa che ormai in pochissimi fanno). I giorni in cui essere cauti scendono a cinque, dimezzati.

Una situazione ben diversa rispetto allo scorso dicembre, quando ci si stava preparando al picco di Natale. Non solo i numeri sono infinitamente più bassi ma rallenta la risalita dei ricoveri Covid: in una settimana il numero di pazienti ha subito un incremento lieve pari al 4,6%, decisamente inferio-

re rispetto al ritmo di crescita registrato nelle scorse settimane (+15% il 6 dicembre e +19,5% il 29 novembre). La pandemia, ormai conclusa, lascia però alle sue spalle 14,83 milioni di decessi in eccesso associati al Covid in tutto il mondo dal 2020 al 2021 secondo le stime Oms riportate in un articolo su Nature.

Quest'anno sembra più pericolosa l'influenza del Covid. «Da quello che vediamo nelle terapie intensive italiane, in questo momento l'influenza sta facendo più danni del Covid tra i pazienti fragili. Perché contro il Covid molti si sono vaccinati, mentre abbiamo un'ampia fetta di popolazione con patologie croniche non protetta con l'antinfluenzale e quindi più esposta a compli-



il Giornale

canze» spiega Antonino Giarratano, presidente della Società italiana di anestesia, rianimazione e terapia intensiva Siaarti.

«Da nord a sud, senza particolari distinzioni tra regioni - spiega Giarratano - le terapie intensive sono messe a dura prova dall'aumento di persone con influenza e Covid, le cui epidemie per il primo ve-

diamo realmente sommate, visto che ancora lo scorso anno, grazie all'utilizzo delle mascherine, abbiamo avuto un'influenza meno intensa». A finire in terapie intensive per complicanze legate all'influenza, precisa il presidente Siaarti, «sono in genere malati cronici con problemi come diabete, ipertensione, insufficienza re-

nale o cardiaca: una volta contagiati, facilmente vanno incontro allo scompenso della loro patologia di base e hanno bisogno di cure intensive».

14,83

Secondo l'Oms i decessi in eccesso associati al Covid nel 2020-2021 sono stati quasi 15 milioni

LE NUOVE REGOLE

Chi è positivo a breve potrà evitare di fare il tampone dopo i cinque giorni di isolamento e tornerà libero pur presentando lievi sintomi



Covid colpo di spugna

Quarantena, tamponi, Green Pass
la maggioranza elimina
le restrizioni sulla pandemia
con una serie di emendamenti
al decreto anti rave al Senato

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

Via il tampone in uscita dopo 5 giorni di quarantena per i positivi, anche se si ha febbre, tosse e mal di gola. Via anche il Green Pass per accedere in ospedali e Rsa e sforbiciata da 10 a 5 giorni del periodo di autosorveglianza con l'obbligo di indossare le Ffp2. Con una raffica di emendamenti al decreto anti rave la maggioranza ha di fatto abolito il Covid. Che fa molto meno male di prima ma che da inizio anno ha fatto già 48mila morti, soprattutto tra anziani e fragili.

La novità destinata a far più discutere è però quella che cancella il tampone in uscita per i positivi al Covid, anche se sintomatici. Quindi, rimettendosi al senso di responsabilità di ciascuno, si potrà uscire di casa anche se sintomatici, senza sincerarsi se si sia diventati negativi al test. Cosa alquanto difficile quando si hanno ancora i sintomi. Una decisione più ra-

dicale di quella anticipata in interviste e dichiarazioni dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, che la fine della quarantena senza test finale l'aveva prospettata solo per gli asintomatici. Anche se infettivologi e virologi sostengono che non esistono studi a supporto della tesi che in assenza di sintomi non si sia più positivi. Figuriamoci quindi se si è ancora sintomatici.

È comunque vero che, a parte alcuni Paesi dell'est, nel resto d'Europa l'isolamento domiciliare è solo raccomandato, così come non è previsto l'obbligo di un test in uscita. Per Massimo Andreoni, Direttore scientifico della Simit, la società scientifica degli infettivologi, «si poteva aspettare prima di derubricare il Covid al livello di malattia banale, visto che ha una mortalità pur sempre 10 volte superiore a quella dell'influenza e che più lasciamo il virus libero di circolare, maggiore è il rischio che possa farci qualche brutto scherzo mutando in peggio».

Sempre nello stesso solco è la riduzione da 10 a 5 giorni anche del periodo di autosorveglianza di chi è entrato in

contatto stretto con un positivo, regime che consiste nell'obbligo di indossare le Ffp2 al chiuso o in presenza di assembramenti. Anche in questo caso è abrogato l'obbligo di eseguire un tampone al termine del periodo.

Ma le novità, destinate a far discutere la comunità scientifica, non finiscono qui. È stato infatti approvato anche l'emendamento a firma Lega che congela fino al 30 giugno prossimo le multe per i quasi due milioni di no vax ultracinquantenni che non hanno rispettato l'obbligo di vaccinazione anti covid in vigore fino al 30 giugno scorso. A fine novembre erano scaduti i termini per contestare l'infrazione e l'Agenzia delle entrate era già pronta a far partire le cartelle esattoriali con la sanzione di 100 euro. Poi l'annuncio dell'emendamento che ha fatto sospendere gli invii, che ora con l'approvazione definitiva della norma verranno rinviati almeno alla seconda metà



LA STAMPA

dell'anno prossimo.

Sempre con un emendamento al decreto anti-rave, approvato in prima lettura dall'Aula del Senato, viene cancellato l'obbligo di Green Pass per i visitatori di ospedali, ambulatori, Rsa e hospice, nonché per i pazienti destinati ai reparti di degenza. Il certificato verde non sarà necessario nemmeno per sostare nel-

le sale d'aspetto delle strutture sanitarie e assistenziali. Tutti obblighi del resto oramai ampiamente inapplicati.

Per fronteggiare l'ondata influenzale vengono infine stanziati 35,8 milioni in più per l'anno 2023. Gli emendamenti approvati, prima di diventare applicabili, dovranno ora essere approvati in via definitiva

dalla Camera dove però il decreto non dovrebbe subire altre modifiche per non rischiare la sua decadenza. —

LE NOVITÀ

Via il tampone d'uscita

L'isolamento delle persone infette dal coronavirus, che oggi dura cinque giorni, si concluderà, senza bisogno di fare un tampone. Resta in vigore l'obbligo di isolamento, ma lo si interromperà senza fare un test.



Meno autosorveglianza

I contatti stretti di positivi oggi possono uscire, ma devono seguire un regime di autosorveglianza per dieci giorni indossando la mascherina. Questa durata si abbasserà a cinque giorni come con la mascherina.



Basta Green Pass

Stop al Green Pass per entrare negli ospedali, ultimo luogo in cui era rimasto l'obbligo fino a fine anno. Lo stesso varrà per le residenze sanitarie assistite (Rsa), le strutture riabilitative e le residenze per anziani.



Sospensione delle multe

Fino al 30 giugno 2023 saranno sospesi i procedimenti per le sanzioni da 100 euro attualmente previste per over 50, insegnanti e forze dell'ordine che al 15 giugno scorso non erano in regola con le vaccinazioni.



DECILIA FABIANO / L'ESPRESSO

I tamponi che non saranno più necessari per uscire dalla quarantena



L'INTERVISTA

Fabrizio Pregliasco

“Un rischio troppo alto meglio aspettare la primavera”

Il virologo: “Con l’influenza sarà un Natale impegnativo, vaccinatevi”

Per il virologo dell'università di Milano, Fabrizio Pregliasco, la decisione di abrogare il tampone in uscita dall'isolamento domiciliare per i sintomatici è un azzardo: «Per gli asintomatici è un passo verso la normalità che si poteva fare, perché la contagiosità si concentra nei primi giorni dopo aver contratto l'infezione. Che poi non significa escludere totalmente la possibilità di contagiare gli altri, ma solo che quel pericolo diminuisce con il calare della carica virale. Un rischio che si può anche correre responsabilizzando le persone. Ma abrogare il tampone in uscita anche per i sintomatici, che invece hanno una carica virale ancora alta è un rischio troppo alto. Magari era un passo che si poteva tentare scavalcato l'inverno».

E dell'abrogazione del green pass in ospedali e Rsa cosa ne pensa?

«Che si poteva aspettare un po'

anche in questo caso. In futuro il green pass si potrebbe mantenere solo su indicazione del direttore sanitario in funzione del contesto in cui ci si trova, ossia della presenza di persone particolarmente fragili, ma anche del periodo. Mantenendolo ad esempio nei mesi invernali».

Le sembra giusto non far pagare le multe ai No vax?

