



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

13 GENNAIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

USA Da maiale modificato Il primo trapianto con cuore animale Speranze e dubbi

ANDREA LAVAZZA

David Bennett è ancora collegato alle macchine che l'hanno fatto sopravvivere di recente, ma sorride nelle foto e rilascia interviste per iscritto. La sua vita rimane appesa a un filo, eppure per questo 57enne dal destino segnato a causa di una grave patologia cardiaca la speranza si è riaccesa. E ciò dipende dal primo xenotrapianto della storia, effettuato il 7 gennaio all'University of Maryland Medical Center di Baltimora dove, con un intervento di 8 ore, il chirurgo Bartley Griffith gli ha impiantato un cuore prelevato da un maiale geneticamente modificato. Un cuore che ora batte regolarmente nel suo petto.

Bennett, che non rientra nella lista di chi attende un organo umano perché la sua malattia è ritenuta troppo grave, ha fatto domanda alla Fda per un'autorizzazione straordinaria alla procedura. «Dovevo scegliere tra morire e il trapianto sperimentale - ha detto -. Ma io voglio vivere, so che è come sparare nel buio, era però la mia

ultima possibilità».

L'animale che per ora l'ha salvato viene dall'allevamento di un'azienda biotech che è intervenuta su dieci geni di quei maiali. Tre, responsabili del fortissimo rigetto che caratterizza i trapianti tra specie diverse, sono stati silenziati. Sei geni sono stati invece inseriti per contribuire al controllo del processo di risposta immunitaria, e un ultimo gene è stato spento per evitare la crescita eccessiva dell'organo.

L'équipe medica ha utilizzato anche un nuovo farmaco sperimentale per impedire al sistema immunitario del paziente di rigettare il cuore nuovo e un'apparecchiatura innovativa per pompare un fluido speciale nell'organo al fine di mantenerlo vitale dopo l'espianto.

L'attenzione della comunità medica mondiale e di tantissime persone bisognose di un trapianto cardiaco (sono 107mila solo negli Usa e 17 di esse muoiono ogni giorno) è puntata sul decorso post-operatorio di Bennett, che dovrebbe essere presto staccato dalla macchina e, se non insorgeranno complicanze, avviato a una riabilitazione dopo alcune settimane di stretta osservazione.

Se le attese sono alte, dato che gli xenotrapianti sembravano un campo senza più

prospettive, gli aspetti etici sono complessi e delicati. C'è infatti il tema del via libera (pur d'emergenza e compassionevole) a una serie di tecniche non testate e sulle quali non c'è trasparenza, presumibilmente anche per ragioni commerciali. Di conseguenza, il consenso informato dato dal paziente a un intervento che per ora resterà un unicum non appare completamente trasparente, anche se l'ospedale ha fatto sapere che Bennett ha effettuato anche un colloquio psicologico.

C'è poi da chiedersi com'è possibile che una ricerca così importante, che potrebbe strappare a morte certa centinaia di persone, sia appannaggio di un'azienda privata, in questo caso l'americana Revivacor, originariamente una costola della Ppl Therapeutics, la società britannica che produsse la pecora clonata Dolly, poi acquisita nel 2011 dalla United Therapeutics. Temi meritevoli di tempestivo approfondimento. Adesso, tuttavia, è importante per tutti che David Bennett riesca a tornare a casa.



L'équipe con il cuore impiantato / Ansa



Posti letto occupati e boom di costi È l'effetto no-vax sulle rianimazioni

VITO SALINARO

I suoni della terapia intensiva si distinguono nel lungo corridoio le cui grandi finestre affacciano sui 14 letti, tutti occupati. Sono i bip dei sensori, gli stantuffi dei respiratori automatici, sono i sospiri affannosi che filtrano dai caschi dell'ossigenazione 24 ore su 24. È uno spettacolo sonoro cupo, ritmato, sinistramente cadenzato. Qualche paziente di quelli semicoscienti lo percepisce. Altri no. Il 40enne Luigi (il nome è di fantasia) ha smesso di ascoltare il suo stesso respiro lunedì, quando si è arreso al Covid-19. Non riteneva il vaccino necessario e ha preferito non immunizzarsi. Il suo letto, al secondo piano del padiglione Rossini dell'ospedale Niguarda di Milano, è di nuovo occupato.

Tanti come Luigi rifiutano la profilassi. Sono il 65% dei 144 ricoverati per Covid, 130 dei quali hanno trovato posto nei reparti ordinari, come quello di Malattie infettive del nosocomio milanese. Questo ospedale è uno dei più importanti del Nord Italia, con i suoi 1.000 posti letto e quasi 5.000 dipendenti. Di terapie intensive il Niguarda, tra i maggiori centri trapiantologici del Paese, ne ha quattro, per un totale di 33 posti letto, che sono arrivati a triplicare quando, nel novembre 2020, l'ospedale diede ricovero contemporaneamente a 340 persone, 40 delle quali in intensiva. Allora, chi più chi meno, tutti i quasi 60 reparti del nosocomio prestarono letti e

uomini per fronteggiare l'emergenza nuova e interminabile. Dodici di queste unità operative afferiscono al Dipartimento medico polispecialistico, uno dei dieci del Niguarda. A guidare il Dipartimento è stato chiamato il primario della struttura complessa di Reumatologia, il bergamasco Oscar Epis, molto a suo agio a dispensare terapie tra i letti dei pazienti, decisamente meno a produrre e firmare carte per la burocrazia nel suo spazioso ufficio, dove fa bella mostra di sé una maglia autografata dello juventino Marchisio. «È tutto diverso da un anno fa – dice – quando non c'erano i vaccini. E anche la prima ondata è un ricordo. I reparti stanno tenendo. Almeno al momento le limitazioni sono contenute ma chi ha deciso di non immunizzarsi ci crea grossi problemi».

Due in particolare: «I non vaccinati hanno un'età più bassa rispetto agli altri ricoverati e più raramente presentano copatologie. Queste persone vanno incontro spesso a degenze più lunghe di chi si è immunizzato. Ora, se ho un letto occupato più a lungo, avrò più problemi a gestire altre situazioni. Perché i letti non sono infiniti e neanche il personale, già alle prese con le quarantene, lo è – incalza Epis –. Alla fine a pagare questo stato di cose sono gli altri pazienti». Che magari con il Covid non c'entrano nulla ma «che hanno necessità di cure di alta intensità. Davvero non capisco: i dati sull'utilità dei vaccini sono inequivocabili, eppure li si rifiuta. Su certe scelte contro i no-vax – si azzar-

da a osservare – sarei stato molto più drastico... anche se, e qui non si discute, da medico devo curare tutti». Pure quelli che accampano pretese singolari... «Non pochi – riprende Epis – quando varcano le porte dei reparti vogliono mettere le cose in chiaro, a modo loro: "Datemi solo gli anticorpi monoclonali", chiedono. Ecco, il vaccino non lo vogliono, i monoclonali, che magari sono stati testati su un numero di persone enormemente inferiore, sì. Dovrebbero mettersi la mano sulla coscienza e domandarsi quali conseguenze arrecano alla società nella quale vivono e quali ritardi pagano gli altri pazienti, per esempio gli oncologici, a causa dei loro lunghi e in gran parte evitabili ricoveri». Il secondo problema Epis non lo espone a chiare lettere «perché io devo pensare a curare». Ma è presto detto. Se un paziente in terapia intensiva costa mediamente circa 4.000 euro al giorno, un mese di degenza costringerà l'erario, e quindi il contribuente, a sborsare 120mila euro. Non proprio problemi secondari per un Sistema sanitario nazionale che fatica a reggere questi ritmi.

Nello stesso Padiglione dove si trovano alcuni dei reparti Covid a media intensità, e cioè nel Blocco Nord, ci sono le stanze di degenza della pediatria. Colori e



fantasia dell'arredamento sono eloquenti e aiutano i piccoli pazienti ad ambientarsi. Nella sala d'attesa alcune mamme aspettano di parlare con i medici. Quattro bambini sono ricoverati a causa del Covid, sono piuttosto fragili ma la loro prognosi è incoraggiante e i medici contano di poterli dimettere a breve. «L'alta contagiosità che non risparmia bambini e ragazzi è un segno di riconoscimento della variante Omicron – dichiara Epis –, ma pur se i pazienti vaccinati sono molto più al sicuro, e il quadro clinico sta cambiando in meglio anche grazie ad alcuni anticorpi monoclonali e all'avvento dei farmaci antivirali, non significa che la pericolosità del virus sia svanita». Anche se, proprio il minore impatto a livello patologico, è dimostrato da un altro dato: i tantissimi

asintomatici. «Molti scoprono di essere positivi dopo che accedono da noi per altre cause: un incidente stradale, la frattura di un femore o di un bacino, un trattamento chemioterapico. Quando sono qui fanno il tampone che rivela la positività e quindi li "etichetta" come pazienti Covid. Questa condizione – chiarisce il reumatologo – ci ha spinto a creare reparti polispecialistici e "letti fluidi" che ospitano malati con patologie molto diverse tra loro e che sono trattati da specialisti che non possono riceverli direttamente nei reparti specifici». Si tratta di una delle tante "trasformazioni" del Niguarda di questo periodo, in cui l'ospedale, a lungo hub per il Covid, ha dato risposte a migliaia di cittadini. Un'altra, di queste tra-

sformazioni, riguarda il Blocco Dea, il Dipartimento Emergenza Urgenza, nel settore Est dell'ospedale, tra i più attrezzati del Paese. Qui ci sono gli spazi del Pronto soccorso, che non finisce quasi mai di essere affollato, qualche volta per necessità del tutto marginali. In quest'area c'è un'altra terapia intensiva Covid che si va riempiendo. «Ma questi reparti e lo stesso Pronto soccorso – evidenzia Epis – potrebbero essere molto meno frequentati se noi facessimo tesoro di quanto vissuto sinora, e cioè se ci fosse un'adeguata "scrematura" di casi da parte dei medici di medicina

generale, in molti casi difficili da reperire durante le prime ondate». Quale altra eredità ci lascia questa pandemia? «Temo dovremo ancora scoprirla – ammette il primario –; perché oltre ai problemi dei pazienti cronici che a lungo si sono visti interrompere visite, interventi, esami e consulti, solo in parte recuperati grazie alla telemedicina, abbiamo perso tante prime visite. Intendo tante diagnosi precoci o tempestive. Di malati oncologici e cardiologici certo, ma anche di pazienti che fanno meno "rumore": quelli diabetici o reumatologici che, assieme ai bambini e ragazzi che hanno fortemente subito la pandemia a livello psicologico, costituiscono l'eredità indiretta, sommersa e inquietante di questa pandemia, le cui conseguenze sono difficilmente decifrabili».

L'identikit di chi non ha fatto la profilassi: ha un'età più bassa rispetto ai vaccinati e più raramente presenta copatologie. Va incontro spesso a degenze più lunghe

Il primario Epis: «Al momento le limitazioni sono contenute ma chi ha deciso di non immunizzarsi ci crea grossi problemi. Alla fine a pagare per questo stato di cose sono gli altri pazienti»

IL REPORTAGE

Al Niguarda di Milano tutti esauriti i posti nelle terapie intensive Covid. L'eredità indiretta della pandemia? Prime diagnosi ritardate e malati dimenticati



LE PREVISIONI DEGLI ESPERTI

L'infettivologo: «Oggi sono circa 10 milioni di positivi. Il 50% della popolazione contrarrà il virus»

Bassetti vede la fine del tunnel «In primavera fuori dalla pandemia»

••• Tra aprile e maggio saremo fuori dalla pandemia. Matteo Bassetti ne è convinto, così come è sicuro che oggi i positivi in Italia siano in realtà almeno 10 milioni. «Credo che in Italia oggi ci siano il 10-15% di positivi, quindi circa dieci milioni di persone, ed entro la primavera più di un italiano su due sarà contagiato», spiega a *Un Giorno da Pecora* il direttore della Clinica Malattie Infettive Ospedale Policlinico San Martino di Genova. «Già in primavera, tra aprile-maggio 2022 ragionevolmente saremo fuori dalla pandemia - aggiunge Bassetti - Spero potremo togliere le mascherine, visto che credo che avremo il 95% di vaccinati». Bassetti poi definisce una «stupidaggine la quarantena per chi ha tre dosi di vaccino. Se avessi dovuta farla per ogni contatto avuto sarei dovuto rimanere in casa da febbraio scorso». Il fatto che la metà degli italiani contrarrà il Covid da qui alla primavera non deve però allarmare: «Per chi è vaccinato sarà una

forma molto lieve - garantisce Bassetti - il problema è la co-circolazione fra Delta e Omicron».

«Se non avessimo no vax le terapie intensive sarebbero vuote, nel mio ospedale ho 19 ricoveri per Covid e 18 non sono vaccinati», dice poi l'infettivologo, che reputa inutile la diramazione del bollettino giornaliero: «Nel bolletti-

no giornaliero c'è di tutto, serve un dato settimanale per tutti i cittadini. Usciamo da questa logica catastrofica e terrorizzante, i dati quotidiani possono servire solo a noi medici».

Su questo punto non è d'accordo Fabrizio Pregliasco, virologo docente alla Statale di Milano, che all'AdnKronos spiega: «In questa fase ancora espansiva dell'epidemia, eliminare il bollettino quotidiano sarebbe un segnale di liberi tutti mentre la comunicazione quotidiana ha l'effetto di ricordare la situazione in cui siamo. I dati così come sono comunicati - ammette l'esperto - sono un po' grossolani e non tengono conto dei vari distinguo, si dice cioè che un 34% delle persone ospedalizzate è anche positivo a Covid ma in condizioni tranquille e quindi il dato andrebbe articolato meglio. Poi non è solo il dato in sé - sottoli-

nea il virologo - ma anche come lo si racconta, è chiaro che se diventa la prima notizia del Tg, raccontata con enfasi» può avere un «effetto ansiogeno». «Siamo in una fase di passaggio quindi cambierei una volta superato il picco, con una comunicazione fatta magari in maniera meno grossolana se possibile». Ovvero come dice Bassetti senza più annoverare tra i pazienti Covid chi va in ospedale perché si rompe una gamba e risulta positivo al tampone? «Sì, ma senza perdere di vista il problema della contagiosità - avverte il virologo - sennò si ritorna alle abitudini del passato». «Siamo sicuramente in una fase di transizione verso la normalizzazione - rassicura Pregliasco - e se Omicron prenderà piede e sembrerebbe ormai al 60% dei sequenziamenti, è chiaro che usciti da questo inverno avremo altre ondulazioni, ma rientreranno in una dimensione endemica come l'influenza. Quindi - conclude - è giusto pianificare una modalità per il futuro». -

Matteo Bassetti
Direttore della
Clinica
Malattie
Infettive
dell'Ospedale
Policlinico San
Martino di
Genova



Lo strappo delle Regioni “Via gli asintomatici dal conto dei nuovi casi”

Stop anche ai test di fine quarantena per i contatti stretti: oggi la lettera con le richieste al governo
Record di vaccini, quasi 700 mila in un giorno. Ma anche di morti: 313, mai così tanti dal 27 aprile

di **Michele Bocci**

Il Covid circola tantissimo, i servizi delle Asl non sono più in grado da giorni di tracciare tutti i casi, negli ospedali si vedono aumentare i ricoveri. E così le Regioni preparano una lettera per il ministero e l'Istituto superiore di sanità dove si chiede di cambiare alcune misure. E cioè di considerare casi solo i sintomatici, di togliere il tampone di fine quarantena per chi non ha sintomi e rivedere le regole per le scuole elementari.

La prima novità che domani chiederanno gli assessori alla Salute dovrebbe quindi riguardare la definizione di caso, che andrebbe allineata alle prese di posizione dell'Ecdc, il Centro europeo per il controllo delle malattie: va ufficializzato quando c'è la positività al tampone ma anche dei sintomi o comunque segni compatibili con il Covid. La revisione di questa definizione dovrebbe portare a una modifica delle misure di isolamento. «Per come la vedo io – dice Alessio D'Amato, assessore alla Salute del Lazio – dovremmo fare come negli Usa, dove i Centri per il controllo delle malattie hanno detto che il positivo asintomatico, se ha la terza dose, non deve fare la quarantena. In questa fase dobbiamo semplificare».

