



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

14 GENNAIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

Si riunisce il Cts. Frenano i contagi. Negli Usa la Corte Suprema bocchia l'obbligo di immunizzarsi

Virus, la battaglia sui dati

Esperti divisi. L'Istituto superiore di sanità: gli asintomatici vanno testati

Nuovi contagi, sulla diffusione giornaliera dei dati è battaglia tra gli esperti che si dividono. Oggi si riunisce il Cts per discutere la possibilità di rivedere il bollettino, l'Iss è contrario. «Gli asintomatici vanno testati per identificare le varianti», spiegano. Ieri record di vitti-

me (316) ma i positivi lentamente tornano a diminuire.
da pagina 2 a pagina 6

L'Istituto superiore di sanità bocchia la richiesta dei governatori «Vanno considerati tutti i positivi o si limita la sorveglianza sulle varianti»

LA LOTTA AL COVID

Zaia: il Cts valuti le indicazioni del Centro europeo per la prevenzione. L'attuale classificazione dei contagi può farci superare i parametri

L'Iss: no a cambi del bollettino Il governo cerca la mediazione

ROMA La richiesta, avanzata a gran voce dalle Regioni e raccolta con iniziale favore da una parte degli esperti del Comitato tecnico scientifico che oggi si riunisce per valutarla, manda su tutte le furie l'Istituto superiore di sanità.

Rivedere il bollettino, distinguendo tra positivi sintomatici e asintomatici, e tra contagiati ricoverati con sintomi Covid e degenti positivi ma in cura per disturbi diversi, può portare, secondo gli esperti dell'Iss, a sottovalutare la pandemia soprattutto in una fase come questa in cui la circolazione del virus è ancora piuttosto fuori controllo. Una scelta sbagliata, secondo alcune voci contrarie, soprattutto se a motivarla fosse solo il tentativo di evitare il passaggio in zona arancione e le restrizioni conseguenti. Sarebbero tre (Calabria, Piemonte e Sicilia) le Regioni con numeri da cambio di colore imminente, già da lunedì, e per altre dieci l'orizzonte sarebbe simile in un tempo appena un po' più lungo.

«La definizione di caso deve includere tutti i positivi, non solo chi ha sintomi respi-

ratori, febbre elevata, alterazione del gusto e dell'olfatto», avverte, invece, l'Istituto superiore di sanità, in una nuova edizione delle domande frequenti, diffusa ieri. E spiega le ragioni. «La sintomatologia è variegata e in evoluzione per via delle varianti. L'infezione spesso per i vaccinati è asintomatica, ma non sorvegliandola si limiterebbe la nostra capacità di identificare le varianti emergenti, le loro caratteristiche, e non potremmo conoscere lo stato clinico che consegue all'infezione per età, stato vaccinale, comorbidità della popolazione. Inoltre non renderebbe possibile monitorare la circolazione del virus nel tempo e, di conseguenza, prevedere i rischi di un impatto peggiorativo sulla capacità di mantenere adeguati livelli di assistenza anche per patologie diverse».

Quindi l'Istituto superiore di sanità chiarisce altri tre punti. Il primo: l'Ecdc (organismo europeo di controllo delle malattie) «non ha cambiato la definizione di caso utilizzata per la sorveglianza delle infezioni da Covid». Una risposta netta alla richiesta

delle Regioni al ministero di adeguarsi alle linee guida europee. Il secondo: la definizione di «caso» utilizzata nella sorveglianza epidemiologica non influisce né sulle misure di autosorveglianza e quarantena, né su quelle di isolamento.

Ma i governatori non mollano. In nome della «semplificazione», compatti, chiedono di depennare dal bollettino i non sintomatici, circa il 70 per cento del totale, e di spaccettare i ricoverati.

Con ogni evidenza due modifiche degli indicatori sui quali si basa il passaggio in un'area di colore a maggior rischio: incidenza (cioè numero di positivi per abitanti) e tasso di occupazione di letti di Covid nelle terapie inten-



sive e negli altri reparti degli ospedali.

La soluzione potrebbe essere un compromesso. Un bollettino più completo, che distingua tra positivi sintomatici e asintomatici, e tra ricoverati malati di Covid e ricoverati per altre patologie, anche se positivi al tampone. Ma che comunque mantenga il calcolo complessivo, indispensabile fino a quando non si esaurirà la fase pandemica. Sarebbe la strada indicata dal ministero della Salute, per comporre punti di vista diversi.

Stamattina, infatti, il Comitato tecnico scientifico si riunirà proprio per dare una ri-

sposta alle Regioni. Quello che filtra, però, è che all'interno del Cts le posizioni sono discordanti. Alcuni esperti aprono alla possibilità di rivedere il bollettino, altri sono contrari, qualcuno propone di rimandare la decisione a un momento di minore circolazione del virus.

Anche il sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Sileri, che si era espresso per un ripensamento della comunicazione dei dati, precisa: «Il bollettino quotidiano deve rimanere, ma abbiamo bisogno di informazioni più accurate, con maggior dettaglio per esempio sulle degenze. Il positivo non è un malato, è uno che ha fatto il tampone. Distinguerli sarà il trend, ma forse farlo

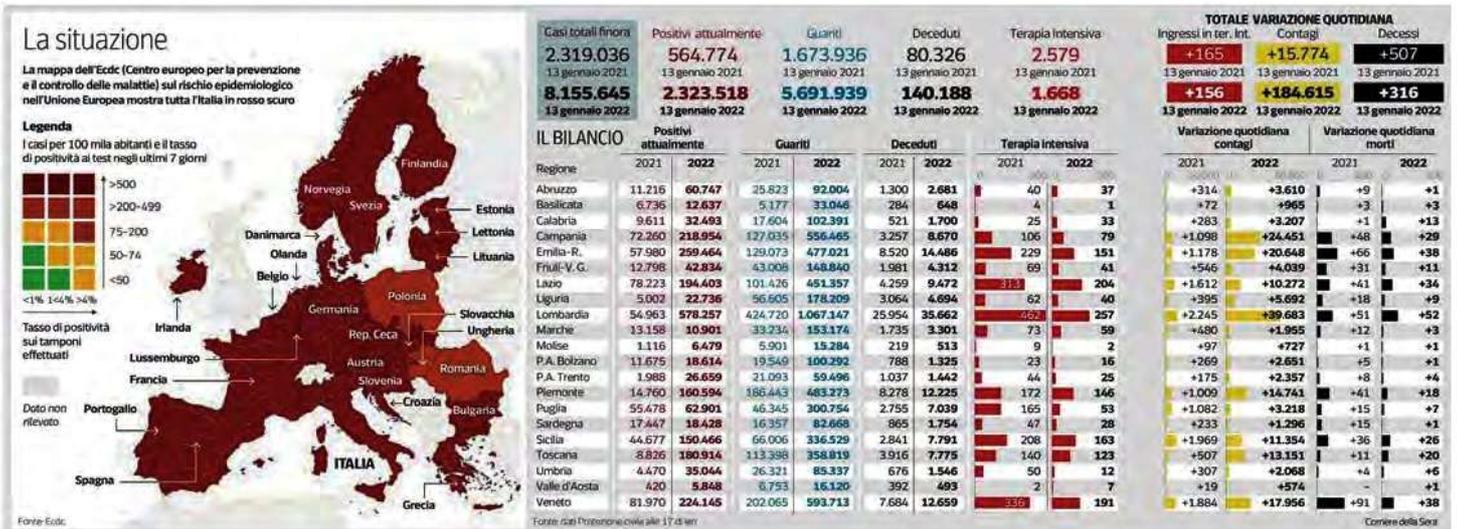
oggi, che circola ancora la Delta, è presto. Veicoliamo più dati, in modo che la loro interpretazione ci aiuti a capire meglio l'andamento della pandemia, con meno ansia».

Adriana Logroscino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sottosegretario

Sileri: diamo più dati ma forse è presto per distinguere il positivo dal malato



Covid, il governo accetta di modificare il conteggio dei ricoveri

Ricoveri, svolta svuota-ospedali conta solo chi entra per il virus

Vincono le Regioni: chi arriva con altre patologie e si scopre positivo non concorrerà più al calcolo dei posti occupati. Ma il bollettino continuerà a segnalare il totale dei contagiati. Intanto il Piemonte scova 970 letti ed evita l'arancione

di **Michele Bocci**

I ricoverati positivi al coronavirus ma asintomatici non verranno più conteggiati nel calcolo sull'occupazione dei posti Covid. Dopo alcuni giorni di pressione, le Regioni ottengono un cambiamento chiesto da giorni al ministero della Salute.

Ieri sera le direzioni Prevenzione e Programmazione sanitaria hanno scritto a tutti gli assessorati. I ricoverati vanno comunque «tracciati come casi e comunicati ai sistemi di sorveglianza». Il positivo asintomatico ricoverato per cause diverse dal Covid «qualora sia assegnato in isolamento al reparto di afferenza della patologia per la quale si rende necessario il ricovero, pur essendo tracciato come "caso", non sarà conteggiato tra i ricoverati dell'area medica Covid, fermo restando il principio di separazione dei percorsi e sicurezza dei pazienti». I ricoverati "con" Covid e non "per" Covid sono circa il 30%. Il cambiamento comunicato ieri farà quindi abbassare le percentuali di occupazione dei letti ordinari (oggi al 27,5% con 17.648 ricoverati) allontanando per molte Regioni il rischio di finire in arancione.