«Questa, così come la decisione di anticipare il rientro dei sanitari non vaccinati, credo che sia una scelta politica. Certo è che così si mandano segnali ambigui».

Teme che in questo modo si allontanino le persone dalla vaccinazione?

«Sì, anche perché c'è già una certa stanchezza vaccinale. Questo perché non possiamo continuare a proporre il vaccino ogni 4 o 6 mesi. Dobbiamo arrivare a un richiamo annuale, concentrandoci su anziani e fragili. Detto questo sui vaccini non deve esserci alcuna am-

biguità, perché hanno salvato decine di migliaia di vite umane solo in Italia e ora è il momento di proteggersi anche dall'influenza. E invece anche qui la vaccinazione non sta andando bene purtroppo».

Ridurre l'autosorveglianza a 5 giorni senza anche qui tampone in uscita è un rischio calcolato oppure no?

«Accorciare i tempi ci sta per rendere più accettabile l'obbligo di indossare le Ffp2 nei luoghi chiusi e in quelli affollati. In questo caso un piccolo rischio in più lo si corre solo se si hanno sintomi. Se si frequentano persone fragili il tampone però lo farei e così come si fa con l'influenza in caso di sintomi si sta a casa».

Si sta avvicinando anche la scadenza di fine anno dell'obbligo di mascherina in ospedali e Rsa. Lo manterrebbe?

«Per ora sì, poi così come per il green pass lascerei che siano i direttori sanitari a dare delle indicazioni a secondo della fra-

gilità dei pazienti con i quali si entra in contatto. Ma a prescindere dagli obblighi dovremmo imparare dagli orientali, che indossano la mascherina non solo per proteggersi, ma anche per salvaguardare gli altri quando si hanno dei sintomi».

Dal primo gennaio non ci sarà più alcuna misura anti Covid. Un ritorno alla normalità si dice. Ma Omicron ha fatto quasi 50 mila morti...

«Infatti non è ancora il momento di abbandonare la prudenza che l'Italia ha sempre avuto. Omicron è meno pericolosa, ma è anche più contagiosa per cui il tasso di letalità dello 0,2% su un gran numero di contagiati dà purtroppo ancora un alto numero di vittime».

Tra Covid e influenza che Natale sarà?

«Impegnativo, soprattutto sul versante influenza. Il consiglio è di vaccinarsi se non lo si è fatto ed evitare troppi contatti con gli anziani». PA. RU. —

FABRIZIO PREGLIASCO
RICERCATORE DI VIROLOGIA
UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO



Su multe e medici
No vax ci sono
delle scelte politiche
che mandano
segnali ambigui

Impariamo dagli
orientali che mettono
le mascherine
anche per proteggere
gli altri dai sintomi



Direttore sanitario
Fabrizio Pregliasco, 63 anni,
è direttore sanitario dell'Ospedale Galeazzi di Milano



LA SCIENZA

LA PANDEMIA È FINITA SOLO PER LA POLITICA

ANTONELLA VIOLA

In questi ultimi anni, abbiamo tutti sperato che la pandemia finisse, che l'infezione da Sars-CoV-2 si trasformasse in un'influenza gestibile con una vaccinazione annuale. - PAGINA 27



LA PANDEMIA È FINITA SOLO PER LA POLITICA

ANTONELLA VIOLA

In questi ultimi anni, abbiamo tutti sperato che la pandemia finisse, che si potesse tornare alla normalità pre-Covid19, e che l'infezione da Sars-CoV-2 si trasformasse in un'influenza gestibile con una vaccinazione annuale, senza troppe regole, tamponi o restrizioni. Tuttavia, nonostante la narrazione recente, questo non è avvenuto o, per lo meno, non del tutto. Nel mondo, ancora oggi, il Sars-CoV-2 infetta ben oltre mezzo milione di persone al giorno (solo i casi identificati, quindi una frazione del totale) e causa diverse centinaia di decessi (circa 1700 al giorno). Il virus continua a mutare velocemente e al momento sono in circolazione almeno 9 versioni diverse di Omicron, numero destinato ad aumentare, a meno che non compaia qualche variante capace di prendere il sopravvento su tutte le altre. Nonostante grazie ai vaccini la letalità del Sars-CoV-2 sia decisamente inferiore rispetto ai primi tempi e sia oggi paragonabile a quella dell'influenza, il Covid19, per la sua grande diffusione, che sembra non risentire della stagionalità, continuerà a fare molte vittime anche nei mesi futuri. E, in una frazione di persone che guariranno, l'infezione lascerà problemi a lungo termine, che graveranno prima di tutto sulla loro qualità di vita ma anche sulla sanità e sull'economia.

Ecco perché la recente decisione di permettere alle persone contagiate dal Sars-CoV-2 di tornare a scuola e in ufficio o di salire su un treno o un aereo dopo 5 giorni dal primo tampone positivo, senza la necessità di verificarne la negatività con un test e, apparentemente, anche in presenza di sintomi, va oltre il superamento dell'emergenza e rischia non solo di far aumentare contagi e decessi ma anche di far passare il messaggio che ormai è tutto alle nostre spalle e che non è più necessario neppure



LA STAMPA

quel comportamento responsabile che abbiamo tanto invocato dopo la fine delle restrizioni. Non solo: questa misura potrebbe danneggiare alcuni settori, come il cinema o il teatro, perché temendo di trovarsi accanto un positivo molte persone potrebbero decidere di rinunciare a quella vita sociale che avevano appena ripreso.

La narrazione che sta passando in questi giorni sostiene che la pandemia sia ormai finita e che il virus sia divenuto endemico e quindi non sia più necessario occuparsene. Ma è davvero così? In realtà, a meno che un virus non scompaia improvvisamente, non è facile definire il passaggio da una situazione di pandemia ad una di endemia. Secondo gli epidemiologi, un'infezione è endemica quando il suo andamento è costante in una determinata regione geografica o quando è possibile fare delle previsioni accurate sull'andamento dei contagi, come accade per l'influenza stagionale. Non è quindi la gravità della malattia che fa la differenza tra una pandemia ed una endemia: malattie endemiche sono la malaria e la tubercolosi, re-

sponsabili nel complesso di circa 2,2 milioni di morti ogni anno. Sostenere quindi che il Covid 19 non sia più un problema perché il virus è ormai diventato endemico è una enorme sciocchezza. E lo è sia perché endemico non vuol dire poco pericoloso, come ci dimostrano malaria e tubercolosi, ma anche perché in realtà è davvero troppo presto per poter considerare consolidato e prevedibile il comportamento del Sars-CoV-2. La fine della pandemia è stata quindi una decisione politica, non scientifica. E questa decisione può costarci molto cara perché rischia di far aumentare il numero di morti e di pazienti ricoverati negli ospedali e di farci travolgere da nuove ondate o, nello scenario peggiore, da una nuova variante. —



A rischio pm lo stop ai tamponi in ospedale

L'emendamento al decreto elimina l'obbligo del test Covid nei pronto soccorso allo stremo. Ma molti dirigenti sanitari sono tentati di mantenerlo per coprirsi le spalle. Salvo poi piangere sull'emergenza

di **ALESSANDRO RICO**

■ L'emendamento che cancella l'obbligo di tampone nei pronto soccorso non impedirà ai direttori sanitari di stringere le maglie, anche negli altri reparti, per coprirsi le spalle da eventuali conseguenze penali dovute all'allentamento dei protocolli. Salvo poi gridare al collasso degli ospedali, causato anche dai tamponi a raffica.

alle pagine 10 e 11



Sui test nei pronto soccorso decideranno gli ospedali Rischio tamponificio in corsia

L'addio all'obbligo di esami nelle unità d'emergenza non impedirà ai vertici sanitari di stringere le maglie. Né di fare screening a raffica nei reparti per coprirsi le spalle

di **ALESSANDRO RICO**

■ A giudicare dal disinteresse di tv e giornali, la svolta sui tamponi in pronto soccorso è passata inosservata. Eppure, tra gli emendamenti al decreto Rave, approvato l'altro ieri dal Senato e il cui esame alla Camera è previsto per il 27 e il 28 dicembre, forse il più importante è proprio quello che

riguarda l'eliminazione dei test obbligatori ai pazienti che accedono alle unità d'emergenza. Chiaramente, senza nulla togliere alla sacrosanta decisione di cassare l'obbligo di green pass, quale requisito

per accompagnatori e visitatori in nosocomi e case di riposo. Persino i sassi, ormai, sanno che essere vaccinati non significa non essere infetti e contagiosi; dunque, pretende-



VERITÀ

re che, per andare a trovare un nonnino in Rsa o un paziente in reparto, sia necessario esibire il certificato Covid, è contrario alla logica, al buon senso e al metodo scientifico.

