



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

02 FEBBRAIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Al centro Pma di Asti il certificato di eccellenza del Centro nazionale trapianti

Il centro astigiano è stato inserito nell'elenco nazionale delle strutture Pma (Procreazione Medicalmente Assistita) certificate e nel Compendio Europeo degli istituti dei tessuti. Dall'avvio dell'attività, nel corso del 2017 sono state 88 le nascite avvenute presso il centro Pma di Asti, 5 i bambini già nati nel mese di gennaio.



03 FEB - Il Centro di Medicina della Riproduzione dell'Ospedale di Asti ha ricevuto il riconoscimento del Cnt - Centro Nazionale Trapianti, che lo ha inserito nell'elenco nazionale delle strutture Pma (Procreazione Medicalmente Assistita) certificate e nel Compendio Europeo degli istituti dei tessuti. A darne notizia la Asl in una nota.

L'attestato viene assegnato a seguito di una verifica che ha lo scopo di controllare la presenza di tutti i requisiti necessari corrispondenti ai più elevati parametri di qualità. Vengono valutati dal Cnt e dalla Regione di appartenenza il livello dell'attività, la qualità e la sicurezza della struttura, la preparazione del personale, l'attenzione clinica agli eventi avversi. **In tutto il Piemonte sono 4** – incluso Asti – i centri pubblici o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che hanno ottenuto la certificazione, a cui si aggiungono altri 4 centri privati. Il Centro di Medicina della Riproduzione del Cardinal Massaia è guidato dalla dottoressa **Elisabetta Dolfin**, all'interno della struttura di Ostetrica e Ginecologia dell'Asl AT diretta dal dottor **Maggiorino Barbero**. "È uno dei pochissimi centri di III livello della nostra regione", precisa la nota.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

L'équipe degli operatori comprende tre ginecologhe, due biologhe, una psicologa, un'ostetrica, due infermieri, un anestesista e un consulente andrologo. L'attività è organizzata in una parte ambulatoriale e in una parte di laboratorio. L'ambulatorio si occupa dei colloqui con le coppie, delle visite, degli esami e dei consulti psicologici, preliminari all'accesso ai programmi terapeutici. Un percorso al termine del quale si può procedere con i trattamenti veri e propri, che possono essere di I livello o di II livello (attraverso tecnica Fivet o Icsi).

L'anno, fa sapere la Asl di Asti, "si è aperto con ottimi risultati: sono già 5 i bambini nati nel mese di gennaio grazie all'operato del centro. Dall'avvio dell'attività, avvenuto nel corso del 2017 (il laboratorio è entrato in funzione da maggio), le nascite sono già state 88, nonostante l'emergenza Covid che in occasione del primo lockdown della primavera 2020 ha costretto la struttura a una chiusura di qualche mese."



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Sangue. Appello di Avis e del Comitato famiglie dei talassemici: “Servono donatori per garantire le cure”

Con il Covid ritardi nella consegna di sangue fresco. Avis Toscana: “Non sarebbe giusto parlare di emergenza ma la tendenza che registriamo racconta un trend poco incoraggiante” e la condizione dei talassemici “genera nella maggior parte dei casi anemia cronica che, se non trattata, mette a repentaglio la vita”, questi sono circa 110 nella regione, la metà dei quali a Firenze, il centro di riferimento è il Meyer.



03 FEB - “La carenza di sangue in Toscana potrebbe mettere a rischio le terapie dei pazienti talassemici, circa 110 in regione. Per questo motivo è necessario tornare a donare al più presto, sensibilizzando anche chi gode di buona salute e non si è ancora offerto volontario”. È l'appello lanciato oggi congiuntamente da Avis Toscana e dal Comitato famiglie talassemici. Il problema della mancanza di sangue è estremamente acuito dal Covid: molti donatori storici, positivi o in quarantena, non riescono a fare la loro parte e occorre impegnarsi anche per chi, al momento, non può farlo.

“Non sarebbe giusto parlare di emergenza – dice la presidente di Avis Toscana, **Claudia Firenze** – ma la tendenza che registriamo racconta un trend poco incoraggiante. Questi pazienti necessitano di un



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

trattamento trasfusionale ogni 15-20 giorni. Il nostro scopo è quello di garantire le cure a tutti i malati e il sangue non si fabbrica in laboratorio. I talassemici producono una quantità minima o nulla di emoglobina e questa condizione genera nella maggior parte dei casi anemia cronica che, se non trattata, mette a repentaglio la vita stessa”.

Sul punto interviene anche il presidente dell’associazione Comitato Famiglie Talassemici, **Luigi Aliquò Lenzi**. “Qui in Toscana – ricorda – i soggetti talassemici sono circa 110, la metà dei quali distribuiti nella città metropolitana di Firenze. Il nostro riferimento per le trasfusioni è il Meyer, una struttura che ci ha sempre fornito un’assistenza incredibile. Oggi però tutti noi corriamo un grave rischio. Per questo vogliamo farci sentire di più, insieme alle associazioni del territorio”. A preoccupare, al momento, sono soprattutto i ritardi nella consegna di sangue fresco: “Arriva sempre più spesso quando ormai siamo al limite – spiega Aliquò Lenzi – e questo può incidere sul nostro stato di salute”.

“Siamo sicuri – conclude Firenze – che, rispetto a questo scenario, sia fondamentale sensibilizzare sia chi già dona sia chi donatore potrebbe diventarlo. Faremo la nostra parte con determinazione affinché un problema oggi ancora circoscritto non si aggravi nelle prossime settimane: un piccolo gesto può davvero fare la differenza per una vita”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Ospedale di Corleone, i sindacati: «C'è ancora carenza di pediatri»

Sollecitato un intervento risolutivo dell'Asp, che a dicembre aveva attivato una procedura di reclutamento a carattere emergenziale. L'intersindacale sottolinea: «Non siano vicariati da medici anestesisti-rianimatori».

3 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)



PALERMO. L'attivazione di qualsiasi strumento organizzativo per garantire il servizio di guardia attiva nelle 24 ore con il medico specialista pediatra presso il P.O. di Corleone «al fine di evitare possibili gravi rischi per la salute dei neonati e degli utenti in età pediatrica». A sollecitarla all'Asp di Palermo è l'intersindacale con una nota a firma di **Aaroi Emac, Anaao Assomed, Cgil Medici, Cimo, Cisl Medici, Fesmed, Fials, Fvm e Uil Medici**.

A dicembre 2021 l'Azienda sanitaria provinciale proprio per questa carenza e dopo che erano andati deserti i precedenti bandi, aveva attivato una procedura **a “carattere emergenziale”**, utilizzata in deroga alla procedura ordinaria e valida fino al superamento del momento di criticità: era stat pubblicato, infatti, un avviso per reclutare **pediatri**, anche a quelli in pensione, in modo da garantire la continuità assistenziale nei **punti nascita** degli ospedali “Dei Bianchi” di **Corleone** e “Civico” di **Partinico**.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La situazione, tuttavia, **resta critica** come fanno notare i sindacati che denunciano «la **cronica e grave carenza** di medici presso l'UOC di Pediatria del P.O. di **Corleone**, perdurante già da dicembre 2021, con conseguente scopertura di numerosi turni di guardia». Inoltre danno notizia delle note «del Direttore Generale del 28/01/2022 e del Direttore del Dipartimento di Emergenza-Urgenza del 31/01/22, con le quali “si invitano” i dirigenti **medici di Anestesia e Rianimazione** a “collaborare sulla base di tutte le proprie conoscenze” in caso di mancanza in servizio dello specialista pediatra/neonatologo presso il P.O di Corleone».

I sindacati aggiungono: «L'assenza del medico specialista pediatra/neonatologo rappresenta un **potenziale gravissimo rischio** per la salute del neonato sia al momento del parto, sia nelle successive eventuali giornate di degenza, considerato che ad oggi il servizio è mantenuto attivo malgrado questa grave criticità, peraltro già segnalata con precedente nota dalla organizzazione sindacale AAROI-EMAC in data 10 gennaio 2022».

Inoltre «nelle unità operative di pediatria-neonatologia, il medico pediatra è previsto in guardia attiva nelle 24 ore, in quanto **specialista non sostituibile**, sia in uno scenario post-partum, sia in area di emergenza, pertanto non è possibile demandare ai medici specialisti di Anestesia e Rianimazione, come nelle reiterate richieste, di **vicariarne** l'assenza, in quanto si potranno doverosamente assicurare le prestazioni di competenza ma non quelle dello specialista di pediatria/neonatologia, acquisite con un corso di specializzazione quinquennale e con esperienza pluriennale».

Infine, l'intersindacale sottolinea: «La carenza di medici pediatri si è generata nel corso di diversi anni ma non si è provveduto nei tempi adeguati all'immissione in servizio del personale a tempo indeterminato, considerato che in codesta Azienda sono presenti due presidi ospedalieri distaccati con punti nascita, come quello di Partinico e di Corleone (quest'ultimo da considerare sede disagiata), entrambi nella medesima condizione di grave carenza e che prevedono la presenza del pediatra in guardia attiva nelle 24 ore».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Trapani, nominati due responsabili di Unità Operative

Claudio Pernice per la UOC di "Medicina generale con Lungodegenza" del presidio ospedaliero "Abele Ajello" di Mazara del Vallo e Rosario Mistretta nella UOS "Hospice Salemi".

3 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)



TRAPANI. L'Asp di Trapani ha conferito al dott. **Claudio Pernice** l'incarico di responsabile dell'Unità operativa complessa di "**Medicina generale con Lungodegenza**" del presidio ospedaliero Abele Ajello di Mazara del Vallo, a far data dal 25 gennaio 2022. Inoltre al dott. **Rosario Mistretta** è stato attribuito l'incarico di responsabile dell'unità operativa semplice "**Hospice Salemi**" nell'ambito del dipartimento Cure Primarie, dall'1 gennaio 2022.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Trapani, affidati 4 incarichi nel dipartimento Materno infantile

Sono tutti di Alta professionalità e da espletare nell'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero di Castelvetro.

3 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)



TRAPANI. L'Asp di Trapani ha affidato quattro nuovi incarichi di Alta professionalità nell'ambito del dipartimento Materno infantile. A **Micol Roma** l'incarico di "Isteroscopia diagnostica e operativa", ad **Annamaria Li Causi** "Gestione del Rischio clinico", a **Daria Maria Cangemi** "Colposcopia e patologia cervico-vaginale" ed a **Cataldo Anzalone** "Uro-ginecologia diagnostica e operativa".

Gli incarichi sono tutti da espletare nell'Unità operativa di **Ostetricia e Ginecologia** del presidio ospedaliero di **Castelvetro**. **Nella foto da sinistra:** i dr. Li Causi, Anzalone, Cangemi e Roma.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'ANDAMENTO DEL CONTAGIO

Meno pressione sugli ospedali. Funziona l'antivirale

VITO SALINARO

Un dato, su tutti, dice della gravità della fase pandemica: è quello delle terapie intensive, dove la diminuzione dei posti letto occupati si sta consolidando: sono 1.524 i pazienti attuali, 25 in meno rispetto a martedì. Un trend confermato anche nei reparti ordinari, dove sono ricoverate 19.550 persone, con un calo di 323 in meno in 24 ore. L'ultimo dato che vedremo scendere in maniera considerevole è quello dei decessi, 395 ieri (427 martedì). Ma anche stavolta questo numero annovera alcuni riconteggi degli scorsi giorni. I positivi ieri sono stati 118.994, con il tasso che risale al 12,3%. In Italia, fa sapere l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), restano invariati i tassi di occupazione sia nelle terapie intensive, sia nei reparti ordinari: rispettivamente al 16% e al 30%. Nelle prime la situazione migliora in 11 regioni (si va dall'11% della Calabria al 23% del Friuli Venezia Giulia), mentre peggiora nella provincia autonoma di Trento (dove si arriva al 28%), in Piemonte (21), Veneto (15) e Basilicata (8). I letti delle rianimazioni Covid sono occupati per il 64 per cento da soggetti non vaccinati, evidenzia la Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere).

Nel computo delle ospedalizzazioni, va però registrato un fatto nuovo. Da poche settimane è infatti disponibile in Italia l'antivirale orale Molnupiravir di Merck. Ebbene, ad oggi circa 3mila cittadini sono stati curati a casa con il nuovo preparato anti-Covid riservato agli adulti con alta probabilità di malattia se-

vera. Senza il farmaco la stragrande maggioranza di questi malati avrebbe fatto ricorso alle cure ospedaliere. Diventa dunque già palpabile la positiva ricaduta che questa nuova arma, a disposizione dell'arsenale

terapeutico contro il Sars-CoV-2, sta avendo anche in Italia. A giorni inoltre entrerà in commercio anche Paxlovid, l'antivirale orale di Pfizer che, nella sperimentazione, ha mostrato un'efficacia dell'89%, di gran lunga maggiore del prodotto di Merck. Le ultime prospettive terapeutiche disegnano quindi un quadro generale in deciso miglioramento. Ne è convinto il sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Sileri, per il quale, in alcune settimane, verosimilmente 2-4, caleranno molto i ricoveri in Italia «quindi la strada è davvero in discesa. Ci sono numeri – spiega Sileri – che danno la contezza di una discesa dei contagi e anche dei ricoveri. Calato il numero dei ricoveri calerà anche quello dei decessi, come nelle scorse ondate». I tempi, aggiunge, «sono difficili da stabilire oggi, anche perché accadrà da noi quello che sta accadendo in altri Paesi europei, ma verosimilmente in alcune settimane, avremo un calo significativo, direi drammatico nel senso buono del termine, di questi ricoveri». E alla domanda su quando le restrizioni verranno allentate, come avviene in altri Paesi europei, il sottosegretario alla Salute spiega che ci si sta lavorando ma invita alla prudenza e alla gradualità. «Stiamo già lavorando a questo – rileva – , un allentamento delle misure è una cosa che accadrà già nelle prossime settimane. Però attenzione: le misure restrittive devono essere tolte con gradualità e intelligenza. Non va fatto tutto subito». Però, conclude, «è un fatto che le toglieremo: si parte dalla mascherina, da una rimodulazione di quarantene e isolamenti, come abbiamo già fatto. Acceleriamo magari la rimozione di alcune restrizioni perché il virus, nella circolazione odierna e soprattutto su una popolazione largamente vaccinata ce lo consente».

Inizia a farsi sentire l'effetto del primo farmaco orale della Merck. In poche settimane trattati a casa 3mila pazienti a rischio di malattia grave. Sileri: entro febbraio avremo un forte calo di ricoveri



I punti

Dalla campagna per le immunizzazioni alla curva dei contagi, i dati che fanno sperare

Vaccinati 9 italiani su 10

1 Supera il 90% il numero di cittadini che ha fatto almeno una dose. Insieme ai guariti da meno di 6 mesi portano al 93% la percentuale di chi ha una forma di protezione dal Covid. E più di 33 milioni di persone hanno ricevuto la dose booster

Nuovi positivi in calo

2 Raggiunto la scorsa settimana il plateau, i nuovi casi positivi cominciano a flettere. Ieri sono stati 118.994 con un tasso di positività al 12,3% sui tamponi effettuati. Mercoledì scorso erano 167.000, al 15,2%. Ancora tanti (395) i morti

Meno ricoveri in corsia

3 Per la prima volta dopo molte settimane calano anche i ricoveri nei reparti ordinari (dove la media nazionale dei posti letto occupati si è attestata al 30%) e nelle terapie intensive dove la percentuale di occupazione è scesa al 16%

In aula 8 studenti su 10

4 L'81,3% di ragazzi sta frequentando le lezioni in classe, il 92% dei docenti è presente e il 93,5% del personale tecnico amministrativo. Sono gli ultimi dati sulle lezioni in presenza aggiornati a ieri forniti dal ministro dell'Istruzione Bianchi



▲ Premier Mario Draghi, 74 anni



La lotta alla pandemia

La svolta di Draghi: pronti a riaprire l'Italia Green pass senza limiti

► Il premier annuncia un calendario per eliminare tutte le restrizioni in vigore ► Il provvedimento sulla certificazione valido soltanto per chi ha la terza dose

LE MISURE

ROMA Il Green pass di chi ha ricevuto la terza dose (o due iniezioni più il superamento dell'infezione) sarà senza scadenza. Se una Regione finisce in fascia rossa, non si chiude tutto come era previsto fino a ieri, ma le limitazioni riguarderanno una piccola minoranza di cittadini: i non vaccinati. E soprattutto: «Nelle prossime settimane sarà fissato un calendario per l'eliminazione di tutte le restrizioni». Certo, non è la dichiarazione della fine della pandemia, ma il 2-2-22 sarà ricordato come il giorno in cui presidente del Consiglio, Mario Draghi, ha cominciato il percorso per il ritorno alla normalità, a due anni dall'inizio della drammatica era del Covid. Le parole di ieri del premier, pronunciate nel corso del consiglio dei ministri che ha approvato (senza la Lega) un decreto che taglia drasticamente anche il ricorso alla Dad a scuola, vanno a sancire che lo stato di emergenza - proclamato il 31 gennaio 2020 - non sarà prorogato e il 31 marzo finirà.