Le amministrazioni locali avevano chiesto anche di cambiare la definizione di caso, per non considerare più gli asintomatici. Ieri mattina, gli

assessori alla Salute hanno deciso di congelare la lettera nella quale si chiedeva di modificare altre regole (anche l'eliminazione del tampone a fine quarantena dei vaccinati). Il presidente del Veneto Luca Zaia ha comunque ribadito la linea. «L'Ecdc invita a classificare come "caso" solo i positivi con sintomi, questo cambia la storia del Covid – ha detto – La perplessità è che, se ci sono tanti positivi asintomatici, il rischio è che questi infettino, ma a noi sembra che la quota dei sintomatici si stia abbassando molto. Anche perché è probabile che molti sintomatici siano comunque in giro». Visto che è saltato il tracciamento, non è facile ricostruire quante possono essere al momento le persone positive senza sintomi, soprattutto grazie alla diffusione della vaccinazione. Comunque, alcune Regioni stimano che le persone infette che non hanno problemi (nemmeno mal di gola e dolori) che li rendono "pauci-sintomatici" siano anche il 60-70% del totale dei positivi. Non è però possibile avere un dato più preciso (uno studio sudafricano stima un 27%), anche se è chiaro che rispetto alle ondate precedenti le cose sono cambiate. Se i sintomatici non venissero più contati, i casi, secondo una stima prudenziale, sarebbero almeno dimezzati: quelli di ieri, anziché

184.615, sarebbero circa 92 mila.

Il ministero della Salute non ha alcuna intenzione di togliere gli asintomatici dal bollettino giornaliero. E ieri è stato chiesto all'Istituto superiore di sanità di pubblicare sul suo sito delle Faq, in cui si spiega perché bisogna continuare a contarli per non perdere il controllo della pandemia e delle varianti. Tanto meno si eliminerà del tutto la comunicazione del numero dei positivi, come ipotizzato da alcuni esperti. E questo anche se oggi il tema, probabilmente, sarà affrontato dal Cts. Il Comitato non ha ricevuto un quesito formale dal governo, c'è solo un invito a discutere di uno dei suoi componenti.

Oggi la Cabina di regia stabilirà anche i cambiamenti di colore. Il Piemonte si salva dall'arancione con una manovra dell'ultimo secondo, cioè aumentando di 970 i letti nei reparti ordinari, il che fa abbassare la percentuale dei posti occupati. Il ministero ha accettato la manovra, e comunque dalla prossima settimana partirà il nuovo sistema dei conteggi. In arancione, salvo altre sorprese, andrà la Valle d'Aosta, mentre la Campania passa in giallo. La Puglia è in bilico: ha raggiunto la soglia di sicurezza del 10 per cento di occupazione delle terapie intensi-

VE. © RIPRODUZIONE RISERVATA



La mossa delle Regioni per evitare la zona rossa

► I governatori: «Non calcolate gli asintomatici». La bocciatura dell'Iss
► L'Emilia frena sulla quarta dose. Caso Zitromax: antibiotico introvabile

ROMA Il pressing delle Regioni: «Non calcolate gli asintomatici»
Arcovio, Evangelisti, Malfetano e Rosana alle pag. 6, 7 e 8

«Dati senza asintomatici» Ricoveri, stop alle Regioni

► La richiesta di non calcolare parte degli ospedalizzati. L'Iss: così virus fuori controllo
► I governatori puntano a rivedere i criteri che regolano i passaggi in arancione e rosso

LA POLEMICA

ROMA Le Regioni chiedono di non contare tra i ricoveri per Covid chi in ospedale finisce per cause differenti e poi risulta positivo, ma l'Istituto superiore di sanità frena. C'è il timore che sia un modo per evitare il cambio di colore che si basa proprio sul numero di posti letto occupati da pazienti positivi. Molte Regioni rischiano il passaggio a un livello di allerta più alto (arancione o rosso) se prosegue l'aumento dei ricoveri. Le Regioni chiedono anche di semplificare la fine dell'isolamento per un vaccinato con tripla dose positivo e asintomatico: «Liberiamolo dopo cinque giorni senza tampone». L'Istituto superiore di sanità, con una nota ufficiale, è perentorio nel dire: «La sorveglianza deve contenere i positivi e non solo i casi con sintomatologia più indicativa di Covid-19 (sintomi respiratori, febbre elevata, alterazione gusto e olfatto)».

Cosa sta succedendo? La proposta di riforma della gestione

del pacchetto Covid parte dai governatori. «Ci prendiamo 48 ore per completarla, quella che gira è solo la bozza dei tecnici. Bisogna semplificare le procedure per uscire dalla positività, favorire i vaccinati con tre dosi, altrimenti il sistema salta» dice il presidente della commissione sanità della Conferenza delle Regioni, l'assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna, Raffaele Donini.

REGOLE

Alessio D'Amato, assessore del Lazio: «Diffondere i dati su base giornaliera o settimanale cambia poco. Serve un intervento per ridurre il peso sui servizi, in linea con quanto indicato an-

che da Ecdc. Una persona che risulta positiva, che è asintomatica e che ha ricevuto già la dose booster, dopo cinque giorni senza sintomi deve essere libera. Non ha senso sospendergli il Green pass, aspettare certificato di negativizzazione, costringerlo a sottoporsi a un test appesantendo ulteriormente l'impatto su questi servizi. Semplicemente dopo cinque giorni di isolamento un positivo asinto-

matico, vaccinato con tre dosi, deve essere libero». Secondo il governatore del Veneto, Luca Zaia, in linea con le indicazioni dell'Ecdc (l'agenzia europea) «il paziente positivo ma senza sintomi non è un caso». E qui si arriva a un'altra proposta delle Regioni, che la Lombardia applicherà già da oggi («Ma nel bollettino nazionale comunque invieremo sempre i dati aggregati» precisano dalla Regione): distinguere, alla voce dei ricoveri, il numero di coloro che entrano in ospedale per gravi sintomi causati dal Covid da coloro che magari si sono rotti una gamba o hanno avuto un infarto, ma quando è stato eseguito il test antigenico prima del ricovero sono risultati positivi. «Le statistiche - dice Donini - ci di-



cono che coloro che sono positivi, ma in ospedale ci sono per altre ragioni, sono almeno il 30 per cento». Un intervento di quel tipo però ha controindicazioni: sembra una scorciatoia per rendere ancora meno efficace il sistema dei colori (che si basa sul numero dei ricoveri) e non tiene conto che in ospedale un paziente che finisce in ortopedia per un incidente stradale, ma è positivo asintomatico, deve comunque essere isolato dagli altri, con conseguenti problemi organizzativi.

CADENZA

Discorso differente è quello della diffusione quotidiana dei dati del numero dei positivi, uno degli argomenti all'ordine del giorno della riunione del Cts, fissata per oggi. Il Comitato è diviso. L'infettivologo Donato Greco ritiene che «sarebbe un'ottima idea». Altri fanno notare che la riduzione dei dati diffusi è sbagliata, bisogna invece puntare su una maggiore chiarezza. Uno dei componenti della prima ora del Cts, Fabio Cicali, osserva: «Decidere di cambiare il bollettino in una fase ancora delicata della pandemia è sbagliato, alimenterebbe

la sfiducia». Nel governo c'è molta perplessità rispetto a questa svolta. Il Ministero della Salute chiude e ritiene che il bollettino debba restare a cadenza quotidiana.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRA LE PROPOSTE QUELLA DI ESENTARE DAL TAMPONE PER TORNARE AL LAVORO CHI HA LA TERZA DOSE E NESSUN SINTOMO

I casi accertati in Italia



INCREMENTO GIORNALIERO

Lombardia	39.683
Veneto	17.956
Campania	24.451
Emilia-R.	20.648
Piemonte	14.741
Lazio	10.272
Toscana	13.151
Sicilia	11.354
Puglia	3.218
Liguria	5.692
Friuli V.G.	4.039
Marche	1.955
Abruzzo	3.610
Calabria	3.207
Umbria	2.068
P.A. Bolzano	2.651
Sardegna	1.296
P.A. Trento	2.357
Basilicata	965
Valle d'Aosta	574
Molise	727

NELLE ULTIME 24 ORE

nuovi casi	tamponi
+184.615	+1.181.179
tasso positività	15,6%
attualmente positivi	in terapia intensiva
+101.458	-1
decessi	+316

Fonte: Ministero della Salute - ISS ore 18 del 13 gennaio

L'Ego-Hub



FRANCIA, LA PROTESTA DEGLI INSEGNANTI

Ieri sciopero degli insegnanti in Francia: nel mirino le nuove misure anti Covid per la scuola decise dal governo, considerate dai manifestanti troppo confuse e complesse



SCELTE SBAGLIATE

Anche se i risultati non sono sempre attendibili servono comunque a tracciare i contagi

Eliminare il ricorso ai tamponi è come cancellare il termometro

DI ANGELO DE MATTIA

Nella già confusa e, per alcuni aspetti, carente azione di contrasto della pandemia, mancava solo che si suggerisse di abbandonare il ricorso ai tamponi, che - si sostiene da alcuni - causerebbero molti più danni che benefici. Ora, non si esclude che i risultati negativi di questo test possano indurre ad abbassare la guardia nei confronti del Covid, che la ripetizione dei tamponi possa causare ansia e stress, che comunque l'operazione possa essere vista come una pratica che tiene lontana, volens nolens, la normalizzazione. Ma l'immagine che il suggerimento evoca, in chi comunque non è un virologo o un esperto in altri aspetti della materia, è quella della decisione di abbandonare il termometro perchè la febbre segnalata potrebbe provocare una nociva preoccupazione o perchè l'inesistenza della segnalazione della febbre può stimolare comportamenti azzardati. Se la prassi dei tamponi causa i rischi di cui si parla, allora è sulla comunicazione che il Governo e gli altri organi preposti all'azione di contrasto del virus che debbono agire. Non si può conseguire una «new nor-

mal» illusoria, dal momento che, se i contagi e le infezioni non sono stati debellati o quantomeno ridimensionati, gli effetti si manifesterebbero, con o senza tampone, e, almeno in presenza dei sintomi, sarebbe necessario ricorrere ai test. O neppure allora bisognerebbe farlo? Meglio non sapere? Ci si benda gli occhi? È comunque in gioco in questa materia il principio di causalità. Solo ricerche serie e un approfondimento interdisciplinare possono portare a sostenere che un'impennata dei contagi si è avuta dopo che sono stati rilanciati in grande stile i tamponi. Diversamente, si tratta soltanto del dimostrato non sempre valido principio del «post hoc, ergo propter hoc» (dopo di ciò, dunque a causa di ciò). I suggerimenti in questione, come accennato, sono un obolo alle incertezze che pervadono, «in primis», le discussioni e gli schieramenti, più sotterranei e dietrologici che trasparenti, sul Quirinale. Ora entra in ballo l'ipotesi della finora vituperata (per le cariche nel settore pubblico e, a suo tempo, per quelle nelle banche pubbliche) «prorogatio» della carica del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, non si capisce bene se per l'impos-

sibilità di alcuni parlamentari di partecipare al voto perché colpiti dal Covid o per dare tempo ai partiti per trovare un'intesa che si riterrebbe non raggiungibile entro mandato di Mattarella. Prima di sperimentare, per la prima volta, la «prorogatio», che in dottrina non trova una univoca adesione, occorrerebbe riflettere mille volte, innanzitutto per il tipo di innovazione istituzionale che si introduce e per il segnale che comunque viene dato, mentre semmai bisognerebbe pensare a misure alternative. Poi qualcuno riprende l'ipotesi, in chiave emergenziale, del Mattarella bis.