In un Paese in cui ci si riempie la bocca sul dramma degli ospedali al collasso, afflitti dalla cronica carenza di personale, la cancellazione del test coatto per i malati promette di restituire un pezzetto di normalità a chi, ogni giorno, combatte dentro una bolgia. Almeno, sgravando medici e infermieri da un'incombenza onerosa, che complica le procedure di gestione degli assistiti. E che costringe i sanitari ad allestire percorsi separati, dedicati ai positivi. Inclusi quelli del tutto asintomatici, finiti al triage per disturbi che nulla hanno a che vedere con il coronavirus.

Il testo del dl Rave, modificato grazie all'intervento dei senatori **Francesco Zaffini** (primo firmatario degli emendamenti e presidente della commissione Sanità), **Lucio Malan**, **Giovanni Berrino** e **Ignazio Zullo**, esponenti di Fratelli d'Italia, abroga l'articolo 2 bis del decreto 52, risalente al 22 aprile 2021. Quella norma non riguarda solamente gli «accompagnatori dei pazienti non affetti da Covid-19, muniti» di card e, pertanto, autorizzati a «permanere nelle sale di attesa dei dipartimenti d'emergenza e accettazione e dei reparti di pronto soccorso, nonché dei reparti delle strutture ospedaliere». Il testo stabilisce anche che, «per l'accesso alle prestazioni di pronto soccorso, è sempre necessario sottoporsi al test antigenico o molecolare», a prescindere dallo status vaccinale dell'interessato e salvi

«i casi di oggettiva impossibilità dovuta all'urgenza». In pratica, un ferito, vittima di un pesante incidente strada-

le, può essere medicato subito: non ci si deve prima preoccupare di smistarlo a seconda dell'esito dell'esame Covid. Grazie al cielo. Per chi non versa in immediato pericolo di vita, vige il trattamento sancito dal governo Draghi. Se invece Montecitorio, dopo Natale, confermerà la linea di Palazzo Madama, gli ospedali non saranno più tenuti a eseguire questo screening capillare. È insensato.

«Potrebbe essere intelligente», ha commentato ieri **Matteo Bassetti** con *La Verità*, «lasciare il tampone unicamente per chi è sintomatico e, magari, per gli ultrafragili: se si presenta un paziente ematologico, che deve andare accanto a un altro ematologico, lo sottoponi al test per evitare di farli entrare in contatto, in caso di positività. Ad ogni modo, è meglio lasciare che siano le Regioni e i direttori sanitari delle singole Asl a decidere a chi riservare i tamponi». E l'effetto degli emendamenti di Fdi sarebbe proprio questo.

Parlamento e governo non possono certo impedire ai dirigenti delle aziende sanitarie di stringere le maglie. È possibile che, tra l'esigenza di snellire le procedure e quella di schermarsi dalle possibili conseguenze penali dell'allentamento dei protocolli - ipotesi di scuola: un familiare che fa partire una denuncia perché lo zio si è infettato durante le cure - essi considerino più urgente tenere aperto l'ombrello giuridico. D'altronde, ancora martedì sera, mentre il Senato depennava le disposizioni introdotte da **Roberto Speranza** e **Mario Draghi**, intervistato a *Zona bianca*, su Rete 4, **Orazio Schillaci** sottolineava che mantenere i tamponi «per chi arriva in

pronto soccorso può essere una tutela».

A ciò si aggiunge un'altra incognita: come si comporteranno i vari reparti? Una buona quota dei ricoverati finisce nei relativi posti letto dopo il canonico passaggio in pronto soccorso. Gli altri seguono iter differenti. Ma non è detto che, abolito il tampone in fase d'emergenza, poi, il delirio dei percorsi separati non si trasferisca nelle corsie. È emblematico che l'unica Regione ad aver aggiornato, ammorbidendole, le linee guida - l'Abruzzo - continui a richiedere il tampone «prima del ricovero in qualsiasi area di degenza [...] o prima del trasferimento in chirurgia per un intervento». Condizioni già più rigorose di quelle previste dalla legge tuttora in vigore. Una sola cosa è sicura: se governatori e dirigenti salveranno il tampone, dopo la smettano di lamentarsi degli ospedali in affanno, intasati, ingestibili. Significa che saranno stati causa del loro male.

Nel frattempo, giungono notizie interessanti sul fronte del siluramento finale del lasciapassare verde. Il senatore **Zaffini** ci ha promesso che terrà conto dei suggerimenti della *Verità*: «Lavoreremo a un provvedimento specifico per cancellare definitivamente il codice a barre». La validità del riquadro che costituisce l'essenza del green pass era stata prorogata, tramite un decreto del marzo scorso, fino al 2025. È come se avessimo una pistola carica sul tavolo. Il governo di centrodestra smantellerà i rimasugli del regime fondato sulla tesserina, sì. Lo strumento in sé, però, sopravviverebbe. E potrebbe cadere ancora nelle mani sbagliate, tanto più che l'Ue - per la quale il green pass dev'essere in vigore almeno fino a giugno 2023 - ne ha recentemente tessuto le lodi. Ecco: sbrighiamoci a staccare la spina.



LA PROTESTA DEI MEDICI OGGI POMERIGGIO A ROMA

Sanità pubblica senza fondi avviata al fallimento

ADRIANA POLLICE

■ «Occorrono risorse adeguate a valorizzare il personale sanitario e rendere le professioni sanitarie più attrattive» parola del ministro della Salute, Orazio Schillaci. I fondi in legge di bilancio li elenca il ministro: 200 milioni l'anno per chi opera nei Pronto Soccorso ma dal 2024 (per il 2023 c'è la promessa); 2 miliardi 150 milioni in più per il 2023, 2,3 miliardi in più per il 2024 e ben 2,6 miliardi in più per il 2025. Una chiara inversione di tendenza se si considera che dal 2013 al 2019 il fondo sanitario è sempre stato defianziato». Un tono ottimista che cozza con l'Ufficio parlamentare di bilancio: «La spesa sanitaria programmata si riduce fino al 6,1% del Pil nel 2025, un valore inferiore al periodo pre pandemia (6,4% nel 2019)». Dal Pd Beatrice Lorenzin: «Per l'Ocse il limite sotto al quale non si può scendere, a rischio collasso del sistema, è il 6,6% del rapporto Pil - Fondo sanitario. Dal prossimo anno scendiamo ben al di sotto del 6,6%». Per il personale, la proposta di Schillaci: «Potrebbe essere utile far sì che i medici rimangano in servizio per altri 2 anni oltre l'età pensionabile».

I SINDACATI di categoria oggi manifestano a Roma (dalle 14 in piazza Santi Apostoli) con lo slogan «Salviamo la Sanità pubblica». Il segretario nazionale della Fp Cgil Medici, Andrea Filippi: «Da almeno 20 anni i governi stanno deliberatamente programmando il fallimento del Servizio sanitario, pubblico e universale, a vantaggio del privato, anche convenzionato. Un medico ospedaliero guadagna una media di 3mila euro nette al mese. Un

libero professionista ingaggiato a gettone nello stesso ospedale 1.200 euro lorde a notte. Il primo paga il 43% di tasse trattenute in busta paga il secondo con la flat tax il 15%. Tutti passeranno al rapporto non esclusivo viste anche le pessime condizioni di lavoro». Così si smantella la sanità pubblica: 48.800 medici, il 46% di quelli in servizio, entro il 2030 saranno andati in pensione, se si sommano le dimissioni volontarie si rischia un buco di 100mila camicie bianche. «I servizi sono tutti sovraffollati - prosegue Filippi - a partire dai Pronto soccorso: barelle ovunque, i posti letto sono talmente pochi che non si sa dove sistemare i pazienti. I cittadini si arrabbiano con i professionisti e fioccano le denunce. Uno scenario che si è deliberatamente costruito con politiche che hanno agito su alcuni fondamentali: riduzione del personale con blocco del turnover e tetti di spesa; servizi frammentati attraverso la regionalizzazione e aziendalizzazione; regimi di lavoro "fordisti"; attacco alle prerogative sindacali creando un clima di denigrazione dei lavoratori della sanità».