DIREZIONE

Ha spiegato Draghi nel corso del consiglio dei ministri: «I provvedimenti di oggi vanno nella dire-

zione di una ancora maggiore riapertura del Paese. I dati sulle vaccinazioni sono molto incoraggianti. Vogliamo una Italia sempre più aperta, soprattutto per i nostri ragazzi». Proprio in quelle ore, sono stati diffusi gli ultimi dati giornalieri sui contagi che confermano la rapida discesa della curva: 118.994 infezioni (il 28,8 per cento in meno del mercoledì della settimana precedente). E soprattutto: 348 posti letto in meno, rispetto al giorno prima, occupati da pazienti Covid. Ecco allora Draghi dire apertamente che il ritorno alla normalità è in corso: «Sulla base dell'evidenza scientifica, e continuando a seguire l'andamento della curva epidemiologica, annunceremo un calendario di superamento delle restrizioni vigenti». Più tardi, nella conferenza stampa, il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha parlato di «primi passi verso il tempo nuovo».

Nel decreto di ieri si va a depotenziare il sistema dei colori con cui si classificano le Regioni sulla base del numero dei ricoveri. Il bianco, giallo e arancione hanno già perso di significato, visto che non ci sono sostanziali differenze. Il rosso, che scatta quando le terapie intensive sono al 30 per cento e le aree mediche al 40 (traguardo che oggi appare non imminente in tutte le Regioni), prevede ancora una serie di restrizioni molto dure. Il governo ha deciso di riservarle solo ai

non vaccinati, per tutti gli altri (la maggioranza dei cittadini) anche in rosso non cambierà nulla.

AUTUNNO

Il governo ha anche previsto un correttivo al baco del sistema dei Green pass rafforzati. Per chi ha la terza dose (ma lo stesso vale anche per chi ne ha ricevute due e ha superato l'infezione) viene eliminata la data di scadenza, che resta fissata a sei mesi per tutti gli altri (quelli che sono fermi alla doppia iniezione o al monodose Johnson&Johnson). Senza un intervento, tra marzo e aprile milioni di persone a cui è stato somministrato il booster a settembre e ottobre, avrebbero visto perdere di validità il proprio Green pass, senza la possibilità di rinnovarla visto che non è prevista una quarta dose. In linea teorica, il prossimo autunno, se la pandemia rialzerà la testa e dovrà risultare necessaria una nuova campagna vaccinale per tutti, la scadenza potrà essere ripristinata.



SCENARIO

Ma lo scenario più realistico - al momento - è un altro: già a inizio estate le attività in cui c'è obbligo di Green pass saranno drasticamente tagliate, mentre in autunno una nuova vaccinazione sarà riservata solo alle categorie più a rischio, come anziani e fragili. Il decreto affronta anche il problema dei turisti stranieri che arrivano in Italia con un Green pass da doppia dose (ma valido da più di sei mesi e dunque per il nostro Paese scaduto) o immunizzati con un vaccino non riconosciuto da Ema (come Sputnik): «Per ac-

cedere ai servizi in cui è richiesto il pass, dovranno effettuare un tampone che vale 48 ore» ha precisato il ministro della Salute, Roberto Speranza al termine del consiglio dei ministri. Il percorso verso la normalizzazione prevede altre tappe, già definite nella riunione del consiglio dei ministri di lunedì: l'obbligo di usare le mascherine all'aperto è stato prorogato per dieci giorni, dunque scomparirà l'11 febbraio (quanto meno nelle Regioni attualmente in fascia bianca); lo stesso giorno potranno riaprire le discoteche, visto che anche il provvedimento che imponeva la chiusura scadeva il 31 gennaio,

ma è stato prorogato di dieci giorni. Le nuove misure sui colori e sulla durata del Green pass da booster, così come quelle sulla scuola, entreranno in vigore da lunedì prossimo.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DEPOTENZIATO
IL SISTEMA DEI COLORI:
RESTA LA ZONA ROSSA
MA SOLTANTO
PER I NON VACCINATI
CONTAGI IN CALO**

Le date



L'Ego-Hub



OK IN CDM: IL GREEN PASS NON SCADRÀ DOPO LA TERZA DOSE. STUDENTI IMMUNIZZATI, NIENTE DAD

Draghi: ora apriamo l'Italia Ma c'è lo strappo di Salvini

Covid, i ministri leghisti non votano: "Discriminati i bimbi non vaccinati"

BRAVETTI, LOMBARDO, OLIVO, RUSSO

Il pensionamento anticipato della Dad per gli studenti vaccinati non è ancora un «liberi tutti» ma apre un percorso che, assicura Mario Draghi, «nelle prossime settimane porterà a nuove riaperture». Sulla Lega si astiene in Consiglio dei ministri: «Sulla Dad discriminati i bimbi non vaccinati». - Pagine 2-7

Draghi riapre l'Italia: "È il primo passo" Alla Lega non basta, i ministri non votano

Approvato il decreto, il Carroccio attacca sulla scuola: "C'è una discriminazione tra vaccinati e non vaccinati"

ROMA

Il pensionamento anticipato della Dad per gli studenti vaccinati non sarà il «liberi tutti» auspicato da chi ha fretta di uscire dall'emergenza, ma è una liberazione per ragazzi, genitori e insegnanti. Ed è comunque solo la prima tappa di un percorso che, come assicurato dallo stesso Draghi, «nelle prossime settimane porterà a nuove riaperture».

Governatori soddisfatti

«I dati sulle vaccinazioni sono molto incoraggianti. Vogliamo un'Italia sempre più aperta, soprattutto per i nostri ragazzi», ha detto il premier ai suoi ministri in apertura del Cdm che ha dato il via libera al decreto che non manda più a casa i piccoli delle materne quando non ci sono più di quattro contagi in classe, mentre dalle elementari in su vaccinati e guariti resteranno sempre in aula, a prescindere dal numero dei contagiati.

Con i non vaccinati ancora in modalità remoto, ma per cinque anziché dieci giorni.

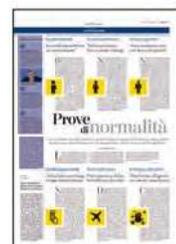
Una distinzione che non è piaciuta alla Lega di governo, i ministri Giorgetti, Garavaglia e Stefani, che «pur condividendo le misure di apertura», hanno dichiarato all'unisono, non hanno votato il provvedimento «a causa della discriminazione tra vaccinati e non vaccinati».

«Capisco le perplessità, ma è giusto introdurre la distinzione nella scuola», è la replica di Draghi, che poco prima aveva visionato i dati che danno ancora in ascesa i contagi proprio tra i giovani in età scolare, dove soprattutto tra i più piccoli la percentuale di immunizzati è ancora bassa. E il ministro dell'Istruzione Patrizio Bianchi ha voluto mettere bene in chiaro che «introdurre l'opportunità per i vaccinati di restare a scuola e non per i non vaccinati non è assolutamente un

tentativo di discriminazione, bensì un'indicazione di marcia per il riconoscimento di quelle famiglie che hanno fatto questa scelta».

Ma a difendere il decreto è scesa in campo anche la Lega dei territori. «Il provvedimento recepisce gran parte delle richieste che avevamo avanzato nelle scorse settimane», hanno dichiarato congiuntamente i governatori leghisti. Aggiungendo però anche una critica «all'ingiusta separazione tra i più piccoli».

«Oltre alla scuola, tra i provvedimenti di oggi c'è la decisione di eliminare le restrizioni, anche in zona rossa, per chi è vaccinato. Inoltre la validità del Green Pass per chi ha tre dosi, oppure



LA STAMPA

due ed ha già avuto il Covid, diverrà indefinita», ha spiegato Draghi ai suoi ministri, prima di assicurare che «nelle prossime settimane andremo avanti su questo percorso di apertura». «Sulla base dell'evidenza scientifica e continuando a seguire l'andamento della curva epidemiologica», ha tenuto a precisare per ribadire che fughe in avanti non sono contemplate.

Ma che le cose stiano andando per il meglio lo ha fatto capire anche il prudente Speranza, ministro della Salute, ricordando che «il Cdm appena concluso apre una fase nuova di gestione della pandemia, consentita dal forte numero di vaccinazioni». Una fase che. nuove

varianti permettendo, si spera irreversibile.

Le prossime misure

La road map del governo del resto è già pronta. Da qui a tre settimane dovrebbe arrivare il taglio della quarantena per i positivi con tre dosi e asintomatici, che le Regioni a dir la verità volevano cancellare già con questo decreto ma che entro il mese verrà ridotta da sette a cinque giorni. Come del resto ieri ha suggerito anche il Cts, prima di dare il suo assenso al decreto, che entrerà in vigore già il giorno dopo la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Contemporaneamente, se non prima, dovremmo liberarci delle mascherine all'aperto. L'obbligo è stato abrogato a partire dall'11 febbra-

io solo per le regioni in fascia bianca, ossia Basilicata, Umbria e Molise, e poiché alla fine si è deciso di non abrogare per ora il sistema dei colori, nel resto d'Italia bisognerà continuare a indossarle. Ma sicuramente per poco. Il 31 marzo, con la fine dello stato di emergenza che Draghi ha deciso di non prolungare, il passo decisivo verso la vera normalizzazione: l'abrogazione definitiva della quarantena per i positivi vaccinati e senza sintomi, con il solo vincolo dell'autosorveglianza a difesa dei fragili, che - anche immunizzati - con il Covid rischiano lo stesso. PA.RU. —

PATRIZIO BIANCHI
MINISTRO
DELL'ISTRUZIONE



La posizione della Lega non ha trovato riscontro negli altri partiti

C'è stata una discussione responsabile niente scontri né polemiche

ROBERTO SPERANZA
MINISTRO
DELLA SALUTE



Grazie al numero di vaccinati si apre una nuova fase di gestione della pandemia

Nel decreto appena approvato non c'è alcuna discriminazione

La road map del governo



Primo allentamento

Con il decreto approvato ieri scompare la Dad a scuola per i non vaccinati, mentre il Green Pass diventa di durata illimitata per quanti hanno ricevuto tre dosi di vaccino.



Mario Draghi, 74 anni



Taglio alle quarantene

Da qui a tre settimane è atteso un primo taglio alla quarantena per i positivi asintomatici, che dovrebbe passare da 7 a 5 giorni. Dovrebbe inoltre sparire l'obbligo di mascherine all'aperto.



Fine dell'emergenza

Il 31 marzo scade lo stato di emergenza che Draghi non intende rinnovare. Sarà il passo decisivo verso la vera normalizzazione, con l'abolizione della quarantena per i positivi asintomatici.



MASSIMO GALLI L'infettivologo: "Questo virus cambia, non possiamo avere certezze sul futuro" "È vero che non si può fermare il mondo ma io resto iscritto al partito dei prudenti"

L'INTERVISTA

FRANCESCO MOSCATELLI
MILANO

«**R**imango iscritto al partito della prudenza, però essere cauti non vuol dire smentire Draghi: un cauto ottimismo, in questa fase, può avere senso». Il professor Massimo Galli, ex direttore del Reparto di Malattie infettive dell'ospedale Sacco di Milano, analizza le ultime misure del governo ripetendo quello che ormai è un suo mantra: «Non possiamo bloccare il mondo, ma al virus dei nostri problemi non frega nulla».

Professore, partiamo dal messaggio del presidente del Consiglio: «L'Italia sarà più aperta». C'è troppa fiducia in queste parole?

«In giro ci sono ancora molte infezioni, ma è evidente un de-

clino delle infezioni "ufficiali" e soprattutto c'è una minore pressione sugli ospedali, che è la vera cartina di tornasole. Però non possiamo dimenticare che questo virus ci ha esposto a diversi giri di valzer: abbiamo avuto tre varianti in meno di 12 mesi, ognuna portatrice di ulteriori problematiche. Possiamo auspicare o credere alla possibilità di un'Italia più aperta. Il punto è quanto determinate affermazioni precludano a comportamenti o a gestioni che poi diventano pericolosi».

Il governo si è spaccato sulla distinzione fra studenti vaccinati e non vaccinati sulla Dad. Cosa ne pensa?

«Da un punto di vista tecnico questo sta nella logica delle cose. Non è una discriminazione: i vaccinati rischiano molto meno sia a livello individuale che a livello sociale, i non vaccinati rischiano di più. Il problema non è fare distinzioni, ma la durata della quarante-

na per gli infetti».

Un'altra novità riguarda proprio le quarantene per le classi in Dad. Ha senso dimezzarle da 10 a 5 giorni?

«Dieci sono tanti in base ai dati che abbiamo sui sintomatici. Con cinque speriamo che ci vada bene».

Cambia anche il numero di alunni infetti perché chiudano le materne o scatti la Dad alle superiori. La nuova soglia è cinque casi...

«Se oggi la pressione sugli ospedali è quella che vediamo la scommessa su una maggior apertura anche nella gestione delle quarantene è una scelta che probabilmente risponde a necessità reali e verso la quale bisogna manifestare disponibilità. Quest'anno i vaccinati sono molti di più e, anche se Omicron infetta alla grande anche i trivaccinati, non li ammazza. Se mi chiedete una giustificazione scientifica a tutto questo però faccio fatica».

È giusto abolire le restrizioni

per i vaccinati anche nelle zone rosse?

«Ha assolutamente senso soprattutto per i trivaccinati. I vaccinati non sono protetti al 100% dall'infezione ma hanno una protezione vicina al 100% per quanto riguarda malattia grave, rianimazione e morte. I colori non mi hanno mai convinto: sono una soluzione politica per mettere d'accordo i diversi governi regionali nella gestione dell'epidemia».

Quanto dobbiamo preoccuparci per le nuove varianti? Può bastare un tampone negativo per entrare in Italia?

«Cosa volete che vi dica? Un po' apro le braccia».

Per quanto ancora dovremo portare le mascherine?

«La mascherina non è un feticcio, è uno strumento da usare anche all'aperto in determinate circostanze. È un errore farle diventare un obiettivo politico». —

I colori non mi hanno mai convinto: sono una soluzione politica per mettere d'accordo i governatori



MASSIMO GALLI
EX PRIMARIO
DEL SACCO DI MILANO



Prove di normalità

Le nuove regole: stop alla Dad per i vaccinati o guariti, per gli altri ridotta a cinque giorni
In zona rossa niente lockdown se si è immunizzati, con tre dosi Green Pass illimitato

ACURA DI PAOLORUSSO

La Dad va in soffitta, almeno per i vaccinati e i guariti da non più di 120 giorni. Il decreto varato ieri che entrerà in vigore il giorno dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale è netto: anche con più casi di contagio gli alunni vac-

nati restano in classe. I non vaccinati si consolano con la Dad ridotta da 10 a 5 giorni. Ma il provvedimento premia anche i vaccinati che dovessero ritrovarsi in zona rossa: per loro resterebbe tutto aperto. Via libera poi al Green Pass a tempo indeterminato per chi ha fatto il booster e porte aperte, ma con tampone, agli stranieri in arrivo con certificazione vecchia più di sei mesi o con vaccini non approvati in Italia. I colori però restano, così le mascherine all'aperto in quasi tutto il Paese. —

Certificazione verde

Arriva l'attesa proroga a tempo indeterminato

Niente più Green Pass a scadenza per chi ha fatto il booster. Il decreto cancella infatti il limite di sei mesi per chi ha ricevuto la terza dose, risolvendo così il problema dei sanitari e degli italiani più in là con gli anni, che avendo ricevuto il booster in autunno si sarebbero trovati a breve nella situazione paradossale di non avere più il certificato verde rafforzato, senza nemmeno la possibilità di fare una quarta dose che nessuno ha ancora autorizzato. La proroga a tempo indeterminato vale anche per chi ha fatto due soli dosi, ma ha poi avuto il Covid e ne è guarito. La certificazione vaccinale, valida per sei mesi,

sarà rilasciata infine a chi, fatta una sola dose di vaccino, dopo quattordici giorni si è ammalato di Covid e poi si è negativizzato. Con due dosi di vaccino e un'avvenuta guarigione la quarantena si trasforma infine nella più light autosorveglianza. —



Arrivi dall'estero

Porte aperte a chi ha il certificato più corto

Dopo i corridoi turistici e la cancellazione del tampone in ingresso per chi proviene da altri Paesi Ue, il decreto tende di nuovo la mano al settore turistico, accogliendo anche chi, la quasi totalità dei cittadini europei, ha un Green Pass valido nove mesi anziché sei come il nostro. Porte aperte anche a coloro, provenienti soprattutto dall'Est, che sono immunizzati con vaccini non riconosciuti come equivalenti in Italia. Tutti costoro potranno ugualmente varcare le nostre frontiere, ma dovranno comunque mostrare un tampone rapido negativo valido 48 ore o uno molecolare con validità di 72

ore. E passati i due o tre giorni di validità dovranno ripeterlo per mettere piede in un museo o sedersi al ristorante. Toccherà ai titolari e gestori dei servizi verificare che siano in regola con i test, pena la solita multa da 600 a mille euro. —