Se passa l'idea delle Regioni, i casi del conteggio giornaliero sarebbero solo quelli delle persone sintomatiche, che oggi rappresentano una minoranza, circa il 30% dei positivi. Grazie al vaccino infatti è diventato molto alto il numero di coloro ai qua-

li l'infezione non dà alcun problema. Si tratterebbe di un cambiamento diverso rispetto a quello proposto da chi vorrebbe eliminare il bollettino giornaliero dei casi, semmai limitandolo a un conto settimanale.

Ma i presidenti già la settimana scorsa avevano promosso anche un'altra distinzione tra sintomatici e asintomatici che verrà ribadita anche nella nuova lettera dei loro assessori. Per fotografare nel modo giusto la pressione sugli ospedali bisognerebbe smettere di conteggiare chi viene ricoverato per un'altra patologia e poi scopre di essere positivo grazie ai controlli dei reparti. Queste persone non andrebbero tra l'altro ricoverate nei letti destinati agli infettivi. Così i dati di occupazione dei letti, in base ai quali si determinano i colori delle Regioni, sarebbero più bassi di circa un terzo.

La Lombardia ieri ha comunicato di aver ribadito questa posizione in una sua lettera al ministero e ha aggiunto che comincerà a distinguere i ricoveri, anche se il flusso dei dati inviato a Roma sarà sempre lo stesso. La crisi del contact tracing, sostengono le Regioni, rende impossibile isolare tutti i positivi e mettere in quarantena i contatti a rischio. Tra l'altro si fa notare come la quarantena non sia più sostenuta economicamente dall'Inps per alcune ca-



tegorie. Bisogna così puntare sulla responsabilizzazione dei cittadini e sull'utilizzo di modalità informatiche «che riducano il carico sugli operatori sanitari». E sempre per semplificare andrebbe abolito il tampone a fine quarantena sempre per i sintomatici, cioè i contatti dei positivi.

Ma le Regioni chiedono anche di cambiare le regole della scuola, in particolare delle elementari, dove in base all'ultimo decreto se c'è un caso va fatto un tampone a tutti i compagni subito e un altro cinque giorni dopo. Ora la sorveglianza con testing è giudicata impossibile. E visto che ci sono attese per i tamponi, mentre i ragazzi aspettano l'esame

restano comunque in comunità mentre dovrebbero restare isolati per non contagiare altre persone.

Ieri intanto è stato segnato un record di vaccinazioni: quasi 700 mila. Così le scorte si stanno esaurendo: sul sito del governo risultano usate il 97,7% delle dosi distribuite. L'ufficio del commissario straordinario Figliuolo ha però fatto sapere che entro domani saranno distribuite 4 milioni di dosi. Da record anche il numero dei decessi di ieri: 313, il numero più alto dal 27 aprile. A pesare sul dato ci sarebbe però un ricalcolo della Toscana. © RIPRODUZIONE RISERVATA

D'Amato (Lazio)
**“Dovremmo fare
come gli Usa, niente
isolamento per chi
non ha sintomi”**

Il bollettino Record di vittime

196.224

I nuovi contagi
I contagi registrati ieri
con 1.190.567 i tamponi
molecolari e antigenici.
Il tasso di positività è del
16,5%. Gli attualmente
positivi sono 2.222.060

313

I decessi
Nuovo record della quarta
ondata: ieri 313 vittime
contro le 294 di martedì
per un totale di 139.872
morti da inizio pandemia

1.669

Le terapie intensive
Il totale dei ricoverati nelle
rianimazioni (8 in meno
di martedì). I pazienti
con sintomi nei reparti
ordinari sono 17.309 (+242)



Le Regioni: asintomatici, quarantena più breve

IL CASO

ROMA Le Regioni chiedono al governo di semplificare la vita a chi è risultato positivo al Covid, ma è vaccinato e non presenta problemi di salute. Come? Esentandolo dall'obbligo del tampone e riducendo l'isolamento. Tra i governatori regionali c'è anche chi sollecita l'eliminazione degli asintomatici dalla conta dei contagiati e la revisione dei dati sulle ospedalizzazioni. Istanze che riflettono la preoccupazione per il possibile imminente cambio di colore determinato dalla diffusione

di Omicron. La Lombardia, regione che conta il maggior numero di ricoverati Covid in terapia intensiva (253) e nei reparti ordinari (3.317), ha chiesto al ministero della Salute di non conteggiare come ricoveri dovuti a coronavirus i pazienti ospedalizzati per altre patologie e poi risultati positivi.

Anche per quanto riguarda i positivi il sistema è da rivedere, secondo il presidente del Veneto, Luca Zaia: «L'Edcd, il massimo organismo europeo sulla pande-

mia dà già come indicazione di valutare solo i sintomatici». Anche l'assessore alla Sanità del Lazio, Alessio D'Amato, ritiene che si debbano «semplificare le procedure per gli asintomatici completamente vaccinati: negli Usa in questo caso la quarantena finisce dopo 5 giorni. Se il Cts intraprendesse questa linea di conseguenza non servirebbe contare gli asintomatici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MISURE ANTI COVID

Verso ingresso senza pass in supermercati e dal medico

Per la spesa al supermercato, andare in farmacia o dal medico di base non verrà richiesto il green pass, obbligatorio dal 1° febbraio. Lo prevede un Dpcm cui lavora il governo. — a pagina 8

Covid, verso ingresso senza pass al supermercato e dal medico

Il decreto

Al Senato maggioranza
battuta sui test
anche nelle parafarmacie

Fare la spesa al supermercato, andare in farmacia, dal medico di base o dal veterinario: sono alcune delle attività per le quali non verrà richiesto il green pass che dal 1° febbraio diventerà obbligatorio (nella sua forma "base", quindi ottenibile con un tampone) per entrare negli uffici pubblici, alla posta, in banca e nei negozi. Le eccezioni saranno indicate in un Dpcm il quale il Governo sta lavorando perché è previsto dall'ultimo decreto Covid varato dal governo il 5 gennaio con nuove misure per contrastare il Covid (lo stesso che ha introdotto l'obbligo vaccinale per la popolazione ultra 50enne).

Il decreto stabilisce che fino al 31 marzo è consentito esclusivamente ai soggetti in possesso di certificazione verde Covid-19 (basta quella "ordinaria" con test antigenico rapido o molecolare con risultato negativo) l'accesso ai «servizi alla persona» (dal 20 gennaio) e «ai pubblici uffici, servizi postali, bancari e finanziari, attività commerciali» (dal 1° febbraio) con l'esclusione di «quelli necessari per assicurare il

soddisfamento di esigenze essenziali e primarie della persona». Il governo ha 15 giorni di tempo dall'entrata in vigore del decreto (8 gennaio) per indicare le esenzioni. Il criterio non dovrebbe essere, come in passato, quello di selezionare le attività in base ai codici Ateco ma di tutelare le esigenze per ambiti: alimentazione (supermercati e alimentari), sanità (farmacie, ospedali, ambulatori dei medici di base), giustizia e pubblica sicurezza (sarà possibile fare una denuncia se si è vittime di reato senza dover esibire la certificazione verde). Ma il confronto tra ministeri è ancora aperto: nella bozza messa a punto dalla Funzione pubblica, il ministero dello Sviluppo economico avrebbe chiesto di aggiungere ulteriori attività, come per esempio tabacchi, edicole, librerie e negozi di giocattoli. Sulla questione nelle prossime ore si cercherà una mediazione.

Sul green pass si è registrato ieri un inciampo della maggioranza in Senato, dove è in discussione per la sua conversione in legge, il decreto che prevede tra l'altro la certifica-

zione rafforzata: nella commissione Affari costituzionali un emendamento proposto da Gianluca Castaldi (M5S) e che aveva ricevuto il parere positivo del governo e del relatore del provvedimento (Nazario Pagano, Forza Italia) è stato respinto con 13 voti contrari e 11 favorevoli. La proposta di modifica chiedeva di consentire alle parafarmacie di fare test molecolari e antigenici rapidi anti-Covid. Contro la modifica si è schierato tutto il centrodestra e Italia viva. «La bocciatura di quell'emendamento va tutto a danno dei bisogni e delle necessità dei cittadini, nonché della credibilità della politica: in una fase come questa si dovrebbe essere parte della soluzione e non dei problemi. Per il Movimento non finisce qui» il commento di Giuseppe Conte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Niente più Reddito per chi è ancora senza Green pass

►Dpcm, in farmacia e market senza Qr code
Ieri il picco di morti: 313 come a maggio 2021

ROMA Senza Green pass si perderà il Reddito: gli occupabili devono frequentare i centri per l'impiego, inaccessibili senza certificato. Il ministro Speranza: il ministero farà gli elenchi degli over50 non vaccinati. Convinti già in 40mila. Il Green pass rafforzato non servirà in farmacia e nei mar-

ket.
**Bisozzi, Bussotti
Evangelisti, Loiacono
e Melina alle pag. 4, 5 e 7**

Ma senza Green pass si perderà il Reddito

►Gli occupabili devono frequentare i centri per l'impiego, dove è richiesto il certificato ►Speranza: il ministero farà gli elenchi degli over 50 non vaccinati. Ieri 700mila iniezioni

IL FOCUS

ROMA Stop al reddito di cittadinanza per i percettori del beneficio senza green pass. L'obbligo del certificato verde per chi riceve l'aiuto è figlio di un combinato disposto: la legge di Bilancio infatti ha introdotto una serie di modifiche al sussidio, tra cui quella che prevede la decadenza della prestazione di sostegno per chi non frequenta in presenza i centri per l'impiego, mentre il decreto legge del 7 gennaio scorso con cui sono state inasprite le regole sul green pass stabilisce che dal primo febbraio bisognerà essere in possesso del certificato verde base per accedere negli uffici pubblici. Risultato? I percettori del reddito di cittadinanza senza il green pass light non potranno entrare nei centri per l'impiego per interviste e percorsi formativi e

perderanno così l'assegno.

I CONTROLLI

Nel frattempo il ministro Roberto Speranza ha chiarito ieri in un question time alla Camera che «sarà cura del ministero della Salute predisporre gli elenchi dei soggetti inadempienti all'obbligo vaccinale previsto per gli ultra 50enni». Per farlo, ha aggiunto Speranza, verranno anche acquisite direttamente dal sistema della tessera sanitaria le informazioni relative alla somministrazione dei vaccini acquisite giornalmente dall'anagrafe vaccinale nazionale. Più nel dettaglio. «Anche se la verifica dell'inadempimento sarà in prima battuta con sistemi informatizzati», ha spiegato il ministro, «il decreto legge prevede una fase di contraddittorio con

il rispetto dei principi enunciati a riguardo dalla Corte Costituzionale, in particolare il ministero della Salute avvalendosi dell'Agenzia delle Entrate invierà una comunicazione ai soggetti inadempienti i quali potranno trasmettere alla Asl competente l'eventuale certificazione relativa al differimento o all'esenzione dell'obbligo vaccinale». I dati: secondo quanto fa sapere la



struttura commissariale all'emergenza coronavirus guidata dal generale Figliuolo nelle ultime 24 ore sono state fatte circa quasi 700 mila dosi, 77.500 prime dosi, di cui 22.500 prime dosi per over 50.

Tornando al reddito di cittadinanza, alla luce della quota di vaccinati in Italia è possibile ipotizzare che i percettori attivabili del reddito di cittadinanza sprovvisti al momento del super green pass, perché non vaccinati o guariti dal Covid, siano inferiori al 10 per cento: parliamo dunque di circa 100mila beneficiari della misura che da febbraio dovranno imboccare la strada dei tamponi per munirsi almeno dei green pass a corto raggio così da non dover rinunciare al sostegno. Nella legge di Bilancio si legge che per quanto riguarda i percettori del reddito di cittadinanza «la ricerca attiva del lavoro è verificata presso il centro per l'impiego in presenza con frequenza almeno mensile e in caso di mancata presentazione senza comprovato giustificato motivo si applica la decadenza dal beneficio». Il decreto legge del 7 gennaio scorso invece spiega che a decorrere da febbraio gli utenti dei servizi che in-

tendano accedere agli uffici pubblici dovranno necessariamente possedere ed esibire una delle certificazioni verde Covid-19, compresa quella che si ottiene effettuando un tampone antigenico o molecolare con esito negativo. Le verifiche tuttavia preoccupano i centri per l'impiego.

GLI INGRESSI

Gestire un milione di ingressi assicurandosi che tutti rispettino la normativa sul green pass non sarà un'impresa tanto semplice: una parte degli operatori dovrà dedicarsi ai controlli e il servizio all'utenza rischia di risentirne, considerato che i centri per l'impiego sono già a corto di personale. Il beneficio, che a marzo compierà due anni, raggiunge attualmente circa 1,3 milioni di nuclei, ossia tre milioni di persone, di cui un terzo è ritenuto occupabile e dunque soggetto da quest'anno all'obbligo di frequentare in presenza i centri per l'impiego. Stando agli ultimi dati diffusi dall'Anpal, i beneficiari del sussidio ritenuti attivabili erano il 30 settembre scorso 1,1 milioni, ma di questi solo in 420mila risultavano a quella data effettivamente presi

in carico e in cerca di un'occupazione. La misura dei Cinquestelle costa più di 700 milioni di euro al mese mentre prima della pandemia l'asticella non superava i 550 milioni di euro. Nel complesso il reddito di cittadinanza ha consumato finora venti miliardi di euro e se è vero da un lato che in tempo di Covid questo strumento ha aiutato migliaia di famiglie cadute in difficoltà per effetto del virus, dall'altro i mancati inserimenti lavorativi e i numerosi furbetti che hanno approfittato dei pochi controlli per imbucarsi nella platea dei beneficiari stanno rendendo insostenibile per le casse dello Stato la spesa per la misura.

Francesco Bisozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**RESTEREBBE FUORI
IL DIECI PER CENTO
DEGLI ATTUALI
PERCETTORI: UNA
PLATEA DI CIRCA
100MILA PERSONE**

**I CONTROLLI SUL
RISPETTO DELLA NORMA
SARANNO ESEGUITI
DALL'AGENZIA DELLE
ENTRATE TRAMITE
LA TESSERA SANITARIA**



Traffico di tessere sanitarie e Covid-party: sulle chat contatti e tariffe

Tampone sotto falso nome l'ultima truffa dei No Vax per ottenere il certificato

di Alessandra Ziniti

ROMA – L'ultima trovata, da quando il molecolare non è più necessario per certificare prima la malattia e poi la fine dell'isolamento, è quella della tessera sanitaria. Truffa facile e immediata. C'è chi si presta solo per amicizia e chi invece è pronto a fare tamponi in serie fin quando la carica virale è alta e ha già aggiornato il listino dei prezzi per offrire ai No Vax l'agognato Super Green Pass. Serve un vero contagiato, una farmacia, un test antigenico e il gioco è fatto: si creano "falsi positivi", si attendono dieci giorni ed ecco arrivare una certificazione verde valida a tutti gli effetti.

Ecco come funziona: una persona positiva al Covid si presenta in diverse farmacie e chiede di fare un tampone rapido. In ogni farmacia mostra una tessera sanitaria diversa, di persone sanissime che non hanno intenzione di vaccinarsi, ma che così risulteranno positive. Nelle farmacie ormai da giorni prese d'assalto da centinaia di cittadini nessuno chiede il documento d'identità: basta la tessera sanitaria, unica accortezza che il presunto titolare che si presenta al tampone sia dello stesso sesso e di un'età apparentemente compatibile con quella segnata sulla tessera. Quindici euro di tampone e il referto che certifica la positività è pronto per essere inviato alla Asl. Dieci giorni dopo, basta presentarsi di nuovo in farmacia con la stessa tessera sanitaria e il tampone negativo certificherà la guarigione facen-

do scattare automaticamente il rilascio del Green Pass da guariti. Almeno per sei mesi il No Vax può tornare a vivere.