TRA IL 2010 E IL 2020 in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto soccorso, tagliati 37 mila posti letto: «C'è un iperafflusso al Ps perché è l'unica risposta che i cittadini trovano, si crea un'accumulo di pazienti per l'impossibilità di ricoverare chi ne ha necessità, siano essi acuti o cronici. Con la pandemia e l'ex ministro Speranza ci sono stati interventi parziali per mettere toppe, come l'aumento dei contratti di formazione specialistica, e il tentativo di costruire un modello territoriale sui servizi e le Case di comunità (anche se

mancavano le risorse per le assunzioni). Questo governo programma il fallimento: non mette fondi sul personale né per le assunzioni, non sblocca i tetti di spesa. Schillaci nella sua relazione in Parlamento si è limitato a leggere il documento del suo predecessore, sembrava il portavoce di Speranza. Nelle dichiarazioni aggiuntive ha fatto solo promesse. Non c'è nessuna proposta per il Ssn, assistiamo pure all'arretramento sulla riforma territoriale con il farmacista di FdI, Marcello Gemmato, che propone l'utilizzo degli studi dei medici di base e le farmacie». Il contratto nazionale è scaduto ma non si riesce neppure ad applicare quello passato: «Per il 2019 - 2021 abbiamo un atto di indirizzo, con la copertura finanziaria, che da mesi è fermo al Mef in attesa della bollinatura» conclude Filippi.

PIERINO DI SILVERIO, segretario nazionale Anaa Assomed: «Manifestiamo a favore del sistema sanitario pubblico non tanto perché il governo ascolti, visto che ha avuto modo di ascoltarci fino a oggi, ma perché i cittadini comprendano che, continuando con i disinvestimenti, sono a rischio la salute e le cure nel pubblico. Non possiamo essere né complici né vittime di politiche che determinano la morte del Ssn. La Nota di economia e finanza per il 2025 prevede uno stanziamento sul Pil del 6,1%, la media Ue è dell'11,3%. Dei 2,1 miliardi nel 2023, 1,4 è per il caro bollette; 60 milioni ai medici a partire dal 2024 e solo ai medici di pronto soccorso, briciole. Non chiediamo un contentino ma di essere messi nelle condizioni di erogare cure».

NODI STRUTTURALI: «L'unica omogeneità che esiste nel nostro sistema



il manifesto

sanitario è la difficoltà, che è presente da Canicattì a Bolzano - prosegue Di Silverio -. Anche le regioni *benchmark* sono a rischio default, i Ps soffrono di *overboarding* in Piemonte quanto in Campania. Stiamo vivendo una pandemia professionale che invece la politica preferisce chiamare crisi vocazionale. La flat tax incoraggerà la libera professione e il lavoro a cottimo: la cura richiede la presa in carico del paziente, ci vuole continuità e un rapporto di lavoro stabile, qualificante, gratificante». Sulla sanità territoriale: «Bisogna trovare fondi per le assunzioni, forse si potrebbe utilizzare il Mes. Al momen-

to l'unico progetto che c'è è il dm 77 di Speranza, se decidono che non piace allora discutiamone, facciamo finalmente un progetto unitario su sanità territoriale e ospedaliera». Al governo chiedono: «La flat tax deve essere applicata anche a parte del lavoro dipendente come misura tampone. A medio termine, aggiornare il dm 70 (la riforma del sistema ospedaliero ndr) viste le mutate condizioni sociali, economiche e sanitarie. Abbiamo un contratto scaduto e ancora non è cominciata la trattativa, il contratto precedente non è stato applicato. Dobbiamo sederci a un

tavolo - conclude Di Silverio - e cambiare modello di lavoro, oggi siamo in una gabbia lavorativa e una cassaforte legislativa, la parola d'ordine deve essere aprire».

Discutiamo finalmente di un progetto unitario che comprenda la medicina territoriale e quella ospedaliera

**Pierino Di Silverio
(Anaa Assomed)**

Filippi (Fp Cgil): «È come in trincea, i posti letto sono così pochi che non si sa dove sistemare i pazienti»



Il reparto di terapia intensiva all'Ospedale Maggiore di Bologna foto LaPresse





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL FATTO La fine di Massimiliano

«Cure palliative precoci per prevenire dolori insostenibili»

Marcello Ricciuti,
direttore di hospice: cosa
occorre con pazienti
che chiedono la morte

DANILO POGGIO

Le cure palliative sono la risposta - concreta ed efficace - che la medicina deve dare a chi sente tutto il peso della disperazione. La storia di Massimiliano, il 44enne toscano malato di sclerosi multipla, morto in un centro specializzato svizzero qualche giorno fa ricorrendo al suicidio assistito, ha riaperto il dibattito sul fine vita. Ma, anche questa volta, poco spazio viene dato alla moltitudine di persone che chiedono invece di ricevere la migliore assistenza possibile davanti alla sofferenza. «Pare che la richiesta di eutanasia sia molto diffusa, ma è vero il contrario. I pazienti chiedono di vivere al meglio il tempo che hanno». A ribadire ciò che tutti i palliativisti, in base alla loro esperienza, continuano a spiegare è Marcello Ricciuti, direttore dell'Hospice dell'Azienda ospedaliera San Carlo di Potenza e membro

del nuovo Comitato nazionale per la bioetica. «Il suicidio - commenta - è una grande sconfitta del sistema sanitario, che dovrebbe offrire invece assistenza e supporto a tutti. Nessuno deve essere lasciato da solo con il proprio peso davanti alla sofferenza. Noi che siamo in hospice ogni giorno e vediamo migliaia di pazienti non riceviamo sostanzialmente mai richieste di andare a morire. E dobbiamo ricordare che le cure palliative non sono soltanto per dare sollievo agli ultimi giorni di vita o per i malati oncologici: sono molto utili anche nei casi di malattie neurodegenerative, come la sclerosi multipla, che prevedono una sopravvivenza ben più lunga. È importante che siano correttamente applicate, in modo precoce, prima di arrivare al punto di non essere più in grado di sopportare un peso divenuto ormai eccessivo». Per l'équipe di cura la sfida è sedare tutti i tipi di dolori. Oltre alla sofferenza del corpo, vanno curati anche il dolore psicologico dell'ansia o della depressione, il dolore spirituale di chi si trova a interrogarsi sul dilemma della morte, o il «dolore burocratico» che deriva dalle difficol-

tà per la gravosità economica di un'assistenza costante al letto del malato. «Lavoriamo in squadra. Come medici - conclude Ricciuti -, abbiamo strumenti per arrivare quasi ad annullare il dolore fisico. E agiamo insieme a psicologi, assistenti spirituali e sociali, per dare risposte integrate ai pazienti e alle loro famiglie. Anche i volontari sono preziosi: con le terapie occupazionali arricchiscono il tempo della vita. La sfida è che le cure palliative siano offerte davvero a tutti, non a una percentuale ridotta rispetto a chi ne ha bisogno. In Italia abbiamo una buona legge, ma va ancora applicata integralmente».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL DOCUMENTO «Sui tetti» si aggiunge alle sigle del laicato promotrici del «Manifesto» a 70 anni dalla Dichiarazione Onu

La vita al centro dei diritti umani: associazioni in campo

FRANCESCO OGNIBENE

«**O**gni individuo ha diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza della propria persona». No, non è un testo del Movimento per la Vita, né un documento del magistero papale: è quel che si legge da 74 anni all'articolo 3 della «Dichiarazione universale dei diritti umani, adottata il 10 dicembre 1948 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Roba superata dall'onda dei «nuovi diritti»? È semmai vero il contrario, se il presidente della Repubblica Sergio Mattarella pochi giorni fa si è scomodato per ricordarne l'anniversario spiegando che si tratta di un documento che «afferma il rispetto della persona e delle sue libertà fondamentali come diritto che appartiene a tutta l'umanità».