Lo stato di eccezione - si sostiene - richiederebbe una tale soluzione, nonostante le reiterate dichiarazioni di indisponibilità dell'attuale Capo dello Stato che, invece, si spera venga rivista proprio per le condizioni di emergenza. Qui, però, si entra in valutazioni che attengono alla persona ed è opportuno, se non doveroso, astenersene. Anche in questo caso, comunque, si darebbe l'immagine di una fallimentare classe politica incapace di adempiere a un potere-dovere qual è quello dell'elezione della più alta Magistratura dello Stato. Ciò al di là dei grandi, indiscuti-

bili meriti di Mattarella la cui rielezione, in sé e per sé, non potrebbe di certo considerarsi un errore. Ma un punto penso dovrebbe essere tenuto presente. Il Presidente, nel discorso di fine anno, nel parlare del ruolo del Capo dello Stato, ne ha sottolineato il ruolo da svolgere «fino agli ultimi giorni» del mandato (di sette anni). Chi ipotizzasse la staffetta, dopo uno o due anni, sarebbe in grande errore. Ammesso e non concesso che il Presidente ritenesse, per una grande situazione di emergenza, di rivedere la propria posizione - cosa, si ripete niente affatto scontata, anzi - come da una eventuale richiesta unanime delle forze politiche, non si potrebbe, poi, immaginare che ciò venga da lui fatto per un incarico, benché da nessuna parte formalizzato, di due anni. Lo sbrego sarebbe chiaro e la non voluta ripetizione del caso precedente netta. Allora vale l'invito di un tempo lontano «si torni allo Statuto», che qui si legge Costituzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il test
Un'operatrice
sanitaria mentre
effettua un
tampone



Sul green pass obbligatorio il governo va in fibrillazione Il nodo tabaccai e tribunali

Da un lato i rigoristi, rappresentati da Brunetta
Dall'altro i liberisti come Giorgetti: «Il riferimento le zone rosse di marzo»

Pasquale Napolitano

■ Il governo cerca una mediazione sull'elenco dei luoghi e delle attività che saranno esonerate dall'obbligo del green pass (base o rafforzato). Il presidente del consiglio Mario Draghi è pronto a varare un Dpcm sulle attività consentite senza l'obbligo della certificazione vaccinale.

Nell'esecutivo si scontrano, non è una novità, due posizioni: quella rigorista portata avanti dal ministro della Funzione pubblica Renato Brunetta, che insiste sul criterio dell'urgenza (un numero limitato di attività esonerate), e l'altra fronda guidata dal numero due della Lega Giancarlo Giorgetti, ministro dello Sviluppo economico, che spinge per estendere l'esonero a una lista più ampia di attività, oltre ad alimentari e salute anche ad esempio a tabacchi, edicole, librerie, negozi di giocattoli.

Il decreto, approvato il 5 gennaio scorso, introduce l'obbligo del green pass base per i servizi alla persona dal 20 gennaio: barbieri, parrucchieri ed estetisti dovranno chiedere pass ai propri clienti, senza ulteriori provvedimenti chiarificatori.

Per tutte le altre attività, invece,

l'obbligo di chiedere la certificazione verde base scatterà il 1° febbraio. Il Dpcm dovrà individuare un elenco di luoghi e attività che saranno escluse dall'obbligo. Il che significa che per accedervi non sarà richiesto nel pass base né quello rafforzato. A essere consentite senza certificato (base o rafforzato) dovrebbero essere quindi le esigenze alimentari (ma non nelle attività di somministrazione, come i bar) e quelle sanitarie, oltre a quelle di giustizia e pubblica sicurezza. E dunque: farmacie, supermercati, stazioni dei Carabinieri, commissariato di Polizia, ospedale, ambulatorio medico, tabacchi. Un punto di discussione aperto nel governo è sugli uffici di pubblica sicurezza che raccolgono le denunce: non ci sarà l'obbligo se si è vittime di reato o per esigenze urgenti di tutela dei minori.

Per altre attività, denunce di smarrimento documenti e rinnovo passaporti, dovrebbe essere richiesta la certificazione vaccinale. Ma sarà complicato selezionare la tipologia di attività consentite e non nel presidio di sicurezza. Si rischia il caos. Il confronto nel governo è serrato. La bozza messa a punto dagli uffici del ministro Brunetta delineerebbe per il momento un numero ristretto di attività consentite.

Secondo Giorgetti la lista delle attività cui lasciare l'ingresso libero do-

vrebbe coincidere con quelle individuate da uno degli allegati del Dpcm del 2 marzo dello scorso anno, che indicava le attività che rimanevano aperte anche in zona rossa. Tra queste in particolare edicole e tabaccai. Altro tema caldo i tribunali: l'obbligo per gli avvocati di accedere col green pass parte soltanto dal 1° febbraio,

ma secondo molte Procure, inclusa quella Generale della Corte di cassazione, la disposizione è già in vigore ed i controlli all'ingresso sono partiti.

In tema di elenchi ed esoneri, il ministero della Salute predisporrà un elenco di over 50 che - in seguito al Dpcm di gennaio 2022 che prevede l'obbligo vaccinale - non hanno ancora provveduto alla vaccinazione. «Sarà cura del ministero - ha sottolineato il ministro Roberto Speranza - predisporre gli elenchi di soggetti inadempienti anche acquisendo direttamente dal sistema tessera sanitaria le informazioni relative alla somministrazione dei vaccini acquisite giornalmente dall'anagrafe vaccinale nazionale». Le informazioni saranno utili per escludere dall'elenco inadempienti i soggetti esenti.



Se il Green pass va in tilt: i negativi restano bloccati e i positivi possono uscire

IL CASO

ROMA C'è già chi li ha soprannominati "i prigionieri del Green pass". Sono gli italiani rimasti incastrati nella burocrazia dei tamponi. Intrappolati in casa dall'esito negativo di un test antigenico mai registrato. Ovvero un automatismo, in vigore dal 6 gennaio (e valido solo per le positività registrate a partire da quella data), mai veramente diventato effettivo. Cittadini che dopo essersi giustamente isolati a causa del contagio, e quindi dopo aver visto il proprio Qr code bloccarsi, non lo hanno poi mai visto tornare attivo nonostante siano guariti a tutti gli effetti.

E poi, oltre al danno la beffa. Dopo il tampone negativo che gli consente di rompere l'isolamento e, in teoria, di ricevere un Green pass per guarigione, in migliaia ricevono sì un nuovo certificato, ma quello legato al test stesso. Della durata di 48 ore.

I CORTOCIRCUITI

Come se non bastasse, per gli stessi cortocircuiti amministrativi, stavolta dettati soprattutto dall'impennata delle positività, capita sempre più spesso che i risultati positivi dei tamponi antigenici - considerati validi per porre in isolamento un paziente - non vengano comunicati, e quindi un soggetto infetto può potenzialmente andarsene in giro senza problemi. A meno di non incappare in un controllo tanto solerte da non accontentarsi del Green pass stesso.

Un delirio informatico che, come ha denunciato ad esempio per la Campania il Mattino, porta oggi circa 50mila positivi a non essere di fatto costretti alla quarantena. Secondo il sindacato regionale dei medici di famiglia, la Fimmg, circa l'80% dei positivi non riceve alcun provvedimento. Il problema però è tutt'altro che solo campano.

Prendendo per buone le stime dei medici ed estendendole ai circa 2,2 milioni di "attualmente positivi" secondo i dati ufficiali, la faccenda potrebbe coinvolgere più di un milione e mezzo di cittadini.

Del resto, ormai da giorni, Twitter e i social sono pieni di testimonianze di utenti che segnalano il problema sconcertati. Lo ha denunciato ad esempio l'ex sindaco di Roma Gianni Alemanno. «E niente...dopo essere risultato positivo al tampone del 03/01/2022 con referto caricato sul sito della Regione Lazio, il mio Super Green Pass continua ad essere valido - ha scritto su Facebook Alemanno - L'Assessore D'Amato dice che non è colpa della Regione Lazio ma del Ministero della Salute, sembra tutta una follia...Giovedì farò il nuovo tampone, se risulterà negativo, non potendo fare la dose 'booster' per quattro mesi, rischio di rimanere senza Green Pass».