Qualcuno ci prova anche con le maniere forti o provando a corrompere i farmacisti in cambio di un referto di positività. Le prime denunce sono già arrivate. E gli investigatori sono già al lavoro per capire quanto questa nuova truffa può essersi già diffusa. Insomma, seppure certamente residuale, una piccola quota dei 194 milioni di Green Pass scaricati dal sito del governo è destinata a finire nelle mani di falsi positivi. Chi non trova l'amico disponibile, può rivolgersi al "mercato" su Telegram dove il ventaglio delle offerte a chi è a caccia di un Super Green Pass è sempre più ampio: da 250 a 500 euro, con sconti famiglia o di gruppo.

Ovviamente a far lievitare il prezzo è la tipologia del prodotto venduto: il Green Pass falso con tanto di Qr-code che dà la luce verde in tutta Europa è quello più caro ma anche il più rischioso: occorre fornire dati e documenti personali a gruppi sconosciuti su Telegram, pagare in anticipo (preferibilmente in criptovaluta), sperare di non finire vittima della truffa nella truffa ma anche di non finire nella rete della polizia postale o della Guardia di finanza che di chat del genere ne hanno già individuato parecchie. I più arditi provano la strada delle finte iniezioni negli hub vaccinali, grazie a operatori

sanitari infedeli come quelli recentemente incastrati a Palermo ed Ancona. In tanti, si scopre dal web, sono disponibili a pagare per infettarsi veramente, convinti che tanto con la variante Omicron i rischi sarebbero meno gravi rispetto alla Delta. I Coronaparty nati in montagna si stanno ormai diffondendo ovunque, soprattutto tra i più giovani, ma c'è anche chi prova a sbrigarcela da solo bussando alla porta del vicino di casa positivo in isolamento, chi invece si affida ad annunci sul web.

Sulla chat "Casual Coronavirus party", Tiziano scrive: «Cerco positive a Verona». E Yoyo: «Cerco di positivizzarmi, disponibile a pagare e spostarmi ovunque. Vi prego aiutatemi». Non sono appelli che rischiano di cadere nel vuoto. Ecco la pronta risposta dell'untore di turno. Dovrebbe essere in isolamento. Eppure risponde subito: «Io viaggio per lavoro, ottimo». Qualcun altro riceve a domicilio: «Sono positivo e vivo in Toscana. Contattatemi pure».

Qualcuno ci prova persino con i test fai-da-te. Screenshot del blister con le due linee rosse evidenti che segnalano la positività di qualcun altro e telefonata al medico di base, descrivendo la presenza di sintomi che rendono inopportuno andare in farmacia per un tampone di conferma e conseguente richiesta di un certificato che attesti il contagio. Se il medico accetta è fatta. C'è solo da aspettare di essere "guariti".



Salute mentale di serie B

La bocciatura del bonus psicologo fa crescere la polemica ma può rientrare nel Milleproroghe

ANTONIO BRAVETTI
ROMA

Non trova pace il bonus salute mentale. Affossato in Senato, dove non è passato un emendamento bipartisan da 50 milioni di euro per la psicoterapia, alla Camera non va oltre gli intenti e le promesse del ministro Roberto Speranza. «Io personalmente sosterrò con ogni energia tutte le iniziative che vanno nella direzione di una maggiore attenzione per la salute mentale», assicura rispondendo a Montecitorio a un'interrogazione del Pd, ma «il Parlamento può e deve fare la propria parte».

Filippo Sensi, deputato del Pd, è uno di quelli che ci stanno mettendo la faccia, tra i firmatari di una petizione on line che ha raccolto oltre 250mila firme: «Vado dritto al punto con una preghiera-esordisce in aula rivolto a Speranza- lo facciamo questo bonus salute mentale, ce la facciamo questa volta? L'emergenza psicologica è l'altra faccia della pandemia. Al Senato l'emendamento è arrivato a un passo, ci riproviamo mini-

stro?». Speranza si difende: «Il governo ha fatto la sua parte», considerando il tema della salute mentale «cruciale in questo particolare momento storico» e stanziando in manovra «un inedito investimento di 38 milioni di euro. Venti milioni per il disagio psicologico di bimbi e adolescenti, diventeranno assunzioni di persone che si faranno carico dei problemi dei più piccoli; 10 milioni per l'accesso a servizi psicologici delle fasce più deboli, in modo particolare i pazienti oncologici, e 8 milioni per il potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri di neuropsichiatria infantile e adolescenziale». Speranza ricorda di aver dato parere favorevole all'emendamento Biti, che doveva essere finanziato da fondi del Parlamento, ma poi ci sono stati problemi di copertura. «Quell'emendamento non è mai tornato dal Mef», ribatte Debora Serracchiani, capogruppo Pd alla Camera. C'è un po' di tensione col ministro.

Passate le schermaglie in aula, nel partito si ragiona sui

prossimi passi, su come portare a casa il risultato. La prima occasione è il decreto milleproroghe, assegnato alle commissioni Affari costituzionali e Bilancio della Camera. Il 20 gennaio, tra una settimana, scade il termine per la presentazione degli emendamenti. Si potrebbe «agganciare» il bonus a un rifinanziamento affine, ma come sempre c'è da stare attenti all'ammissibilità. Oppure, in seconda battuta, c'è il nuovo decreto sostegni annunciato da Draghi. In quel caso le risorse potrebbero essere maggiori, ma la battaglia per destinarle a questa o quell'emergenza sarebbe ancora più dura. Che però ci sia un terreno fertile su cui lavorare lo dimostra il fatto che ieri, in commissione Affari sociali, anche Forza Italia (con Roberto Bagnasco) e Fratelli d'Italia (con Maria Teresa Bellucci) hanno presentato due interrogazioni al ministero della Salute per sollecitare un sostegno agli aiuti psicologici. «Con questa nuova ondata sta crescendo il disagio nella fascia dei quarantenni», racconta Paolo Siani, pediatra,

deputato del Pd in commissione Affari sociali alla Camera. «Ho colleghi neuropsichiatri che sono pieni di pazienti, non riescono a seguirli. Mamme in difficoltà che non ce la fanno più, famiglie che vanno nel panico se chiudono le scuole. Bambini ricoverati per tentato suicidio, mai vista una cosa così». Che fare, quindi? «Fa bene Speranza a parlare di riforma della rete di assistenza psicologica, ma ci vogliono 3-4 anni. Bisogna sostenere subito le persone in difficoltà. Il bonus è un intervento di emergenza». —

Da Italia Viva e da Forza Italia interrogazioni per sollecitare il ministro Speranza: "Tema cruciale stanziati 38 milioni e bisogna fare di più"



Un momento della psicoterapia in cui lo specialista prende appunti sul racconto del paziente



LA SVOLTA Per la malattia del dolore diffuso e continuo, che affligge due milioni e mezzo di italiani, il primo riconoscimento ufficiale. La Chiesa con i malati

La fibromialgia entra nella legge di Bilancio: così inizia a «esistere»

DANILO POGGIO

Dopo anni di battaglie e di richieste di ascolto, per la prima volta la fibromialgia è stata riconosciuta in un atto formale del Parlamento. Nella legge Bilancio per il 2022, con l'articolo 1 (comma 972) è stato istituito presso il Ministero della Salute un fondo da cinque milioni di euro «finalizzato allo studio, diagnosi e cura della fibromialgia». Un passaggio epocale per una malattia molto dolorosa e invalidante (oltre 2 milioni e mezzo le persone colpite in Italia) ma che tuttora, malgrado i diversi studi scientifici, viene «a volte trascurata», come ha detto papa Francesco durante il Regina Coeli del 9 maggio 2021. Viene anche definita la malattia dei cento sintomi. Un paziente può impiegare molti anni e molto denaro, in un continuo girovagare tra ospedali e ambulatori, prima di arrivare a una diagnosi.

«È difficile da diagnosticare – spiega Annunziata Capacci, reumatologa al Policlinico Gemelli – perché è una sindrome e presenta molte sfaccettature. Il sintomo principale è il dolore, quasi sempre accompagnato da una grandissima fatica, fisica o mentale. E poi depressione, ansia, difficoltà di concentrazione, emicrania. Si arriva alla diagnosi solo escludendo tutte le altre patologie». La fibromialgia è anche difficile da curare: «La terapia prevede un approccio multidisciplinare ma non c'è una cura unica efficace per tutti. È un percorso molto complesso, con un aspetto psicologico, ma anche un ripristino graduale dell'attività fisica associato a una terapia farmacologica».

Su stimolo del vescovo ausiliare di Roma, Paolo Ricciardi, delegato per la Pastorale sanitaria, è nata nella Capitale una nuova area dedicata alle ma-

lattie reumatiche e alla fibromialgia: «Tutto – racconta Ricciardi – è scaturito dall'ascolto. Durante la pandemia abbiamo dedicato alcuni incontri online all'ascolto dei malati. E così si è aperto ai nostri occhi un mondo: quello della sofferenza che non viene neppure riconosciuta come tale. Sono moltissime le persone che vivono questa situazione. E abbiamo pensato di fare qualcosa per loro».

La pagina Facebook «Area malattie reumatiche Upr. Fibromialgia insieme si può», il numero dedicato al servizio di ascolto (351.6220086) e il gruppo di auto-mutuo aiuto sono diventati ben presto punti di riferimento importanti. «Abbiamo asciugato tante lacrime – ricorda Edith Aldama, referente del settore per la Pastorale della Salute di Roma – prestando attenzione a ogni persona per dare speranza. Li ascoltiamo, li indirizziamo all'unità operativa di reumatologia del Gemelli guidata da Maria Antonietta D'Agostino, consapevoli che occorrono ambulatori simili anche in altri ospedali». Il primo riconoscimento della malattia non basta: «Il prossimo passo sarà l'inserimento nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) della fibromialgia, intesa come malattia cronica invalidante. Per tutti, e non solo per i casi più gravi, dev'essere possibile fruire delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Il dolore è di tutti».



L'immagine simbolo dell'impegno contro la fibromialgia, malattia del dolore diffuso



Quanta vita c'è prima di nascere

In rapida crescita le conoscenze sulla fase prenatale. Dai ginecologi Mancuso e Benagiano una guida sulle meraviglie di embrione e feto

ENRICO NEGROTTI

Comunicazione precocissima tra embrione e madre, possibilità di correzione di difetti anche genetici del nascituro, ruolo di un organo straordinario come la placenta, imprinting sui gusti del bambino dalle scelte materne, predisposizione alle malattie a seconda del decorso della gravidanza, problematiche della fertilità. Le meraviglie della vita umana prenatale non smettono mai di stupire, e le ricerche sulle prime fasi della gravidanza sono in crescita esponenziale. Per questo due ginecologi di grande esperienza come Giuseppe Benagiano e Salvatore Mancuso (a lungo direttori di Dipartimenti di Scienze ostetrico-ginecologiche e perinatali, il primo all'Università La Sapienza di Roma, il secondo all'Università Cattolica di Roma) hanno deciso di proporre il volume *Le sorprese e gli arcani della vita prenatale. Come ci strutturiamo e come comunichiamo prima di nascere*, un testo non solo per esperti (è ricco di bibliografia aggiornata), ma anche per il grande pubblico.

La prima meraviglia, osserva Mancuso, si manifesta «nelle primissime fasi di sviluppo: i patrimoni genici derivanti dai cromosomi materni e paterni si fondono, ma questo non è sufficiente a determinare il genoma del nascituro perché ci sono modificazioni epigenetiche, proprie di ciascun individuo, che determinano la sua individualità. Sui 25mila geni del nostro genoma, ognuno di noi ne ha un centinaio che differiscono da quelli dei genitori perché si esprimono non a coppia ma singolarmente. E questo determina la personalità biologica e l'identità di quel soggetto umano, che non ha uguale in nessun altro mai nato e che mai nascerà».

Mancuso parla del «protagonismo dell'embrione prima e del feto poi». A partire dal «fattore preimpianto, isolato da ricercatori recentemente: l'embrione di 4 cellule attraverso un polipeptide dice alla madre che dentro il suo organismo c'è un soggetto estraneo, che chiede di essere accolto, e la madre recepisce il messaggio. Poi, sempre su comando dell'embrione (attraverso molecole ormonali, citochine, enzimi, proteine), modifica meccanismi immunitari complicatissimi». L'aspetto immunitario è cruciale: «L'embrione modifica sostanzialmente il sistema immunitario materno per farle accettare quel 50% del patrimonio genetico che appartiene al padre e che ogni sistema immunitario cercherebbe di eliminare».

Siamo già allo stadio di feto quando «attraverso la placenta la madre riceve i messaggi, identifica le richieste respiratorie, nutrizionali, comportamentali e dà le risposte necessarie». «La placenta – aggiunge Benagiano – è un organo straordinario, l'unico a durare pochi mesi, ed è anche un modello per lo studio delle patologie, che si manifestano più in fretta che non negli organi che durano anni».

Non si tratta solo di un aiuto a crescere da parte della madre ma di un rapporto simbiotico. «È ormai accertato – sottolinea Bena-



giano – che c'è un passaggio di sostanze del feto che possono essere utili alla madre: sin da un'epoca molto precoce se il feto venisse poi abortito». Inoltre, continua Benagiano, «ha ormai basi solide la ricerca che mostra come esistano conseguenze nella vita adulta di fatti accaduti al nascituro. Sono sempre più confermate le ipotesi dell'epidemiologo David Barker: se la madre è malnutrita il feto non solo è malnutrito ma nella vita adulta ha problemi diversi da chi nasce da madre ben nutrita. Questo vale anche per altre malattie: se c'è una gravidanza complicata da ipertensione (preeclampsia), possono esserci conseguenze per la madre ma anche per la salute del bambino, che in alcuni casi ha un aumentato rischio di malattia cardiovascolare».

È cresciuta la possibilità di correggere difetti in utero. Spiega Benagiano: «Da tempo si sono avviate terapie chirurgiche, per esempio contro l'osteogenesi imperfetta, che possono permettere di salvare la vita al feto. Ma ora si sta studiando la possibilità di correggere anche difetti genetici durante la vita prenatale, prima di vedere i danni».

Interessanti risultati mostrano gli studi sulla memoria prenatale. Spiega Mancuso: «Gli organi di senso maturano nelle fasi iniziali della gravidanza e hanno una capacità percettiva molto più alta dell'adulto. Ci sono progetti di ricerca in corso

che riguardano la memoria ancestrale: l'adulto si ricorda i profumi che usava la mamma in gravidanza, così come c'è una predilezione di cibi che la mamma preferiva».

Infine i temi dell'infertilità. «La provetta – ricorda Benagiano – è passata da essere considerata un mostro, nelle prime reazioni dei giornali inglesi degli anni Settanta, alla panacea». Ma la fertilità, a causa soprattutto dell'invecchiamento dei mitocondri, aggiunge Mancuso, declina inevitabilmente dopo i 40 anni. Infine, ricorda Be-

negiano, esiste anche un'etica laica che mette in guardia dalla fecondazione eterologa: «Molti Paesi, a partire dalla Svezia, hanno visto crollare le donazioni di gameti (soprattutto maschili) da quando è stato reso possibile ai figli – al raggiungimento della maggiore età – di conoscere i propri genitori biologici. Ma con le attuali nozioni sul Dna conoscere i propri genitori è diventato un passaggio ineludibile: può servire a conoscere la predisposizione verso certe malattie o taluni tumori».

Salvatore Mancuso
Giuseppe Benagiano

Le sorprese
e gli arcani
della vita
prenatale



Dotto di Endocrinologia
e Ginecologia
Università di Padova

Un manuale divulgativo

Chiamati a Stoccolma 55 anni fa nel laboratorio per lo studio degli ormoni della riproduzione dell'Istituto Karolinska, Salvatore Mancuso e Giuseppe Benagiano hanno visto nascere insieme alla loro amicizia anche l'endocrinologia fetoplacentare. Mezzo secolo di studi confluisce in «Le sorprese e gli arcani della vita prenatale. Come ci strutturiamo e come comunichiamo prima di nascere» (Rubbettino, 430 pagine, 32 euro) scritto a quattro mani.