Il sistema dei colori

Mascherine all'aperto via solo in zona bianca

Con il Super Green Pass liberi tutti anche se si dovesse andare in fascia rossa. Il decreto stabilisce infatti che chi ha completato il ciclo vaccinale da meno di 120 giorni, i guariti nello stesso arco di tempo e coloro che hanno già ricevuto il booster, non solo in fascia arancione, ma anche in quella che fa scattare il lockdown, potranno continuare a fre-

quentare bar e ristoranti, andare al cinema o allo stadio, fare shopping o allenarsi in palestra e andare ovunque sia richiesto il Green Pass rinforzato. Contrariamente alle previsioni però resta il sistema dei colori, anche se ormai da una fascia all'altra per i

vaccinati cambia poco o nulla. Salvo l'obbligo di mascherine all'aperto, che decade dall'11 febbraio ma solo per chi è in zona bianca, ossia al momento Molise, Umbria e Basilicata. Il che vuol dire che in quasi tutta Italia bisognerà continuare indossarle. —



Scuole materne

In caso di sintomi basta un "auto tampone"

Basta con il «tutti a casa» al primo contagio nelle scuole materne. D'ora in avanti fino a quattro casi positivi in classe la didattica prosegue per tutti in presenza. Con 5 o più casi «nella medesima sezione o nel medesimo gruppo di classe», l'attività è sospesa ma per un periodo dimezzato: 5 anziché 10 giorni. Quando i casi sono meno di 5 l'unico obbligo è quello per gli insegnanti di indossare le Ffp2 fino al 10° giorno dall'ultimo contagio accertato. In caso di sintomi però va fatto un tampone e, novità importante, il decreto sdogana anche quelli «autosomministrati». In questo caso ci si dovrà fidare di chi lo ha fatto perché l'esito negativo sa-

rà attestato con una semplice autocertificazione. Il test va fatto ai primi sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno dall'ultimo contatto. I bambini non vaccinati (praticamente tutti), in caso di contatto stretto restano in classe ma vanno in quarantena per 5 giorni. —



Scuole elementari

Tutti in presenza fino a cinque contagi

Nelle scuole primarie fino a 4 casi accertati in classe tutti continuano le lezioni in presenza, mentre fino a oggi si andava in Dad già con due soli positivi accertati. Le lezioni proseguono però con l'obbligo di indossare le mascherine Ffp2 per insegnanti e alunni che non abbiano più di sei anni. Questo per 10 giorni dall'ultimo caso accertato. Fermo restando che alla comparsa dei primi sintomi bisogna eseguire un tampone molecolare, rapido o «fai da te», con relativa autocertificazione di negatività al test. Quando i casi sono più di 5 si inizia a distinguere tra vaccinati (chi ha fatto le due dosi o il booster nei tempi previsti) e guariti da meno di

120 giorni da un lato e non vaccinati dall'altro. Per i primi le lezioni proseguono in presenza, i non immunizzati vanno in Dad (5 giorni anziché 10). L'attività prosegue in presenza anche per gli alunni muniti di «idonea certificazione di esenzione dalla vaccinazione». —



Scuole superiori

Non vaccinati a casa con due o più positivi

Nelle scuole secondarie di primo grado con un caso di positività accertato le lezioni proseguono per tutti in presenza, anche se con obbligo di Ffp2 per alunni e docenti. Con due o più casi restano comunque in classe i vaccinati con ciclo primario completo, i «boosterati», i guariti da meno di 120 giorni e anche chi dopo una sola dose ha poi avuto il Covid e si è negativizzato. Ovviamente anche in questo caso le lezioni si continuano a seguire sempre con le ffp2 a coprire naso e bocca. I non vaccinati vanno invece in Dad, ma anche in questo caso per un periodo dimezzato da 10 a 5 giorni. Alle superiori, così come nelle scuole dell'infanzia e

alle elementari non si accede se si hanno dei sintomi respiratori o se la temperatura corporea è superiore a 37,5 gradi. In tutte le scuole i casi di positività che fanno scattare la Dad sono quelli verificatisi in un arco di tempo non superiore a cinque giorni. —



Covid Verso il termine della stagione dei divieti. Ieri il primo passo del governo. Cambiano le regole sulla quarantena

Draghi: l'Italia sarà più aperta

Via le restrizioni per i vaccinati, anche in zona rossa. Più lezioni in presenza. Green pass illimitato

di **Monica Guerzoni**
e **Fiorenza Sarzanini**

Via le restrizioni per i vaccinati, più lezioni in presenza. Draghi: l'Italia sarà più aperta.

da pagina 2 a pagina 5

Le linee guida per la riapertura: passi «graduali» verso la libertà

Per chi ha completato il ciclo, addio limitazioni
La data da segnare sul calendario è l'11 febbraio

di **Monica Guerzoni** e **Fiorenza Sarzanini**

Il governo vara misure che portano l'Italia verso la riapertura delle attività e una maggiore libertà dei cittadini. L'approccio voluto dal premier Mario Draghi rimane quello della «gradualità» e quindi la scelta di rendere illimitato il green pass, lasciare

validi i divieti delle zone rosse solo per i no vax e togliere l'obbligo di mascherina all'aperto dal 11 febbraio, quando riapriranno le discoteche: è il segnale che il Paese riparte.

Green pass

Non c'è più scadenza dopo le tre dosi (o se si è guariti)

Il governo conferma la validità «indefinita» del green pass per chi è vaccinato con tre dosi. Certificazione verde senza scadenza anche per chi si è sottoposto a due dosi ed ha già avuto il Covid. Per chi invece ha completato il ciclo vaccinale (due dosi) ma non ha fatto il booster e non ha avuto il Covid il green pass dura sei mesi. Per chi è guarito «oltre il 14° giorno» dalla prima dose ha validità sei mesi a decorrere dall'avvenuta guarigione.

Per chi ha fatto il booster è valido «senza necessità di ulteriori dosi di richiamo». Per chi è guarito «a seguito del ciclo vaccinale primario o della somministrazione della relativa dose di richiamo», il green pass «ha validità a decorrere dall'avvenuta guarigione senza necessità di ulteriori dosi di richiamo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Arrivi dall'estero

Per entrare servono ancora i tamponi antigenici o molecolari

A coloro che provengono da uno Stato estero «e sono in possesso di un certificato di avvenuta guarigione o avvenuta vaccinazione con un vaccino autorizzato o riconosciuto come equivalente in Italia, nel caso in cui siano trascorsi più di sei mesi dal completamento del ciclo vaccinale o dalla guarigione, è consentito l'accesso ai servizi e alle attività per i quali è previsto il green pass rafforzato, previa effettuazione di un test antigenico rapido (che ha validità 48 ore) o molecolare (che ha validità 72 ore)».

La stessa regola vale per coloro che hanno effettuato vaccinazioni con vaccini non autorizzati o non riconosciuti come equivalenti in Italia, sempre previa effettuazione di un tampone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Discoteche

In pista da ballo con super carta verde (sale a capienza ridotta)

Fino al 10 gennaio le discoteche sono aperte soltanto come locale pubblico per intrattenimento con il posto al tavolo.

Dall'11 febbraio si torna invece a ballare ma seguendo i protocolli già approvati.

Potrà entrare soltanto chi ha il green pass rafforzato, quindi guariti o vaccinati.

Se la discoteca è al chiuso sarà obbligatorio indossare la mascherina, tranne quando si sta in pista a ballare.

Dall'11 febbraio nelle discoteche all'aperto si potrà stare invece senza mascherina.

Il limite di capienza di tutti i locali da ballo non può essere superiore al 75% all'aperto e 50% al chiuso rispetto a quella massima autorizzata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Zona rossa

Divieti solo per i no vax: gli immunizzati senza più restrizioni

Come già accade in zona arancione, anche in zona rossa i divieti valgono soltanto per chi non ha il green pass rafforzato. Chi invece ha la certificazione potrà uscire dal Comune di residenza anche se non ha motivi di lavoro, necessità, urgenza.



Al momento in Italia non ci sono zone rosse. Qualora la curva epidemiologica dovesse risalire il governo dovrà stabilire se mantenere le chiusure di bar e ristoranti, oppure lasciarli aperti soltanto per i vaccinati.

Si dovrà anche stabilire se consentire l'apertura dei negozi con l'obbligo di green pass base oppure lasciare aperti soltanto supermercati, alimentari, edicole, tabaccherie, farmacie e quelli con codice Ateco consentito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Mascherine

Resta in vigore l'obbligo soltanto al chiuso Sui mezzi occorre la Ffp2

Fino al 10 febbraio è obbligatorio indossare la mascherina all'aperto e al chiuso. Dall'11 febbraio sarà obbligatorio indossare la mascherina in tutti i luoghi chiusi. Nei bar e nei ristoranti va indossata soltanto quando ci si alza dal tavolo.



Nei cinema e nei teatri va indossata sempre.

Nelle palestre e nei centri sportivi soltanto quando si sta nelle aree comuni e si può naturalmente togliere quando si fa attività sportiva.

Su treni, aerei, navi e su tutti i mezzi del trasporto pubblico locale è obbligatorio indossare le Ffp2.

I contatti stretti dei positivi con terza dose da meno di 120 giorni non fanno quarantena, ma devono indossare per dieci giorni la Ffp2 e rispettare l'autosorveglianza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stato di emergenza

L'idea del governo: stop alle proroghe dopo il 31 marzo

La decisione definitiva sarà presa soltanto nelle prossime settimane ma l'intenzione del governo è quella di non prorogare lo stato di emergenza che scade il 31 marzo.



La scelta sarà fatta sulla base dei dati della curva epidemiologica a ridosso della scadenza, ma anche dell'andamento della campagna vaccinale. L'intenzione dell'esecutivo è quella di tornare al regime ordinario che consente comunque di affidare poteri rafforzati a chi deve gestire le misure, compresa l'organizzazione della campagna vaccinale, anche rispetto alle indicazioni che arriveranno da Ema e Aifa sulla somministrazione di ulteriori dosi.

Con la fine dell'emergenza dovranno essere riviste e ridiscusse le regole dello smart working.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

10

Giorni

Il periodo in cui i contatti stretti (di positivi) asintomatici e con terza dose (da meno di 120 giorni) sono tenuti a indossare la Ffp2 e a rispettare l'autosorveglianza. Rispettando queste precauzioni possono uscire ed evitare la quarantena

50

Giorni

Alla scadenza dello stato di emergenza, che il governo non intende prorogare se la curva epidemiologica continuerà a migliorare. Con la fine dell'emergenza dovranno essere riviste e ridiscusse le regole dello smart working



Parla il consulente del generale Figliuolo

Rasi "Se i ricoveri scendono giusto tornare alla normalità però i morti restano troppi"

di Elena Dusi

«Guardiamo ai ricoveri ospedalieri. Se nei prossimi giorni si consoliderà il trend in discesa, vorrà dire che è ora di iniziare ad allentare le misure». Guido Rasi, immunologo, ex direttore dell'Agenzia europea per i medicinali e consulente del commissario per l'emergenza Figliuolo, sarebbe ancora più ottimista, se non ci fosse quel tarlo che lo inquieta.

Di cosa si tratta?

«Il numero dei morti in Italia. Quattrocento decessi al giorno sono veramente tanti. La giustificazione che siamo un paese anziano non basta a spiegarli. Serve un approfondimento serio. Non si vuole incolpare nessuno, ma bisogna capire cosa non va, se il problema sta nelle cure domiciliari, nei tempi di ricovero o in quelli di trasferimento nelle terapie intensive. Bisogna confrontare le procedure seguite negli ospedali in cui le cose vanno meglio con quelle degli altri e uniformarci alle pratiche più virtuose. E dobbiamo capire se stiamo usando al meglio tutte le armi che abbiamo, dai monoclonali ai nuovi farmaci antivirali. Al momento ci sono troppe informazioni che ci mancano».

Ad esempio?

«I decessi riguardano persone vaccinate? Questo dato è importante per monitorare la durata dell'immunità. Erano persone già gravi per altre patologie o la loro morte poteva essere evitata? Qui potrebbe nascondersi un problema nella cura dei malati. È poi essenziale sapere se l'infezione era causata da Delta o da Omicron. Le vittime di Delta infatti sono destinate a ridursi nei prossimi giorni, visto che la vecchia variante è ormai praticamente scomparsa. Ma se anche Omicron si rivelasse molto letale, allora dovremmo preoccuparci per il futuro e stare più attenti con le riaperture. Questo dato però, da quel che so, non è disponibile in Italia».

La quarantena all'inizio della pandemia era di 14 giorni. Ora è stata ridotta a 5 giorni. È sicuro?

«Omicron è diversa da tutto quel che conosciamo. Non dobbiamo fare il confronto con le misure adottate per contrastare Delta. La nuova variante è molto più veloce. I sintomi in genere compaiono nel giro di tre giorni. Non vedo problemi per la quarantena dimezzata».

Il Green Pass diventa illimitato, ma gli israeliani ci dicono che anche

con la terza dose gli anticorpi calano dopo qualche mese.

«La vaccinazione con tre dosi, o con due dosi più una guarigione, al momento continua a proteggerci. È vero poi che abbiamo un numero soddisfacente di vaccinati, anche se non possiamo ancora fermarci e dobbiamo fare più strada con i bambini. Però non abbiamo ancora messo l'incubo alle spalle. Dobbiamo mantenere gli occhi ben aperti e cogliere al più presto eventuali segnali di un calo di efficacia dei vaccini. Una crescita delle infezioni con sintomi lievi, senza che ci sia bisogno di ricorrere agli ospedali non deve preoccuparci. Ma di fronte a un eventuale nuovo aumento dei ricoveri, bisognerà essere molto rapidi. E correre subito ai ripari».



Immunologo
Guido Rasi,
ex direttore
dell'EMA

La variante Delta è quasi scomparsa ma le vittime non calano: dobbiamo capire perché



FABIO CICILIANO

«Prossimo passo sciogliere il Cts»

di **Margherita De Bac**

Il Cts «è destinato ad essere sciolto» dice Ciciliano componente del Comitato tecnico scientifico.

a pagina 3

«Il contagio si spegne molto velocemente Cts verso lo scioglimento serviva per l'emergenza»

Ciciliano: la discesa dei ricoveri non è mai stata così rapida

di **Margherita De Bac**

Le parole di Draghi in apertura del Consiglio dei ministri fanno sperare il Paese. E vede «nuovi orizzonti» Fabio Ciciliano, componente del comitato tecnico scientifico, dove «milita» dal 5 febbraio del 2020, giorno della sua istituzione. Poi il rinnovo del 17 marzo 2021 con una nuova compagine di esperti.

È ora di chiudere anche il Cts?

«È comunque una struttura d'emergenza, nata con e per la pandemia. Con la fine dell'emergenza è destinata a sciogliersi. Lo prevede la legge».

Anche oggi (ieri, ndr) vi siete riuniti per le indicazioni sulla scuola. La vostra funzione non sarà più necessaria?

«Verso le fasi finali di ogni emergenza si passa al cosiddetto *hand over*. Le prerogative dell'organismo costituito per la gestione dell'emergenza vengono ricondotte nell'al-

veo delle gestione ordinaria, ad esempio ai ministeri competenti. A quel punto non ci sarà più bisogno di noi tecnici chiamati in condizioni straordinarie».

Lei ha fatto parte del quintetto di esperti mai sostituiti, al lavoro per 2 anni consecutivi, con Franco Locatelli, Silvio Brusaferrò, Giovanni Rezza e Giuseppe Ippolito. Che esperienza è stata?

«Difficile da dimenticare, nel bene e nel male. Le sensazioni si sono alternate, a più riprese. Dall'angoscia iniziale, quando il Paese era chiuso, all'ottimismo di oggi. Anni contraddistinti da travaglio interiore. Noi elaboravamo pareri senza conoscere il nemico invisibile, il virus, di cui non si sapeva nulla. Abbiamo passato intere giornate in seduta permanente, si tornava a casa tardissimo, cena frugale, frenetico scambio di mail, un'ora di sonno per notte. Ti portavi dietro i pensieri, specie quando si doveva cercare quello

che non c'era. Ricordo l'ossigeno. Le aziende riuscirono a produrne quantitativi 27 volte superiori al normale, ma non si trovavano le bombole. Mancavano le maschere per la ventilazione e qualcuno pensò di riadattare le maschere subacquee con un procedimento in stampa 3D».

I dati oggi però volgono al bello. L'orizzonte si apre.