IL NODO

Si perché il vero problema non è solo che un positivo incosciente può andarsene in giro, ma anche che un cittadino postosi ugualmente in isolamento - pur senza che il Pass fosse bloccato - rischia di finire in un vortice di date di validazione che non gli consentiranno di fare la terza dose, e quindi alla fine restare senza Green pass. Il certificato infatti, così facendo non tiene conto della positività. Per cui, alla guarigione, non scatta una nuova durata come normalmente dovrebbe essere.

Il tutto, appunto, mentre altri cittadini risultati negativi restano fuori dalle attività per cui è richiesto il Green pass. Impossibile dire chi stia messo peggio. La situazione però è nota al ministero della Salute. Tant'è che

mercoledì il ministro Roberto Speranza, rispondendo al question time alla Camera, ha spiegato che il problema è in via di risoluzione: «Abbiamo dovuto lavorare per costruire una modalità nostra, nazionale, di sospensione diversa del Green pass perché all'inizio la modalità europea prevedeva solo la sospensione in caso di falsificazione. Dopo alcune sollecitazioni, anche di natura parlamentare, con l'ultimo Dpcm del 17 dicembre abbiamo introdotto un meccanismo che, a regime, porterà a un doppio automatismo: di sospensione della validità del Green pass di fronte ad un caso di positività e al tempo stesso però ad uno stop di questa sospensione e riattivazione del certificato in caso di tampone negativo dopo la positività». Ma si tratta di «una procedura in corso. E penso che dobbiamo lavorare perché questi problemi che ancora ci sono stati possano essere risolti» ha concluso il ministro. E allora come deve comportarsi intanto un cittadino che si ritrova con il Green pass bloccato nonostante l'esito negativo di un tampone, o con il pass non "aggiornato" a seguito della guarigione? In attesa che il ministero riesca a far comunicare tra loro le diverse piattaforme e renda il tutto automatico come dovrebbe essere, si può provare a bypassare l'automatismo rivolgendosi al proprio medico di base.

Questo infatti, visionato l'esito del tampone può emettere il certificato di guarigione e caricarlo manualmente sulla piattaforma, permettendo di sbloccare la situazione.

Francesco Malfetano



Pa, stipendio pieno per l'assenza da vaccino

DI Super Green Pass

Un emendamento chiarisce che l'assenza è «giustificata» e non riduce la busta paga

Gianni Trovati

ROMA

Nel giorno di assenza per fare il vaccino i dipendenti pubblici non si vedranno più costretti a utilizzare i permessi o ridursi lo stipendio. Un emendamento approvato al Senato al decreto legge sul Super Green Pass (per chi si fosse perso nella girandola dei decreti, è il 172/2021) risolve un cortocircuito normativo che colpisce da tempo i lavoratori delle Pa, e che era diventato particolarmente indigesto con i nuovi obblighi vaccinali appena introdotti dal governo. O, per meglio dire, lo attenua. Vediamo perché.

Nei primi 10 giorni di assenza per malattia, i dipendenti pubblici perdono tutte le indennità che compongono la busta paga oltre allo stipendio base (il «trattamento economico fondamentale»). Lo prevede una regola scritta 14 anni fa (Dl 112/2008, articolo 71) con l'obiettivo di combattere l'assenteismo giudicato «strategico» negli uffici pubblici, quello che si verificava con frequenza particolare soprattutto in prossimità di fine setti-

mana o periodi festivi.

Con la pandemia, il quadro è ovviamente cambiato ma la tagliola anti-assenteismo è rimasta in vigore. E continua a imporre di alleggerire lo stipendio pubblico nei primi 10 giorni di malattia.

La regola evidentemente non va troppo d'accordo con l'obbligo vaccinale per gli over 49, e nemmeno con l'imposizione del Green Pass in formato Super ora estesa a un'ampissima gamma di attività. Al punto da sollevare le critiche sindacali, mosse in particolare dalla FIlp.

Del problema si era del resto accorto anche il governo, che infatti a marzo aveva escluso dai tagli di stipendio insegnanti e docenti universitari. Con il risultato, però, di creare una disparità di trattamento fra categorie che oggi hanno obblighi in larga parte sovrapponibili.

L'emendamento approvato a Palazzo Madama, che introduce un nuovo articolo 2-bis nel decreto ora passato alla Camera per il via libera definitivo con la fiducia, corregge il tutto spiegando che l'assenza da vaccino è sempre «giustificata» e «non deter-

mina alcuna decurtazione del trattamento economico». Tutto bene, allora? Fino a un certo punto.

Prima di tutto, per l'entrata in vigore della clausola bisogna aspettare la conversione in legge del decreto (c'è tempo fino al 25 gennaio). A quel punto si vedrà se la norma è leggibile come «interpretativa», e quindi retroattiva, oppure no. Nel primo caso, le amministrazioni dovrebbero restituire ai dipendenti le somme sfrondate per le assenze da vaccinazione; nel secondo, chi ha atteso prima di sottoporsi all'iniezione eviterà la penalità inflitta invece a chi si è vaccinato prima.

Resta aperta, poi, la questione delle assenze causate da febbre o malesseri che possono comparire nei giorni immediatamente successivi alla vaccinazione (Sole 24 Ore del 5 gennaio). Lì il taglio dello stipendio continua a operare, e a sollevare le obiezioni sindacali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In caso di effetti collaterali resta la regola che cancella le indennità accessorie nei giorni di malattia



Il piano per la medicina territoriale: nelle nuove strutture prestazioni per decongestionare gli ospedali

Case di comunità e 38 ore di lavoro alla settimana arriva la rivoluzione per i medici di famiglia

IL RETROSCENA

ROMA

Basta caccia al medico di famiglia, presente in studio quattro giorni su sette con una media di sole 15 ore settimanali. Ora i dottori di fiducia dovranno obbligatoriamente prestare assistenza 38 ore a settimana, parte delle quali nelle nuove Case di comunità, che dovranno a loro volta garantire visite e accertamenti diagnostici basilari h24 e 7 giorni su 7. E per incentivarli a dare di più, il 30% della loro retribuzione sarà legato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

È stata la grande assente della pandemia ma la medicina territoriale ora volta pagina. Probabilmente per le vie brevi del decreto legge, perché entro fine maggio il Pnrr prevede l'avvio dei nuovi servizi, se non si vogliono perdere i 7 miliardi di finanziamenti europei. Destinati anche agli ospedali di comunità, che dovranno farsi carico dei malati cronici che non necessitano di un ricovero vero e proprio, ma che

hanno bisogno soprattutto di cure infermieristiche.

Per mettere le gambe a tutto questo mancava il tassello più importante, un nuovo contratto di lavoro che vincolasse i medici di base a lavorare nelle nuove strutture, superando la vecchia convenzione, difesa con le unghie e con i denti dai sindacati di categoria, che lasciava ai dottori grande libertà, fissando solo un orario minimo di lavoro, fino a un massimo di 15 ore settimanali per chi ha 1.500 assistiti. Il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha invece deciso di rivoluzionare il modo di lavorare dei medici di famiglia, presentando una bozza di provvedimento che ha ieri ha avuto il via libera delle Regioni.

Il via libera delle Regioni

Tanto per cominciare gli studi dei singoli medici dovranno essere collegati in rete e restare aperti 5 giorni a settimana dal lunedì al venerdì, con due fasce mattutine e due pomeridiane. Al proprio studio i dottori dovranno dedicare 20 delle loro 38

ore lavorative settimanali, mantenendo il rapporto fiduciario con i loro assistiti che li hanno scelti. Le altre 18 dovranno dedicarle alle attività promosse dal distretto sanitario, l'assistenza domiciliare - che il Pnrr potenzia investendo altri 4 miliardi - e le case di comunità, dove i medici di famiglia con almeno 1.500 assistiti dovranno lavorare a rotazione per almeno 6 ore settimanali. In queste strutture territoriali i medici di base opereranno spalla a spalla con i loro colleghi specialisti convenzionati, con i pediatri di libera scelta, gli infermieri di comunità e gli altri professionisti sanitari e dell'assistenza socio-sanitaria, visto che le case di comunità dovranno fare da collante anche con l'assistenza sociale ad anziani e fragili. Dovrà esserne attivata una ogni 24.500 abitanti, per un totale di 2.564 strutture, che consentendo di eseguire anche esami di

primo livello dovrebbero contribuire a decongestionare e non poco il pronto soccorso degli ospedali, oggi presi d'assalto quando il medico di famiglia non c'è.

«È un piano ampiamente condivisibile - dichiara l'assessore alla Sanità del Lazio, Alessio D'Amato - che ha però bisogno di una integrazione fondamentale per non fallire in partenza: stabilire chi controlla che i medici rispettino orari e impegni». PA. RU. —

2.564

Le strutture territoriali da attivare, dove ogni medico di base lavorerà 6 ore a settimana

30%

Quasi un terzo della retribuzione sarà legato agli obiettivi

Ministro della Salute
Roberto Speranza,
43 anni, è in carica
dal 5 settembre 2019
(governo Conte II)



L'INTERVISTA Intervento sul tema di «Civiltà Cattolica»

Flick: sì a una legge saggia sul suicidio assistito frenare le derive eutanasiche

ANGELO PICARIELLO

«Chi si oppone a una legge condivisa, che limiti il suicidio assistito ai casi indicati dalla sentenza della

Consulta del 2019, rischia di ottenere l'effetto contrario a quello desiderato, spianando la strada all'eutanasia attraverso il referendum».

Servizi a pagina 10

«Suicidio assistito, legge condivisa per stoppare la deriva referendaria»

ANGELO PICARIELLO

«**C**hi si oppone a una legge condivisa, che limiti il suicidio assistito ai casi indicati dalla sentenza della Corte Costituzionale del 2019 rischia di ottenere l'effetto contrario a quello desiderato, spianando la strada all'eutanasia attraverso il referendum». Il professor Giovanni Maria Flick formula un nuovo invito al Parlamento a regolare la materia, in vista dell'approdo in aula alla Camera, a febbraio, della proposta di legge sulla "morte volontaria medicalmente assistita", dopo la discussione generale, a Montecitorio, del mese scorso. Lo fa anche riprendendo un intervento appena uscito per *Civiltà Cattolica*, a firma di padre Carlo Casalone, che fra l'altro cita anche l'intervista ad *Avvenire* del presidente emerito della Consulta del mese scorso.