C'è una persona in ogni malattia

Il messaggio del Papa per la Giornata del malato spiegato da una neurologa, un dirigente sanitario e un cappellano ospedaliero

FULVIO FULVI

Metterti accanto a chi soffre, per guarirlo o curarlo con misericordia per donargli speranza e consolazione. Perché il paziente è sempre più importante della malattia. A tutti gli operatori della salute, aldilà del ruolo che svolgono e del luogo dove lavorano, spetta un cammino come quello appena indicato da papa Francesco nel messaggio per la XXX Giornata mondiale del malato, in programma l'11 febbraio. Ma come si manifesta, nell'esperienza quotidiana, questa missione? «Le persone non sono identificabili con la malattia che li affligge, e l'ascolto, per me, è sempre l'espressione di una cura» risponde la neurologa **Matilde Leonardi**, direttrice del Centro di ricerca sul coma dell'Istituto Mario Besta di Milano. «La sera di Capodanno ho ricevuto tante telefonate di parenti di ricoverati in stato minimo di coscienza – racconta –, tra cui quella di una signora che a mezzanotte e mezza mi ha inviato un video con le immagini di lei e del marito nei momenti felici della loro vita. "Vorrei che lei cominci l'anno con questo ricordo, di come era lui prima di entrare in rianimazione" le ho detto. Aveva bisogno di sapere che il marito non è un corpo, ma il suo uomo, che non è un elettroencefalogramma o una radiografia ma una persona. Io non ti abbandonerò mai: è questo, credo, il messaggio che noi medici siamo chiamati a dare ai pazienti e ai loro familiari». Solo così ci si può arrendere alla morte, quando arriva. «È il volto della misericordia, che ha anche una lettura laica – aggiunge la dot-

toressa –. Una posizione che ci porta a dire no all'accanimento terapeutico, ma anche a non essere noi a spegnere la vita dei pazienti terminali come volessimo mostrarci in tal modo superiori a Dio, ma anche perché io non posso giudicare la qualità della vita del paziente che ho in cura».

«Essere accoglienti come un padre e una madre: questo mi ha colpito del messaggio di Francesco, stare vicino alla persona sofferente per garantirgli una dimensione familiare» sostiene **Paolo Favari**, direttore sanitario dell'Hospice Villa Speranza di Roma, legato al Policlinico Gemelli. «Non bisogna mai far mancare nulla al paziente, dobbiamo ricordarci sempre che siamo al servizio di persone che stanno per andarsene, quando le cure palliative sono l'unica speranza possibile, e quindi far trovare loro, per esempio, il giornale al mattino, o la colazione con cappuccino e brioche. Insomma, farsi carico di tutto ciò di cui hanno necessità, anche le cose minime. E soprattutto bisogna ascoltarli perché – aggiunge Favari – hanno voglia di ripercorrere con chi gli sta vicino, sia medico infermiere o oss, la loro vita, di ricordarne i momenti belli. Bisogna prenderli per mano: sono persone da accudire e accompagnare. Mai come nel fine vita c'è bisogno di essere presenti, non come guaritori ma come curatori. Il nostro più che un atto sanitario è un atto sociale, che significa anche sedersi accanto al letto del paziente e raccontargli cosa c'è oltre la finestra». Ma con quale spirito ci si può avvicinare a un malato che è alla fine della sua vita terrena? «Dobbiamo volgere lo sguardo a Dio e affidarci, come ci indica il Papa».

«Francesco ci ricorda che dobbiamo farci guidare dalla misericordia, che non ha una

connotazione solo ecclesiale ma è preziosa per tutti, perché tutti ne abbiamo bisogno» sottolinea **don Mario Cagna**, assistente spirituale dell'Ospedale di Lavagna e dell'Hospice di Chiavari, in provincia di Genova. «La prima necessità, per i più fragili, è proprio la relazione, perché è vero che il dolore isola». E con la pandemia si rischia una "chiusura doppia". «Nei momenti di maggiore isolamento – osserva don Mario – molti malati, anche in gravi condizioni, mi hanno parlato dei lutti patiti. Una signora pensava alla morte della figlia, che ancora non accettava: ma in casi come questo, per sollevare l'altro dalla solitudine serve ascoltare, consapevoli che l'aspetto spirituale diventa anche fisico, e viceversa. I progressi della scienza servono, ma senza la dimensione dell'ascolto rischiano di fallire. È importante, per questo, "lavorare" in équipe – conclude il cappellano – perché così come da soli non ci si può salvare da soli non si riesce nemmeno a curare chi ci è stato affidato: può essere sufficiente un sorriso o uno sguardo, uno scherzo, anche nei momenti più critici, ma bisogna sempre farlo insieme, con un medico, un infermiere, uno dei tanti volontari che ci aiutano nel nostro servizio. Devono però essere volontari competenti, quasi come i professionisti della sanità (ce lo dice il Papa), anche se non sempre c'è questa consapevolezza: spesso non bastano le buone parole, bisogna saper accudire».



È VITA

«Morte assistita» via senza ritorno

Morresi nell'inserto centrale



Eutanasia, una corsa senza fine

Nei Paesi in cui sono legali, le pratiche di «morte procurata» sono cresciute sempre più rapidamente. Uno studio dell'Istituto Cattaneo

ASSUNTINA MORRESI

È una prospettiva interessante quella di «Suicidio assistito ed eutanasia. Lezioni da nove Paesi e da trent'anni di applicazione», recente indagine a cura dell'Istituto studi e ricerche Carlo Cattaneo presieduto dal sociologo Asher Colombo.

Lo studio si inserisce nel dibattito in corso sulla "morte medicalmente assistita" con una stimolante ipotesi di lavoro. Si parte dalla presa d'atto dell'inconciliabilità degli orientamenti culturali che si confrontano: uno favorevole alla legalizzazione di forme di morte procurata – suicidio assistito e/o eutanasia –, basato sul diritto all'autonomia individuale, e uno contrario, incentrato sul valore intrinseco della vita umana, considerata indisponibile. Una contrapposizione piena che – osservano gli studiosi – non lascia spazio alla verifica delle conseguenze delle leggi sulla morte assistita nei Paesi dove sono entrate in vigore: è questo lo spazio di riflessione che lo studio occupa, nell'obiettivo dichiarato di «contribuire a spostare il dibattito dal campo delle opinioni a quello della valutazione basata su fatti accertabili».

L'analisi è ovviamente rigorosa dal punto di vista metodologico, nonostante l'eterogeneità e l'incompletezza dei dati disponibili (ad esempio, in Belgio sappiamo di una consistente sottostima dei dati, ma il fenomeno non è quantificabile con precisione). In sintesi, vengono presi in considerazione alcuni Paesi che hanno consentito varie procedure di morte su richiesta: sei europei – Svizzera, Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo, Germania, Spagna –, e tre no (Colombia, Canada, e gli USA, a partire dall'Oregon, il primo dei 10 americani a legalizzare le varie pratiche).

Lo studio conferma autorevolmente alcune importanti osservazioni fatte a riguardo finora: innanzitutto che man mano che aumenta l'accettazione nell'opinione pubblica dell'eutanasia cresce il numero delle persone che vi fanno ricorso. Viene poi mostrato che le morti assistite crescono con continuità negli anni, e si cerca di capire a quale velocità: una sorta di verifica dell'esistenza o meno della *slippery slope*, quel pendio scivoloso lungo il quale, una volta imboccato, si scende sempre più velocemente. Per questo si propone una elaborazione particolare: per la prima volta si è cercato di quantificare gli effetti della legge dopo che la sua applicazione si è assestata, e lo si è fatto considerando quel che succede a partire da dieci anni dopo la legalizzazione

dell'eutanasia. In questo modo il paragone fra le diverse situazioni è più significativo ed efficace.

I dati per questo calcolo sono disponibili su quattro Paesi: Svizzera, Belgio, Oregon e Olanda. Il risultato è indiscutibile: aumentano costantemente nel tempo le morti procurate, e si può misurare di quanto. In particolare, dopo dieci anni di applicazione delle leggi, ogni anno «l'incidenza delle morti assistite sul totale, rispetto all'anno prece-



dente, è cresciuta dell'8,4% in Olanda, del 9,6% in Oregon, del 10,7% in Belgio. Da questo tasso di crescita si è però notevolmente allontanata la Svizzera», con una crescita media annua più elevata, del 15,5%. È un salire continuo, senza interruzioni, anche nei Paesi dove la morte assistita è accessibile da trent'anni.

Escludendo il Belgio, l'aumento non sembra lineare ma segue un tasso crescente nel tempo. In altre parole, nell'elaborazione del Cattaneo, l'incidenza delle morti assistite sembra aumentare con velocità sempre maggiore una volta che la legge è entrata pienamente in vigore. Nello studio si propongono alcune possibili ipotesi per spiegare questo andamento ma senza aderire ad alcuna, viste le criticità dei dati e la scarsità di analisi approfondite: gli autori sottolineano la necessità di studi più accurati e sistematici, auspicando però che nel dibattito italiano si tenga sempre conto dei fatti. Comunque se ne interpretino i diversi aspetti e le differenti cause, è la prima misu-

razione indipendente della *slippery slope* prodotta dalle leggi sull'eutanasia. L'analisi condotta con rigore metodologico conferma che, una volta aperta la possibilità, sempre più persone chiedono di abbreviare la propria vita facendosi uccidere (la differenza fra suicidio ed eutanasia è solo procedurale) da medici autorizzati per legge a farlo. Il fenomeno nel tempo cresce, anche in velocità: un pendio scivoloso, appunto. E allora, una domanda: è un risultato di cui essere soddisfatti? Possiamo dire che se aumenta nel tempo, e sempre più velocemente, il numero di persone che chiedono di essere uccise avremo una società con più diritti e più benessere? Una società più inclusiva, con meno diseguaglianze? Avremo veramente contribuito a diminuire dolore e sofferenza? Sono domande doverose a cui non è possibile sottrarsi: il quadro delineato dall'Istituto Cattaneo descrive quel che accadrà anche in Italia nei prossimi anni se una legge sulla morte medicalmente assistita entrerà in vigore.



IL FATTO Regioni in pressing: agli asintomatici basta quarantene e tamponi. Fauci: Omicron contagerà tutti

A tutto vaccino

Dopo l'obbligo, record di 700mila inoculazioni in un giorno con 77mila prime dosi. Al Niguarda di Milano letti occupati dai no-vax. Penalizzati i malati di altre patologie

La scelta (difficile) dell'obbligo vaccinale per gli over 50 premia il governo: anche gli ultimi renitenti scelgono di recarsi negli hub. «I non vaccinati – spiega d'altronde il ministro della Salute Speranza – occupano i due terzi delle nostre terapie intensive». Primi, timidi se-

gnali positivi sulla curva dei contagi: per il quinto giorno consecutivo il tasso di positività resta stabile. Alto invece il numero dei decessi: 313 in un giorno, come non accadeva ormai da maggio.

Primopiano alle pagine 5-7

Il giorno dei 700mila vaccini

Record di somministrazioni in 24 ore: oltre 77mila le prime dosi. Speranza: presto gli elenchi degli over 50 no-vax. Primi segnali di raffreddamento della curva: il tasso di positività stabile da 5 giorni. Ma i morti arrivano a 313

VIVIANA DALOISO

Che Omicron – con il suo grado di trasmissibilità senza precedenti – alla fine possa davvero «trovare tutti», come ha preconizzato ieri il superesperto americano in malattie infettive e consigliere di Joe Biden per il Covid Anthony Fauci, è fatto che solo la realtà potrà confermare nei prossimi mesi. Con la pandemia, però, abbiamo imparato che si deve restare ancorati alle certezze, navigando a vista, e di certezze oggi ce ne sono almeno due: prima, che Omicron sta effettivamente dilagando da ogni parte del mon-

do (dall'Italia alla Francia, dall'Inghilterra all'Olanda fino alla Germania, da Israele agli Stati Uniti) e che a questo ritmo di espansione nel giro di un mese, forse meno, avrà cancellato del tutto le ultime tracce di Delta; seconda, che Omicron rispetto a Delta è una malattia molto

meno grave, capace di portare al ricovero solo in casi rari e quasi del tutto innocua per chi è vaccinato con tre dosi. E allora si torna al principio: l'importanza della vaccinazione.

In Italia s'è capita ampiamente: quasi il 90% della popolazione over 12 (l'89,5% per l'esattezza) ha ormai fatto la prima dose, l'86,5% è completamente vaccinata, il 41% ha fatto la terza dose. Se si scende sotto i 12 anni – considerando che le vaccinazioni sui bambini sono aperte da meno di un mese, e non sotto i 5 anni – la percentuale scende al 79%: comunque altissima rispetto a molti Paesi del mondo. E nella giornata di ieri è arrivata la buona notizia di un record di somministrazioni nelle ultime 24 ore: quasi 700mila in un giorno, di cui oltre 77mila prime dosi. Come dire: anche gli ultimi si stanno convincendo. È necessario che sia così, d'altronde, se come ha ricordato nuovamente il ministro della

Salute Roberto Speranza durante il *question time* di ieri alla Camera «il 10% di non vaccinati comporta i due terzi degli ingressi in terapia intensiva e il 50% in area medica». Numeri inaccettabili: è proprio sulla base dei ricoveri, infatti, che molte regioni si stanno avvicinando inesorabilmente alla zona arancione (cioè a nuove restrizioni). Ed è a causa dei posti in ospedale occupati da pazienti Covid che tutte le altre attività di presa in carico, assistenza e cura si stanno di nuovo inceppando: mettendo a ri-



schio la salute dei più fragili. «L'obbligo di vaccino sopra i 50 anni ha l'obiettivo di ridurre l'area dei non vaccinati che sono particolarmente esposti a malattia grave e ospedalizzazione», ha proseguito Speranza, annunciando che «sarà cura del ministero della Salute predisporre gli elenchi dei soggetti inadempienti anche acquisendo direttamente dal sistema della Tessera sanitaria le informazioni relative alla somministrazione dei vaccini acquisite giornalmente dall'anagrafe vaccinale nazionale». Intanto dal Bollettino quoti-

diano – sempre al centro del dibattito tra gli esperti (ha ancora senso oppure no diramarlo tutti i giorni?) – arrivano finalmente degli spiragli di luce: con 196mila casi, a fronte di 1,2 milioni di tamponi, il tasso di positività per il quinto giorno consecutivo resta stabile attorno al 16%. Segno di un rallentamento della curva, o di quello che gli esperti chiamano il raggiungimento di un *plateau*. Servono conferme, naturalmente, ma il primo segnale è arrivato. Positivi, dopo tanti giorni, anche i dati sui ricoveri: «solo» 242 quelli nei reparti ordinari (da

giorni viaggiavamo sopra i 600) e 8 in meno addirittura in terapia intensiva (con 156 ingressi però). Male invece il fronte decessi: in un giorno sono stati 313 i morti, mai così tanti da maggio.

IL PUNTO

Oltre 196mila contagi a fronte di 1,2 milioni di tamponi, ma per la prima volta dopo settimane le terapie intensive sono in calo: -8. La previsione di Fauci: alla fine Omicron contagierà tutti



Animazione per i bimbi al centro vaccinale allestito in una scuola di Napoli / Ansa



Quarta dose per i fragili Ema: «No a richiami ogni tre, quattro mesi»

Strategie anti Covid

In arrivo il paxlovid,
la miscela antivirale Pfizer
efficace al 90% sui casi gravi

Agnese Codignola

Mentre alcuni paesi come Israele e Gran Bretagna stanno iniziando o programmando la somministrazione di una quarta dose, a cominciare dai soggetti fragili e dal personale sanitario, le massime autorità mondiali frenano: sia l'Oms che l'Ema ribadiscono che, al momento, non ci sono dati tali da giustificare un'ulteriore immunizzazione di massa, neppure per contrastare omicron. Di più: invitano a percorrere altre strade, sia per motivi logistici ed economici, sia per interrogativi medici, dal momento che nessun vaccino, tra quelli somministrati negli ultimi decenni, è stato dato in richiami multipli così ravvicinati.