«Finalmente. Le condizioni per guardare lontano ci sono tutte. Aspettiamo ancora qualche settimana per essere certi di poter saltare di gioia».

I dati sono in netto miglioramento.

«L'indice di trasmissione del virus Rt e il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva e nei reparti di medicina sono parametri in



discesa veloce. Le proiezioni dicono che continuerà così. Il miglioramento è sostanziale».

Il fatto che la discesa sia così accelerata è un elemento nuovo?

«Nelle precedenti ondate la discesa non è mai stata tanto ripida. Anche nel 2020 il calo fu deciso ma l'Italia usciva da un lockdown molto duro. Ora il merito è dei vaccini e del senso di responsabilità esibito dalla quasi totalità dei cittadini. La variante Omicron è stata meno aggressiva delle precedenti dal punto di vista clinico e ci ha dato una mano».

Quindi è giusto insistere con provvedimenti severi diretti ai no vax per i quali, dopo i 50 anni, c'è anche l'obbli-

go di vaccinazione?

«È paradossale che sia necessario l'obbligo per costringere queste persone a proteggere la loro salute. I fragili adesso sono loro».

Cosa rivelano i numeri?

«L'Rt lo scorso venerdì era sullo 0,98. Significa che un portatore di virus ne contagia meno di uno e questo accompagna l'epidemia verso lo spegnimento. Ci aspettiamo che domani, col nuovo monitoraggio, il valore scenda».

Però il numero dei morti fa ancora spavento. Perché la discesa di questa curva non è altrettanto rapida?

«Le due tempistiche, delle infezioni e della mortalità, non possono essere paragonate. La seconda è condizionata da molte variabili. Le

condizioni di partenza del malato, l'età, la precocità della diagnosi».

La parola d'ordine in questo momento è «liberi tutti»?

«No, il messaggio è che siamo in una fase molto favorevole, però il livello di attenzione deve rimanere alto in quanto siamo ancora nella pandemia. Il virus circola, può sempre colpire ed è meglio non prenderlo perché può far male. Per precauzione estrema continuerei a indossare la mascherina specie in caso di assembramenti finché dura la stagione fredda».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



-6,1%

La riduzione del numero di decessi per il Covid in Italia nei primi tre giorni di questa settimana (1.171) rispetto al periodo lunedì-mercoledì di quella passata (1.247). Ieri sono stati notificati 395 decessi che fanno salire il bilancio da inizio pandemia a 147.320

88%

La quota della popolazione over 12 residente in Italia che ha completato il ciclo vaccinale primario (due dosi), pari a 47.414.608 di persone. A questi vanno aggiunti 533.972 bimbi tra 5 e 11 anni che hanno ricevuto le due dosi pediatriche



Esperto
Fabio Ciciliano,
49 anni, è
membro del Cts

Gli altri componenti



Franco Locatelli
Presidente
Cons. superiore
sanità



Silvio Brusaferrò
Presidente
Ist. superiore
di sanità



Sergio Fiorentino
Capo dipart.
presidenza
del Consiglio



Sergio Abrignani
Indicato dalla
Conferenza
delle Regioni



Cinzia Caporale
Presidente
comitato etico
Spallanzani



Giuseppe Ippolito
Direttore
scientifico
Ist. Spallanzani



Giorgio Palù
Presidente
del cda Agenzia
del farmaco



Giovanni Rezza
Direttore
al ministero
della Salute



Donato Greco
È esperto
epidemiologico
e infettivologo



Alessia Melegaro
direttore Covid
Crisis Lab -
Univ. Bocconi



Per quasi 35 milioni di italiani il certificato non ha più scadenza

Green pass

Per altri 18 milioni dura 6 mesi. L'obbligo di pass verso l'estensione all'estate

Per quasi 35 milioni il green pass non avrà scadenza. Tanti sono gli italiani che hanno già fatto la dose booster o sono guariti dal Covid e hanno fatto almeno due dosi di vaccino. Per loro - dopo il via libera alle nuove misure di allentamento varate ieri - non ci sarà più bisogno di controllare se il proprio certificato verde è in scadenza. «La certificazione verde Covid-19 ha validità a far data dalla medesima somministrazione senza necessità di ulteriori dosi di richiamo», avverte il testo del decreto che ricorda come dopo la terza dose non è prevista (ancora) la quarta: per ora l'Emm (Agenzia Ue del farmaco) frena e l'ipotesi più accreditata è che si vada verso un richiamo annuale dopo l'estate.

Per altri 18 milioni di italiani che hanno fatto finora due dosi sarà invece necessario capire quando scade il proprio pass che dal 1 febbraio dura non più 9 mesi, ma solo sei. Per loro sarà dunque necessario programmare la terza dose ormai considerata parte essenziale del ciclo vaccinale se non vorranno far scade il certificato verde. Anche perché, se è molto probabile che il prossimo 31 marzo lo stato di emergenza che si protrae da oltre due anni non sarà più prorogato è altrettanto probabile che invece la necessità di esibire il green pass per tutta la vita sociale e ludica e anche per il lavoro - l'obbligo è in vigore dal prossimo 15 febbraio - sarà ancora valido almeno fino all'estate.

Questa è l'ipotesi su cui si lavo-

rerà nelle prossime settimane con gli occhi puntati sulla curva del virus che sta finalmente rallentando la sua corsa. Ma la cautela è d'obbligo. E anche se altri Paesi stanno puntando sull'abrogazione di tutte le limitazioni, il Governo punterà su un addio graduale come ha sempre fatto finora nella sua strategia contro il Covid. Sulle scelte finali però peserà nelle prossime settimane anche il pressing all'interno della maggioranza - a partire dalla Lega - per abrogare tutti i vincoli, a partire proprio dal green pass. La partita è dunque aperta, ma il premier Draghi - tra i primi sostenitori dell'estensione dell'obbligo del pass - non dovrebbe cedere su questo punto per questo è verosimile che gli italiani dovranno tenere in tasca il certificato verde ancora per diversi mesi.

Discorso diverso quello dell'obbligo vaccinale per gli over 50 che è in vigore dall'8 gennaio e che da martedì scorso ha fatto scattare il meccanismo delle multe per i no vax che al momento sono oltre 1,6 milioni. L'obbligo in questo caso scade il 15 giugno e riguarda non solo la doppia dose ma anche la necessità di fare il richiamo perché nel «ciclo vaccinale completo» c'è anche il richiamo.

L'obbligo quindi riguarda solo le tre dosi ma non è escluso che in futuro, se il Covid continuasse a «mordere» ancora, lo stesso obbligo per gli over 50 sia ancora prorogato almeno per un altro anno.

Secondo gli ultimi dati di

Lab24 del Sole 24 ore sono 1,68 milioni gli over 50 no vax (1,9 milioni se si includono i guariti) che rischiano la sanzione di 100 euro se dai controlli del ministero della Salute risulteranno non immunizzati, a meno che non siano titolari del diritto all'esenzione che si ha in base all'«accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale dell'assistito o dal medico vaccinatore».

Sempre secondo le elaborazioni di Lab24, c'è un terzetto di regioni dove la quota dei non vaccinati tra 50enni è superiore al 10%: sono Calabria (10,63%), Abruzzo (10,24%) e Sicilia (10,02%).

Decisamente diversa la situazione in Puglia, Lazio e Molise: in questo caso la percentuale si mantiene sotto il 4 per cento.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE NUOVE REGOLE SUL LAVORO PER CONTRASTARE LA PANDEMIA

Obbligo vaccinale e diritto allo stipendio

Dal 15 febbraio chi ha più di 50 anni e non è in possesso del Green pass rafforzato rischia sanzioni. Ma, a meno che non appartenga al personale scolastico o sanitario, continua a percepire la retribuzione

Come è noto, il decreto legge 7 gennaio 2022 n. 1 ha introdotto l'obbligo di sottoporsi al vaccino anti Covid-19 per tutti coloro che hanno compiuto i 50 anni di età. A chi si sottrae all'obbligo sarà applicata una sanzione pecuniaria di 100 euro. Chi, però, ha più di 50 anni e ha un impiego non potrà più recarsi sul luogo di lavoro senza Green pass rafforzato a partire dal 15 febbraio.

Nella stessa situazione sono i non vaccinati di qualunque età occupati nell'università, equiparati al personale della scuola e quindi soggetti all'obbligo vaccinale anche se di età inferiore ai 50 anni. Per il personale sanitario e per quello scolastico di qualunque età l'obbligo di vaccino era già in vigore. Dunque, tutti costoro senza il così detto Green pass rafforzato (che si ottiene a seguito dell'avvenuta vaccinazione o dopo l'accertata guarigione dall'infezione) non potranno lavorare e dunque non

percepiranno lo stipendio. Essi conserveranno, tuttavia, il posto e saranno considerati assenti ingiustificati, senza conseguenze disciplinari.

L'INFERMIERA NO VAX IN ASPETTATIVA

I lavoratori assenti potranno essere sostituiti indipendentemente dalle dimensioni dell'impresa.

Per chi dovesse recarsi al lavoro senza Green pass dopo il 15 febbraio è prevista una sanzione amministrativa di importo variabile fra i 600 e i 1.500 euro.

Qualcuno ha già cercato espedienti per salvare lo stipendio, anche senza certificazione verde. Al tribunale di una grande città del Nord è stato sottoposto il caso di un'infermiera non vaccinata la quale ha ottenuto dall'Inps la collocazione in aspettativa retribuita per un biennio grazie alla legge 104 del 1992. Il tribunale ha stabilito che poiché l'aspettativa era stata chiesta prima dell'introduzio-

ne dell'obbligo vaccinale per questa categoria di lavoratori, l'azienda socio-sanitaria non può sospendere l'infermiera e deve continuare a corrisponderle lo stipendio.

In ogni caso la vita delle persone sprovviste di Green pass rafforzato sarà sempre più complicata. Dal 10 gennaio, ad esempio, esse non possono utilizzare i mezzi pubblici di trasporto, compresi quelli del trasporto locale. Senza Green pass rafforzato, quindi, non si può prendere neppure il tram o la metropolitana. Sui mezzi pubblici è inoltre necessario indossare la mascherina Ffp2.

di **Claudia Balzarini**, *Avvocato*



Sanitari sospesi nonostante la card Speranza ancora non dà chiarimenti

Nessuna risposta all'Ordine sul reintegro dei non inoculati che hanno superato il Covid

di **MADDALENA GUIOTTO**

■ Resta ignorata dal ministero della Salute la richiesta di un chiarimento sulla riammissione al lavoro dei sanitari non vaccinati, ma guariti dal Covid. Mentre medici e infermieri continuano a infettarsi al ritmo di un centinaio al giorno, dei colleghi guariti, che per legge hanno il super green pass valido sei mesi, restano a casa perché non hanno fatto il vaccino, per il quale però si devono attendere comunque 30-60 giorni.

La questione, come evidenziato recentemente dalla *Verità*, è ingarbugliata e il ministero, unico ente in grado di dare una direttiva in merito, non risponde nemmeno ai solleciti arrivati dai vertici della Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Come spiega una circolare del 27 gennaio firmata da **Filippo**

Anelli, presidente di Fnomceo, «in tema di sospensioni per inadempimento vaccinale dei sanitari», sulla questione dei non vaccinati e guariti, nel decreto trasformato in legge a fine gennaio, «non si trova riscontro puntuale», ma egli assicura che «sono in corso contatti con il ministero della Salute per l'approfondimento dell'applicazione della normativa di riferimento e delle relative circolari ministeriali». Nel vuoto normativo, si è creata una situazione decisamente variegata perché

gli ordini professionali - a cui è demandato il compito di sorvegliare sull'adempimento dell'obbligo, decidere sanzioni e reintegri - si sono mossi come potevano o ritenevano giusto. Qualcuno, come la provincia di Bolzano, ha mantenuto sbarrate le porte delle strutture sanitarie al personale sanitario non immunizzato, anche se guarito. Da norma, infatti, vige l'obbligo di vaccinazione per gli operatori della sanità, e non di super green pass, come per le altre categorie. A pochi chilometri

di distanza, la provincia di Trento ha permesso di tornare in corsia ai sanitari non vaccinati che hanno superato il Covid, e quindi in possesso di super green pass, raccomandando loro la vaccinazione dopo 30-60 giorni. Sulla stessa linea anche l'ordine dei medici della provincia di Milano, che riammette in servizio i guariti che però sono tenuti a vaccinarsi allo scadere dei sei mesi di validità del green pass da guarigione. Del resto la stessa Fnomceo, inizialmente favorevole al rientro, ha rivi-

sto la linea ammettendo il rientro ai guariti, ma dopo la prima dose di vaccino.

In attesa che il ministero chiarisca il da farsi, ci sono medici con il super green pass che possono andare al bar, al ristorante e a fare shopping, ma non a essere d'aiuto - anche solo per un periodo - ai colleghi che, nei reparti già sotto organico da prima dell'emergenza Covid, sono stremati da due anni di pandemia. Del resto, ci sono ordini che ritengono di cattivo esempio il reintegro del sanitario guarito non vaccinato, dato l'obbligo vigente. Incredibilmente, sembra quasi che il problema sia la buona condotta nei confronti di una norma, per alcuni aspetti controversa, e non il trovare il modo di avere personale formato per curare non solo i pazienti Covid, ma anche i non Covid, trascurati in questa pandemia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Niente più Dad per i vaccinati Lo strappo della Lega: non vota

► Speranza: «Nessuna penalizzazione, ► La didattica a distanza ridotta a 5 giorni così garantiamo più libertà per tutti» I salviniani: discriminazione inaccettabile

LE SCELTE

ROMA Lezioni sempre in presenza per i vaccinati. Ridotto da dieci a cinque giorni il ricorso alla Didattica a distanza per gli altri. E per i bambini più piccoli, nelle scuole per l'infanzia, non ci sarà più il ritorno a casa se c'è un positivo, ma solo dai cinque casi in su. Taglio dei tamponi e via libera anche ai test antigenici fai da te.

CONFRONTO

Per la scuola cambia tutto, «abbiamo voluto ridimensionare drasticamente la Dad, che comunque resta uno strumento fondamentale, non va demonizzata», ha spiegato al termine del cdm, il ministro dell'Istruzione, Patrizio Bianchi. Poche decine di minuti prima si era consumata la rottura della Lega, con Giorgetti che non si era presentato e gli altri ministri del suo partito che non hanno votato il decreto, ritenendo «discriminatorio» mantenere la Dad solo per gli studenti non vaccinati. Su questo ha risposto il ministro della Salute, Roberto Speranza, da tempo nel mirino dei leghisti: «Non ha senso parlare di discriminazione: il vaccino è lo strumento che ci sta aiutando a piegare la curva dei contagi, senza quelle chiusure generalizzate e dolorose che invece hanno dovuto decidere altri Paesi come Austria e Olanda. Il vaccino è uno strumento di libertà, non di discriminazione, per arrivare a una fase nuova. Senza restrizioni». I presidenti di Regione della Lega, in un comunicato, applaudono i provvedimenti del governo («recepite gran parte delle nostre proposte») ma aggiungono: «Dispiace tuttavia che sia stata introdotta la differenziazione tra i bambini vaccinati e quelli non vaccina-

ti, perché questo rappresenta un'ingiusta separazione tra i più piccoli».

SEMPLIFICAZIONE

Ma al di là delle polemiche, ciò che interessa in questa fase alle famiglie italiane è capire come cambiano le regole a scuola. La situazione attuale, secondo i dati diffusi dal ministro Bianchi, «vede in presenza l'81,3 per cento degli alunni, il 92 dei docenti e il 93,2 del personale tecnico amministrativo». La bozza del decreto, all'articolo 5 («Gestione dei casi di positività all'infezione da Sars-CoV-2») spiega che nelle scuole elementari, quando i positivi in classe non sono più di quattro, l'attività didattica prosegue in presenza, ma diventa obbligatoria, per dieci giorni, la mascherina Ffp2 per gli insegnanti e per gli alunni che hanno superato i sei anni di età. Dovrà essere eseguito un tampone, anche «fai da te», in caso di comparsa di sintomi. Quando però alle elementari in classe si arriva a cinque casi positivi la gestione cambia: i vaccinati o i guariti da meno di 120 giorni, possono restare in classe (indossando le mascherine Ffp2 per dieci giorni). Lo stesso vale per docenti o alunni che siano esentati dal vaccino per ragioni di salute. Cambia però la durata della Dad per gli alunni non vaccinati: saranno sufficienti cinque giorni, non più dieci. Alle superiori, invece, se c'è un positivo in classe, si resta tutti in presenza (sempre indossando la Ffp2); se i contagiati sono due o più di due, i vaccinati e i guariti da meno di 120 giorni restano in classe (ma con mascherina Ffp2), i non vaccinati vanno in Dad, ma sempre solo per cinque giorni.