Che la vita sia un caposaldo dei diritti umani per unanime riconoscimento del massimo consesso mondiale è ben chiaro da sempre al Movimento per la Vita, che alla scuola di Carlo Casini ha imparato ad appellarsi al loro linguaggio laico e globale per rivendicarne il rispetto sin dal grembo materno. Per questo nel 70° di quel testo solenne se ne volle ri-

lanciare lo spirito e la lettera con un «Manifesto sul diritto alla vita» pubblicato da *Avvenire* il 10 dicembre 2018 e sottoscritto da 57 associazioni di ispirazione cristiana (il testo integrale e tutte le firme al link tinyurl.com/bdhckfrs nel sito di *Si alla Vita*) proprio per proporre un rilancio della «cultura dei diritti umani» secondo la Dichiarazione: un argine alla manipolazione del loro concetto secondo la pretesa di un certo - dilagante - «dirittismo» per cui quasi ogni desiderio viene candidato a diventare «diritto». Due i punti al centro del Manifesto di quattro anni fa: «L'identità umana del concepito - componente della famiglia umana - e la maternità quale segno dell'amore per la vita, particolarmente espresso dalla gravidanza». Quanto al primo, venne sottolineato che «il dibattito pubblico deve essere concentrato sulla identità umana del concepito sia per la sua forza argomentativa sia per la sua efficacia preventiva capace di salvare vite umane, specialmente quando l'aborto è privatizzato e reso possibile mediante prodotti chimici assumibili nella propria abitazione». Quanto a gravidanza e maternità, si mise in chiaro che essa «indica come traguardo del

moto di liberazione la capacità tutta femminile di imprimere sull'umanità il segno dell'amore, il quale suppone, a sua volta, il riconoscimento del concepito come la meraviglia delle meraviglie, il risultato della creazione in atto,

una freccia di speranza lanciata verso il futuro, uno di noi». Quattro anni dopo la pubblicazione del Manifesto, in un periodo nel quale è chiaro quanto sia importante un concetto autentico di diritti umani, è tempo di riprendere in mano quel testo associativo, rileggerlo e farne propri i concetti ispiratori. L'hanno fatto le associazioni che di recente hanno dato vita alla Pubblica agenda «Ditelo sui tetti» (al link tinyurl.com/5n9y7cyh l'elenco delle sigle), aggiungendo la loro adesione al Manifesto. Un gesto significativo per una rete di realtà laicali impegnate nei più diversi ambiti della società e sempre più significative come interlocutori culturali e politici sulle grandi questioni della vita umana. Il Manifesto - persino superfluo dirlo - è ancora aperto all'adesione di altre associazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La bandiera dell'Onu

Nel 2018 il testo lanciato dal Movimento per la Vita e pubblicato da *Avvenire*



ANTIVIRUS



TEST GALLERI, SPERANZA DIAGNOSTICA ANTICANCRO

*** IL CANCRO**, nel cui termine rientrano le più disparate neoplasie, con diversi gradi di severità, resta, a oggi, una delle più temute patologie. I progressi della scienza sono stati davvero entusiasmanti ma, a tutt'oggi, l'arma vincente resta la precocità della diagnosi. La ricerca si sviluppa in due diversi filoni, l'identificazione di *markers* precoci (diagnosi) e, dall'altra, nuove terapie. Sappiamo che queste ultime, sebbene siano migliorate in termini di efficacia, non hanno ancora raggiunto l'obiettivo della guarigione, se non in poche tipologie oncologiche. La diagnosi, sempre più sofisticata e precisa, rimane la principale *chance*. In un primo momento, questa era affidata esclusivamente a test diretti, biopsie, cioè esami delle cellule presenti in un campione asportato chirurgicamente dall'organo interessato. A queste si sono aggiunte tecniche radiologiche, spesso adiuuate da liquidi (mezzi di contrasto) che, inoculati endovena nel paziente, sono in grado di evidenziare la neoplasia. Purtroppo la risoluzione di queste immagini che ne derivano è tale da evidenziare neoformazioni ma-

croscopiche e le biopsie implicano un intervento chirurgico e aver già individuato la sede della neoplasia. Potrebbe essere già tardi per sperare in una guarigione. La sfida è individuare la neoformazione, già quando sono presenti solo poche cellule cancerogene. Questa condizione dà la possibilità di intervenire tempestivamente, prima che si sia formato il tumore o, ancor peggio, si sia propagato nell'organismo con metastasi in sedi diverse dalla primaria. A tale scopo, da anni, si cerca di riuscire a utilizzare il sangue come liquido biologico che possa avere già delle alterazioni o composizioni, segno di una neoplasia in atto. Questi test sono detti *markers* tumorali. Ben noti il PSA per il cancro alla prostata, altri per il cancro al colon, al seno. Purtroppo, fino a oggi le neoplasie intercettabili con questi metodi sono state un numero molto limitato, lasciandone scoperte la maggior parte. Recentemente è stato messo a punto un test, con la precisione che supera il 97 per cento e che è in grado di rilevare precocemente diverse tipologie di tumori, per i quali non esistevano *screening* di routine. L'esame si chiama M-

CED o test Galleri ed è in grado di rilevare questi non diagnosticabili tumori, allo stadio I e II. L'impatto sulla sopravvivenza dei pazienti potrebbe essere sorprendente. Ricordiamo che il fenomeno interessa 1 uomo su 2 e 1 donna su 3 e che si registrano globalmente ogni anno, circa 10 milioni di nuovi casi al mondo, dei quali 180 mila in Italia (dato 2021). Ci auguriamo che presto il test possa essere adottato routinariamente, regalando vite umane.

MARIA RITA GISMONDO

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

**PREVENZIONE
CI AUGURIAMO
CHE PRESTO
DIVENTI
ROUTINE**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SCIENZA & VITA Promesse scientifiche e questioni etiche nel webinar sulla «medicina personalizzata»

Nel genoma c'è il segreto della prevenzione

GRAZIELLA MELINA

La mappatura del genoma e poi la condivisione dei dati prevista dall'iniziativa europea «1+Million Genomes (1+MG)», avviata nel 2018, potrà aprire la strada a terapie più efficaci. Resta aperta però la questione delle implicazioni etiche e dei limiti che, come hanno sottolineato ieri sera gli esperti intervenuti al webinar promosso dall'associazione Scienza & Vita, dovranno essere posti per evitare possibili derive. «L'iniziativa europea – ha spiegato Domenico Coviello, direttore del laboratorio di Genetica Umana dell'Irccs Gaslini di Genova e membro del Coordinamento Nazionale “1+ Million Genomes” – vuole unire gli sforzi degli Stati del continente in questa ricerca più ampia in merito alla possibilità di fare più prevenzione nei soggetti che manifestano specifiche fragilità, trovare una terapia personalizzata nelle malattie più comuni quali ipertensione e problematiche cardiovascolari, e una cura di precisione nei tumori, in modo da colpire in modo selettivo solo le cellule tumorali e non tutte le cellule del nostro corpo, come avviene nell'attuale chemioterapia». Ma visto che «per raggiungere tale scopo

si dovranno condividere i dati clinici contenuti nei sistemi informatici, come pure garantire la raccolta e la conservazione in sicurezza e qualità dei campioni biologici associati ai dati clinici dei cittadini – ha sottolineato Antonio G. Spagnolo, direttore dell'Istituto di Bioetica e Medical Humanities dell'Università Cattolica di Roma – si pone una serie di questioni bioetiche tutt'altro che irrilevanti per valutare ancora una volta l'impatto etico, legale e sociale che il progetto 1+MG comporta». A cominciare dall'arruolamento dei soggetti che dovranno sottoporsi ai test genetici. «È proprio questa informazione che risulta problematica: o si tratterà di una informazione limitata ad avere il consenso per analizzare solo geni ben precisi, o altrimenti si tratterà di dare un consenso ampio senza poter essere informati su quali geni specifici andranno ricercati dato che l'obiettivo è quello di analizzare l'intero genoma». Quanto poi all'obiettivo ultimo di arrivare a una “medicina di precisione”, ha precisato Spagnolo, «occorre dire che si tratta piuttosto di una “medicina dell'imprecisione”, in quanto porre l'attenzione solo su alcuni parametri individuali per identificare trattamenti più efficaci non significa affatto che non ve ne

siano altri, magari più rilevanti, dei quali non si conosce ancora la portata».

Le questioni aperte, insomma, sono molteplici. «La mappatura genetica – ha precisato Alberto Gambino, prorettore dell'Università europea di Roma e presidente di Scienza & Vita – è di un'estrema utilità nel leggere il Dna. Si può vedere per esempio anche in maniera migliorativa, curativa, la predisposizione genetica di una malattia che però si potrebbe curare. Certe volte abbiamo una lettura di resistenza verso le innovazioni perché immaginiamo un utilizzo distorto: viene in mente il tema delle disabilità, o delle interruzioni di gravidanza legate a patologie del feto: il rischio di derive oggettivamente ci può essere. In questo caso – ha aggiunto – il punto di non ritorno è che non si possono utilizzare queste tecnologie predittive al fine di eliminare l'imperfezione, ma sono utili invece se permettono l'eliminazione di quelle patologie che potrebbero presentarsi in futuro. È fondamentale, insomma, mettere sempre al centro la dignità della persona che si vuole curare».