Nei giorni scorsi il British Medical Journal ha pubblicato un resoconto completo sulla quarta dose, dal quale emergono alcuni punti fermi. Innanzitutto, se è indubbio che due dosi non bastano a contrastare omicron, è altrettanto certo che la terza aumenta significativamente la protezione, riportandola a valori poco distanti da quelli visti con le prime varianti, nei confronti della malattia grave e dei decessi. Sulle quarte somministrazioni, invece, i primissimi dati dicono che la concentrazione di anticorpi aumenta, ma non si sa ancora se ciò si traduca o meno in un effetto clinico. Concetti ribaditi dall'Ema che ha sottolineato, attraverso il responsabile della strategia vaccinale Marco Cavaleri, anche che non ci sono dati circa il possibile sovraccarico del sistema immunitario sottoposto a quattro vaccinazioni nell'arco di pochi mesi. Non abbiamo ancora visto i dati sulla quarta dose di vaccino

anti-Covid. «Siamo abbastanza preoccupati - spiega Cavaleri - per una strategia che preveda vaccinazioni ripetute in un lasso di tempo breve. Non possiamo continuare a dare dosi di richiamo ogni 3 o 4 mesi». E non si tratta di dubbi di poco conto, perché l'infezione da Sars-CoV 2 è stata associata a sequele a medio termine di tipo autoimmune. Non è il caso, quindi, di correre rischi prima di avere un quadro chiaro.

Tutto ciò dovrebbe spingere verso un cambio di prospettiva: diversi virologi sostengono che i vaccini attuali, pur preziosissimi come prima reazione, si sono rivelati meno duraturi del previsto, e sarebbe quindi opportuno approfondire la ricerca sui prodotti di altro tipo, più simili a quelli contro l'epatite B o il morbillo, che danno un'immunità che dura molti anni. Per questo, anche se il ceo di Pfizer Albert Bourla ha annunciato l'arrivo di un vaccino aggiornato per omicron verso marzo - accolto comunque con favore - Oms ed Ema invitano a lavorare su vaccini di nuova generazione, che siano più efficaci e molto meno costosi, oltretutto più facili da produrre, trasportare, conservare, preparare e somministrare. Oltretutto, lo scopo finale dovrebbe essere più ambizioso rispetto al solo contenimento dei ricoveri, anche per prevenire i guai associati al Long Covid, che nei giorni scorsi il Governo finlandese ha definito «la più grave malattia cronica dei prossimi anni».

Intanto è in arrivo il paxlovid, la miscela antivirale della stessa Pfizer già approvata negli Stati Uniti, che negli studi sperimentali ha mostrato un'efficacia di poco inferiore al 90% nei confronti del peg-

giornamento della malattia, mentre è già disponibile il farmaco di Merck, il molnupiravir. Su quest'ultimo, però, l'opinione non è unanime: la sua efficacia è bassa, attorno al 30% (sempre rispetto a ricoveri e morte), e alcuni esperti hanno sottolineato che, dato il suo meccanismo d'azione, che spinge il virus verso mutazioni che alla fine lo uccidono, potrebbe selezionare varianti pericolose e, potenzialmente, favorire lo sviluppo di tumori o malformazioni fetali. Per questo motivo, e anche in considerazione del costo (ogni ciclo costa circa 500 euro, mentre per il paxlovid ne occorrono circa 700) la Francia ha rinunciato a utilizzarlo, mentre Ema e Fda ne sconsigliano l'impiego in gravidanza.

Come ha sottolineato Cavaleri «è cruciale gestire in modo diverso la convivenza con Sars-CoV 2, e riflettere sulla strategia per questa e per altre varianti, non solo limitarsi ad aggiustamenti tattici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I DUBBI Scienziati Possibile iper stimolazione

“Rischio paralisi immunitaria con dosi ravvicinate”

L'ipotesi “anergia”
Abrignani, Cassone,
Cauda e Forni: è effetto
plausibile sul sistema

» Peter D'Angelo

«
Non possiamo continuare con dosi di richiamo ogni 3-4 mesi”, avverte il capo della strategia vaccinale dell'Emma, Marco Cavaleri: “Non abbiamo ancora dati sulla quarta dose per poterci esprimere, ma ci preoccupa una strategia che preveda vaccinazioni ripetute in un lasso di tempo breve”. Le domande cui si cerca di dare risposta, in questo momento, sono varie: il richiamo per quanto tempo ci proteggerà? Servirà per Omicron? La quarta dose è sicura? Si farà anche la quinta nei prossimi mesi?

Facciamo un passo alla volta.

Il report della HSA, l'autorità sanitaria inglese, suggerisce che “dopo 10 settimane dal booster, l'efficacia della protezione cala del 15-25%” (a novembre quando si parlava di protezione per 5-10 anni). Sui tempi con cui effettuare il richiamo, la Gran Bretagna è stata la prima a dare il via libera al booster dopo soli 3 mesi (in Italia sono 4). Qualche dubbio sul ravvicinare e moltiplicare le dosi è stato espresso da Sergio Abrignani, immunologo del Cts, sul *Corriere della Sera*: “Non è una buona idea abbreviare troppo; se si vaccina ogni 2-3 mesi, dopo un po' potrebbe ottenersi l'effettivo

contrario. Il sistema immunitario potrebbe anergizzare” (essere incapace di reagire a infezioni o al contatto di una sostanza inoculata, ndr). Antonio Cassone, ex direttore Malattie infettive dell'Iss, aveva sollevato questo tema già mesi fa: “È notevolmente problematico accorciare i tempi dei richiami per la possibilità che la risposta immunitaria vada in cortocircuito, per eccesso di antigene in una sola dose o per ripetute e ravvicinate dosi, fino a provocare paralisi immunitaria”. Questo scenario è plausibile anche per Roberto Cauda, membro dello *Scientific advisory group* dell'Emma e direttore Malattie infettive del Policlinico Gemelli di Roma, che al *Fatto* precisa come pur trattandosi “di un'ipotesi quella di andare incontro a una ridotta o assente risposta immunitaria cellulare e/o umorale, non c'è esperienza con i vaccini a mRNA”. A questi dubbi si unisce anche Guido Forni, immunologo dell'Accademia dei Lincei, che ci spiega come “sembra corretto quanto sostiene il prof. Abrignani. La capacità protettiva dei vaccini svanisce dopo un tempo imbarazzantemente breve. Ma sappiamo bene che eccessive stimolazioni del sistema immunitario possono portare ad anergie per esaurimento della capacità del sistema immunitario di reagire efficacemente”.

LA STORIA potrebbe cambiare di parecchio e a nostro vantaggio, secondo Cassone, se “riuscissimo ad avere un vaccino mucosale, capace di limitare la capacità

infettante del virus attraverso le IgA secretorie (ovvero le difese delle alte vie aeree che non vengono stimolate dagli attuali vaccini, ndr)”. L'altro punto di svolta può essere rappresentato dagli antivirali precoci come il Molnupiravir, già arrivato in Italia, e in somministrazione da inizio gennaio. “L'avvento di questi farmaci potrebbe contribuire significativamente a cambiare l'evoluzione della pandemia”, sostiene Forni.

Israele, nel mentre, procede spedito nella quarta dose.

Dopo i risultati preliminari di uno studio che ha testato 154 soggetti, si può dire che “la quarta dose è sicura” - ha riportato il quotidiano *Haaretz* - e aumenta di 1 volte gli anticorpi contro la Spike originaria (di Wuhan) nei soggetti sani. Quale sarà la durata della protezione nei soggetti fragili, anziani e immunodepressi è ancora da capire. Altra fuga in avanti è quella della Turchia, che ha iniziato a offrire le quinte dosi di richiamo. Secondo quanto annunciato dal ministero della Salute turco, “gli individui che hanno ricevuto due dosi del Sinovac cinese e due dosi del vaccino Pfizer-BioNTech almeno 3 mesi fa, potranno ottenere un appuntamento per la quinta dose”.

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



IL DOSSIER • Strategie vaccinali: Europa allo specchio

PERCHÉ LA CORSA AL RICHIAMO È SOTTO ACCUSA

L'Ema avvisa: "Non possiamo dare booster ogni tre mesi, siamo senza dati", dice l'Agenzia europea del farmaco. Ecco come Pfizer ha avuto mano libera

» Stefano Valentino

Lo tsunami Omicron e la scelta tra il ripetere un secondo booster o somministrare nuovi vaccini più mirati semina scompiglio nelle strategie vaccinali e divide l'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità. La scelta tra i due approcci è una corsa contro il tempo che vale denaro e salute perché si dovrà decidere quali tipologie di dosi - già pre-acquisite - si dovrà far produrre alle case farmaceutiche da qui alla fine dell'anno, per scongiurare nuove ondate.

Ieri l'Ema, l'Agenzia europea dei medicinali e l'Fda, l'americana *Food and Drug Administration* si sono riunite d'urgenza per concordare un approccio comune e uscire dal caos dove ogni Paese, anche nell'Ue, rischia di andare per conto proprio (è di ieri la notizia del via libera in Danimarca alla quarta dose per i fragili). Ma l'incontro è stato aggiornato senza decisioni concrete.

L'OMS È DIVISA

Già il giorno prima, l'Oms aveva fornito segnali discordanti. Il direttore dell'ufficio europeo, Hans Kluge, ha riesortato le nazioni del Vecchio continente a somministrare la terza dose all'intera popolazione. Il Gruppo tecnico sui vaccini Covid-19

ha criticato il modello *booster* e dichiarato che servono vaccini che prevenivano in modo duraturo l'infezione e la trasmissione del virus Sars-Cov-2, oltretutto la malattia da essa indotta, il Covid appunto. Contro la "terza dose dei ricchi", si era già scagliato prima di Natale il direttore generale dell'Oms Tedros Ghebreyesus, accusando l'Occidente di lasciare sprovvisti i Paesi meno abbienti, dove in molti casi non

hanno neanche avuto la prima dose. Senza contare come la scarsa copertura vaccinale in queste regioni potrebbe far emergere nuove varianti. Il 7 dicembre scorso il Gruppo consultivo di esperti sull'immunizzazione aveva pubblicato un documento, passato nel silenzio stampa, che dimostra che per ridurre ricoveri e decessi in modo equo in tutto il mondo occorre dare priorità al ciclo completo per tutte e alla terza dose solo per le categorie fragili (anziché *boostare* in modo indiscriminato e vaccinare anche i più giovani). E anche il Centro europeo per il controllo delle malattie, l'Ecdc, aveva avvertito nel suo ultimo rapporto del 25 novembre, che la vaccinazione dei bambini e la terza dose generalizzata avrebbero avuto un impatto limitato nel contrasto all'emergenza sanitaria.

I NUOVI VACCINI: MIRAGGIO

Gli attuali vaccini riducono ricoveri e i decessi, ma meno di quanto promesso la possibi-

lità di infettarsi e contagiare gli altri, non sono dunque, come abbiamo imparato, sterilizzanti. Per farne di nuovi potrebbe essere necessario cambiare i protocolli dei test clinici, con tempistiche non immediate. È proprio uno dei punti dibattuti da EmA e Fda nel 2020: vista l'emergenza, avevano stabilito che per approvare un vaccino bastava che il siero si dimostrasse efficace nel prevenire la malattia. Non è chiaro se alle case farmaceutiche verrà chiesto di provare che i loro nuovi vaccini modificati abbiano pari efficacia anche contro l'infezione.

Sul punto, l'EmA si riserva un "no comment". Per ora sta discutendo le diverse opzioni coi quattro produttori dei vaccini già somministrati nell'Ue: Johnson & Johnson, Novavax, Moderna e Pfizer (distributore



del prodotto della tedesca Biontech) che finora ha totalizzato l'incasso record di quasi 30 miliardi di euro.

La multinazionale americana lo scorso novembre aveva annunciato un vaccino specifico per neutralizzare l'infezione Omicron per marzo di quest'anno. Al tempo stesso, ha chiesto l'approvazione della terza dose per i 16-17enni e si appresta a bissare per i 15enni.

LE DOSI GIÀ PRE-ACQUISTATE

Marco Cavaleri, capo della strategia vaccinale dell'Ema, ha espresso dubbi sui vaccini Omicron che potrebbero arrivare quando si potrebbe essere già diffusa un'ulteriore variante, puntualizzando che l'ideale sarebbe un vaccino capace di neutralizzare diverse possibili varianti. L'alternativa sarebbe adattare gli attuali vaccini per richiami che offrano una durata di protezione più lunga rispetto all'attuale booster. In gioco ci sono i 900 milioni di dosi aggiun-

tive di Pfizer che la Commissione europea ha prenotato nel maggio 2021 (con un'opzione per altri 900 milioni) per i prossimi due anni. Da contratto, una quota non specificata comprende eventuali vaccini per nuove varianti. Ben 215 milioni di dosi verranno consegnate entro fine marzo per consentire agli Stati membri di somministrare il booster ai cittadini prima che scadano i loro certificati Ue, necessari per gli spostamenti oltre-frontiera (validità armonizzata a 9 mesi). Accordi simili sono stati siglati con la connazionale Moderna, produttrice anch'essa degli avanzati vaccini mRNA.

Per il 2022 restano ancora 450 milioni di dosi Pfizer (più quelle opzionabili). Potranno diventare altrettanti booster, ma la copertura contro la malattia sembra limitata nel tempo (si ridurrebbe del 10-15% dopo due mesi, secondo l'Imperial College di Londra), o dei nuovi vaccini che rischiano però di essere inutili, quando saranno au-

torizzati, in caso di nuove mutazioni. Però le dosi gli Stati dovranno pagare lo stesso. Il contratto di approvvigionamento firmato con la Commissione responsabilizza l'azienda da qualsiasi limitazione nella prestazione del suo prodotto.

IL MERCATO DELLE DOSI

Il paradosso è che Pfizer ha fino al dicembre 2023 per comunicare i più cruciali dati di efficacia dei vaccini via via sviluppati, in base all'autorizzazione rilasciata dall'Ema. Questa ha scritto lo scorso novembre, nel rinnovo annuale dell'autorizzazione del vaccino: "Permangono incertezze sulla durata della protezione, sull'efficacia nei gruppi a rischio e contro le imminenti varianti". Sul Registro Ue post-autorizzazione dei farmaci, di studi in corso su questi aspetti non vi è traccia.

"La mancanza di documenti indica che tali studi rimangono in una fase molto precoce", ha denunciato a fine dicembre Pe-

ter Doshi, docente all'università americana del Maryland ed esperto di fama mondiale in sperimentazione clinica. Sul *British Medical Journal* (da lui co-diretto), "gli studi a cui i produttori danno la priorità servono a ottenere l'approvazione per dosi aggiuntive o per nuovi vaccini". Concorde David Dowdy, professore di Epidemiologia delle malattie infettive alla conterranea Johns Hopkins University: "Il modo strategico in cui sono rilasciati i dati mira a espandere il mercato dei vaccini, occorre una maggiore pressione pubblica per la sorveglianza post-approvazione, c'è però da dire che le case farmaceutiche hanno un forte incentivo a offrire un prodotto di qualità".

Forti delle regole Ue sulla confidenzialità dei trial clinici, Pfizer e i suoi concorrenti negano l'accesso a cruciali dati clinici che permetterebbero ai ricercatori indipendenti di condurre analisi e informare rapidamente le autorità di regolamentazione.