E nelle scuole materne? Oggi

basta un solo positivo per mandare a casa tutti i bambini, con il nuovo decreto fino a quattro contagiati tutti gli altri bambini restano in presenza, mentre gli insegnanti devono usare la mascherina Ffp2 per dieci giorni. Chi ha i sintomi, deve eseguire il test, va bene anche quello «fai da te». Alle materne, se i positivi sono cinque o più, allora tutta la classe sospende l'attività per cinque giorni.

FAMIGLIE

Il premier Draghi ha spiegato: «Veniamo incontro alle esigenze delle famiglie, che trovano il regime attuale delle quarantene troppo complicato e restrittivo. La scuola in presenza è da sempre la priorità di questo governo». Ma perché la Lega si è opposta a un provvedimento che va nella direzione di ridurre il ricorso alla Dad? I ministri leghisti (Giorgetti, Garavaglia e Stefani) sostengono: «Non potevamo approvare la discriminazione tra bambini vaccinati e non vaccinati». Il presidente dell'Associazione nazionale presidi, Antonello Giannelli, invece non contesta la linea del governo: «La differenziazione di trattamento tra vaccinati e non vaccinati è un problema. Me ne rendo conto. Ma al momento attuale non si poteva fare diversamente. Qualunque situazione crea svantaggi per qualcuno. Credo che chi non si è vaccinato debba farlo. Inoltre, la Dad dura meno e i tamponi, che erano una delle principali cause di malfunzionamento del servizio scolastico a causa delle Asl, sono stati eliminati. Il test antigenico «fai da te» è una agevolazione. Confidiamo nel senso di responsabilità di tutti sulla riproduzione fedele».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



STATO VACCINALE DEGLI STUDENTI, IRRISOLTA LA QUESTIONE DELLA PRIVACY

Sì degli epidemiologi alle nuove norme. Il nodo degli alunni fragili

ANDREA CAPOCCI

■ La parola d'ordine è «semplificare». I primi a tirare un sospiro di sollievo, una volta visto il decreto, sono i dirigenti scolastici. «Le misure - fa sapere il presidente dell'Associazione Nazionale Presidi Antonello Gianneli - ridurranno in maniera significativa il ricorso alla didattica a distanza e alla didattica digitale integrata e, eliminando la previsione dei tamponi "T0" e "T5" che spesso è rimasta inattuata, semplificheranno il lavoro dei dirigenti scolastici e dei loro collaboratori, stremati da un sovraccarico burocratico senza precedenti e senza orari». Soddisfatti? «Queste misure vengono incontro alle esigenze delle famiglie e rispondono, almeno in parte, alle nostre richieste di semplificazione».

Anche gli epidemiologi concordano che di norme più chiare c'era un gran bisogno, anche se l'obiettivo di prevenire il contagio in classe sembra ormai abbandonato. «Sono necessarie poche regole semplici perché comunque bisogna aspettare che l'intensità della circolazione del virus diminuisca ancora un po'» dice l'infettivologo Pierluigi Lopalco. «Però, una volta che la curva dei ricoveri si stabilizza e con un deciso abbassamento del numero dei positivi asintomatici, dobbiamo pensare a un ritorno a una situazione

come quella di prima della pandemia in ambiente scolastico». Quando dirigenti scolastici e segreterie non dovevano occuparsi a tempo pieno di casi, focolai e quarantene. D'accordo anche Massimo Andreoni, direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit) con una precisazione: semplificare, spiega «non vuole dire banalizzare i rischi ma trovare un compromesso tra la questione epidemiologica-infettivologica e la gestione delle quarantene da parte delle famiglie».

La durata più breve della quarantena a scuola, che ora durerà cinque giorni per i non vaccinati e sarà sostituita dall'auto-sorveglianza per i vaccinati, risponde più alla ragion pratica che a quella pura. Ma ha anche un fondamento scientifico. Secondo il Center for Disease Control di Atlanta (Usa), l'istituto di ricerca più prestigioso al mondo sulle epidemie, la trasmissione della variante Omicron avviene un paio di giorni prima dei sintomi e fino a tre giorni dopo. Carlo Signorelli, docente di igiene all'università Vita-San Raffaele, spiega come le regole debbano necessariamente seguire l'evoluzione del virus: «La quarantena si stabilisce in base al periodo massimo di incubazione. Se la malattia ha un periodo di incubazione più veloce, anche la quarantena sarà più breve, così come l'i-

solamento. Quindi, la variante Omicron suggerirebbe di allentare queste misure per liberare un po' di persone costrette a stare in casa».

Se le nuove norme risolvono alcune criticità, ne introducono anche di nuove. La discriminazione tra alunni vaccinati e non vaccinati ha provocato l'astensione della componente leghista nel Consiglio dei ministri. Al di là delle schermaglie di palazzo il tema rappresenta un nodo delicato, a partire dal diritto alla privacy. La legge impone alle scuole di acquisire l'informazione sullo status vaccinale per attuare le procedure di prevenzione del contagio, come appunto la dad differenziata. Allo stesso tempo, lo stato vaccinale è ritenuto un «dato sensibile» da parte del Garante per la privacy. Che ha invitato a «non porre in atto iniziative finalizzate all'acquisizione di informazioni sullo stato vaccinale degli studenti e dei rispettivi familiari». Trovare l'equilibrio tra il diritto alla riservatezza e l'efficacia delle norme non sarà facile.

Rimane anche il nodo degli alunni fragili. Le nuove norme aumentano oggettivamente la probabilità di circolazione del virus, dato l'elevato numero di casi positivi e asintomatici. Il decreto approvato ieri però non prevede particolari contro-misure per proteggere eventuali alunni immunocompromessi,

per i quali il virus rappresenta un serio rischio. Solo un vaccino per la fascia dei più piccoli (dai sei mesi) potrebbe garantire una protezione più larga, spiega Marco Falcone, infettivologo all'università di Pisa e segretario Simit. «Sarebbe importantissimo averlo per quella fascia, soprattutto - sottolinea Falcone - per i bimbi affetti da patologie genetiche, patologie acquisite, immunodepressioni e condizioni di immunodeficienza per i quali l'infezione può essere più pericolosa». Proprio martedì la Pfizer ha chiesto l'autorizzazione anche per questa fascia di età all'agenzia statunitense Fda.

Semplificare non vuole dire banalizzare i rischi ma trovare un compromesso tra la questione epidemiologica e la gestione delle quarantene

Massimo Andreoni (Simit)



CAMICI IN RIVOLTA

Medici di base: riforma in arrivo, Regioni e sindacati divisi sulla protesta

» **Natascia Ronchetti**

Da una parte ci sono Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna, che vorrebbero mantenere il regime di convenzione attuale con il correttivo dell'aumento delle ore di lavoro, da 15 alla settimana a 38, delle quali venti in ambulatorio e sei da assicurare nelle Case di comunità. Dall'altra parte della barricata ci sono Campania, Toscana, Veneto e Lazio. Che invece puntano ad archiviare la formula della convenzione per sostituirla con

la dipendenza diretta dei medici di base dal servizio sanitario. È lo scontro tra governatori a fare da sfondo allo stato di agitazione proclamato dai sindacati dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta. Aderiscono Smi, Simet, Fp Cgil Medici e dirigenti sanitari alla Cipe, confederazione dei pediatri. Ma non la Fimmg, il primo sindacato, con oltre 23 mila deleghe, schierato contro i governatori che vogliono portarli nell'alveo del contratto subordinato.

La pandemia, dicono medici di base e pediatri, ha rotto gli ultimi fragili equilibri della medicina territoriale. Saltato il sistema del tracciamento, gli ambulatori "sono presi d'assalto con

richieste burocratiche legate alle procedure delle quarantene, di fine isolamento, certificazioni Inps e Inail e *contact tracing* nelle scuole". Ma il vero nodo è la riforma della medicina generale che il governo vuole blindare con un decreto legge e sulla quale si assiste alla disputa tra le Regioni con la riconferma della remunerazione basata sulla quota capitaria: un fisso lordo per ogni assistito.

**LA DENUNCIA
"AMBULATORI
ASSALTATI
PER RICHIESTE
BUROCRATICHE"**



Medici stranieri, spazio al nuovo

Ancora molto problematico l'accesso dei professionisti extra-Ue al Sistema sanitario. Un ostacolo da rimuovere, per più di un motivo

LAURA ZANFRINI

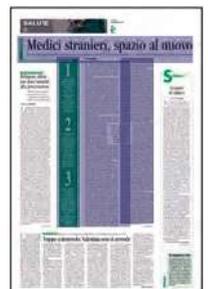
La giunta della Regione Lazio ha recentemente approvato una delibera con la quale, recependo quanto previsto dal decreto "Cura Italia", si consente il reclutamento temporaneo di medici con cittadinanza extra-europea regolarmente soggiornanti e iscritti ad Ordini professionali del nostro Paese.

Al lettore non esperto potrebbe sfuggire la ragione per la quale sono stati necessari dapprima un decreto governativo (nel marzo 2020, per far fronte alla prima ondata pandemica) e poi una delibera regionale per autorizzare ciò che dovrebbe essere ovvio: la possibilità per i medici stranieri, che già esercitano la loro professione in Italia, di essere assunti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale. Ragioni poco comprensibili hanno però a lungo impedito l'abbattimento delle barriere legali all'assunzione di medici extra-Ue, privando il servizio pubblico di una risorsa preziosa in un quadro di forti carenze di personale. Nonostante questa apertura, resta peraltro disatteso l'auspicio di una modifica dei criteri che regolano l'esercizio della professione di medico per chi non ha la cittadinanza italiana.

Parliamo, secondo la stima dell'Amsi (Associazione medici stranieri in Italia), di circa 22mila medici (su un totale di quasi 80mila professionisti della sanità stranieri) costretti a lavorare solo nel settore privato poiché la legge riserva ai titolari di cittadinanza italiana o europea i ruoli dirigenziali nel pubblico impiego, e tali sono considerati i medici che lavorano in ospedale. Molti di loro si sono laureati o specializzati in Italia, attratti dalla qualità del nostro sistema universitario, oppure sono arrivati grazie agli accordi bilaterali che prevedono l'automatico riconoscimento del titolo di studio acquisito all'estero (in particolare quello sottoscritto negli anni 50 con la Lega Araba, che ha consentito nel tempo l'ingresso di me-

dici provenienti soprattutto da Egitto e Siria, attualmente attivo solo per l'Egitto).

Peraltro, il destino professionale dei medici stranieri s'intreccia con molti temi che dovrebbero essere tenuti in considerazione. A partire dalle previsioni sui fabbisogni del settore sanitario, uno dei pilastri del più ampio sistema della cura che – secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro – sta andando incontro a una crisi globale a causa dell'inadeguatezza delle politiche e degli investimenti nei vari Paesi. In Italia l'imminente transizione all'età del pensionamento delle folte generazioni dei *baby boomers* fa presagire crescenti difficoltà nel garantire il *turnover* degli organici. Per di più, mentre si prevede che la digitalizzazione e la robotica ridurranno in molti settori il fabbisogno di manodopera, ciò certamente non vale per la sanità, dove quella relazionale è una componente insostituibile. Per limitarci a un solo dato, nonostante il complessivo miglioramento delle condizioni di salute, un crescente numero di anziani porta con sé un aumento del fabbisogno sanitario: si stima che nei prossimi anni si arriverà a contare 10 milioni di persone con malattie croniche. Dunque, se già oggi ambiti come quello del lavoro di cura a domicilio o le Rsa dipendono in larga misura dal contributo delle forze lavoro d'importazione, ciò diverrà sempre più vero anche per il comparto sanitario, in base a segnali già chiaramente visibili: a dispetto delle complesse procedure che regolano il riconosci-





mento dei titoli di studio acquisiti all'estero, l'Amsi dichiara di avere raccolto, negli ultimi anni, oltre 13mila richieste di personale da adibire alle strutture sanitarie (e, specularmente, di ricevere molte candidature di medici interessati a trasferirsi in Italia).

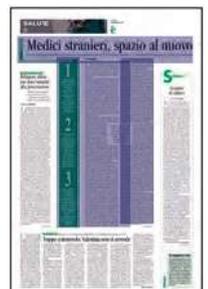
Peraltro, oltre che preziosi – se non indispensabili – nel far fronte alle carenze di personale, gli operatori sanitari d'origine straniera portano nei loro ambienti di lavoro un valore aggiunto fatto di competenze, linguistiche e non solo, che sono strategiche nel rispondere ai bisogni di un'utenza sempre più eterogenea (anche nel suo profilo etnico e religioso) e afferrare le opportunità collegate all'internazionalizzazione dello stesso sistema sanitario: dalla partecipazione a progetti di ricerca transnazionali allo sviluppo del turismo sanitario (una linea di business che l'Italia ha finora percorso solo in minima parte, sebbene avrebbe tutte le carte in regola per diventare una meta particolarmente attrattiva). La valorizzazione dei medici di origine straniera riflette dunque una più complessiva esigenza di compiere un salto di qualità nel modo di intendere l'immigrazione e il suo ruolo nell'economia e nella società, di cui già si è avuto modo di parlare anche sulle pagine di questo giornale. Tuttavia, essa deve anche essere inquadrata in un disegno di sistema, che valuti con lungimiranza gli effetti delle scelte e delle non scelte che si fanno.

Aprire le strutture pubbliche ai medici extra-europei è una decisione saggia tanto sul piano dell'equità quanto su quello dell'opportunità. Ma tale decisione da sola certo non risolve le gravi carenze di personale che da anni si segnalano e cui solo ora si è cercato di rispondere con un aumento

dei posti universitari, che peraltro produrrà i suoi frutti solo nel tempo. Di contro, l'ingresso negli ospedali pubblici potrebbe fare aumentare le difficoltà di reclutamento da parte delle strutture private (com'è avvenuto negli scorsi mesi per gli infermieri), costringendole a ricorrere alla complessa strada dell'importazione di personale dall'estero. Sul piano delle politiche attrattive, se si esclude la possibilità di ingresso extra-quote riconosciuta agli infermieri, l'Italia non ha sviluppato una propria strategia, a differenza di molti altri Paesi; al contrario, soffre dell'emorragia di medici e infermieri, attratti da regimi di impiego ben più vantaggiosi. In ogni caso, quando è lasciata all'iniziativa unilaterale dei Paesi di destinazione, la gestione della mobilità internazionale dei professionisti della sanità rischia di esacerbare le disuguaglianze nell'accesso a un bene primario come quello della cura, quando non addirittura di drenare professionalità e talenti dai Paesi che già soffrono di gravi deficit in questo settore.

Ancora una volta l'immigrazione fa da specchio a criticità e nodi irrisolti. Il ruolo dei professionisti della sanità di origine straniera va ripensato nel quadro di una politica fatta di investimenti significativi per lo sviluppo dei capitali umani e il riconoscimento sociale ed economico di queste professioni (per esempio, ampliando i posti nelle facoltà universitarie anche per gli studenti stranieri). Così come, attraverso le sue scelte in tema di politiche sanitarie e migratorie, l'Italia può contribuire alla costruzione di un sistema di *governance* globale della sanità che la pandemia ci ha insegnato essere un obiettivo prioritario. In una battuta, occorre "prenderci cura della cura".

22mila i dottori nati
fuori dall'Europa
che attendono di
mettersi al servizio
delle crescenti
esigenze della
nostra sanità



Il vaccino ai più piccoli

Gli Usa accelerano: chiesto il via libera per immunizzare i bambini sotto i cinque anni. In Italia si potrebbe partire in primavera ma gli scienziati frenano: "Prima è meglio fare uno screening degli anticorpi per capire se ne vale la pena"

IL DOSSIER**NICCOLÒ CARRATELLI**
ROMA

L'ultimo tassello della campagna vaccinale anti Covid prende forma. Negli Stati Uniti, Pfizer ha chiesto l'autorizzazione per l'uso in emergenza del vaccino per i bambini dai 6 mesi ai 4 anni, in anticipo rispetto ai tempi previsti. Si è deciso di procedere con la somministrazione di due dosi da 3 microgrammi l'una (un decimo rispetto al dosaggio per gli adulti), mettendo già in conto la necessità di un ulteriore richiamo. I primi dati forniti da Pfizer, infatti, hanno mostrato che la doppia dose di vaccino produce una buona risposta immunitaria nella fascia 6 mesi-2 anni, con risultati comparabili a quelli ottenuti sugli adolescenti, mentre sui bambini tra i 2 e i 4 anni l'efficacia sembra ridursi. L'azienda farmaceutica ha, quindi, prolungato i test per ottenere il via libera anche per la somministrazione

della terza dose. Ma le autorità sanitarie americane hanno spinto per un'accelerazione. Dunque, subito la richiesta di autorizzazione per le due dosi, con potenziale approvazione entro febbraio, poi un'altra richiesta per aggiungere la terza dose, probabilmente ad aprile. Se l'iter procederà senza intoppi, in Europa, e quindi in Italia, il vaccino per i più piccoli potrebbe arrivare in primavera.