«In seno alle società democratiche, argomenti delicati come questi vanno affrontati con pacatezza: in modo serio e riflessivo, e ben disposti a trovare soluzioni – anche normative – il più possibile condivise», ha scritto papa Francesco nel messaggio ai partecipanti al

Meeting regionale europeo della *World Medical Association*, tenutosi il 16 novembre 2017. «Da una parte, infatti - dice il Papa, nel messaggio citato da padre Casalone -, occorre tenere conto della diversità delle visioni del mondo, delle convinzioni etiche e delle appartenenze religiose, in un clima di reciproco ascolto e accoglienza. D'altra parte, lo Stato non può rinunciare a tutelare tutti i soggetti coinvolti, difendendo la fondamentale uguaglianza per cui ciascuno è riconosciuto dal diritto come essere umano che vive insieme agli altri in società».

Per Flick, «il Parlamento fra l'altro, come sottolinea anche *Civiltà Cattolica*, ne uscirebbe delegittimato, se nemmeno di fronte a un preciso invito della Corte

Costituzionale riuscisse a regolamentare con un testo il più possibile condiviso una materia così importante, che per forza di cose deve mettere d'accordo

sensibilità diverse».

Facciamo ordine. Ricordiamo i passaggi che hanno portato a questa situazione.

La decisione della Corte Costituzionale sul caso del Dj Fabo del 2019, con una soluzione piuttosto "creativa", esercitando una sorta di supplenza in assenza di una normativa a disciplinare il caso, ha utilizzato i paletti posti dalla legge 219 del 2017 per una situazione diversa. In pratica la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (Dat) si occupava di "lasciar morire", cioè di non impedire che una malattia irreversibile facesse il suo corso (mediante ad esempio il ricorso alle cure palliative) mentre la Consulta, sul ca-



so sottoposto alla sua attenzione, ha ritenuto non punibile anche l'aiuto al suicidio, ricorrendo le medesime condizioni.

Un salto notevole.

Ma mantenuto sempre, come dicevo, nell'ambito quei precisi paletti che erano stati indicati dalla legge 219 del 2017. Ossia il valido consenso del paziente, una sofferenza ritenuta intollerabile, e un'infermità irreversibile nonché la dipendenza da interventi medico sanitari necessari alla sopravvivenza. Nel frattempo è intervenuto in Germania una sentenza nel 2020 del Tribunale federale, che recepisce la posizione più radicale in direzione della piena autodeterminazione del fine vita. **Ma si tratta di altro ordinamento nazionale...**

Certo, ma l'autorevolezza dell'organismo giurisdizionale, omologo della nostra Corte Costituzionale, ha il suo peso, tanto più mancando ancora da parte del Parlamento una normativa a regolamentare la materia. Si pensi che un suo pro-

nunciamento in direzione del diritto delle future generazioni a un clima migliore ha aperto la strada ad analoghi riconoscimenti in molti altri Paesi.

A febbraio però, dopo la discussione generale in dicembre, approda alla Camera la proposta sulla morte

volontaria medicalmente assistita.

È l'occasione per intervenire finalmente in termini di legge su quanto deciso

circa un caso specifico dalla Consulta. Una sentenza che ha deluso sia chi spinge per la liberalizzazione assoluta, sia gli intransigenti che difendono viceversa l'indisponibilità del valore della vita. Con il risultato che, paradossalmente, entrambi i fronti spingono perché non passi nessuna legge.

Lei che cosa auspica invece?

Mi riconosco pienamente nell'invito del Papa, citato da *Civiltà Cattolica*, che auspica su temi del genere soluzioni condivise e reciproca disponibilità.

Si fa riferimento al concetto di "leggi imperfette", in taluni casi evocato dal Magistero, pur riconoscendo che esse non collimano con la dottrina sociale della Chiesa.

E non parlerei nemmeno di "riduzione del danno", ma della soluzione più accettabile fra quelle possibili, sempre operando nel rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento e dei diritti della persona.

La mediazione che si sta tentando di trovare alla Camera la convince, rispetta a suo avviso questi requisiti?

Mi pare che si stia tentando di regolamentare, meglio di come era in grado di fare per forza di cose la Consulta, i casi che rientrano in quei paletti richiamati dalla sua decisione, che ricalcano quelli previsti dalla legge sulle Dat.

Ma così non si rischia di aprire la strada all'eutanasia legale?

Non lo credo. Penso, viceversa, che non intervenendo, al di là di quello che deciderà la Consulta sull'ammissibilità del quesito, si rischia di spianare la strada ai promotori del referendum, che puntano a lasciare il valido consenso dell'interessato come unico requisito richiesto per le-

galizzare l'omicidio del consenziente.

In tutti quei casi in cui una persona sia impossibilitata per le sue condizioni a togliersi la vita da solo...

No, non servirà neppure questo requisito, alla fine. Anche un ragazzo sano, ma caduto in depressione, mettiamo, perché lo ha piantato la ragazza, potrebbe a quel punto, se non se la sente di togliersi la vita da solo, chiedere a un amico di schiacciare lui il grilletto.

Invece si sostiene che quel quesito punta a liberare i malati terminali da una insopportabile sofferenza.

La sofferenza è l'argomento che i promotori cercano di far passare nella presentazione del quesito referendario. Ma una volta passato il principio, mancando una legge del Parlamento, finiremmo dentro una "deriva scivolosa" che non avrebbe limiti.

L'INTERVISTA

Parla il presidente emerito della Consulta, Flick: «Chi in nome del "no" all'eutanasia punta a impedire qualsiasi accordo sulla proposta che a febbraio approderà in aula alla Camera rischia di ottenere l'effetto contrario»

«La sentenza della Corte ha supplito all'inerzia del Parlamento. Se ora non intervenisse risulterebbe delegittimato»

«Se passasse il referendum ognuno potrebbe incaricare un'altra persona di togliergli la vita, anche solo per una delusione amorosa»



L'ex ministro della Giustizia ed ex presidente della Corte costituzionale Giovanni Maria Flick durante una seduta del Consiglio superiore della magistratura



La lotta alla pandemia

Quarta dose, l'Ema frena: «No a vaccini ravvicinati, possono ridurre le difese»

► Per l'ente Ue servono nuovi studi clinici ► Si teme che le iniezioni ogni 3 o 4 mesi anche sulle fiale aggiornate per Omicron producano una «paralisi immunitaria»

IL NODO

ROMA Mentre Israele, Danimarca, Ungheria e Cile sono già all'opera, e Germania, Francia e Regno Unito ormai da mesi si preparano ad una nuova appendice della campagna vaccinale, sulla possibilità di somministrare una quarta dose di vaccino anti-Covid l'agenzia europea per i medicinali invece frena. Secondo la direttrice dell'Ema, Emer Cook, serve infatti «una discussione più strategica su quali tipi di vaccini potrebbero essere necessari a lungo termine per gestire adeguatamente» l'emergenza. Ed è anche per questo che ieri, al termine del seminario della Coalizione internazionale delle autorità di regolamentazione dei medicinali (guidata proprio dall'Ema, assieme alla Fda americana), ha sottolineato come prima di approvare un «vaccino aggiornato» e tarato sulle varianti del virus, sono «necessari i dati clinici». Che, tradotto, vuol dire che potrebbe servire molto più tempo per averli in commercio rispetto a quanto lasciato intendere dalle aziende farmaceutiche nei giorni scorsi hanno parlato della primavera.

IL RICHIAMO

Le dichiarazioni di Cook rimarcano quanto già affermato in confe-

renza stampa martedì scorso da Marco Cavaleri, responsabile per i vaccini dell'Ema: «Non abbiamo ancora visto i dati sulla quarta dose» di vaccino anti-Covid, e «Siamo abbastanza preoccupati per una strategia che preveda vaccinazioni ripetute in un lasso di tempo breve. Non possiamo continuare a dare dosi di richiamo ogni tre o quattro mesi».

Una preoccupazione condivisa dall'intero mondo scientifico che guarda i governi, come già per la terza dose, navigare un po' a vista, in assenza di dati.

«Il problema, non lo dice solo l'Ema, è che un vaccino ha un ciclo vaccinale composto in prima battuta da una o due dosi e poi, eventualmente, da dei richiami - spiega Roberto Cauda, docente di Malattie infettive all'università Cattolica di Roma - Ma il fatto che vi siano richiami a 4 mesi, pone dubbi sulla sostenibilità». Chiaramente non dal punto di vista economico o organizzativo, ma clinico: «Potrebbe infatti verificarsi un esaurimento della risposta immunitaria dovuta ad un eccesso di stimolazione». Si incapperebbe cioè in una paralisi immunitaria.

Uno scenario questo, assolutamente non certo. I dubbi, del resto, sono sempre legittimi. Anche quando l'estate scorsa si è iniziato a ragionare sull'opportunità di una terza dose, sono state fatte valutazioni simili. «È solo una possibilità» continua ancora

Cauda, da qualche mese consulente proprio dell'Ema. «Per questo bisogna vedere un po' l'evoluzione di Omicron, studiare i dati clinici delle somministrazioni e quelli dei vaccini "aggiornati" in arrivo».

In più, e questa è la posizione che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha preso con forza già per quanto riguarda il booster, la strategia che prevede la somministrazione ogni 3-4 mesi nel mondo occidentale, finirebbe con l'essere penalizzante per il resto dei Paesi. Un'eventualità che come ha mostrato il costante insorgere delle varianti - il più delle volte arrivate da Paesi poco vaccinati - alla fine penalizza tutto il globo.