Quarta dose? Non possiamo dare booster ogni 3 mesi. Non è una strategia sostenibile

Marco Cavaleri, responsabile per i vaccini dell'Agenzia europea del farmaco Ema • 12 gennaio 2022

HANNO DETTO



MARCO CAVALERI

Si sta discutendo della possibilità di somministrare una seconda dose booster con i vaccini oggi in uso: non ci sono ancora dati. Se l'uso di richiami può essere parte di un piano di emergenza, vaccinazioni ripetute non sono una strategia sostenibile a lungo termine



PETER DOSHI

La mancanza di documenti disponibili per tutti indica come tali studi rimangano in una fase molto precoce: gli studi a cui i produttori di vaccini danno la priorità servono a ottenere l'autorizzazione per le dosi aggiuntive



DAVID DOWDY

Il modo in cui vengono rilasciati i dati è strategico ed è volto a promuovere il mercato delle dosi. Occorre una maggiore pressione per la valutazione e la sorveglianza post approvazione dei vaccini

BIG PHARMA: IL POTERE IN DUE NUMERI

2023

SCADENZA È la data entro la quale Pfizer deve comunicare i dati sull'efficacia dei vaccini: è la scappatoia che permette all'azienda di dare priorità agli studi per i richiami, anziché a quelli sugli effetti post approvazione del siero

450MLN

PRE-ACQUISTO numero di dosi Pfizer (più quelle opzionabili) prepagate dall'Ue per il 2022



Il virologo Crisanti: «Non si possono fare iniezioni ogni quattro mesi, non fa bene al sistema immunitario»

«Basta con questi vaccini»

DI DARIO MARTINI

«Questa maratona vaccinale è sbagliata. Fare vaccini ogni quattro mesi ha un costo sul nostro sistema immunitario. Non è una cosa buona». Il professore Andrea Crisanti, direttore del dipartimento di medicina molecolare dell'università di Padova, non usa tanti giri di parole per dire come la pensa. In questi giorni milioni di italiani si pongono la stessa domanda. Farà male ripetere tutte queste iniezioni nel giro di così poco tempo? Mentre corre la campagna delle terze dosi, già si parla del nuovo siero contro Omicron (...)

Segue a pagina 3

L'INTERVISTA

Il virologo: «Non possiamo fare dosi ogni quattro mesi all'intera popolazione. Serve un siero tradizionale»

«Basta con questi vaccini Ne serve uno che duri»

Parla Crisanti: «Stimolare troppo il sistema immunitario ha un costo»

segue dalla prima

DARIO MARTINI

(...) che sarà pronto a marzo. E dopo la quarta dose, ci toccherà fare anche la quinta? Crisanti si sottrae a questa logica: «La corsa alle varianti a cui stiamo assistendo è legata alla poca efficacia nel tempo di questi vaccini. Serve una strategia diversa».

Professore, cosa intende?

«Significa che bisogna investire in vaccini diversi, di seconda generazione, che abbiano una durata maggiore. Non è possibile imporre questa maratona vaccinale a un'intera popolazione ogni quattro mesi. Nel lungo termine non è sostenibile».

Cosa vuol dire di seconda generazione?

«Mi riferisco a vaccini mutua-

ti su quelli tradizionali che inducano risposte molto più prolungate. Se durassero due o tre anni non saremmo in questa situazione».

Quindi non a mRNA come quelli prodotti da Pfizer e Moderna?

«Certo, non a mRNA, è evidente. Non possiamo vaccinare cinquanta milioni di persone ogni quattro mesi».

Astrazeneca, che è a vettore virale, è un vaccino tradizionale?

«No, non lo è?».

Quindi questi vaccini tradizionali contro il Covid sarebbero una novità?

«Sì, finora non ne abbiamo avuti. Le faccio un esempio. Il vaccino contro l'epatite B è per antonomasia uno dei migliori mai realizzati. E dura vent'anni».

Per produrre questo nuovo vaccino bisognerà affidarsi ancora alle compagnie farmaceutiche che abbiamo imparato a conoscere nell'ultimo anno?

«No, guardi, io non penso che il problema possa essere risolto da Pfizer o Moderna che preparano il vaccino contro la variante Omicron. A questo punto penso che a livello di comunità europea debba essere lanciata una grossa iniziativa di investimento con fondi pubblici per fare un vaccino pubblico che assicuri

una durata maggiore. Così risolviamo anche questo cavolo di problema dei brevetti». **Che rischi ci sono a ricevere vaccini ogni tre-quattro mesi?**

«Stimolare il sistema immunitario ogni quattro mesi con un vaccino non è una cosa buona».



Cosa potrebbe accadere?

«C'è sempre un costo a stimolare il sistema immunitario». **Alla lunga potrebbe non rispondere più ai vaccini?**

«Non è possibile fare generalizzazioni. Però possiamo dire che il sistema immunitario è una macchina estremamente complessa e il nostro organismo è sviluppato in modo da attivarlo il meno possibile. Attivarlo ha un costo. Quando lei sta male e ha una malattia non sta male a causa del microrganismo che le causa la febbre. In genere è il sistema immunitario che la fa star male».

Fare la quarta e poi magari la quinta dose può comportare rischi per la salute?

«Le ho detto chiaramente la mia posizione. Penso che non sia una buona cosa stimolare il sistema immunitario ogni quattro-cinque mesi. Perché al sistema immunitario queste cose non piacciono».

Pfizer ha detto che a marzo sarà pronto il vaccino contro Omicron. È la strada giusta?

«È una scorciatoia di breve termine. Ne sono convinto». **Quando sarà disponibile**

converrà farlo?

«Che convenga farlo è fuori di dubbio. A breve termine è ciò che abbiamo. E quindi conviene farlo. A lungo termine, invece, bisogna cambiare strategia».

Come mai non è stato sviluppato un vaccino tradizionale?

«Perché c'è stata una corsa velocissima a questi nuovi vaccini. Mentre quelli tradizionali richiedono più tempo per la sperimentazione».

A Big Pharma, dal punto di vista del profitto, conviene sicuramente mantenere i vaccini attuali...

«Io non faccio dietrologia, non porta da alcuna parte».

In Italia abbiamo le capacità di ricerca per muoverci nella direzione da lei suggerita?

«L'Italia potenzialmente ha questa capacità. Però bisogna creare le condizioni».

Il nostro corpo

Il sistema immunitario è una macchina complessa. Va attivato il meno possibile

Quarta dose

Il vaccino in arrivo contro la variante Omicron? Che convenga farlo è fuor di dubbio. È ciò che abbiamo. Ma occorre cambiare strategia

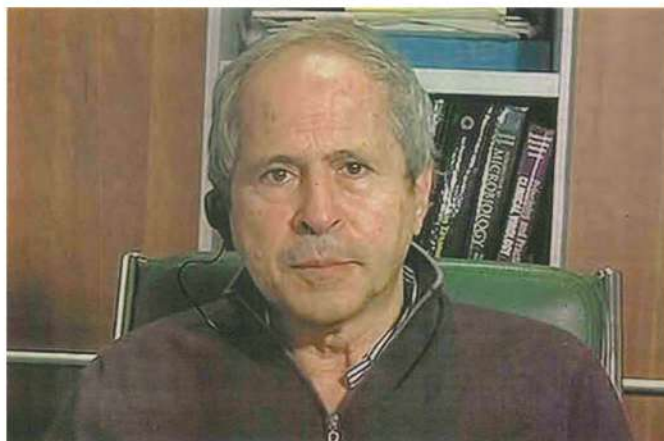
Cambio di rotta

«No alla maratona vaccinale. Penso che sia una scorciatoia di breve termine, ma nel lungo periodo non è sostenibile»

Alt a Big Pharma. Non penso che possiamo affidarci a Pfizer o Moderna. Sono gli Stati, magari la Ue, a dover investire nella produzione di un vaccino pubblico

No ai sieri a mRNA

Penso a farmaci mutuati su quelli tradizionali che durino almeno due, tre anni. Quello per l'epatite B dura vent'anni



Andrea Crisanti
In alto, il direttore del dipartimento di medicina molecolare dell'università di Padova. Sopra, una ragazza si vaccina a Roma



Per l'immunologo Usa Fauci è una certezza
Ma ci vorranno anni, e tanti eviteranno la malattia

«Omicron ci troverà quasi tutti»

L'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato che oltre il 50% degli europei potrebbe essere contagiato da Omicron nelle prossime sei-otto settimane. «Nella prima settimana del 2022 l'Europa ha registrato oltre sette milioni di casi» ha riferito il direttore europeo dell'Oms Hans Kluge. Secondo Anthony Fauci, immunologo e consigliere per la pandemia per Biden, «Omicron alla fine troverà quasi tutti» grazie al suo grado di trasmissibilità senza precedenti. Anche i vaccinati «saranno probabilmente infettati, compresi quelli con terza dose, ma non finiranno in ospedale e non moriranno». Secondo l'immunologo americano siamo davanti a un periodo di transizione con la pandemia.

1 Ci ammaleremo tutti di Covid?

Con un andamento delle curve in una fase che è ancora pandemica, come quella attuale, tante persone verranno contagiate. «Tuttavia anche nelle pandemie più terribili — spiega Paolo Bonanni, epidemiologo — non è mai successo che sia stata colpita tutta la popolazione nel giro di una manciata di mesi. È plausibile che il coronavirus nel tempo diventerà endemico ed è chiaro che, analogamente ai virus con cui conviviamo, come influenza e raffreddori, prima o poi ci toccherà nella

vita. Ma non è detto che succeda adesso, può capitare anche tra cinque anni o tra sette». «Adesso non ci ammaleremo tutti — concorda l'immunologa Antonella Viola — ma negli anni tutti entreremo in contatto con il virus, ma non tutti si ammaleranno».

2 Se il nostro destino è quello di contagiarsi prima o poi a che cosa serve portare la mascherina?

«Vista l'alta contagiosità di Omicron la mascherina contribuisce ad evitare di infettarci tutti contemporaneamente. In una società i servizi essenziali devono funzionare: non possiamo permetterci di non avere più medici e infermieri in ospedale, netturbini che raccolgono la spazzatura o macchinisti alla guida dei

treni», avverte Fabrizio Pregliasco, virologo e direttore sanitario dell'Istituto Galeazzi di Milano.

3 Si può trattare Omicron come un'influenza?

Il premier spagnolo Pedro Sánchez propone di trattare il Covid come una normale influenza dal momento che l'aumento dei casi non è seguito da quello dei decessi,



sostenendo che non è più necessario tracciare e confinare chiunque risulti positivo al test ed è arrivato il momento di passare da un quadro di «pandemia» a uno di «malattia endemica» come è appunto l'influenza stagionale. L'Oms ha tuttavia messo in guardia dal trattare l'ultima ondata di Covid come un'influenza stagionale poiché molto ancora resta sconosciuto della nuova variante, in particolare per quanto riguarda la gravità della malattia che potrebbe riguardare le aree con bassi tassi di vaccinazione come alcune zone dell'Europa orientale. «Non siamo ancora pronti a considerare il Covid come un'influenza. Lo si potrebbe fare se fossimo tutti vaccinati, ma anche in questo caso ci sarebbe sempre il rischio di mutazioni che bucano la protezione e mettono sotto stress il sistema sanitario» aggiunge Antonella Viola, che è anche docente di Patologia generale all'Univer-

sità di Padova.

4 In questa fase ha senso continuare a fare tamponi a tappeto?

«Facciamo tantissimi sforzi con tamponi e quarantene — riflette Paolo Bonanni, che è anche professore ordinario di Igiene all'Università di Firenze — ma questo non porta a un valore aggiunto particolarmente elevato in termini di prevenzione. Meglio concentrarsi sulle vaccinazioni e fare tamponi solo ai sintomatici anche perché oggi i servizi di prevenzione non sono in grado di tracciare e prendere in carico tutti. Fare così tanti tamponi è come fermare le onde con le mani: dobbiamo essere realisti e fare i conti con le forze che abbiamo».

5 Quando la curva epidemica rallenterà?

«Non è pensabile che continui a rimanere su questi numeri così elevati perché verrebbero a mancare comunque le persone suscettibili. Con i dati che abbiamo al massimo

entro la fine di gennaio la curva dei contagi comincerà a scendere» prevede Bonanni.

6 Diventeremo dunque tutti immuni?

«Solo temporaneamente» sostiene Antonella Viola. «Abbiamo già visto che le reinfezioni sono possibili soprattutto se il virus cambia, come è accaduto con Omicron». «L'immunità scema nel tempo ma mi aspetto che tra vaccini e contagi avremo un substrato di immunità di base — aggiunge Bonanni — e per un po' di tempo saremo almeno parzialmente protetti, con una riduzione di complicanze e mortalità».

7 Che cosa succederà nei prossimi inverni?

«Avremo epidemie invernali di Covid come quelle di influenza e virus respiratorio sinciziale anche se, vista la sua alta contagiosità, con più casi rispetto all'influenza» dice Bonanni, che avverte: «Ci si convivrà, non certo senza un

prezzo. Ricordiamoci che in era pre-pandemica ogni anno contavamo tra gli otto e i diecimila morti direttamente correlati all'influenza. Con i vaccini il danno del Covid lo potremo ridurre drasticamente, anche se non annullarlo del tutto».

8 Possiamo fare altro per avere un inverno migliore l'anno prossimo?

«Ampliare i reparti di malattie infettive e rianimazioni. Incrementare il sistema diagnostico. E lavorare su vaccini che superino il problema delle varianti» conclude Viola.

Cristina Marrone



Al Museo dei bambini Un ragazzino riceve una dose di Pfizer al Children's Museum di San Jose, in Costa Rica (Ezequiel Becerra/Afp)



LO STUDIO CINESE

LA CONVIVENZA CON IL VIRUS

Omicron nata da un doppio salto Il passaggio tra uomini e topi

Si spiegano così le tante mutazioni della variante

Antonio Caperna

■ La variante Omicron nascerebbe da una sorta di *ping-pong* tra specie, più esattamente tra uomo e topo, con il primo che infetta l'animale, che poi reinfetta l'uomo. L'ipotesi troverebbe una seconda conferma nella ricerca sul *Journal of Genetics and Genomics* di un gruppo di genetisti cinesi, guidati da Wenfeng Qian, dell'Institute of Genetics and Developmental Biology della Chinese Academy of Sciences. I primi a parlarne già prima di Natale sono stati il team del dottor David Velesler, ricercatore presso l'Howard Hughes Medical Institute e professore associato di biochimica presso la University of Washington School of Medicine di Seattle con Davide Corti di Humabs Biomed SA, Vir Biotechnology in Svizzera, che hanno pubblicato la ricerca su *Nature*. È stato ipotizzato che il gran numero di mutazioni di Omicron potesse essersi accumulato con un virus saltato dall'uomo a una specie animale e viceversa. Un passo in più quindi, rispetto alla prima ipotesi di una infezione prolungata in una persona con un

sistema immunitario indebolito. Su *Nature* i ricercatori affermano che la proteina spike di Omicron è in grado di legarsi 2,4 volte meglio di quella trovata nel virus isolato all'inizio della pandemia, ma soprattutto in maniera efficace ai recettori ACE2 del topo. Tra le oltre 6 milioni di varianti sequenziate, Omicron è riuscita ad avere la meglio e, secondo i genetisti cinesi, ciò si spiegherebbe proprio con un doppio salto di specie. «In questo studio, abbiamo utilizzato lo spettro molecolare delle mutazioni della variante SARS-CoV-2 Omicron per tracciare le sue origini prossimali dell'ospite -si legge nello studio cinese- Abbiamo scoperto che lo spettro molecolare delle mutazioni di Omicron pre-epidemia non era coerente con il rapido accumulo di mutazioni negli esseri umani ma piuttosto suggeriva una traiettoria in cui il progenitore di Omicron ha sperimentato un evento zoonotico inverso dall'uomo ai topi durante la pandemia (molto probabilmente a metà 2020) e accumulato mutazioni in un ospite di topo per più di un anno prima di tornare all'uomo alla fine del 2021. Durante l'evoluzione nei topi, il progenitore di Omicron si è adattato all'ospite del topo, acquisendo mutazioni di amminoacidi nella proteina spike, che ha aumentato la sua affinità di legame con il

recettore ACE2, aggiungono gli scienziati. Inoltre, si sono accumulate anche mutazioni associate alla fuga immunitaria, che possono anche essere un fattore che contribuisce alla sua rapida diffusione negli esseri umani». Valutando anche altre 18 specie di mammiferi, tra cui cani, gatti, visoni e cervi, la conclusione è che «la caratterizzazione dello spettro molecolare delle mutazioni e le osservazioni delle interazioni con il recettore ACE2 hanno entrambi suggerito che i topi fossero la specie ospite più probabile in cui si è evoluto il progenitore di Omicron».