I dubbi degli esperti

Ma c'è già chi mette le mani avanti sull'opportunità di usarlo. Alcuni esperti suggeriscono di prevedere un'indagine sierologica preventiva: una verifica degli anticorpi per selezionare i piccoli da immunizzare e quelli che non ne hanno bisogno. «Ormai con la variante Omicron i bambini si sono infettati tutti o comunque moltissimi di loro – spiega il microbiologo dell'università di Padova Andrea Crisanti – prima di vaccinarli cerchiamo di capire se ne vale la pena, vediamo quanti hanno già gli anticorpi». Dello stesso parere la direttrice del laboratorio di

microbiologia dell'ospedale Sacco di Milano, Maria Rita Gismondo, convinta che «la profilassi anti Covid nei bambini deve essere mirata». Mentre Mario Clerici, immunologo della Statale di Milano, vede lo screening anticorpale come un modo per «superare le resistenze, che ci saranno, e sciogliere le diffidenze di tantissimi genitori». Dubbi e paure che condizionano l'andamento della campagna di vaccinazione pediatrica: a un mese e mezzo dal via, solo un bambino su tre, tra i 5 e gli 11 anni, ha ricevuto almeno una dose (33%).

Più ricoveri tra 0 e 4 anni

Non a caso sono proprio gli under 12 le vittime preferite della variante Omicron. Con un progressivo aumento dei contagi



LA STAMPA

registrato, nelle ultime settimane, tra i più piccoli. Quelli da 0 a 4 anni, che in Italia sono poco più di 2 milioni e mezzo. Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Iss (17-23 gennaio), nella fascia d'età 0-9 anni c'è un'incidenza pari a 3.110 contagi per 100 mila abitanti. Se, però, guardiamo l'andamento dei ricoveri, la soglia anagrafica cala. L'ultimo rilevamento dell'Associazione ospedali pediatrici (Aopi), al 31 gennaio, segnala 210 ricoverati sotto i 18 anni, di cui 113 tra 0 e 4 anni. In terapia intensiva 10 pazienti su 12 hanno meno di 5 anni. «Spera-

vamo che a fine gennaio la curva cominciasse a scendere, invece abbiamo numeri praticamente stabili», spiega il dg dell'ospedale Meyer di Firenze e presidente Aopi Alberto Zanobini. Ovviamente, e per fortuna, i bambini che finiscono in ospedale restano un'esigua minoranza del totale dei contagiati. E, d'altra parte, tra due o tre mesi, il quadro epidemiologico dovrebbe essere ben diverso. Tanto che il virologo Fabrizio Pregliasco ragiona in prospettiva: «In questa fase, se il vaccino fosse disponibile, lo consiglierei a tutti – dice –.

Ma immagino che, ora che arriva, saremo fuori da questa ondata e, quindi, servirà una strategia analoga a quella della vaccinazione antinfluenzale, dedicata ai soggetti a rischio». —

3.110

L'incidenza dei contagi in Italia tra i minori di dieci anni

113

I ricoverati con meno di 5 anni sui 210 totali di under 18 nel nostro Paese



Tra 5 e 11 anni coperto uno su tre
Il 32,8% ha avuto almeno una dose



02

Pregliasco, 'ottima efficacia vaccino under 5 ma sarà per i più a rischio'

"I risultati intermedi che avevo avuto modo di leggere dimostrano ciò che per altro ci si aspettava e cioè un'ottima efficacie e un profilo di tolleranza che è in linea con quello già visto per le altre fasce di età". Così all'Adnkronos Salute il virologo Fabrizio Pregliasco, docente della Statale di Milano sul vaccino Pfizer-BioNTech per i bambini tra i 6 mesi e i 5 anni per il quale l'azienda potrebbe presentare già oggi alla Food and Drug Administration (Fda), l'autorità regolatoria del farmaco Usa, una richiesta di autorizzazione all'uso di emergenza.

"E' chiaro che in questa prospettiva mi immagino un utilizzo di questo vaccino - dice l'esperto - nell'ottica di una strategia analoga a quella della vaccinazione antinfluenzale e quindi dedicata ai soggetti a rischio e purtroppo soggetti a rischio ce ne sono. E' un utile strumento. In questa fase se fosse disponibile nel breve - chiarisce il virologo - lo consiglierei a tutti ma immagino che ora che arriva saremo fuori da questa ondata e quindi dovremo prepararci a quello che verrà dopo e cioè a un aspetto strategico".

"Fino ad ora purtroppo - rileva con rammarico Pregliasco - meno del 40% dei genitori ha scelto di far vaccinare i figli in età pediatrica perché permane un elemento di diffidenza".



LA TRASPARENZA CHE MANCA

EFFETTI AVVERSI SUGLI ITALIANI? L'AIFA LI RIVELA SOLO ALL'EUROPA

L'Agenzia del farmaco non pubblica bollettini sui danni da vaccino da quattro mesi. Ma abbiamo scoperto che i dati nascosti ai connazionali vengono forniti all'Ema: quasi 18.000 segnalazioni in questo periodo. E una su sei risulta «grave»: miocarditi, pericarditi, embolie polmonari, trombosi. Giallo sul numero dei morti

di **ANTONIO GRIZZUTI**



■ Che fine ha fatto il report dell'Agenzia italiana del farmaco sulle reazioni avverse ai vacci-

ni contro il Covid? Risale ormai a quasi quattro mesi fa, infatti, la diffusione dell'ultimo documento sugli effetti collaterali provocati dal siero. Era il lontano 12 ottobre 2021 quando gli uffici di via del Tritone sfornavano il nono - e finora ultimo - «Rapporto sulla sorveglianza (...)»

segue a pagina 3

Effetti avversi, l'Aifa in Italia tace Ma in Europa i nostri dati li sanno

Il bollettino dell'Agenzia è fermo da quattro mesi. Anche se le cifre nascoste sono presenti nel sistema interno e vengono fornite all'Ema. Sono quasi 18.000 le segnalazioni aggiunte e una su sei è grave. Giallo sui decessi

Segue dalla prima pagina

di **ANTONIO GRIZZUTI**

(...) dei vaccini Covid-19». Fino a quella data la pubblicazione aveva cadenza mensile, una frequenza dettata - a detta della stessa Agenzia - per assicurare «sufficienti dati per garantire la robustezza delle analisi, della comparazione e delle valutazioni». Come spiegato alcuni giorni fa su queste pagine, a ottobre il voltafaccia: «Considerata la stabilità dell'andamento delle segnalazioni per i diversi vaccini, il Rapporto di sorveglianza sarà pubblicato con cadenza trimestrale». Una scelta discutibile, ma tant'è. L'uscita del nuovo report era prevista dunque intorno al 12 gennaio, cioè tre settimane fa. E invece nul-

la. Negli ultimi giorni abbiamo provato a più riprese a metterci in contatto con gli uffici dell'ente per ottenere informazioni sulla data di pubblicazione del prossimo aggiornamento. Risultato? Non c'è stata anima viva che si sia degnata di risponderci. E qui non si tratta di essere «no vax», tutt'altro. Perché, come spiega la stessa Agenzia nell'incipit del rapporto, «nessun prodotto medicinale può essere mai considerato esente da rischi», e «verificare che i benefici di un vaccino siano superiori ai rischi e ridurre questi al minimo è responsabilità delle autorità sanitarie che regolano l'immissione in commercio dei prodotti medicinali».

Chi fa da sé fa per tre, dice il proverbio. E così, ispirati dal

vecchio adagio, ci siamo mossi per colmare le lacune dell'Aifa. Prima di tutto, confrontando i numeri del rapporto pubblicato lo scorso ottobre con quelli presenti su Eudravigilance, la banca dati continentale dell'Ema per la gestione e l'analisi delle segnalazioni. L'Aifa spiega infatti sul proprio sito che «tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse raccolte nella Rete na-



VERITÀ

zionale di farmacovigilanza sono regolarmente inviate a Eudravigilance», le quali a loro volta vengono poi trasmesse al database Vigibase dell'Organizzazione mondiale della sanità. Obiettivo della nostra ricerca era, in altre parole, comprendere se a essere bloccata fosse solo la pubblicazione del Rapporto mensile oppure l'intero flusso di dati. Con un certo stupore abbiamo appurato che, in effetti, il numero delle segnalazioni presenti sulla banca dati europea risultava più alto rispetto alle cifre rilasciate da Aifa lo scorso autunno. Rilevando un incremento di segnalazioni per tutti i vaccini somministrati in Italia, nell'ordine: Pfizer (+11.262 segnalazioni), Moderna/Spikevax (+6.128), Janssen (+236) e Vaxevria/Astrazeneca (+138). Variazioni che sembrano dimostrare come, in questi ultimi mesi, l'Aifa abbia effettivamente trasmesso i dati alla controparte europea, senza però al tempo stesso rendere conto ai cittadini.

Non paghi del risultato abbiamo scavato più a fondo. Nella pagina dedicata alla farmacovigilanza, l'Aifa spiega che i «dati delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini Covid-19 inserite in Rete nazionale di farmacovigilanza sono accessibili dal sistema Ram», consultabili sia per organo o apparato interessato, che per singola reazione avversa. Non senza fatica siamo riusciti ad accedere alla piattaforma: occorre infatti essere titolari di un'utenza Spid, oppure in possesso di una carta d'identità elettroni-

ca o tessera sanitaria o carta nazionale dei servizi abilitate. Ma questo è il minimo. Una volta entrati ci siamo imbattuti in una pagina in inglese senza alcun riferimento alla farmacovigilanza dei vaccini Covid. Occorrono diversi ulteriori passaggi, attraverso menù e sottomenù rigorosamente in lingua inglese, per arrivare a destinazione. Finalmente ripagati delle fatiche, davanti ai nostri occhi vediamo materializzarsi i dati delle reazioni avverse aggiornati al 26 gennaio 2022, relativi dunque anche ai periodi successivi al 26 settembre scorso, data di ultimo aggiornamento del report. Le segnalazioni sono divise per singolo vaccino, mese di rilevazione, gravità della reazione, sesso, fascia d'età, descrizione dell'apparato interessato, e per singola reazione avversa.

Scopriamo così che, alla data del 26 gennaio, all'Aifa sono giunte 24.077 segnalazioni in più rispetto all'ultimo rapporto, il 64% delle quali per il Comirnaty (Pfizer/Biontech) e il 30% relativamente allo Spikevax (Moderna). Negli ultimi due mesi le segnalazioni relative allo Spikevax risultano in forte crescita, arrivando a dicembre quasi a «raggiungere» il Comirnaty (2.775 del primo contro 3.132 del secondo). Un altro dettaglio interessante, e per certi versi preoccupante, riguarda la gravità, in costante crescita dalla pubblicazione del primo rapporto. Secondo i dati presenti sul sistema Ram, quasi una reazione su sei (16,7%) viene classificata come «grave». Nella prima edizione del report erano appena una su 14 (7,3%). Colpiscono, scorrendo il dettaglio le segnalazioni di miocardite (412 casi), pericardite (629), embolia polmonare (557), e ancora trombosi (349), trombocitopenia (407) e paralisi di Bell (239). Rimane da chiarire il dato relati-

vo alle segnalazioni con esito fatale. Nell'elenco risultano, infatti, 100 casi di «morte improvvisa» e 44 casi di «morte», cifre che cozzano con i 608 casi di decesso post vaccino citati nel report di ottobre 2020 (16 dei quali giudicati correlabili al vaccino).

Rimane un mistero la ragione per la quale l'Aifa si ostini a non pubblicare il rapporto. Per quale motivo tiene per sé informazioni delle quali in realtà dispone? O meglio, le lascia a disposizione dei cittadini ma al contempo accuratamente «nascoste», senza un'adeguata spiegazione a corredo, favorendo così il rischio di interpretazioni scorrette? Negli ultimi tempi l'Agenzia si è limitata semplicemente ad aggiornare i grafici della pagina dedicata alla farmacovigilanza, i quali però forniscono una visione assai parziale e peraltro priva di alcuna analisi. Diversamente dall'estero, dove il regolatore provvede ad aggiornare costantemente i dati sulle reazioni avverse, accompagnandoli di volta in volta con la giusta chiave interpretativa. Tanto per fare alcuni esempi, nel Regno Unito il report sugli effetti avversi è stato aggiornato appena pochi giorni fa, il 27 gennaio, in Spagna il 26 gennaio, nei Paesi Bassi il 23 gennaio, in Francia 21 gennaio, e in Svizzera il 12 gennaio. Più che a farmacovigilanza, a conti fatti, quella dell'Aifa somiglia a farmacosonnolenza.



CONSUMI SULL'ORLO DI UNA CRISI DI NERVI

Tamponi, saturimetri e «strizzacervelli» Ecco la fotografia Istat di un Paese malato

*Il Covid ridisegna il paniere dell'inflazione dell'istituto di statistica
Le sedute individuali di psicoterapia finiscono in lista dopo decenni*

Andrea Cuomo

■ Siamo sull'orlo di una crisi di nervi, e questo lo sappiamo. Ma finché ce lo diciamo noi, ci sta, sono chiacchiere da bar (ma solo se abbiamo il green pass rafforzato). Ma il grave è quando se ne accorge perfino l'Istat, che solitamente registra i cambiamenti del costume (e della psiche) con i tempi degli storici e non con quelli dei cronisti.

L'istituto di statistica ha ieri comunicato come ogni anno i beni che entrano e che escono dal paniere con cui viene calcolata l'inflazione reale. Un'occasione per fare l'inventario delle cose contenute nello start kit della nostra vita quotidiana, quelle per cui siamo disposti o tenuti a spendere i nostri (pochi) soldi. Ebbene, da quest'anno nella lista compare la psicoterapia individuale. Che rispetto al poke e alla friggitrice ad aria, altre due new entry del catalogo esistenziale, non ha il pregio della novità. Frequentare lo strizzacervelli non più bizzarro da decenni, almeno da quando i film di Woody Allen (e più di tutti *Io e Annie*, che è del 1977) hanno reso familiare anche a noi impastati di cultura cattolica e di fatalismo l'uso di raccontare tormenti, fobie e nevrosi a uno sconosciuto paga-

to per ascoltarci. C'è da chiedersi come mai il costo delle sedute da un tizio di scuola junghiana sia stato ignorato per tanto tempo e come mai invece sia balzato all'attenzione degli attuari dell'Istat proprio ora. E la risposta plausibile è solo una: la pandemia ci ha snervato, ci ha sfibrato, ci ha depresso, ci ha messo a confronto con i nostri fantasmi rendendo la nostra vita psichica più disturbata di Telecapodistria su un Movar in bianco e nero del 1977. Le visite dallo «strizza» sono quindi diventate non più un capriccio da film radical chic ma una necessità esistenziale almeno quanto le mazzancolle, che pure sbucano nel paniere (chissà se alla griglia o in tempura).

Il Covid ci sta cambiando. E cambia anche i colori della tavolozza di chi deve farci il ritratto, che comunque uscirà sempre leggermente mosso. Nel nuovo paniere Istat 2022 ecco entrare i tamponi nella versione sierologico, molecolare, rapido e fai-da-te, la cui permanenza nel catalogo speriamo duri soltanto un anno, e il saturimetro. Mentre le mascherine erano state considerate già nel paniere 2021, quindi sono un bene consolidato.

Ma in fondo tutte o quasi le novità del paniere ventientidue sono legate alla nuova normalità scolpita dalla pandemia e dalle sue conseguenze. La già citata friggitrice

ad aria, secondo la Coldiretti, è un po' la nuova impastatrice, «uno strumento strategico per pranzi e cene domestiche» nella situazione di «emergenza Covid che ha spinto il 52 per cento degli italiani a sperimentare il fai-da-te in cucina». E il poke, quella sorta di insalata tropicale che spopola tra i giovani, è stato preso in considerazione nella versione take away, ovvero per consumo domestico. Ancora: che gli esperti dell'Istat abbiano tengano in conto la sedia da pc ha certamente a che fare con il dilagare dello smart working, mentre che abbiano considerato rilevante il consumo di tappetini da ginnastica non può essere disgiunto dal diffondersi degli workout casalinghi, che molti hanno scoperto quando le palestre erano chiuse e stanno continuando a praticare. E se il download di video sul pc era pratica che stava già diffondendosi prima del Covid, è certo che il virus gli ha dato una grande spinta, spingendolo all'attenzione degli statistici di Stato.

Meno legate all'attualità le new entry alla voce «ampliamento della lista prodotti rappresentativi di consumi consolidati». Qui spuntano i jeans da donna, i pantaloni corti da bambino, gli occhiali da lettura senza prescrizione, il trasportino per animali, il gas da mercato libero, i sostituti artificiali dello zucchero e il pane da farine alternative. Siamo una generazione di farro.