L'associazione presieduta da Alberto Gambino mette a tema le molte ricadute dell'iniziativa europea «1+Million Genomes»



Corpi tecnologici, la vita passa di qui

Cresce rapidamente il ricorso ai materiali per uso biomedicale, sempre più necessari a custodire o recuperare la nostra salute. Parla lo studioso Devis Bellucci

EUGENIO GIANNETTA

Capire di cosa sono fatte le sostanze che ci circondano, quale sia la loro struttura chimico-fisica e la tecnologia che le produce è un'avventura chiamata scienza dei materiali. Esiste all'interno di questa scienza un'intera classe di materiali che inseriamo nei nostri corpi per provare a vivere meglio. In alcuni casi, per poter continuare a vivere. Li chiamiamo biomateriali e hanno una storia fatta di ricerche pionieristiche e visionarie, svolte scientifiche ed esperimenti, ma soprattutto di un discorso che spesso sconfinava nella riflessione etica. A parlarne ora in un libro intitolato *Materiali per la vita. Le incredibili storie dei biomateriali che riparano il nostro corpo* (Bollati Boringhieri, pagine 224, euro 20) è Devis Bellucci, ricercatore in Scienza e tecnologia dei materiali all'Università di Modena e Reggio Emilia.

Che cosa si intende per biomateriali?

Sono sostanze, o combinazioni di sostanze, sviluppate con l'intento di riparare gli acciacchi dei nostri corpi che - si sa - vengono al mondo col timbro del tempo e dell'imperfezione. Possono essere sia materiali tradizionali, come il silicone, sia materiali innovativi, progettati per interfacciarsi con l'organismo umano. I biomateriali migliorano la qualità delle nostre vite, ancor di più oggi che, almeno nei Paesi occidentali, tutti possiamo aspirare a raggiungere e superare il traguardo degli ottant'anni.

Quali sono le frontiere più innovative della ricerca in questo settore?

Al primo punto direi il *drug delivery*, ossia il rilascio controllato di farmaci. Materiali che possono essere impiegati per condurre un farmaco direttamente al *target*. Ci sono materiali molto utilizzati, anche esterni, come i ce-

rotti per la schiena. Il secondo punto è tutto ciò che può portare energia tessutale, cioè arrivare un giorno a ricreare un organo in laboratorio e impiantarli nel paziente. Gli ingredienti sono tre: le cellule del paziente, un materiale su cui sistemare le cellule e un insieme di stimoli, in modo da ottenere un costrutto immediatamente compatibile, che significa anche niente farmaci anti-rigetto. Terzo punto, l'ingresso sempre più massiccio dell'elettronica nei nostri corpi: si può così arrivare anche a rendere il nostro corpo più performante. Tuttavia il mio pensiero è che debba essere più che altro ripristinata la situazione di salute dell'individuo, e non rendere più performante l'essere umano. Tra le principali difficoltà su cui si lavorerà in futuro ci sarà anche quella della ricostruzione degli organi, che sono vascolarizzati e non si possono rigenerare senza vasi sanguigni.

Da un punto di vista etico come vanno affrontate queste questioni? Si parla per esempio di uomo-cavia e uomo bionico.

Su questi temi, così come su quelli del corpo performante, mi viene in mente il caso delle protesi in fibra di carbonio che portarono l'atleta Oscar Pistorius a correre più veloce dei normodotati. Quelle due protesi sono artefatti esterni che non comunicano con il corpo. Diverso è quando si connette il corpo in qualche modo - come nel caso Harbisson, affetto





dalla nascita da acromatopsia congenita, ossia l'impossibilità di vedere i colori - e si impianta un'antenna dotata di microtelecamera che riesce a tradurre i colori in suoni. In questo caso il cervello è collocato in una realtà altra e si sviluppa in maniera diversa. Inoltre basterebbe modificare il sensore: cambie-

rebbe ogni cosa. In questo modo Harbisson potrebbe per esempio vedere anche l'infrarosso, che normalmente non si può vedere. L'obiettivo deve essere sempre e solo cercare di preservare la salute e ottimizzare la persona. Immagino ci saranno una fetta di persone in futuro che si accontenterà di stare bene e un'altra che dirà "perché no?". Più che chiedermi che cosa in futuro sarà in grado di fare l'uomo quando lo sostituiamo con biomateriali ed elettronica, personalmente sarei curioso di sapere cosa rimarrà dell'uomo.

Quali sono gli interessi economici

dietro a tutto questo?

Nessun sistema sanitario nazionale potrà sostenere la costruzione di uomini performanti, perché non sono soluzioni a basso impatto economico. Nell'ingegneria dei tessuti invece sarebbe auspicabile, perché si

tratta di un'alternativa spesso salvavita nei confronti della persona. Però l'uomo da 6 milioni di dollari è un'altra cosa... Quante persone potrebbero accedere a questo genere di cambiamento? Aumenterebbe il divario tra i cittadini.

Qual è il rapporto con la disabilità riguardo a queste innovazioni?

La mia speranza, quando penso a persone con disabilità, è che un paraplegico, per esempio, grazie ai biomateriali o alla medicina rigenerativa possa in futuro riparare i tessuti e tornare a camminare. Queste ricerche credo abbiano ricadute enormi per migliorare la condizione di vita delle persone, anche solo con protesi esterne di grande tecnologia, leggerezza e valore estetico.

In sintesi

1

In «Materiali per la vita. Le incredibili storie dei biomateriali che riparano il nostro corpo» Devis Bellucci esplora con stile narrativo le tecnologie già diffuse o futuribili in aiuto alla nostra domanda di salute



Devis Bellucci



2

Nei nove capitoli si parla tra l'altro di bioattività, citotossicità, protesi d'anca, silicene, acido ialuronico e collagene, ingegneria dei tessuti e cellule staminali



Generi alimentari

Tutto il buono dei probiotici, senza esagerare

PAOLO PIGOZZI

Si possono evitare i raffreddori di stagione consumando yogurt, ricco di probiotici? Se fosse così automatico sarebbe troppo semplice. C'è chi, dal punto di vista scientifico, si è posto il problema e le conclusioni, sia pure non definitive e corredate da qualche condizionale, sono sostanzialmente positive. Una revisione di studi su questa questione (*Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 8. Art. No.: CD006895*) commentata da Rebecca De Fiore (dottoremaeveroche.it) suggerisce in effetti che chi assume probiotici vede ridursi il rischio di ammalarsi di raffreddore e di tosse. Non solo, assumendo probiotici si riduce la necessità di far ricorso agli antibiotici per curare le infezioni respiratorie.

Un vantaggio assai rilevante (tuttavia apparentemente limitato ai pazienti pediatrici) considerato che il problema dell'antibioticoresistenza e la necessità di un uso più oculato di questi farmaci sono da tempo oggetto di preoccupata attenzione da parte della comunità scientifica. Altro indizio utile ricavato dalla revisione citata è che

l'assunzione di probiotici accorcia di un giorno la durata della malattia. Che significa tutto ciò per la nostra quotidianità? Dobbiamo arruolarci nell'esercito dei consumatori seriali di probiotici (di «fermenti lattici» si sarebbe detto un tempo) acquistando e ingurgitando capsule, bustine, flaconcini e quant'altro i produttori mettono in campo? Sta di fatto che il mercato globale dei probiotici è assai fiorente e le previsioni di crescita per i prossimi anni lo sono altrettanto (più di 60 miliardi di dollari nel 2021, quasi 115 miliardi previsti nel 2029 secondo *Data Bridge Market Research, Bloomberg 2022*).

In qualche occasione gli integratori vanno anche bene, ma occorrerebbe non dimenticare che una dieta basata prevalentemente su alimenti vegetali (insalate fresche, verdure cotte, cereali integrali, legumi, semi oleosi) è in grado di apportare una buona quantità di probiotici e di favorire lo sviluppo della comunità microbica che alberga nel nostro intestino. Senza contare che altri alimenti di uso corrente sono derivati da processi fermentativi e sono quindi ricchi di probiotici. È il caso dello yogurt, ma anche delle verdure lattofermentate (i crauti, le rape rosse, ecc.), dell'aceto preparato in casa, delle acciughe e delle olive sottosale e delle meraviglie che gli orientali ottengono dalla lenta fermentazione della soia (tamari, shoyu, miso, tempeh).