Il confronto

Covid 10 volte più letale della semplice influenza «Presto per equipararli»

► Secondo le stime la differenza è tra 8mila decessi l'anno e gli oltre 60mila del 2021 ► Gli esperti: «I reparti pieni di positivi e non bisogna sottovalutare Omicron»

IL FOCUS

ROMA «Ancora è presto. Pensare di trattare, dal punto di vista epidemiologico e di prevenzione, il Covid come una semplice influenza è inaccettabile. Io vedo che il nostro reparto si sta di nuovo riempiendo e tra i pazienti più gravi molti sono stati contagiati dalla Omicron. Non deve passare la falsa notizia che questa variante non sia insidiosa. Certo, questi ricoverati non erano vaccinati». Il professor Massimo Andreoni è il direttore scientifico della Simit, la società italiana malattie infettive e tropicali. Ma è anche il primario del reparto di Malattie infettive di uno degli ospedali romani più importanti, il Policlinico Tor Vergata. «Mi creda - spiega - vedendo la pressione che c'è da noi come in tutti gli ospedali di pazienti Covid, l'idea di considerare già oggi il Covid alla stregua dell'influenza appare inopportuna. Magari potrà succedere in futuro, ma non siamo ancora in quella fase».

STRATEGIA

In Spagna il governo di Sanchez ci sta però pensando. E anche nel Regno Unito Boris Johnson, al di là dei suoi guai legati alla festa organizzata durante il lockdown, sta andando verso una normalizzazione. Una parte degli scienziati chiede di non fornire più i dati giornalieri dei contagi, considerati fuorvianti. «Ma una cosa è mantenere i nervi saldi e affrontare con razionalità questa nuova fase della pandemia, sapendo di avere a disposizione armi come vaccini, monoclonali e antivirali, un'altra è pensare che non siamo ancora in una fase delicata» allarga le braccia Andreoni. Tenendo conto che dovremo anche affrontare, nei prossimi mesi, il problema di una parte dei pazienti guariti che continuano a soffrire dei sintomi di long Covid, le conseguenze anche a lungo termine della malattia. È un'altra differenza rispetto all'influenza, che una volta passata non lascia strascichi.

Partiamo dai numeri. In Italia il monitoraggio dell'influenza, i cui dati vengono riportati sul sito dell'Istituto superiore di sanità-Epicentro, non sono dettagliati come quelli del Covid. Però la stima annuale, secondo ricerche che tengono conto anche dell'eccesso di morti rispetto all'atteso,

fissa in 8.000 i decessi da influenza. Non sono solo quelli diretti, ma anche quelli indiretti: magari l'influenza ha fatto aggravare altre patologie. In sintesi: 8.000 è un dato prudenziale. Il Covid ci ha abituato, purtroppo a cifre molto differenti. Nel 2021, dunque con il Paese di fatto aperto ma anche con lo scudo dei vaccini, i morti sono stati otto volte tanti rispetto all'influenza, 63.243. Il paragone, dunque, non regge. Non solo: il Covid, rispetto all'influenza, incide molto di più sui sistemi sanitari e anche sull'economia, visto che oggi abbiamo 2,2 milioni di persone contagiate e prigioniere in casa (nella stragrande maggioranza dei casi per fortuna non sono in ospedale) che dunque non possono andare al lavoro. A questi vanno aggiunti i contatti stretti che,



se non vaccinati con terza dose, devono comunque rispettare la quarantena. Negli ospedali i numeri sono impietosi. Certo, anche l'influenza, nei suoi picchi stagionali, metteva in difficoltà in particolare il pronto soccorso, ma con Sars-CoV-2 sono i reparti a non reggere. Non esistono dati sui ricoveri per influenza, ma ciò che vediamo oggi, pur in presenza dello scudo dei vaccini, sono i posti letto occupati da pazienti Covid che continuano ad aumentare: siamo arrivati a 19.000. «Quando potremo cominciare a ragionare su un ritorno alla normalità - osserva il professor Andreoni - dovremo avere già rinforzato gli ospedali, aumentato i posti e il personale per rispondere a ogni ondata». Non si fa dall'oggi al domani, perché mancano le figure professionali, non ci sono sufficienti medici e infermieri formati da assumere. Serviranno anche professionisti che si prendano cura delle persone che hanno superato l'infezione ma che soffrono di long Covid, cosa che normalmente

con l'influenza non avviene. Di quanti pazienti stiamo parlando?

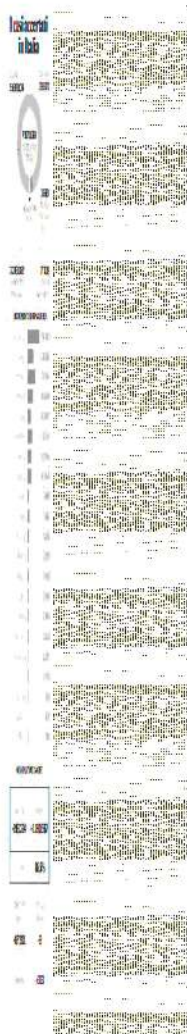
STUDI

Alcune ricerche ipotizzano il 50% di chi è stato ricoverato in ospedale, un recente studio realizzato in Lombardia si ferma al 42%, ovviamente con una gradazione di gravità differente. Su 858 pazienti visitati dalle Pneumologie Lombarde, ha spiegato a "Quotidiano sanità" il dottor Michele Vitacca, Direttore Dipartimento Pneumologia riabilitativa ICS Maugeri «il 21 per cento era stato ricoverato in Terapia Intensiva, il 60 in ventilazione. Bene, solo il 58 per cento dei casi non presentava alcun livello di disabilità mentre rispettivamente il 20, il 12, il 6 e il 4 per cento avevano una disabilità lieve, media, avanzata o estremamente avanzata». La ricerca conclude che gli effetti a lungo termine più frequenti sono di natura respiratoria, neurologica ("nebbia cerebrale"); ci sono anche la difficoltà di memoria, la cefalea, sintomi gastroenterici e cardiovascolari. Ma la situazione sta

migliorando? «Abbiamo più armi - dice Andreoni - Un tipo di anticorpi monoclonali dà ottimi risultati anche con la Omicron, ma questo ci costringe ogni volta a fare il sequenziamento per non usare quelli sbagliati. Cominciamo a utilizzare il nuovo retrovirale Molnupiravir, che però funziona solo a inizio della malattia e ancora non si può dare a tutti». Presto arriverà quello di Pfizer. E poi abbiamo i vaccini, che per fortuna riducono i ricoveri. «Ma una cosa è dire che la situazione sta migliorando, un'altra è pensare che possiamo già considerare Covid alla stregua dell'influenza. Certo, la Omicron causa in percentuale meno ricoveri, ma grandi numeri, visto la sua trasmissibilità, manda molte persone in ospedale ed è anche letale. E ancora non sappiamo come sarà la prossima variante, per dirla tutta».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I MALI DI STAGIONE PASSANO SENZA LASCIARE ULTERIORI STRASCICHI, IL VIRUS PRODUCE EFFETTI A LUNGO TERMINE

OLTRE DUE MILIONI DI PERSONE SONO ATTUALMENTE CONTAGIATE, QUASI VENTIMILA I POSTI LETTO OCCUPATI



SALGONO I RICOVERI DEI NON VACCINATI

Aumentano di nuovo i ricoveri, specie in terapia intensiva, dei non vaccinati: la media, fatta su tutte le regioni italiane, è che rappresentino i due terzi del totale



Cura le infezioni delle vie respiratorie

L'introvabile Zitromax esaurito in tutte le farmacie

L'azitromicina è terminata. Non disponibile. In tutte, o quasi, le farmacie d'Italia. Mentre Omicron fa lievitare i contagi, gli scaffali delle croci verdi si svuotano di uno dei medicinali più prescritti contro i sintomi del Covid. Più noto con il nome commerciale Zitromax, l'antibiotico, che combatte l'infezione a livello delle alte vie respiratorie – inserito tra i protocolli di cure stilati dal ministero della Salute – è introvabile. «Faccio l'ordine ogni giorno, tre volte al giorno, ma non c'è niente da fare – spiega un farmacista romano, il dottor Pietro Minonzi – Siamo in rete con i fornitori di tutta Italia, Brescia, Bologna, Foggia, Pisa. Ma non si trova».

La carestia riguarda il farmaco "di marca" ma anche la versione equivalente. E la situazione è ancora più grave per quello che riguarda la formulazione pediatrica, in sciroppo. Tanto che sui social si è scatenato il panico. Nei gruppi dedicati alle famiglie, come "StappaMamma", oltre 10mila follower in tutta Italia, si susseguono appelli, consigli su dove trovare le ultime bottigliette disponibili, una sorta di "caccia allo Zitromax", troppo spesso con esito negativo. A Sperlonga la mamma di due bimbe malate di Covid di 2 e 6 anni, dopo giorni di ricerche, ha invocato la generosità del popolo del web. E un volontario di Napoli del gruppo "Facciamoci compagnia" è partito alla volta del comune laziale portando i farmaci alla famiglia. La stessa Federfarma non riesce a dare una risposta su quando, e se, il medicinale tornerà ad essere disponibile. Per ora, chi riesce a trovarne una scatola è fortunato. – **arianna di cori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Farmacia	Dispo.	Costo Netto	Scorte
FARMACIA LA FARMACIA - C/LE BARONCINI 10		1,80	
FARMACIA MEDICINA - VIA		1,80	
FARMACIA SILE		1,80	
COOPERATIVA FARMACIA SILE		1,80	
FARMACIA SOC. COOPERATIVA		1,80	

Farmacie senza Zitromax



IL COMMISSARIO CORRE AI RIPARI

Destinate a personale scolastico e sanitario per tutto il mese di febbraio

Figliuolo ordina 60 milioni di mascherine Ffp2

DARIO MARTINI
d.martini@iltempo.it

••• Sono in arrivo 60 milioni di mascherine Ffp2 che saranno destinate alle scuole e alle strutture sanitarie. Serviranno a proteggere il personale scolastico, i medici e gli infermieri. E dovranno bastare per tutto il mese di febbraio.

Il commissario straordinario all'emergenza Francesco Paolo Figliuolo ha pubblicato ieri il bando. Le aziende che vorranno fare offerte hanno pochi giorni di tempo a disposizione. Il valore presunto ammonta a 30 milioni di euro, dal momento che viene stimato che ogni mascherina costi 50 centesimi di euro. Nella determina firmata dal generale l'11 gennaio si legge che «vi è la necessità di una fornitura settimanale di 12 milioni di semi-maschere facciali filtranti Ffp2 a decorrere dal 31 gennaio 2022 fino al 28 febbraio dello

stesso mese». Il quantitativo complessivo, come detto, dovrà essere di 60 milioni di pezzi, necessario per «assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza e garantire la salvaguardia del personale impiegato sia nell'ambito del comparto scolastico che nelle strutture sanitarie delle Regioni e delle Province autonome». La commessa se l'aggiudicherà l'impresa che offrirà lo sconto maggiore, ovviamente rispettando tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente.

A proposito della scuola, è ancora polemica per i sistemi di areazione negli istituti. In molti casi vengono tenute aperte a lungo le finestre, nonostante la temperatura all'esterno sia molto bassa e si rischi così di ammalarsi per motivi diversi dal Covid. «La responsabilità del riscaldamento delle scuole è degli enti locali. Il problema c'è e se ne dovrebbe prendere atto disponendo di impianti più moderni ed efficienti. Ma le finestre andrebbero tenute aperte periodicamente, non sempre come spesso avviene», dice all'Adnkronos il presidente dell'Associazione nazionale presidi, Antonello Giannelli che

guardando all'alternativa finestre aperte, sanificatori dell'aria ed aeratori, afferma: «Impossibile per noi fare impianti di aerazione nelle scuole. Li devono costruire gli enti locali. Altra cosa sono i sanificatori che, a differenza dei sistemi di aerazione, sarebbero acquistabili con i 350 milioni del fondo del decreto-legge 73/2021 e costano tra i 500 e i 1.000 euro l'uno. Ma di fatto sono un'opzione non praticabile». Giannelli spiega: «La media di risorse a disposizione per scuola provenienti da quel fondo è di circa 43mila euro. Per acquistare i sanificatori in una scuola con 50 classi, la spesa oscillerebbe dai 25mila ai 50 mila euro. Ma i fondi sono destinati anche ad altro ed inoltre producono un sovraccarico elettrico che non è detto che la fornitura della scuola possa reggere. Infine, vanno ripuliti ed hanno filtri che hanno costi elevati. La sanificazione fai da te alla buona non è praticabile in linea di principio».

È sui green pass degli studenti da ieri al via nelle classi in auto-sorveglianza con più di un positivo, il capo dei presidi aggiunge: «Li abbiamo controllati uno ad uno con

l'app C-19. Ancora nessun segnale da parte del governo» sulla semplificazione della procedura attraverso una piattaforma apposita. Lunedì scorso ho ribadito al ministro Bianchi questa nostra esigenza».

0,50

Centesimi
Il costo previsto
per ogni
mascherina Ffp2



Produzione
A sinistra,
un'azienda che
fabbrica
mascherine Ffp2
che proteggono
maggiormente
rispetto a quelle
chirurgiche



IL CASO

La microbiologa di origini italiane lancia il vaccino per il mondo

PAOLA DEL VECCHIO
Madrid

È stato ribattezzato «il vaccino anti Covid-19 per il mondo». E impiega una tecnologia tradizionale a base di proteine ricombinanti che ne fa possibile la produzione su vasta scala, rendendola accessibile alla popolazione globale. Ad annunciarlo in un comunicato è stata la microbiologa italo-onduregna Maria Elena Bottazzi, co-direttrice del Centro per lo Sviluppo di Vaccini del Texas Children's Hospital e Baylor College of Medicine, istituzioni private e senza scopo di lucro a Houston, negli Usa. Libero da patenti, il Corbervax – com'è denominato – è già stato autorizzato in India come vaccino di emergenza. E Bottazzi

prevede che sarà approvato a breve anche in Indonesia, Bangladesh e Botswana. «È il primo passo per affrontare la crisi umanitaria in corso, vale a dire la vulnerabilità dei paesi a basso e medio reddito nei confronti della variante delta» ha assicurato la ri-

cercatrice, nata 56 anni fa a Genova e cresciuta in Honduras. «I vaccini a base di proteine sono stati ampiamente utilizzati per prevenire molte altre malattie hanno un comprovato record di sicurezza e utilizzano economie di scala per ottenere una disponibilità a basso costo in tutto il mondo» ha aggiunto la docente e preside associato della National School of Tropical Medicine alla Baylor. Il Corbervax può essere la svolta lungamente attesa per sconfiggere la Covid-19 a livello mondiale, perché «colmerà il divario di accesso creato dalle più costose e nuove tecnologie di vaccini e che oggi non sono ancora in grado di essere rapidamente diffuse per la produzione globale».