«È probabile che i programmi con le dosi booster generalizzate prolunghino la pandemia invece di porre fine» alla diffusione del Covid, ha spiegato infatti qualche giorno fa il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus. «Dove però i vaccini non arrivano il virus circola e può mutare, fino a produrre nuove varianti come Omicron», per questo «la priorità globale deve essere quella di aiutare tutti i paesi a raggiungere l'obiettivo del 40% di vaccinati il più rapidamente possibile e l'obiettivo del 70% entro la metà del prossimo anno».

F. Mal.



IL CASO

Il futuro delle cure

Oms contro le aziende sulla quarta dose subito «Ora vaccino universale»

*Anche l'Ema mette paletti alle Big Pharma:
«Basta con le iniezioni ogni tre-quattro mesi»*

di **Antonio Caperna**

Con la pandemia da Sars-Cov-2 sembra di vivere in un continuo *déjà vu*: da un lato chi afferma la necessità immediata di un booster e poi di successivi richiami a scadenze più o meno brevi; dall'altro chi ritiene necessario arrivare a dare la prima dose a quanti ancora la stanno aspettando, per evitare nuove mutazioni. Anche perché attendere ogni volta i risultati di quanto accade in Israele, che anticipa le scelte, potrebbe risultare fin troppo comodo e forse eticamente discutibile. Di booster o meno si discuteva alla fine dell'autunno per la terza dose e poi prima di Natale e ora i fari sono puntati sulla quarta. La novità, però, è che in alcune nazioni, come gli

Usa, si fa strada la voce sull'impraticabilità di sottoporre la popolazione a continue vaccinazioni. «La priorità globale deve essere quella di aiutare tutti i Paesi a raggiungere l'obiettivo del 40 per cento di vaccinati il più rapidamente possibile e l'obiettivo del 70 entro la metà del prossimo anno. Dove però i vaccini non arrivano, il virus circola e può mutare, fino a produrre nuove varianti come Omicron». La linea dell'Oms è chiara: trovare un vaccino in grado di prevenire le infezioni e la trasmissione del Covid, oltre alla malattia grave e al decesso. «Fino a quando tali vaccini non saranno disponibili e di pari passo all'evolversi del virus, potrebbe essere necessario aggiornare la composizione degli attuali vaccini contro Covid-19, per garantire i livelli di protezione raccomandati anche contro le varianti di preoccupazione», sottolinea il Gruppo tecnico dell'Oms. A cui fa eco l'immunologo Anthony

Fauci, durante la *lectio magistralis*, tenuta ieri in collegamento video con la Sapienza di Roma, in occasione della cerimonia di conferimento del Dottorato di ricerca *honoris causa*: «Abbiamo un urgente bisogno di vaccini universali contro i coronavirus», perché in futuro «vedremo certamente nuove varianti, non solo con Sars-CoV-2, ma magari con altri coronavirus».

Dall'altra parte però ci sono le aziende con lo sguardo puntato sul prossimo autunno e la necessità della quarta dose. L'efficacia della dose booster è destinata a diminuire nel corso dei mesi. «Sarei sorpreso di ricevere nelle prossime settimane dati in base ai quali la dose booster «tenesse bene nel corso del tempo. Mi aspetterei che non reggesse alla grande. Secondo le nostre convinzioni, questo virus non se ne andrà. Dovremo conviverci», afferma Stéphane Bancel, Ceo di Mo-

derna. Recentemente anche il Ceo di Pfizer, Albert Bourla, ha fatto riferimento alla necessità della quarta dose e a intervalli brevi.

Intanto le aziende sono impegnate anche nello sviluppo di un unico vaccino contro Covid e influenza e la somministrazione una volta l'anno potrebbe rappresentare la sintesi delle diverse posizioni, soprattutto perché «non possiamo continuare a dare dosi di richiamo ogni 3-4 mesi», sottolinea l'Ema.

FAUCI

«Abbiamo urgente bisogno di sieri utili contro tutte le varianti»



Incognita quarta dose

I dubbi di Oms ed Ema: "Somministrazioni ogni 3-4 mesi non sostenibili a lungo termine"
Fauci (Usa): "Per il momento non servono vaccini specifici per la variante Omicron"

MARCO BRESOLIN
INVIATO A BRUXELLES

È arrivato il momento di preparare le campagne per la quarta dose del vaccino anti-Covid19? E in tal caso, a quanti mesi di distanza dalla terza? Si può fare con i farmaci attualmente in circolazione o meglio aspettare quelli adattati alla variante Omicron? I governi europei hanno iniziato a porsi questi interrogativi per capire se sia il caso di seguire la strada già intrapresa da Israele (e dal Cile) che ha già aperto la campagna per il secondo booster.

Al momento non ci sono dati sufficienti per valutare l'efficacia di questa strategia, mal'Ungheria ha deciso la fuga in avanti. Il governo di Viktor Orban ha scelto ancora una volta di muoversi senza aspettare i partner Ue e ha annunciato che chiun-

que potrà richiedere la quarta dose in seguito a una consultazione con il proprio medico. Nel Paese, che all'inizio di aprile andrà al voto, è previsto un rapido aumento dei casi nelle prossime settimane. Al momento soltanto altri tre Stati dell'Unione hanno approvato l'introduzione della quarta dose, ma solo per i pazienti più vulnerabili. Hanno iniziato la Grecia e la Danimarca, mentre ieri è arrivato l'ok della Spagna per i malati di tumore o per chi si è sottoposto a un trapianto.

Le autorità sanitarie sono però scettiche sulla somministrazione generalizzata del secondo booster a tutta la popolazione. Un conto è il richiamo per proteggere i più vulnerabili, un conto è pensare di poter andare avanti a con iniezioni ripetute ogni 3-4 mesi per tutti. Un piano che secondo Marco Ca-

valeri, responsabile della strategia per i vaccini dell'Agenzia europea del farmaco (Ema), «non è sostenibile a lungo termine».

C'è poi un'altra questione che inizia a emergere: il vaccino adattato a Omicron potrebbe non bastare, oppure rivelarsi inutile. L'Ema e l'Oms concordano nel dire che serve una «strategia a lungo termine» e dunque bisogna sviluppare «vaccini universali». Una linea che vede d'accordo anche l'immunologo americano Anthony Fauci, che per il momento invita a continuare con i farmaci già in circolazione: «Il booster offre una buona protezione contro Omicron, per cui al momento non servono nuovi vaccini specifici per questa variante». —



Il ceo Burla svela agli analisti di JPMorgan: il nuovo siero per metà combatterà Omicron, per metà le altre varianti

Pfizer lancia il vaccino «ibrido»

DI DARIO MARTINI

Le terze dosi di vaccino non stanno fermando il boom di contagi che sta dilagando ovunque, dagli Stati Uniti all'Europa, Italia compresa. Anche la protezione contro il rischio di finire in ospedale sta iniziando a calare. Pfizer ne è

consapevole e nei giorni scorsi ha annunciato che a marzo sarà pronto un vaccino «mirato» per contrastare la variante Omicron. Il dubbio, però, è che non sia sufficiente a contenere l'escalation di infezioni e di ricoveri. Serve qualcosa di nuovo. (...)

Segue a pagina 3

LOTTA AL COVID

Il ceo Burla svela agli analisti di JPMorgan la strategia: «Non sarà solo un siero bivalente, avrà dosi più elevate». Pronto a marzo

Faremo il vaccino «ibrido»

Pfizer prepara la nuova arma: per metà combatterà Omicron, per metà le vecchie varianti

segue dalla prima

DARIO MARTINI

Così il colosso farmaceutico americano sta rivedendo la sua strategia, mettendo a punto un vaccino inedito, come non

ne abbiamo mai visti finora. Sarà «ibrido», efficace sia contro il virus originario, chiamato in gergo «wild-type», sia contro Omicron. In questo modo, si spera che possa arginare sia Delta che la più recente variante sudafricana.

Il Tempo è in grado di anticipare le mosse di Pfizer dopo aver letto il resoconto della videoconferenza che i vertici dell'azienda americana hanno tenuto con gli analisti della banca d'affari JPMorgan il 10 gennaio scorso. È il ceo in persona, Albert Bourla, ad illustrare i piani della multinazionale. Alcuni giorni prima, in collegamento con un'altra banca d'affari, la Goldman Sachs, il numero uno di Pfizer aveva ammesso che anche la protezione della terza dose dura pochissimo e che la quarta iniezione sarà inevitabile. Ades-

so, si spinge oltre: «Omicron è un bersaglio molto più impegnativo. Le due dosi non bastano. La terza fornisce una protezione abbastanza buona contro i decessi e di-



screta contro i ricoveri. Quindi la maggior parte delle persone che stanno finendo in ospedale non hanno ricevuto il vaccino». Bisogna far qualcosa perché anche i casi di reinfezione, pure tra i guariti che successivamente si sono vaccinati, si moltiplicano di giorno in giorno.

Poi, arriva l'ammissione che finora si è navigato a vista: «Omicron è molto difficile da sradicare - dice Bourla - Penso che il punto interrogativo sia quanto durerà la protezione con la terza dose. Con la seconda dose la prima cosa che abbiamo perso è stata la protezione contro le infezioni. Una cosa comunque non tanto buona». In seguito ha preso piede Omicron. E Bourla sottolinea ciò

che è sotto gli occhi di tutti: «Due mesi dopo, anche quella che era una protezione molto forte contro il ricovero ha iniziato a diminuire». Il ceo di Pfizer ammette che la preoccupazione di tutti è anche la sua. Comprende quindi lo scatto in avanti degli Usa e di Israele che stanno già prevedendo la quarta dose per le persone più fragili. Ecco allora che i ricercatori di Pfizer hanno pensato al super siero in grado di colpire efficacemente tutte le mutazioni finora conosciute. «La scelta migliore - spiega

Bourla - è un vaccino che copra le altre varianti e che funzioni anche contro Omicron. Sarà un ibrido». Ma non finisce qui. Non sarà solo un vaccino «bivalente». Il

ceo svela che Pfizer sta lavorando a dosi più elevate. La nuova e più potente arma contro il virus è ancora in fase di sperimentazione. Ma gli scienziati dell'azienda americana sono ottimisti che la strada imboccata sia quella giusta. «Se sarà necessario saremo pronti a marzo», conferma Bourla. Lo scenario di lungo periodo, però, secondo il numero uno di Pfizer, resta sempre lo stesso: alla fine avremo un vaccino annuale come quello contro l'influenza almeno per i prossimi dieci anni. Ma la domanda viene spontanea: se a marzo inizieremo a fare il vaccino «ibrido», metà rivolto contro Omicron e metà

contro Delta, se verrà fuori un'altra potente variante cosa faremo, l'ibrido trivalente?