BERTOLASO SENZA FRENI

In Lombardia fanno le vax night Quarta dose anche ai dodicenni

di **ANGELA CAMUSO**

■ In Lombardia spuntano le vax night: porte aperte degli hub fino a tardi per ricevere antinfluenzale e quarta dose anti Covid, dai 12 anni d'età. Bertolaso

spiega: «Continueremo a farlo, il ministero raccomanda le vaccinazioni». Non è così: il richiamo è consigliato ai fragili.

a pagina 11



La Lombardia s'inventa le vax night Quarta dose anche ai dodicenni

La Regione apre gli hub fino a tardi per antinfluenzale e secondo booster, dai 12 anni. Bertolaso si giustifica: «Lo faremo ancora, il ministero raccomanda le vaccinazioni». Ma il richiamo è consigliato solo ai fragili

di **ANGELA CAMUSO**

■ Vax night. Ci risiamo. Come se nulla fosse, come se non esistesse ormai una solida letteratura scientifica che documenta i rischi, senza alcun beneficio, del cosiddetto vaccino anti Covid per bambini, adolescenti e giovani adulti; come se moltitudini di persone danneggiate dai sieri, anche assai gravemente, non esistessero; come se non fosse vero che alcuni tra i Paesi più evoluti al mondo (vedi Danimarca, Svezia e Florida) abbiano addirittura sospeso la somministrazione di dosi di richiamo non solo a bambini e adolescenti ma anche ai giovani adulti, la Regione Lombardia, imperterrita, promuove di nuovo l'inoculazione di massa a occhi chiusi per chi di questo farmaco, ancora in fase sperimentale, non ha bisogno. Apponendo il suo logo a una scintillante locandina che somiglia a un flyer di una notte in discoteca, infatti, la stessa Regione che nel 2020 vietò, sostan-

zialmente, ai medici di base di visitare i malati di Covid, allineandosi ai diktat di Speranza e lasciandoli aggravarsi, in totale abbandono, con la famosa «vigile attesa e tachipirina», oggi di nuovo spinge, senza applicare alcun principio di precauzione, i nostri figli a inocularsi per la quarta volta.

La locandina in questione, che annunciava la vax night presso l'hub vaccinale di Dalmine per serata dello scorso 2 dicembre, realizzata dall'Asst di Bergamo, peraltro, è stata inoltrata ai ragazzi, tramite mail, pure dall'università della stessa città, non si sa perché. La dottoressa **Michele Pilot**, direttore generale dell'ateneo bergamasco, ha ritenuto doveroso, evidentemente, inviarla a tutti gli studenti. «Vaccinazioni quarta dose anti Covid dai 12 anni compiuti (che abbiano ricevuto già la terza dose); accesso libero senza prenotazione fino alle ore 22,40; portare solo la tessera sanitaria» c'è scritto nel testo della locan-

dina, che dunque esplicitamente esclude qualsiasi altro tipo di documentazione necessaria a ricevere il vaccino anti Covid: dunque niente esami che possano escludere di essere infetti nel momento dell'inoculazione; ovvero screening di anamnesi. Macché. L'importante è respirare per farsi inoculare, secondo Regione Lombardia, e d'altra parte **Guido Bertolaso**, assessore al Welfare nella giunta del governatore **Fontana**, candidamente ammette, raggiunto al telefono dalla *Verità*, che non c'è stato soltanto



VERITÀ

il vax night di Dalmine, ma ci sono stati e ci saranno vax day e vax night in tutta la Regione «per incentivare la vaccinazione», dice **Bertolaso**. perché «il ministero della Sanità ci ha mandato la circolare sulle vaccinazioni anti Covid e noi l'abbiamo applicata», spiega. «Chi si vuole vaccinare lo fa. Chi non vuole lascia stare».

Bertolaso, allora, forse non ha letto bene la circolare, che peraltro si trova pue sul sito di Regione Lombardia nella pagina dedicata alle vaccinazioni in cui campeggia, neanche a dirlo, nell'homepage, ancora la scritta «Più siamo prima vinciamo», secondo il falso assunto che più gente si vaccina, più velocemente sarà sconfitta la pandemia, quando ormai tutti sanno che il vaccino non blocca il contagio, anzi, ormai un'ampia letteratura scientifica ci dice che il susseguirsi di booster rendono le persone più vulnerabili all'infezione. **Bertolaso** non ha letto la circolare del ministero perché la circolare (numero 40319 del 23 set-

tembre 2022) in realtà non raccomanda affatto la quarta dose per i giovanissimi, bensì soltanto per quelle persone sopra i 12 anni «con elevata fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti». Allora? Perché la vax night? «Noi diamo la possibilità a tutti di vaccinarsi», insiste **Bertolaso**, che però sembra non distinguere tra i due concetti: una cosa è mettere a disposizione il vaccino a tutti un'altra è promuoverlo come si sta facendo. Proseguendo la conversazione, se ne capisce il perché: «Io la mia nipotina di 9 anni la vaccino! Io sono più che convinto che questi vaccini sono utili. Non ci risultano tutti questi rischi per il vaccino anti Covid. I vaccini servono per evitare la malattia grave», afferma **Bertolaso**, e pare sincero. Così, scopriamo che non ha letto neppure i dati dell'Istituto superiore di sanità, che ci dicono che in due anni e mezzo di pandemia sono morti di Covid «soltanto» 37 tra bambini e adolescenti, cioè meno di 19 in un anno su un totale di più di dieci milioni di under 19. L'Iss scrive pure che il 67,8 per cento dei deceduti per

Covid avevano più di tre patologie pregresse, e quindi se su 10 milioni sono morti 19, vuol dire statisticamente che nessun bambino o ragazzo sano è mai morto di Covid, ma questo **Bertolaso** non lo vuole sentire. Figuriamoci, allora, se abbia voglia di studiare i dati scientifici, come quelli emersi da un imponente studio realizzato in Inghilterra su 42 milioni di individui: il rischio di miocarditi post-vaccinazione, per gli uomini sotto i 40 anni, è risultato di sei volte superiore al controllo, ma non c'è niente a fare. La Lombardia vuole la quarta puntura per tutti. Anche se non ce n'è ragione.

The flyer is titled "VAX NIGHT" in large pink letters. Below it, in smaller text, it says "Vaccinazione Antinfluenzale e 4° dose Anti Covid". To the left, there is a calendar icon for December 2nd. To the right, a purple box contains the text: "dalle ore 16.00 alle ore 23.00 HUB Vaccinale CUS Dalmine - Via Kennedy". At the bottom left, under the heading "INFORMAZIONI UTILI", it lists: "Vaccinazioni antinfluenzali per tutti i cittadini, a partire dall'età pediatrica", "Vaccinazioni 4° dose Anticovid dal 12 anni compiuti (che abbiano ricevuto già la 3° dose)", "Accesso libero senza prenotazioni fino alle ore 22.40", and "Portare solo la tessera sanitaria". At the bottom right, there is a logo for "Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest". The background features stylized human figures and stars.

INQUIETANTE La locandina della vax night a Dalmine, (Bergamo), per ricevere antinfluenzale e quarta dose di anti Covid da 12 anni



L'aggressione al Policlinico di San Donato Milanese

Morto il medico preso a colpi d'accetta

■ Non ce l'ha fatta Giorgio Falcetto, il medico aggredito a colpi d'accetta nel parcheggio del Policlinico San Donato martedì mattina. Il 76enne è morto nella serata di ieri, all'ospedale San Raffaele, dove era ricoverato, dopo 36 ore in coma farmacologico successivo a un intervento d'urgenza in neurochirurgia. Troppi gravi le ferite inferte alla testa dal suo aggressore, un uomo di 62 anni, pregiudicato per truffa e porto d'armi, identificato in un quartiere popolare di Rozzano e sottoposto a fermo immediatamente dopo il fatto dai Carabinieri della Compagnia di San Donato Milanese. La furia dell'omicida si era scatenata dopo un semplice diverbio nel parcheggio dell'ospedale dovuto a un tamponamento tra le rispettive auto. «Non ho capito più nulla», aveva subito spiegato il 62enne. Che

aveva anche raccontato di essere stato paziente della sua vittima, proctologo e chirurgo d'urgenza da oltre 30 anni. «Le cure che mi aveva prescritto mi avevano fatto stare male», aveva spiegato. Che fosse in carico al dottor Falcetto, però, non è emerso da nessun atto né documento ufficiale. L'accusa nei confronti dell'aggressore sarà ora riqualificata da tentato omicidio a omicidio volontario.



Morbillo, è allarme tra i medici

► Dopo l'ultimo picco di infezioni del 2017, la malattia è tornata a manifestarsi
► Gli esperti: «Fondamentale vaccinarsi». Attenzione anche a meningite e tubercolosi

L'ultima epidemia di morbillo risale al 2017 eppure c'è un'onda di ritorno almeno a sentire i primari dei pronto soccorso di numerosi ospedali non solo romani dove l'incidenza delle infezioni è tornata a manifestarsi. Sia sui piccoli che contraggono il virus non vaccinandosi sia sul personale medico e sanitario. Una situazione questa che ha spinto la direzione regionale Salute della Regione Lazio a "raffor-

zare" le indicazioni di sorveglianza, controllo e prevenzione su tutto il territorio. La missiva con cui si chiede di prestare maggiore attenzione per evitare che i casi di morbillo aumentino, è stata inviata alla fine di novembre a tutte le direzioni generali di Asl e ospedali, ai medici di famiglia e ai pediatri.