LA FINE DEL TUNNEL

Sono stati 964.521 i tamponi, tra molecolari e antigenici, processati ieri in 24 ore che hanno fatto rilevare un tasso di positività pari al 12,3%. Ma per il ministero della Salute, tra alcune settimane, grazie alla vaccinazione che sta per garantire la protezione di comunità, niente più lockdown, quarantene o tamponi a tappeto.



Lo scienziato del transistor record «È il più sottile mai realizzato»

Mario Caironi, dell'Istituto italiano di Tecnologia: una svolta per lo sport e la salute

di **Massimo Sideri**

Prendete la pellicola usata comunemente in cucina per gli alimenti. Ora immaginate di poterne dividere lo spessore per 100: il risultato è 150 nanometri. Avrete così per le mani il transistor più sottile al mondo, un risultato scientifico ottenuto da un team dell'Istituto italiano di Tecnologia guidato dai ricercatori Mario Caironi e Virgilio Mattoli. Una sorta di «record» mondiale — certificato con la pubblicazione sulla rivista *Nature Communications* — che sorpassa di gran lunga quello precedente ottenuto in Giappone da Takao Someya, dell'Università di Tokyo, nel 2016 (circa 300 nanometri).

Adesso, orgoglio nazionale a parte, è lecito porsi la domanda: ma a cosa serve? È solo una finale olimpica della scienza? «Il transistor stampabile anche su un dito è una pelle elettronica — spiega Caironi — che, per esempio, può essere usata per leggere il battito cardiaco e la respira-

zione, sia per lo sport che per la salute». Ma non solo: il transistor può essere «utilizzato anche per lavorare sul recupero di funzioni che sono andate perse, come quella tattile. Stiamo già lavorando su progetti per rendere questi risultati possibili», afferma Caironi.

Siamo nel campo non solo della tecnologia «indossabile», ma un passo oltre: quello della bioelettronica che può sembrare fantascienza ma che è invece una tecnologia concreta, attualissima, anche se sta muovendo i primi passi.

Il transistor (in ogni microprocessore ce ne sono milioni) è una delle invenzioni più importanti del Novecento — paragonabile forse al volo aereo — tanto da meritarsi anche uno dei rari premi Nobel con un forte legame con un «prodotto»: fu consegnato nel 1956 a John Bardeen, William Shockley e Walter Brattain (la motivazione del Nobel per la Fisica faceva riferimento ai contributi nello studio dei semiconduttori e allo studio dell'effetto transistor). Quella del Nobel del 1956 è anche una storia di grande si-

gnorilità: Shockley all'inizio non considerò i risultati importanti e pensò anche di chiudere il progetto. Ma il professore di Stanford, pur non avendo partecipato al deposito del brevetto del transistor al germanio dei Bell Labs, fu accolto ugualmente nella triade che divenne famosa per l'invenzione. Sostanzialmente quella singola idea ha rivoluzionato la Silicon Valley (non va dimenticato che il nome viene dal silicio, il semiconduttore che ha prevalso per le sue qualità sul germanio e ha permesso lo sviluppo tecnologico dell'ultimo mezzo secolo) e le nostre vite quotidiane. Senza non avremmo né smartphone, né computer così potenti.

«Noi ci stiamo muovendo concettualmente su quel solco — aggiunge Caironi — anche se invece di creare un transistor integrato con il silicio andiamo a creare dispositivi con cui si rinuncia alla potenza di calcolo per avere proprietà diverse più compatibili con la natura del corpo umano che è formato da cellule ed è dunque morbido».

Il nuovo processo di fabbri-

cazione, ideato da Fabrizio Antonio Viola e Jonathan Barstott che fanno parte del team, si è mostrato anche stabile per 24 ore sulla pelle, un passaggio fondamentale per poter sviluppare le applicazioni concrete.

Il campo dell'elettronica stampabile è così rivoluzionario, sottolinea Caironi, da essersi meritato un altro Nobel, quello consegnato per la Chimica nel 2000 ad Alan Heeger, Alan MacDiarmid e Hideki Shirakawa «per l'utilizzo dei materiali sintetici, come la plastica, nell'elettronica», i padri dell'ultrapiatto. La via della tecnologia sostenibile e «invisibile» è segnata.

Ps: un nanometro è un milionesimo di millimetro, lo spessore di un atomo. Ma questo sembra sul serio impossibile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

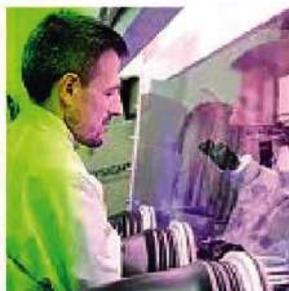
Gli utilizzi

«È una pelle elettronica che può essere anche usata per leggere il battito cardiaco»

La scheda

● Un team dell'Istituto italiano di Tecnologia di Milano, guidato dai ricercatori Mario Caironi e Virgilio Mattoli, ha realizzato il transistor più sottile al mondo, contenuto in una pellicola sottilissima

● Il prodotto creato dal team italiano batte quello di spessore ridotto creato in Giappone nel 2016. E può essere utilizzato nella bioelettronica, in particolare per le cure sotto pelle



Ricerca

Due immagini in laboratorio con i nuovi transistor super sottili: una svolta per la tecnologia



Veronesi: «Tumore al seno, la ricerca corre Si può guarire anche se è in fase avanzata»

Il chirurgo: da immunoterapia e nuovi farmaci una svolta. Penalizzati dal Covid

di **Laura Cuppini**

«**C**redo di ricordare ognuna delle ottomila donne operate in questi anni di professione». Il primo intervento chirurgico di Paolo Veronesi risale al 1982. «Allora c'erano 30 mila casi di tumore al seno l'anno, ora sono quasi raddoppiati, siamo a 57 mila. Ma ci sono stati molti passi avanti nelle terapie e la mortalità oggi è al 15%». Il titolo dell'ultimo libro di Veronesi, uscito pochi giorni fa nella collana «Scienze per la vita» (Sonzogno), ideata e diretta da Eliana Liotta, è forte: «La vittoria sul cancro». «È un auspicio, ciò per cui si combatte — spiega Liotta —. Ma la vera vittoria è riuscire ad aiutare le donne malate di tumore al seno».

Professor Veronesi, come fa a ricordare ogni paziente che ha curato?

«Credo sia fondamentale che tra malato e medico si instauri un rapporto di fiducia, fatto anche di particolari che restano impressi nella memo-

ria. Ogni paziente ha caratteristiche individuali e uniche».

Come sono cambiate le cure per il tumore al seno?

«Negli ultimi anni c'è stata una vera rivoluzione nell'oncologia. L'immunoterapia ha regalato anni di vita a migliaia di persone. Sono state perfezionate le cosiddette *terapie target*, che hanno uno specifico bersaglio molecolare. Anche i farmaci inibitori delle citochine, abbinati a cure ormonali, hanno portato notevoli vantaggi per i pazienti. Oggi anche chi ha un tumore avanzato con metastasi può sperare di guarire. C'è un fermento incredibile nella ricerca sui nuovi farmaci, soprattutto per il cancro al seno».

Il 4 febbraio si celebra la Giornata mondiale contro il cancro. Che impatto ha avuto la pandemia sui tumori?

«Le conseguenze sono pesanti. Gli screening per la diagnosi precoce sono stati bloccati, principalmente perché le persone evitavano di andare in ospedale per paura. Lentamente stiamo recuperando un ritardo di 2 anni. Le pazienti che arrivano oggi alla diagnosi di tumore al seno hanno situazioni cliniche mediamente più gravi rispetto a quelle che vedevamo prima della pandemia. Significa che molte diagnosi precoci sono "saltate". Per fortuna, come

ho detto, ci sono stati molti miglioramenti nelle terapie».

Che cosa chiedono le pazienti?

«La domanda più frequente è se potranno avere figli, nonostante il tumore. La risposta è sì, oggi è possibile conciliare la malattia con una futura gravidanza. Esistono diverse tecniche per permettere alla paziente di tutelare la propria fertilità anche durante le cure anticancro, che come sappiamo sono pesanti».

Nel libro ha scritto che la ricerca sui vaccini per Covid si è intrecciata con quella oncologica. In che senso?

«Le piattaforme su cui sono stati sintetizzati i vaccini a mRNA sono state ideate originariamente per mettere a punto vaccini contro i tumori. L'idea è quella di far produrre alle cellule degli antigeni presenti sulle cellule tumorali. Un meccanismo che potrebbe essere decisivo per evitare recidive e per tutelare pazienti ad alto rischio».

«Il 2 luglio 1981 fu una data storica per la senologia — si legge nel libro —. Sulla prestigiosa rivista "The New England Journal of Medicine" venne pubblicato lo studio clinico che dimostrava per la prima volta come i tumori di piccole dimensioni possano essere trattati con la stessa efficacia preservando il seno,

**invece che asportandolo integralmente, com'era allora prassi in tutto il mondo». Il capitolo si intitola «La rivoluzione di mio padre» (Umber-
to Veronesi): ce la racconta?**

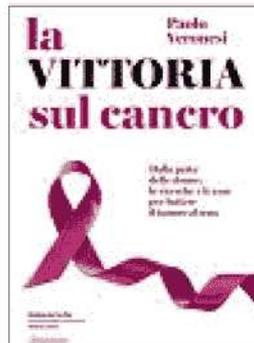
«All'epoca il dogma dell'oncologia era asportare l'intero organo colpito da tumore. Dall'intuizione di mio padre è partita una rivoluzione culturale, il cui obiettivo centrale era quello di preservare il corpo, a partire dal seno. Per descrivere l'impatto psicologico della malattia, mio padre diceva: "Non è difficile togliere un tumore dal seno di una donna. È difficile toglierlo dalla sua testa"».

La paura dei pazienti di andare in ospedale in questi mesi di pandemia ha bloccato gli screening per la diagnosi precoce

Mio padre diceva che non è difficile togliere un tumore dal seno di una donna ma è invece difficile toglierlo dalla sua testa

Il libro

● **L'autore**
Paolo Veronesi è autore del libro *La vittoria sul cancro* (Sonzogno), nella collana «Scienze per la vita» diretta da Eliana Liotta



● **L'incontro**
Paolo Veronesi presenta oggi alle 18.30 il libro con Eliana Liotta e Camilla Raznovich alla Feltrinelli di Milano



Screening

La mammografia
da sola non basta
a «leggere»
un seno molto denso

di **Vera Martinella**

9



La mammografia non basta per «leggere» un seno denso

Il tessuto mammario nella metà delle donne non è a prevalenza adiposa neanche dopo la menopausa, condizione che rende utile affiancare l'ecografia all'indagine radiologica classica anche dopo i 70 anni nei controlli periodici per identificare lesioni sospette

di **Vera Martinella**

Non bisogna abbassare la guardia una volta superati i 70 anni. Da tempo gli esperti sottolineano l'importanza di continuare i controlli senologici anche quando l'età avanza perché la prevenzione è sempre determinante e un recente studio offre un buon motivo in

più: in una quota rilevante di donne anche dopo la menopausa il seno resta «denso» e quindi il pericolo di sviluppare un tumore non diminuisce.

La vasta indagine americana, condotta analizzando i dati provenienti da oltre 220mila mammografie, ha messo in luce che ben il 30% della popolazione femminile



presenta un seno «consistente» anche oltre i 75 anni.

«Le mammelle sono composte da tessuto ghiandolare, connettivo e grasso — spiega Paolo Veronesi, direttore del Programma di Senologia e della Divisione di Senologia Chirurgica dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano —. La densità del seno è un termine che descrive la quantità relativa di questi diversi tipi di tessuto: nei seni densi c'è una minore quantità di tessuto adiposo e una maggiore di tessuto epiteliale e stromale (cioè delle parti che costituiscono lo "scheletro" della mammella) e la componente ghiandolare prevale su quella adiposa».

Come può una donna sapere che tipo di seno ha? «Non è una cosa rilevabile con la palpazione o durante una visita — risponde Veronesi, che è anche professore ordinario di Chirurgia all'Università degli Studi di Milano —. Stiamo parlando della consistenza "interna" e il miglior modo per conoscere la propria densità mammaria consiste nell'eseguire una mammografia. Non è una condizione anomala. Anzi, è molto frequente e riguarda circa la metà di tutte le donne dai 40 anni in su». Avere un seno denso è un problema? «Da un lato rende la mammografia più difficile da leggere e dall'altro sappiamo che è uno dei fattori che predispongono a una più elevata probabilità di sviluppare una neoplasia — dice l'esperto —. Per questo, nelle donne 40enni che si sottopongono a controlli, solitamente la mammografia non è sufficiente: molto spesso, infatti, nel-

le giovani la densità del tessuto mammario è tale da rendere questo esame non completamente affidabile perché i raggi X non riescono a "vedere" bene». In pratica un tumore (così come le calcificazioni) normalmente è più denso del tessuto circostante e quindi più radiopaco, appare bianco su una mammografia, proprio come il tessuto mammario denso. Al contrario, quando la mammella è prevalentemente adiposa (come accade in genere dopo la menopausa) il tessuto è «trasparente» ai raggi che passano senza difficoltà e possono così identificare anche una piccola radiopacità, un piccolo nodulo». Quindi cosa si deve fare? «Innanzitutto aderire allo screening — chiarisce Veronesi —. Nel nostro Paese i programmi prevedono che le donne tra i 50 e i 70 anni ricevano ogni due anni una lettera d'invito dalla Asl a eseguire gratis la mammografia. E alcune Regioni hanno già esteso la fascia d'età dai 45 ai 75, ma solo poco più di 1 italiana su 6 coglie l'opportunità che permette letteralmente di salvarsi la vita perché avere una diagnosi precoce significa individuare lesioni piccole e avere la possibilità di guarire definitivamente, spesso con interventi poco invasivi».

Numeri alla mano, 1 italiana su 8 si ammalerà di cancro al seno nel corso della vita: con 55mila nuovi casi nel 2020 questa neoplasia è infatti la più diffusa non solo fra le femmine, ma nell'intera popolazione. Oggi, grazie soprattutto al fatto che la malattia viene scoperta ai primi stadi, l'87% delle pazienti è vivo a 5 anni dalla dia-

gnosi. Nell'80% dei casi il tumore riguarda donne con più di 50 anni, ma l'incidenza nelle 30-40enni è in crescita. «Per questo è corretto eseguire la prima mammografia intorno ai 40 anni — continua lo specialista —. Per una corretta prevenzione, personalizzata in base al tipo di seno, sarebbe più prudente mostrare l'esito della prima mammografia a un senologo (benché, in linea di massima anche il parere di un radiologo sia sufficiente), per capire se e come sia necessario integrare questo esame. Di regola viene eseguita un'ecografia mammaria che è molto efficiente nella valutazione di mammelle ricche di ghiandola e povere di grasso e costituisce, quindi, un ottimo esame complementare. La risonanza magnetica viene normalmente riservata come secondo livello in casi particolari: per dirimere dubbi, completare una diagnosi o nei controlli prescritti alle donne ad alto rischio genetico (che presentano cioè mutazioni nel Dna che le espongono a maggiori probabilità di ammalarsi)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ai raggi X eventuali noduli si «distaccano» meno dalla componente ghiandolare

La densità del seno è spesso un fattore ereditario, ma altri fattori possono influenzarla

Aumenta con

- l'assunzione della terapia ormonale sostitutiva in menopausa
- un basso indice di massa corporea (donne eccessivamente magre)

Diminuisce con

- l'età che avanza
- il numero di figli avuti

Fattori di rischio di sviluppare un tumore al seno

- Sovrappeso o obesità
- Fumo
- Eccessivo consumo di alcolici
- Sedentarietà
- Familiarità: chi ha familiari di primo grado (madri, nonne, zie, sorelle) che hanno sviluppato un carcinoma mammario ha maggiori probabilità di ammalarsi
- Genetica: esistono varianti genetiche, per esempio i geni BRCA1 e BRCA2, che aumentano notevolmente il rischio di ammalarsi





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

«Madre di famiglia contro le leucemie»

Negrotti nell'inserto centrale



«La mia vita, ricerca per far guarire»

Parla l'ematologa Maria Paola Martelli, a capo dell'équipe che a Perugia si batte contro la leucemia mieloide acuta, madre di quattro figli

ENRICO NEGROTTI

«**L**a nostra ricerca mira a colpire la leucemia mieloide acuta in modo innovativo e senza chemioterapia, per rendere la cura più tollerabile da parte degli anziani, che sono la fascia di popolazione più colpita dalla malattia». Maria Paola Martelli, docente di Ematologia all'Università di Perugia e responsabile di una sezione del reparto di Ematologia con trapianto all'Ospedale Santa Maria della Misericordia, ha speso tutta la vita di medico e ricercatrice a combattere la leucemia mieloide acuta. È a capo di un progetto finanziato dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc), e su un altro progetto ha ottenuto un finanziamento dello European Research Council.

Quando nasce il suo progetto?