Serve qualcosa di innovativo

Il numero uno dell'azienda ammette che anche con le terze dosi dopo due mesi cala l'efficacia contro i ricoveri

La previsione

Nonostante gli ultimi sieri inseguono le varianti alla fine dovremo avere un richiamo annuale per almeno dieci anni

10

Gennaio

Il giorno in cui Alberto Bourla, ceo di Pfizer, ha spiegato agli analisti della banca JPMorgan come sarà il nuovo vaccino



Il farmaco

A sinistra, la preparazione di una dose del vaccino Comirnaty prodotto da Pfizer.

Sotto, il numero uno dell'azienda farmaceutica americana Alberto Bourla



Lo Zitromax è introvabile L'Aifa: prescrizioni errate contro il Covid non serve Cure e profilassi

► Antibiotico a ruba anche senza ricetta ► Nel Lazio la carenza maggiore, L'allarme per le assunzioni fai-da-te ancora fornite le farmacie di Milano

L'EMERGENZA

ROMA Prescrizioni inappropriate, acquisti senza ricetta e assunzioni «fai da te». Sono probabilmente tutte queste le cause all'origine della carenza dell'antibiotico Zitromax e del generico azitromicina. L'ipotesi è che con l'aumento dei contagi si sia verificata una crescita esponenziale degli acquisti dell'antibiotico, erroneamente considerato un trattamento contro Covid-19. Sui social infatti circolano in maniera incontrollata fake news che indicano chiaramente che l'azitromicina sia il farmaco d'elezione per il trattamento dell'infezione Covid-19, un'informazione confutata già da diverso tempo dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa). Così, positivi e non, hanno dato il via a quella che si può considerare una vera e propria corsa all'acquisto dell'azitromicina. Non stupisce quindi che in moltissime farmacie italiane il farmaco è praticamente esaurito o quasi. «L'Italia è l'unico paese in Europa in cui lo Zitromax è introvabile», conferma il segretario nazionale di Federfarma, Roberto Tobia, a Sanità Informazione, che riferisce di aver fatto una «segnalazione all'Agenzia Italiana del Farmaco per capire quali sono le possibili soluzioni da prospettare alla cittadinanza».

VIE RESPIRATORIE

L'azitromicina è un antibiotico indicato per il trattamento delle infezioni acute delle vie respira-

torie causate da batteri. «È importante sottolineare che, come qualsiasi antibiotico, la sua efficacia è solo contro i batteri e non contro i virus, come quello dell'influenza o Sars-CoV-2», dice Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale. La carenza del farmaco riguarda tutta l'Italia, ma alcune regioni e città più di altre. «Abbiamo riscontrato situazioni diverse, a macchia di leopardo. Ci sono regioni in cui la carenza è meno preoccupante, altre in cui è più evidente», sottolinea Tobia. Come nel Lazio e in particolare Roma. «Lo Zitromax, sia compresse adulti che sciroppo bambini è mancante e carente», conferma Andrea Cicconetti, presidente di Federfarma Roma. «Non c'è. Questo perché - continua - è l'antibiotico primario che viene scelto nei casi di positività per la profilassi da bronchiti e complicanze respiratorie per chi ha Covid. Il bello è che sono mancanti anche i generici equivalenti. Ogni tanto arriva qualcosina ma sono carenti e non abbiamo avuto note di ripristino di regolari forniture. Quindi chi trova qualche pezzo in giro è fortunato». Più a Sud, in Campania, si soffre la carenza dello Zitromax ma non del generico. «C'è ancora qualche difficoltà nel reperire lo Zitromax, ma l'azitromicina, vale a dire la molecola che ne costituisce il principio attivo, si trova senza difficoltà», spiega Riccar-

do Maria Iorio, presidente di Federfarma Napoli. Nessuna carenza di Zitromax, invece, in Lombardia. Per la presidente di Federfarma Lombardia, Annarosa Racca, «il problema non sussiste». E specifica: «C'è stato forse un giorno in cui abbiamo registrato una carenza, ma abbiamo sopperito con il generico». Il problema non è solo di disponibilità per chi ne ha bisogno. Ma riguarda anche gli effetti collaterali che questo antibiotico può avere se usato non appropriatamente.

IRISCHI

«Come tutti gli antibiotici può avere effetti collaterali, come disturbi gastrointestinali, ovvero la diarrea; cefalea; sensazione di stanchezza; può scatenare reazioni allergiche alla pelle; e può danneggiare il fegato», dice Cricelli. «Quando si prescrivono, infatti, si fa una valutazione costi-benefici: se sono utili per sconfiggere un batterio, gli effetti collaterali possono essere considerati accettabili; se non servono a nulla si crea un danno e basta».



Ma certamente quello che possiamo considerare come il macro-problema dell'utilizzo improprio degli antibiotici, compresa l'azitromicina, è lo sviluppo della resistenza batterica. «In pratica, l'assunzione inappropriata può favorire l'insorgenza e la diffusione di batteri che hanno "imparato" a difendersi dagli antibiotici. Quindi si rischia di perdere inutilmente un'arma che può invece rivelarsi indispensabile contro i batteri», conclude Cricelli. Del resto le linee guida dicono chiaramente no alla prescrizione di antibiotici contro Covid-19». «Ai pa-

zienti raccomando di non assumere nulla senza il consiglio del medico, anche se nell'armadietto dei farmaci dovessero ritrovare una scatola di azitromicina acquistata in passato e mai usata», dice Cricelli. «Così come i cortisonici, gli antibiotici non sono un trattamento "fai da te". Oltre a essere inutili contro Covid-19, possono rivelarsi dannosi per la salute», aggiunge. Gli unici farmaci che possiamo assumere a casa contro i sintomi di Covid-19 sono gli antipiretici per controllare la febbre alta e antidolorifici per i dolori articolari.

Valentina Arcovio

**IL PARERE DEI MEDICI:
«QUEL FARMACO
VA ASSUNTO IN
CASI SPECIFICI,
ALTRIMENTI SI
PROVOCANO DANNI»**



SE I MEDICI FOSSERO UN PO' PIÙ PAZIENTI

COSA DOVREBBERO FARE? ASCOLTARE I MALATI, COINVOLGERLI NELLE CURE, SCUSARSI PER GLI ERRORI. PERCHÉ SONO ARMI TERAPEUTICHE CHE AIUTANO A **GUARIRE**. E CHE ORA SI INSEGNANO NELLE UNIVERSITÀ

di **Giulia Villoresi**
illustrazione di **Alberto Ruggieri**

NELLA MEDICINA è in corso una rivoluzione silenziosa: atenei e strutture sanitarie hanno cominciato a chiedere ai professionisti della salute di sviluppare anche le proprie capacità relazionali. Ai medici del futuro, insomma, si insegnerà anche a comunicare con i pazienti. E questo perché, come ha ribadito la legge del 2017 sul testamento biologico, «il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura».

È un'idea antica, che ora viene supportata da solidissime evidenze scientifiche: ascoltare il paziente, accoglierne il vissuto, coinvolgerlo nel processo di cura, porta benefici misurabili non solo nella qualità di vita del paziente, ma in quella del medico (oltre a ridurre le spese mediche e i contenziosi legali). La strada per la transizione a una medicina *patient centred*, non più incentrata solo sulla patologia, ma sulla persona, è già tracciata. Ora servono iniziative concrete per realizzarla, soprattutto nei Paesi della fascia mediterranea dove, rispetto al mondo anglosassone e nordeuropeo, fatichiamo ad abbandonare il paternalismo medico, cioè l'idea che ciò che è bene per il paziente lo sappia solo il medico. Con questo obiettivo la fondazione Giancarlo Quarta di Milano, che da oltre quindici anni studia, progetta e promuove «modalità efficaci di relazione medico paziente» misurandone gli effetti nelle terapie e sul benessere dei malati, ha lanciato un concorso per medici under 40, chiamati a proporre idee per migliorare la comunicazione in ambito sanitario. A valutare le proposte, una giuria di specialisti scelti

tra le eccellenze universitarie e ospedaliere d'Italia, con particolare attenzione, spiega Alan Pampallona della fondazione, «alla innovatività dei progetti e alla loro replicabilità in vari contesti di cura».

SODDISFAZIONE RECIPROCA

Cosa sia un modello replicabile lo ha mostrato la fondazione stessa, in uno studio condotto in collaborazione con l'Istituto nazionale dei tumori: «Abbiamo chiesto a oltre quattromila pazienti di raccontarci gli aspetti più soddisfacenti della loro relazione con i medici, e poi ci siamo limitati a riferire ai medici quei vissuti positivi». Tra questi un'équipe che si teneva aggiornata sugli sviluppi della terapia, un medico che ha dato il suo numero in caso di urgenza, un altro che ha spiegato tutti i possibili esiti di un intervento. Sapere di essere stati apprezzati per quella parola, quel gesto, ha rinforzato il comportamento virtuoso dei medici. Al punto che, a sei mesi dall'intervento, le loro abilità relazionali erano aumentate del 54 per cento. Questi risultati, dice Pampallona, suggeriscono una via: esportare negli ospedali alcune strategie usate nella formazione del personale aziendale. «Invece di concentrarsi su quel che non funziona, dobbiamo capire quel che funziona, e rinforzarlo. Detto questo, finché le strutture sanitarie non verranno valutate anche in base al livello di soddisfazione relazionale dei pazienti, come accade in America, non vedremo veri cambiamenti».