Mozzetti alle pag. 58 e 59

SANITÀ

L'allarme della Regione

Il ritorno del morbillo, boom di casi tra i medici «Rischio nuova ondata»

► Dopo l'ultimo picco di infezioni del 2017 la malattia è tornata a manifestarsi
► I più esposti sono i sanitari ospedalieri
La Pisana: «Fondamentale immunizzarsi»

L'ultima epidemia di morbillo risale al 2017 eppure c'è un'onda di ritorno almeno a sentire i primari dei pronto soccorso di numerosi ospedali non solo romani dove l'incidenza delle infezioni è tornata a manifestarsi. Sia sui piccoli che contraggono il virus non vaccinandosi sia sul personale medico e sanitario. Una situazione questa che ha spinto la direzione regionale Salute della Regione Lazio a "rafforzare" le indicazioni di sorveglianza, controllo e prevenzione su tutto il territorio. La missiva con cui si chiede di prestare maggiore attenzione onde evitare che i casi di morbillo aumentino,

è stata inviata alla fine di novembre a tutte le direzioni generali di Asl e ospedali nonché ai dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie locali, ai medici di famiglia e ai pediatri e al laboratorio di virologia dello Spallanzani. Dal 2017 «i casi sono progressivamente diminuiti - si legge nella circolare - ma gli operatori sanitari hanno rappresentato una percentuale crescente dei casi osservati per il maggior rischio di esposizione».

LA CRESCITA

Nel 2018 i camici bianchi infettati rappresentavano il 4,3%, l'anno

seguito la percentuale salì al 5,9% e poi al 12,4 nel 2020 e al 22,2% l'anno successivo. «In Europa - si legge ancora nella circolare - dopo la diminuzione osservata nel 2020 e soprattutto nel 2021, si



sta verificando un nuovo aumento dei casi». E solo nello scorso mese di novembre, informa la Regione, è stato «osservato un caso di morbillo in un operatore sanitario di un pronto soccorso, con possibile esposizione occupazionale. Il caso, per le implicazioni in termini di potenziale rischio dei pazienti, nonché per le complicanze della patologia, sottolinea l'importanza dell'immunizzazione dei professionisti sanitari contro questa ed altre infezioni». Tornando per un attimo alla crescita dei casi registrata negli scorsi anni è bene soffermarsi su un aspetto: nel 2018 l'89% dei casi avuti non era vaccinato o aveva una vaccinazione incompleta mentre per i casi accertati nel 2021 tutti i sanitari risultavano scoperti dalla vaccinazione. «Al momento è episodico poi, fra qualche tempo, di-

venterà strutturale - spiega Giulio Maria Ricciuto, a capo dei medici di pronto soccorso - purtroppo le vaccinazioni non hanno raggiunto il 95% della copertura prevista. Dopo il Covid, con l'influenza, do-

vremo stare attenti anche al morbillo, mentre ricominciano anche le meningite e i casi di tubercolosi considerata la riduzione di mascherine e sistemi di protezione delle vie aeree». Come per il Sars-Cov-2 anche il morbillo si diffonde per via aerea quando una persona infetta respira, tossisce o starnutisce. E il virus può essere trasmesso anche prima dell'inizio dell'eruzione cutanea: a partire da quattro giorni prima del "rash" quando si hanno sintomi cosiddetti aspecifici come malessere e febbre. Il virus del morbillo, inoltre, «può rimanere infettivo nell'aria o su superfici contamina-

te - prosegue la Regione nella missiva - fino a due ore dopo che una persona ha lasciato un'area». E dunque? «Si raccomanda ai medici di famiglia e ai pediatri di limitare il ricorso alle cure in pronto soccorso ai soli casi sospetti di morbillo che presentino segni di complicanze e si raccomanda alle strutture sanitarie di mettere in atto procedure operative per la conseguente applicazione delle misure di isolamento aereo».

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RICCIUTO (PRONTO SOCCORSO): «CON COVID E INFLUENZA STIAMO ATTENTI ANCHE A MENINGITE E TUBERCOLOSI»



PRECAUZIONI NELLE CORSIE D'OSPEDALE

Infermieri e medici in corsia, sullo sfondo un operatore sanitario protetto con tuta, guanti e maschera: l'ultima epidemia di morbillo risale al 2017 eppure - a sentire gli esperti - c'è un'onda di ritorno negli ospedali



I contagi possono avvenire anche durante il trasporto dei malati con l'ambulanza



L'intervista **Claudio Maria Mastroianni**

«Vaccinazioni rallentate, è anche colpa del Covid»

► Per il presidente della Società italiana di malattie infettive: «Bisogna accelerare» ► «Il siero non garantisce la copertura al 100% ma il decorso della malattia è più leggero»

«**M**i preoccuperei se si dovesse abbassare la soglia dei vaccinati. Certo è che il lockdown può aver influito al rallentamento delle vaccinazioni, che non bisogna mai dimenticare per la loro importanza». Lo dice Claudio Maria Mastroianni, il presidente della Simit, la Società italiana di malattie infettive e tropicali che è anche professore ordinario di Malattie Infettive della Sapienza. Secondo la scienza il virus del morbillo è contagiosissimo, più di Sars-Cov-2, quello che invece causa la Covid-19. Chi si avvicina un po' di più ai suoi tassi di contagiosità è la variante Omicron 5. Ecco, dunque, che anche qui (come per la Covid), la prevenzione è fondamentale per cercare di contrastare il dilagare del virus e, di tutta risposta, contenerne il numero dei casi. Anche il rallentamento dei servizi sanitari causati dal lockdown Covid può aver inciso sul numero delle vaccinazioni anti-morbillo. E, quindi, il freno tirato un po' di più sulle somministrazioni nei periodi più bui oggi obbliga a pigiare l'acceleratore. Il vaccino è l'arma che la medicina ha a disposizione ormai da tempo, per una lotta che va fatta giorno dopo giorno.

Professor Mastroianni, perché gli operatori sanitari sono più a rischio di contagio?

«È chiaro che gli operatori sanitari sono i primi soggetti esposti a una qualsiasi malattia infettiva.

Importante è usare le giuste precauzioni, come le mascherine. Così il rischio di contagio si abbassa, come per qualunque altra patologia infettiva».

Quanto serve la vaccinazione contro il morbillo? È così efficace come si dice?

«Tantissimo. È importante procedere invece con le vaccinazioni. Io mi preoccuperei, invece, se si dovesse abbassare la soglia di copertura vaccinale, cioè se sempre meno persone arrivino ad immunizzarsi contro la malattia».

Ma perché se ci si vaccina contro il morbillo, ci si può ancora infettare?

«Come tutte le vaccinazioni non c'è una copertura al 100%. Quindi, non dà una protezione assoluta. Ma permette, in caso di contagio, di avere un decorso leggero o asintomatico. Per ora l'unica terapia contro il morbillo è proprio la prevenzione».

La pandemia di Covid-19 può aver prestato il fianco al morbillo e, dunque, indebolito la lotta alla malattia?

«A livello internazionale c'è un trend di ritorno del morbillo legato alle minori vaccinazioni fatte durante la pandemia di Covid-19. Infatti, in alcune aree del pianeta la crescita è stata anche del 70%. L'invito è a non abbassare mai la guardia».

E in Italia?

«I tassi di copertura vaccinale sono buoni. Due o tre anni fa ci fu una epidemia o, meglio, maggiori

casi di infezione. Anche qui il Covid ha un po' rallentato l'accesso ai servizi vaccinali. Quella contro il morbillo, infatti, è una vaccinazione obbligatoria che ai bambini va necessariamente fatta».

Il decorso della malattia spesso non è grave e ce la si può cavare con un decorso che dura tra i 10 e i 20 giorni, con febbre ed eruzioni cutanee. Proprio come la Covid la sua trasmissione è legata alle droplet, le goccioline che produciamo quando si parla o si respira. Ma di questa malattia ci si può anche morire. Quali sono le complicazioni più gravi che potrebbero derivare dal morbillo?

«Possono capitare polmoniti gravi, encefaliti, problemi neurologici e malattie cardiache. Si può indebolire il sistema immunitario ed è molto importante vaccinarsi e proteggersi contro questa infezione».

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

**QUESTO VIRUS
PUÒ PROVOCARE
COMPLICAZIONI
MOLTO GRAVI
COME POLMONITI
ED ENCEFALITI**