L'iniezione ha un'efficacia superiore al 90% rispetto al coronavirus originario di Wuhan e superiore all'80% per la mutazione Delta, come segnala un comunicato del Texas Children's Hospital. «Ora stiamo confermando l'adeguatezza in relazione alla variante omicron, ma crediamo che manterrà una buona protezione», ha assicurato Bottazzi

al quotidiano *El País*. La sua produzione su larga scala, accessibile a «ogni fabbricante che può produrre un vaccino per l'epatite B», sarà possibile a un costo di circa un euro e mezzo per dose, a fronte dei 21 euro del siero di Moderna, dei 15 euro di quello di Pfizer e dei 3 euro di AstraZeneca. «È questo il concetto di vaccino per il mondo» ha rilevato la Bottazzi. «Ciò che abbiamo visto con gli altri sieri è che, sebbene l'intenzione è che tutti possano accedervi, ci sono limiti per la fabbricazione a grande scala, per l'immagazzinamento, per la proprietà intellettuale. Molti ostacoli, che stanno impedendo di ricevere o produrre le vaccinazioni per tutti». Nel caso del Corbervax, sembrano superati. Il processo vaccinale sviluppato dal Centro guidato da Maria Elena Bottazzi e Peter Hotez, dopo aver completato due studi clinici di fase III su oltre 3.000 soggetti, «è risultato sicuro, ben tollerato e immunogenico». Hotez stima che siano necessari 9 miliardi di dosi per immunizzare il

mondo. «Questo vaccino può ridurre questo gap», ha assicurato la scienziata. «Può alleviare economicamente i Paesi che non hanno fondi per continuare ad acquistare vaccini ad alto costo». E sarà «essenziale in America», per i richiami di vaccini che «non hanno una buona durata dell'immunità, soprattutto in un contesto di nuove varianti». Ma non solo. Corbervax è un siero *halal*, adatto all'uso da parte di persone di religione islamica. «Abbiamo cominciato a lavorare con il Medio Oriente e abbiamo visto che per loro è molto importante» ha spiegato Bottazzi. «Ci assicuriamo di non utilizzare nessun reagente derivato da animali. Tutto è con processi sintetici o vegetali».

Maria Elena Bottazzi: si chiama Corbervax e potrà essere accessibile a tutti, con spese molto più basse



Maria Elena Bottazzi



PRONTI AL NUOVO POLIVACCINO

Mentre all'orizzonte appare la quarta dose, dall'Australia agli Stati Uniti primi test per un'unica profilassi da virus con somiglianze genetiche "scovate" da un algoritmo. Un'arma efficace anche contro l'influenza. Che quest'anno si presenta più aggressiva

CARLA MASSI

U

n anno fa le prime dosi. Dopo l'estate il terzo richiamo. Ora si pensa alla quarta dose. In Israele hanno già iniziato negli over 60. «Temo sarà necessaria» prevede Roberto Cauda, direttore di Malattie infettive al Policlinico Gemelli di Roma. E nei laboratori, dall'Australia agli Stati Uniti, si parla di successi incoraggianti per la costruzione di un vaccino universale.

Un "panvaccino" destinato a combattere quei gruppi composti da tutti i virus che presentano somiglianze genetiche fra loro. In questo caso, i coronavirus implicati nel Covid, l'influenza e la polmonite interstiziale. Un'arma a prova di varianti.

GLI STUDI

Questo è l'obiettivo dei ricercatori australiani del laboratorio di Immunogenomica del Garvan Institute di Sydney e del Westmead Institute for Medical Research e dei lavori dell'immunologo Barton F. Haynes con la Scuola di medicina della Duke University di Durham, nel North Carolina.

I risultati, su topi, mostrano come i potenziali vaccini possano essere efficaci nello stimolare il sistema immunitario in pazienti già contagiati dal Covid e in via di recupero.

Le cavie sono state infettate con Covid-19 e poi immunizzate con diverse proteine di trasporto, ottenute da una base dati di 192 mila differenti coronavirus (sono 7 i tipi di coronavirus umani conosciuti fi-

no a oggi comuni in tutto il mondo) e loro mutazioni. Quindi, l'attesa in laboratorio per determinare quali anticorpi i topi abbiano prodotto.

«Stiamo usando una tecnologia d'avanguardia - fa sapere la ricercatrice del Garvan Institute, Deborah Burnett - Se la pandemia di Covid avesse colpito cinque anni fa, non saremmo stati in grado di ottenere i risultati che possiamo avere ora». I ricercatori sono ricorsi a un algoritmo che esamina la composizione genetica di un virus e identifica le porzioni stabili di Sars-CoV-2, che sono essenziali per la sua capacità di mutare e sopravvivere. Non si esclude che il nuovo vaccino sia pronto per il prossimo autunno.

«Gli italiani, tranne una minoranza, si sono comportati bene fin dall'inizio della pandemia - commenta il virologo Massimo Galli, ex responsabile del Dipartimento di infettivologia dell'ospedale Sacco di Milano - e speriamo che capiscano l'importanza di una eventuale quarta dose». Una diligenza, forse, inaspettata. La conferma arriva anche da una ricerca dell'Istat intitolata "I cittadini durante la seconda ondata epidemica", che offre elementi interessanti sulle reazioni della popolazione di fronte al nuovo attacco del virus, dopo il relativo rallentamento di metà 2020. Un dato per tutti: le uscite da casa sono state effettuate prevalentemente (oltre il 56%) di mattina e nelle ore meno af-



follate, per ridurre i rischi di contagio.

Una diligenza che l'anno scorso, tra mascherine, distanziamento, chiusura delle scuole, vaccino e molti locali chiusi dalle 18 di sera, ha portato a un numero molto basso di casi di influenza. Ma, adesso, le condizioni sono diverse e dobbiamo aspettare il picco per la fine di gennaio e le prime settimane di febbraio. Si prevedono sei milioni di italiani colpiti. In concomitanza con i contagi di Omicron. L'influenza si manifesta con sintomi respiratori simili a quelli del Covid-19. Solo il tampone può permettere di distinguere le due malattie.

Un lieve aumento della curva dei casi di influenza stagionale è già iniziato: nella settimana tra il 27 dicembre e il 2 gennaio

la rete di sorveglianza epidemiologica In- fluNet dell'Istituto Superiore di Sanità ha registrato 335.900 nuove segnalazioni con un'incidenza di 5,7 casi per mille abitanti. I sette giorni prima era di 4,88 casi per mille abitanti.

«La stagione – fanno notare i ricercatori – continua ad avere un andamento più intenso rispetto a quella 2019-20, l'ultima in cui è stata osservata un'epidemia stagionale prima della pandemia».

7

Sono i tipi di coronavirus umani conosciuti fino a oggi, comuni in tutto il mondo

IL PERDURARE DELL'EMERGENZA STA INCIDENDO ANCHE SU CHI HA SEGUITO TUTTE LE REGOLE PER COMBATTERE SARS-COV2



LA RICERCA

CERVELLO

Terapia genica: la nuova via per recuperare la vista dopo l'ictus

*Funziona meglio
delle cellule
staminali
e permette
di riprogrammare
i neuroni*

Antonio Caperna

La maggior parte degli ictus si verifica quando un'arteria nel cervello si blocca. Il flusso sanguigno al tessuto neurale si interrompe e quei tessuti in genere muoiono. A causa della posizione delle principali arterie nel cervello, molti ictus influiscono sulla funzione motoria e alcuni sulla vista, compromettendola.

Un gruppo di ricerca ha scoperto un modo per utilizzare la terapia genica, per trasformare le cellule cerebrali gliali nei neuroni, ripristinando la funzione visiva e offrendo speranza per un modo per ripristinare la funzione motoria. Il team proviene dall'Huck Institutes of Life Sciences in Pennsylvania e dal Purdue Institu-

te for Integrative Neuroscience, in Indiana, guidato da Alexander Chubykin.

A volte il cervello può rimappare abbastanza i propri percorsi neurali così da ripristinare alcune funzioni visive dopo un ictus, ma quel processo è lento, è inefficiente e per alcuni pazienti non accade mai. La terapia con cellule staminali può aiutare e si basa sulla ricerca di una corrispondenza immunitaria tuttavia è difficile.

Una nuova terapia genica, come dimostrato su topi e riportata nella rivista *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, appare più efficiente e molto più promettente. «Stiamo riprogrammando direttamente le cellule gliali locali in

neuroni - afferma Chubykin - Non dobbiamo impiantare nuove cellule, quindi non c'è rigetto immunogenico. Questo processo è più facile da eseguire rispetto alla terapia con cellule staminali e ci sono meno danni al cervello. Stiamo aiutando il cervello a guarire se stesso. Possiamo vedere che vengono ristabilite le connessioni tra i vecchi neuro-



il Giornale

ni e i neuroni appena riprogrammati. Possiamo guardare i topi riacquistare la vista».

Il team ha simulato un ictus ischemico, che colpisce i centri visivi nel cervello dei topi, mappando e misurando l'entità del danno neurale e visivo. Quindi, ha utilizzato virus adeno-associati, per fornire il gene di riprogrammazione Cre-dipendente NeuroD1 insieme al gene Cre-ricombinasi sotto il promotore GFAP mirato agli astrociti del cervello.

Queste cellule hanno subito una transizione verso i neuroni, che sono stati completamente riprogrammati e integrati nella corteccia visiva. Successivamente sono state misurate le risposte di queste cellule allo stimolo visivo e

mappato lo sviluppo della corteccia visiva, per valutare il recupero della funzione visiva.

«I nostri risultati mostrano che i neuroni riprogrammati possono svilupparsi e integrarsi con successo nel circuito corticale visivo, portando al recupero della vista dopo un danno ischemico».

La ricerca di Chubykin è particolarmente importante perché la funzione visiva è più facile da misurare con precisione rispetto alle capacità motorie, utilizzando tecniche che includono l'*imaging* ottico in topi vivi e mappando le connessioni sinaptiche formate su queste cellule, per monitorare lo sviluppo e la maturazione dei neuroni appena convertiti nel corso delle settimane. Perfezionare e compren-

dere questa tecnica potrebbe portarne a una simile, che ristabilisca la funzione motoria. Per gli scienziati questa ricerca colma il divario nella comprensione tra l'interpretazione di base dei neuroni e la funzione degli organi.



RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA





Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Padre detenuto dona rene a figlia 12enne, trapianto a Bari

13 Gennaio 2022



ANSA) - BARI, 13 GEN - "C'è una storia, nell'anno record appena chiuso con 123 trapianti d'organo, che ha emozionato tutti". Comincia così il racconto che il Policlinico di Bari fa di un trapianto di reni da vivente per salvare una bambina di 12 anni da una insufficienza renale terminale. Il donatore è stato suo padre, detenuto in carcere. Il trapianto è stato eseguito dall'equipe del professor Michele Battaglia, la piccola paziente sta bene ed è sotto osservazione periodica del reparto di nefrologia pediatrica. L'insufficienza renale era stata diagnosticata all'ospedale pediatrico Giovanni XXIII dal dottor Mario Giordano. Dopo un anno di dialisi il rene della piccola aveva smesso di rispondere e l'unico trattamento che avrebbe potuto salvarla era il trapianto. Con l'autorizzazione al prelievo a scopo di trapianto dalla 'commissione terza' e dal magistrato di sorveglianza il padre detenuto ha potuto donare l'organo alla figlia. "Questo caso ci ha molto coinvolto e impegnato. Al bellissimo atto di amore paterno è corrisposto il grande impegno del centro regionale trapianti per rendere possibile un dono che ha superato tutti gli ostacoli e le barriere per salvare la piccola", commenta il coordinatore



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

del centro regionale trapianti, Loreto Gesualdo. "Dietro ogni trapianto d'organo ci sono storie di grande umanità - aggiunge il direttore generale del Policlinico di Bari, Giovanni Migliore - . Il sorriso restituito a questa famiglia ci incoraggia ad andare avanti con il programma di trapianto rene da vivente, soprattutto in questo periodo in cui il Covid sta impegnando gli ospedali con sforzi organizzativi maggiori". In un video messaggio, la madre ha ringraziato il Policlinico per aver "donato una seconda vita a mia figlia" e il marito "al quale non possiamo essere vicino".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Gemelli-Giglio, primo intervento di ginecologia oncologica con robot

Impiegato il "Da Vinci" per una isterectomia radicale per cancro dell'endometrio. Effettuata pure una procedura per via laparoscopica su una paziente affetta da endometriosi pelvica sintomatica.

13 Gennaio 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Il centro di ginecologia oncologica e dell'endometriosi del **Gemelli Giglio** di Cefalù ha avviato l'attività chirurgica con i primi due interventi eseguiti uno con tecnica robotica e l'altro con tecnica laparoscopica.

Nel primo caso è stato impiegato il **Robot Da Vinci** per una procedura di **isterectomia radicale** per cancro dell'endometrio con biopsia del linfonodo sentinella pelvico su una paziente di 72 anni. Per individuare il **linfonodo** sentinella è stato utilizzato il colorante verde di indocianina (ICG) sfruttando i nuovi sistemi con telecamere ad infrarossi offerte dalla tecnologia robotica.

«L'intervento- ha spiegato **Giulio Sozzi**, responsabile del centro di ginecologia oncologica e dell'endometriosi del Gemelli Giglio- ha avuto una durata di tre ore, non vi sono state problematiche intraoperatorie. La paziente ha avuto una rapida **ripresa clinica** tanto da essere stata dimessa in ottime condizioni di salute in quarta giornata post operatoria. L'applicazione della ricerca del linfonodo sentinella ai tumori ginecologici ha rappresentato un importante **innovazione** in ginecologia oncologica permettendo di identificare l'eventuale presenza di **malattia linfonodale** attraverso procedure sempre meno invasive e meno impattanti *sull'outcome* fisico della paziente».

Il secondo intervento è stato eseguito su una paziente di 43 anni siciliana affetta da **endometriosi pelvica** sintomatica. La procedura è stata effettuata **per via laparoscopica** con l'asportazione di tutti i focolai endometriosisici sia ovarici che peritoneali. «L'intervento- ha rilevato Giulio Sozzi- è stato condotto nell'ottica di risparmiare



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

la **fertilità** con l'intento di dare una chance alla paziente non solo di risolvere la sintomatologia dolorosa ma anche di poter tentare di cercare una gravidanza». Il presidente della Fondazione Giglio, **Giovanni Albano** si è detto soddisfatto per l'avvio delle attività chirurgiche del neo centro del Gemelli Giglio: «L'endometriosi è una patologia cronica **recidivante** che spesso per la sua complessità costringe le donne che ne sono affette a ricercare **specialisti** dedicati al di fuori della Sicilia. Vorremmo dare con questo nuovo centro una risposta nella nostra regione».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Cannizzaro, via libera all'aumento dei pagamenti delle prestazioni aggiuntive

Lo fa sapere la Fials che plaude alla decisione del direttore generale Salvatore Giuffrida. Sono quelle extra effettuate dagli infermieri nelle sale operatore.

13 Gennaio 2022 - di [Redazione](#)

Via libera all'ospedale **Cannizzaro** di Catania all'aumento dei pagamenti per le varie **prestazioni extra** effettuate dagli **infermieri** nelle sale operatore, con l'obiettivo di abbattere liste di attesa e garantire l'assistenza ai pazienti. La **Fials** spiega che «nel mese di dicembre, durante l'ultima delegazione trattante, il direttore generale **Salvatore Giuffrida** (nella foto) ha autorizzato l'adeguamento del **trattamento economico** previsto per l'attività, come richiesto dalla Fials. Nel medesimo incontro è stata concordata la rinegoziazione per le restanti attività espletate che sarà conforme all'impegno profuso dal personale che vi partecipa, in rispetto altresì della mission aziendale».

Le prestazioni aggiuntive sono attività eseguite quotidianamente per potenziare l'assistenza sanitaria e ad esempio per consentire di operare le fratture laterali e mediali del collo femore negli over 65 entro le 48 ore, rispettando così gli obiettivi aziendali, regionali e ministeriali.

La segreteria aziendale della Fials aveva chiesto recentemente di poter **rinegoziare** la tariffa oraria assegnata a tutti i progetti espletati su proposta e condivisione tra amministrazione e sindacati di comparto. Ora è arrivato il via libera dei vertici dell'ospedale.

I dirigenti sindacali della Fials si dicono «soddisfatti dal traguardo raggiunto, ringraziano il direttore generale e la Direzione strategica con l'auspicio di poter vedere incrementato il corrispettivo per le **altre attività**. Un ringraziamento ai colleghi del **quartiere operatorio** per la fiducia accordata avendo conferito mandato nel portare avanti le loro istanze. Continueremo a lavorare e vigilare portando avanti le legittime richieste dei colleghi del **comparto**, con l'impegno e lo stile che ci ha contraddistinto in tutto questo tempo».