PAROLE UTILI COME LA MORFINA

D'accordo, ribattono alcuni medici, ma in un ospedale-azienda, come si contabilizza il tempo dedicato alla comuni-

cazione? Uno dei grandi temi della medicina *patient centred*, infatti, è il tempo: più se ne dedica all'ascolto, maggiori sono le probabilità di successo della terapia. Ma i medici, oberati da incombenze cliniche e amministrative, non ne hanno. Neppure quelli di famiglia: secondo un'indagine della Società italiana di medicina generale, il tempo medio delle loro visite è di nove minuti. In Svezia sono ventidue. In Bangladesh, 48 secondi.

Ma più del tempo, suggeriscono alcuni studi, contano le parole. Fabrizio Benedetti, professore di Neurofisiologia all'Università di Torino, tra i massimi esperti di effetto placebo, ha studiato con il neuroimaging che cosa accade nel cervello dei pazienti che interagiscono con il proprio medico. E ha scoperto che certe parole colpiscono gli stessi bersagli biochimici dei farmaci. «Anche se in realtà» spiega «sarebbe meglio dire che sono i farmaci ad attivare le stesse vie biochimiche delle parole, visto che l'interazione sociale è nata molto prima dei farmaci. Poi la specie umana ha creato delle molecole che sfruttano questo meccanismo». Gli studi di Benedetti mostrano che le parole – in particolare quelle che danno speranza – possono essere più efficaci di una dose di morfina.

«Ovviamente le parole non curano il cancro, non uccidono i batteri di una polmonite. Però agiscono sui sintomi e sulla qualità della vita». Per questo sceglierle con cura incide sulla terapia.





Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Tumori, smettere di fumare allunga vita anche dopo diagnosi

14 Gennaio 2022



MILANO - Smettere di fumare allunga la vita, anche dopo una diagnosi di cancro ai polmoni. Lo dimostra uno studio pubblicato sul Journal of Thoracic Oncology, in cui si precisa che i pazienti con cancro ai polmoni che smettono di fumare dopo la diagnosi hanno un miglioramento del 29% nella sopravvivenza globale rispetto ai pazienti che continuano a fumare. Lo studio è stato ideato e condotto da un team interamente italiano di ricercatori dell'Istituto per la Ricerca sul Cancro, la Prevenzione e la Rete Clinica di Firenze e dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) di Milano. Si tratta di una meta-analisi dei dati pubblicati nella letteratura scientifica fino ad Ottobre 2021 sulla cessazione del fumo dopo la diagnosi di cancro ai polmoni. Globalmente sono stati analizzati 21 articoli che forniscono dati su più di 10.000 pazienti. I ricercatori rilevano che esiste una spiegazione biologica per questi dati: il fumo di tabacco promuove la crescita, la



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

progressione e la disseminazione del tumore; diminuisce l'efficacia e la tolleranza alla radioterapia e alla terapia sistemica, e aumenta il rischio di complicanze postoperatorie e secondi tumori primari. "Il nostro studio suggerisce che i medici curanti dovrebbero comunicare ai pazienti i vantaggi di smettere di fumare", - commenta Saverio Caini dell'Istituto per la Ricerca sul cancro di Firenze, primo autore dello studio.

"Sappiamo che 9 tumori del polmone su 10 sono causati dal fumo di sigaretta - afferma Sara Gandini, responsabile dell'Unità di Epidemiologia molecolare e farmacologica dell'Istituto, coautrice del lavoro - e sappiamo che se intercettati per tempo possono essere curati con trattamenti poco invasivi, ma ciò che occorre ora è un programma di sanità pubblica, associato a iniziative strutturate per la cessazione del fumo".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

CORRIERE DELLA SERA

I guariti dal Covid possono ricontagiarsi con la stessa variante?

di Cristina Marrone

È verosimile, ma non certo, che chi risulta positivo al tampone in questo periodo abbia incontrato Omicron ma una nuova infezione, secondo gli esperti, è improbabile



Tutti coloro che hanno trascorso le vacanze di Natale rinchiusi in casa con il Covid se lo stanno chiedendo: ma **se ho preso Omicron mi posso ri-contagiare?**

Vista [la pesantezza della clausura](#), anche con una malattia lieve, che ha riguardato milioni di italiani, la preoccupazione è lecita.

La prima considerazione che possiamo fare è che **nessuno di noi ha il privilegio di sapere se è stato contagiato con Omicron**: anche se il nostro tampone positivo verrà sottoposto ad analisi genomica nessuno ci avvertirà se abbiamo contratto Omicron, Delta, Beta, Gamma o chissà che altro. L'informazione resta ai laboratori che comunicano il dato



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

all'Istituto Superiore di Sanità per compilare le statistiche sulla prevalenza delle varianti. Non è dunque assolutamente detto che chi si sta contagiando oggi si sia infettato con Omicron dal momento che **Delta non è ancora scomparsa** e le cosiddette «infezioni rivoluzionarie», quelle che colpiscono anche chi è stato vaccinato o contagiato esistono, seppur in misura decisamente minore, anche con Delta. Va infatti ribadito che i vaccini anti Covid, (creati peraltro sul ceppo Wuhan) non sono efficaci al 100% né sul contagio né sulla malattia grave.

Tuttavia sappiamo dai [dati che arrivano dal Regno Unito](#) (Paese che sequenzia molto) che **chi è vaccinato ha maggiori probabilità di incontrare Omicron** rispetto ad altre varianti. Nel dettaglio **chi ha tre dosi ha 4,5 volte più probabilità di risultare positivo ad Omicron** rispetto ai non vaccinati e le persone con doppia dose hanno 2,3 volte più probabilità di contagiarsi con Omicron rispetto ad altre varianti. Resta fermo il fatto che le persone non vaccinate hanno invece in generale maggiori probabilità di risultare positive al Covid, indipendentemente dalla variante. [Il report dell'Imperial College di Londra](#) conferma la tendenza, stimando che «il rischio di reinfezione con la variante Omicron è 5,4 volte maggiore di quello della variante Delta».

In parole povere è **probabile che chi è vaccinato (anche con terza dose) e si contagia, verosimilmente (ma non sicuramente) ha incontrato Omicron** e grazie ai vaccini e alla possibile minore patogenicità della nuova variante, non ha sviluppato una malattia grave.

L'ultima (e ormai anacronistica) [flash survey](#) dell'Istituto Superiore di Sanità datata 23 dicembre diceva che **i casi Omicron in Italia erano al 28%** di media con alcune aree in cui era stato raggiunto l'80% (in Lombardia al 40%) con un raddoppio dei casi, all'epoca, ogni due giorni. L'[analisi delle acque reflue](#) ha segnalato che Omicron ha iniziato a circolare a Milano tra il 9 e il 12 dicembre e dal momento che la nuova variante è un vero e proprio tsunami **possiamo supporre che oggi sia prevalente**.

Dunque è **molto probabile che chi si è ammalato durante le vacanze o è ammalato adesso abbia effettivamente incontrato Omicron**, in particolare se vaccinato.

È allora possibile andare incontro a una seconda infezione con Omicron? **Mario Clerici**, docente di Immunologia all'Università Statale di Milano tranquillizza: «Direi di no perché la



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

risposta immune, con anticorpi e con linfociti T, è potente e specifica per il virus con cui si viene a contatto, quindi ritengo molto improbabile una nuova infezione da Omicron, se effettivamente si è stati contagiati da Omicron. **Si potrà invece contrarre un'infezione da un'altra variante**, magari Delta o qualche nuovo ceppo mutato che potrà emergere nei prossimi mesi, scenario piuttosto probabile finché il virus continuerà a circolare».

In altre parole: se mi contagio con una variante, è possibile che mi contagi con un'altra variante, e altamente improbabile che mi ricontagi — almeno a breve — con la stessa variante. «La storia dell'immunologia ci dice che è quasi impossibile contagiarsi con la stessa variante, per questo non esistono studi specifici sul tema» chiarisce Clerici. «Sars-CoV-2 non è come il morbillo che non muta. Chi si ammala di morbillo o si vaccina non andrà più incontro alla malattia. Con il Covid, come in generale con i virus respiratori, le cose sono diverse perché **non c'è immunità sterilizzante**. Tuttavia, anche con il passare del tempo, pur con un calo di anticorpi specifici su Omicron, resteranno in circolo i linfociti T che ci proteggeranno dalla malattia: qualcuno potrà forse contagiarsi di nuovo con Omicron a distanza di tempo ma, grazie al lavoro delle cellule T, senza accorgersene e senza alcun cenno di malattia».

Il virologo **Fabrizio Pregliasco** concorda: «Ritengo improbabile riammalarsi di Omicron, almeno sul breve periodo e vorrei tranquillizzare chi si è appena contagiato che **non andrà incontro a una nuova infezione con lo stesso ceppo**. Il coronavirus non dà protezione sul lungo termine, per questo anche il vaccino, creato sul ceppo di Wuhan, zoppica un po'. Come succede con l'influenza magari tra uno o due anni sarà possibile riprendere il Covid, che **non sarà più Omicron perché nel frattempo sarà mutato**, dal momento che Sars CoV-2 è instabile. Il 3% dei casi attuali sono persone che si erano contagiate nella prima ondata: è passato del tempo e la maggior parte dei contagiati della prima ora è rimasto protetto anche da Omicron perché statisticamente resta una buona risposta immunitaria a lungo termine».