Mi sono specializzata in Ematologia alla Sapienza di Roma con Franco Mandelli. In reparto e in ambulatorio, da giovane medico, ho avuto la possibilità di seguire tutte le patologie del sangue, ma soprattutto la leucemia mieloide acuta. A differenza delle forme linfoblastiche acute, tipiche dell'età giovanile e oggi curate con un alto tasso di guarigione grazie alle polichemioterapie, la





leucemia mieloide acuta è caratteristica dell'adulto e dell'anziano. Insorge per lo più dai 40 anni, ma l'età media alla diagnosi è intorno ai 70. A differen-

za delle forme linfoblastiche del bambino, è caratterizzata da una minore percentuale di successi: molti pazienti sono anziani, spesso con altre patologie. Risulta quindi difficile utilizzare chemioterapie. El'insuccesso è dietro l'angolo. Occorre ancora tanta ricerca.

Quale strategia avete adottato?

Il nostro approccio vuole colpire punti deboli specifici della malattia, che non è unica: se ne distinguono diversi tipi a seconda della lesione genetica che la origina. Si tratta quindi di sviluppare una medicina di precisione, che trasformi quella specifica mutazione nel punto debole della malattia. Attraverso successivi screening di farmaci, siamo arrivati a testare due, l'omacetaxina e il venetoclax (approvati per l'impiego in altre malattie oncematologiche) per un'azione sulla leucemia mieloide acuta con mutazione del gene chiamato nucleofosmina (NPM1). Prima sono stati impiegati in laboratorio, poi nel modello animale (topo) e ora è attivo il protocollo clinico di fase 1 nel nostro Istituto. Tutti gli studi, da tre anni, sono stati sostenuti da Airc ed è stato approvato un ulteriore finanziamento per due.

Medico e ricercatore: sono due facce della stessa medaglia?

Sin dagli anni della specializzazione in Ematologia ho vissuto le difficoltà di combattere patologie aggressive che portano a tanti insuccessi. Poi ho fatto un dottorato di ricerca ai National Institutes of Health di Bethesda (Stati Uniti) per studiare la risposta immunitaria nei confronti delle patologie oncologiche. Tornata in Italia ho concepito la mia professione di medico come inscindibilmente legata alla ricerca, soprattutto quella traslazionale per portare i risultati al letto del paziente. Ho vinto un concorso per ricercatore a Bari, negli anni successivi alla scoperta - da parte del gruppo di Perugia coordinato da Brunangelo Falini - della mutazione della nucleofosmina come causa più frequente nella leucemia mieloide acuta. Ho quindi alternato attività clinica e collaborazione nella ricerca tra Perugia e Bari, prima di tornare in Umbria, dove il laboratorio si stava ingrandendo. Qui ho proseguito la mia attività di ricerca, a fianco di Falini, in tanti progetti sostenuti dall'Airc.

Ora come è composto il suo gruppo di ricerca?

Medici, biologi e biotecnologi, tra cui molte donne: in totale una quindicina di persone. I ricercatori in laboratorio hanno tra i 26 e i 40 anni, i medici fra i 30 e i 34. Sono dedicati a specifici progetti: uno è quello di Airc, l'altro è sostenuto da un finanziamento che ho vinto dallo European Research Council, che si sta concludendo, ma lavoriamo per ottenere nuovi fondi. Purtroppo in Italia i giovani ricercatori hanno difficoltà a essere stabilizzati, hanno stipendi non a-

deguali e qualche volta abbandonano la ricerca se ottengono altri posti di lavoro più solidi. Quindi compito del coordinatore del progetto è attivare un circolo virtuoso: più si fa ricerca, più si ottengono risultati che permettono di partecipare a bandi per nuovi finanziamenti.

Quali sono le difficoltà maggiori che ha incontrato?

Per il medico non è sempre facile gestire le sconfitte nell'attività clinica: il paziente che si risolveva ti dà energia, quando invece soccombe provi dolore e impotenza. Ma aiuta la fiducia che si percepisce nei malati, quando sanno che il medico che li cura fa anche ricerca. Il loro sorriso e la loro gratitudine per ciò che fai come persona, medico e ricercatore vanno oltre il successo o l'insuccesso. L'aspetto fondamentale è la motivazione: anche se non ogni ipotesi di lavoro si rivela vincente, ho sempre avuto una forte spinta a insistere con la ricerca per ottenere risultati per i malati. La motivazione è necessaria anche per mantenere l'equilibrio tra lavoro e famiglia: ho quattro figli, nati tra il 2000 e il 2004 (l'ultimo è stato un parto gemellare): devo ringraziare innanzitutto loro e mio marito, e il supporto dei miei genitori, dei miei suoceri e di una ragazza che ci ha affiancato per anni.

«Guido un gruppo dai 26 ai 40 anni, ma chi è giovane in Italia è senza garanzie. E quando può se ne va»

Il suo lavoro di frontiera, sostenuto dai fondi Airc, scandaglia i meccanismi di una malattia ancora letale





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

BAMBINI POVERI

Più soldi «accendono» il cervello

ANDREA LAVAZZA

Si parla a volte di una generazione "perduta". O almeno di una parte di essa molto penalizzata.

A pagina 3

ANALISI L'effetto delle misure di welfare sulle capacità cognitive dei piccoli

Con più soldi alle madri povere migliora il cervello dei bambini

Una ricerca mostra che c'è una correlazione tra gli aiuti economici e l'attività cerebrale. I sostegni monetari, e non solo, prima dei tre anni, una via per combattere l'esclusione



ANDREA LAVAZZA

Si parla a volte di una generazione "perduta". O almeno di una parte di essa fortemente penalizzata. La causa può essere una guerra oppure, oggi, una pandemia che si prolunga per anni. I giovani risultano i più colpiti e l'intera società ne soffre. Ma forse anche in tempo di pace e di normalità sanitaria rischiamo di vedere costantemente limitate le potenzialità di tanti bambini senza che questa emergenza sia sotto gli occhi dell'opinione pubblica o all'attenzione dei decisori politici. Che chi cresce in povertà soffra di uno svantaggio spesso incolmabile non è ovviamente una constatazione nuova. Quello che studi scientifici recenti ci stanno dicendo è però che sono all'opera diversi fattori e che pos-

siamo intervenire in modo selettivo ed efficace. Nuova conoscenza può ribaltare idee consolidate e guidare le politiche sociali in direzioni innovative. L'assunzione di base per tutto questo è che il cervello è il collo di bottiglia in cui si incanalano le componenti più diverse che influenzano la disuguaglianza.

Uno studio molto recente ha mostrato che l'attività cerebrale dei bambini è migliore se la madre in difficoltà economica ha ricevuto per un anno dalla nascita un contributo monetario regolare (ne ha accennato su "Avvenire" Francesco Riccardi il 26 gennaio). Il confronto è stato fatto negli Stati Uniti su un campione di circa 500 famiglie, tutte sotto la





soglia di povertà. Alla metà di esse sono stati versati 333 dollari al mese, alla restante parte soltanto 20. L'esame condotto con l'elettroencefalografia ha rivelato misure più alte su alcune particolari onde elettriche ad alta frequenza nei soggetti di un anno la cui madre aveva ottenuto il sostegno monetario più rilevante. Le onde analizzate di solito si accompagnano a prestazioni cognitive migliori a un'età più avanzata. La differenza tra i due gruppi non è enorme: i ricercatori l'hanno tradotta in un miglioramento da 75 a 81 in un'ipotetica scala a cento posizioni. Memoria, attenzione, capacità di ragionamento sono capacità che hanno un correlato nel cervello, ma siamo solo all'inizio di questo tipo di studi empirici che correlano le abilità con il contesto di crescita.

Perché i bambini hanno un beneficio da un sostegno al reddito della madre? Potrebbe dipendere dal fatto che vengono alimentati meglio. Oppure dalla possibilità della donna di stare di più con i figli, il che si traduce in una stimolazione positiva. Ancora, le minori preoccupazioni economiche possono ridurre

lo stress e le emozioni negative nel contesto familiare. Tutto questo contribuisce certamente all'equilibrato sviluppo del bambino e quello che si manifesta a livello comportamentale, senza volere necessariamente assumere una prospettiva materialistica, ha la propria causa nella struttura e nel funzionamento del sistema nervoso. In questo senso, i soldi possono "comprare" le condizioni più favorevoli perché molti bambini non abbiano una privazione permanente rispetto ai loro coetanei più fortunati.

Il punto è infatti che la finestra decisiva perché il nostro cervello si sviluppi nel modo più armonico è quello dei primi tre anni di vita. Successivamente, le diffe-

renze non sono più pienamente colmabili. La plasticità resta elevata e vi sono tanti casi di individui che dalle peggiori condizioni nell'infanzia hanno raggiunto vette nelle professioni intellettuali, ma si tratta di una minoranza. Lo studio di Kimberly Noble e colleghi, pubblicato dieci giorni fa, ha alcuni precedenti recenti. Il gruppo di John Gabrieli ha scoperto nel 2015 che lo spessore della corteccia dei lobi parietale e temporale è correlato con i risultati nei test scolastici: maggiore lo spessore, migliore il punteggio. Gli studenti che provengono da famiglie con reddito più alto hanno cortecce più spesse rispetto a coloro che sono cresciuti in famiglie con basso reddi-

to. E questa caratteristica anatomica può spiegare dal 15 al 45% della differenza nelle valutazioni ottenute. Anche in questo caso non è la disponibilità finanziaria dei genitori a influenzare le prestazioni scolastiche, ma tutti gli elementi che nella prima infanzia sono associati a essa. Non ultima la possibilità di frequentare scuole d'eccellenza nel primo ciclo.

Alcuni squilibri nell'accesso a certi posti e ruoli lavorativi e sociali sono certamente dovuti a meccanismi di mantenimento della ricchezza o di privilegi indipendentemente dalle capacità di ogni singola generazione (è stato documentato, per esempio, che a Firenze certe famiglie sono tra le più facoltose e influenti da secoli). Si può fare ciò stabilendo regole o procedure favorevoli a specifiche categorie. Di converso, chi proviene da contesti deprivati può essere imprigionato in un circolo vizioso di esclusione malgrado brillantezza e potenzialità personali. Qui emerge la difficoltà di sbrogliare la matassa delle cause della disuguaglianza. Tuttavia, ricerche come quella di Noble aiutano a distinguere dove sono in gioco fattori prevalentemente sociali, che possono essere corretti o smantellati, e dove invece si crea un deficit molto più difficile da rimuovere.

Si tratta, come detto, degli effetti che la povertà scrive direttamente nel nostro cervello, dando minori opportunità a chi cresce in un contesto deprivato rispetto alla media della popolazione. Non bisogna infatti dimenticare che non si tratta di un livello assoluto. Ci sono indicazioni che il quoziente intellettivo medio sia andato crescendo costantemente nel Novecento, proprio per il progresso nelle condizioni generali dei giovani. Un neonato in una famiglia povera del 2022 in genere sta peggio di un suo coetaneo ricco ma molto meglio di un suo antenato del 1802. Infine, va considerato il ruolo del nostro patrimonio genetico, che assegna a ciascuno alcune inclinazioni comportamentali alle quali è complesso sottrarsi del tutto. Per esempio, la forza di volontà – che è oggetto di grande considerazione e apprezzamento nella nostra cultura, parte fondamentale del merito



che attribuiamo a chi raggiunge un traguardo – è qualcosa che si manifesta in modo differenziato nei bambini, e un bambino che sa resistere più a lungo alla tentazione di divorarsi un dolcetto sarà in media un adulto con un'esistenza più equilibrata e serena.

Eccoci allora alle indicazioni per le politiche sociali. Forse è troppo presto per trarre conseguenze immediate. Gli studi però procedono. Il progetto che ha dato i primi esiti dopo un anno proseguirà per altri 36 mesi e a quel punto i risultati saranno più probanti. D'altra parte, si può già cominciare a intravedere l'efficacia di

interventi che siano mirati al benessere dei bambini nei loro primi anni di vita, indipendentemente dalla traiettoria dei genitori. Soprattutto nel contesto americano, il welfare universale trova opposizione perché toglierebbe gli incentivi a lavorare e premierebbe chi non ha voglia di impegnarsi. Ma sapere che il danno relativo subito dal cervello dei piccoli svantaggiati non potrà essere compensato completamente dallo sforzo individuale successivo dovrebbe spingere nella direzione di un sostegno attivo, non solo nella forma monetaria. Ciò favorirebbe i singoli e l'intera società.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sapere che il danno relativo subito dai minori svantaggiati non può essere compensato dal solo sforzo individuale, deve spingere ad intervenire sin dalla tenera età su più fronti

Al campione di donne con figli sono stati dati 333 dollari al mese. Le ragioni del beneficio legato al reddito materno sono ancora da indagare



In un quarto circa dei pazienti le cure non sembrano avere risultati positivi. Studi recenti segnalano che le cause possono essere biologiche o ambientali, ma anche dovute a una assunzione scorretta dei medicinali. In ogni caso è necessario assicurare sul fatto che nessuno sarà «abbandonato»

Le «altre» terapie nella depressione resistente ai farmaci

Una persona su quattro sofferente di depressione non risponde in maniera adeguata al trattamento, e in molti casi questo è il segnale di una resistenza che può confermarsi anche con trattamenti successivi. È la depressione cosiddetta «resistente», quella che impatta in maniera più marcata sulla qualità della vita, sullo stato di salute generale e sulle strutture sanitarie e sociali. Sebbene non esista una definizione standardizzata, con questo termine ci si riferisce di solito a forme di depressione maggiore che non hanno risposto ad almeno due cicli di trattamento antidepressivo. Infatti, dopo questi primi due cicli, eventuali cicli successivi con farmaci antidepressivi hanno una probabilità di successo decisamente inferiori, a testimonianza del fatto che si tratta di forme in qualche modo resistenti ai farmaci. È stata individuata anche una forma di depressione «pseudoresistente»: sono quei casi in cui la mancanza di una risposta adeguata è solo apparente, perché in realtà dipende dal fatto che sono state impiegate dosi di farmaco non corrette o che il paziente non ha assunto gli antidepressivi o lo ha fatto in maniera incostante o per periodi troppo brevi. Uno stato depressivo maggiore può rivelarsi resistente al trattamento anche in relazione ad alcune situazioni di vita intercorrenti, come lutti, malattie fisiche impegnative, perdite affettive, perdita del

lavoro, gravi difficoltà economiche, importanti conflitti familiari. È come se difficoltà oggettivamente difficili da superare si interponessero fra il trattamento e la guarigione. Secondo Michael Thase e Kevin Ryan Connolly del Mood and Anxiety Disorders Treatment and Research Program di Filadelfia, autori del capitolo di UpToDate sulla depressione resistente, a monte di questa condizione potrebbero esserci uno specifico profilo genetico, anomalie funzionali in alcune aree cerebrali o in network neurali, come indicato da alcuni studi di Risonanza magnetica funzionale (fMRI) o Tomografia a emissione di positroni, oppure un aumento in alcuni specifici marker biologici dell'infiammazione.

Una risposta definitiva però al momento non esiste, così che questa condizione resta non del tutto compresa. La buona notizia è che con specifici trattamenti ripetuti, in circa tre casi su quattro si riesce alla fine ad avere la meglio di una depressione che all'inizio si manifesta come resistente.

Le principali strategie attualmente utilizzate per il trattamento della depressione resistente consistono nel provare farmaci antidepressivi diversi rispetto a quelli che hanno mostrato di non funzionare, oppure nel ricorrere a psicoterapie per le quali è stata già dimostrata una buona efficacia, come quella a orientamento cognitivo-comportamentale o interpersonale. Un'altra strategia

oggi ampiamente utilizzata è rappresentata dall'aggiunta di un secondo farmaco, mantenendo però anche quello in corso. Sono utilizzati soprattutto il litio – che ha anche un'azione protettiva nei confronti del rischio di suicidio – o gli antipsicotici cosiddetti «atipici», ad esempio l'olanzapina o la quetiapina. Anche in questa strategia, l'aggiunta di una psicoterapia può diventare un importante strumento di rinforzo dell'efficacia del farmaco che in prima battuta aveva dimostrato di essere insufficiente.

Per dare maggiore spinta a un trattamento antidepressivo che stenta a raggiungere l'obiettivo ci sono poi ulteriori azioni che possono essere intraprese, come informare adeguatamente la persona depressa e la sua famiglia sulle caratteristiche del disturbo, i suoi sintomi, la sua prognosi, ma soprattutto le trappole cognitive che possono far prevalere pensieri negativi su se stessi e sul proprio ambiente oltre che le aspettative.

Anche un'adeguata igiene del sonno è importante, considerato che l'insonnia e i risvegli precoci sono sintomi disturbanti e quasi sempre presenti in chi è depresso. Fondamentale è poi la qualità della relazione medico-paziente. «I pazienti devono essere incoraggiati» dicono Michael Thase e Kevin Ryan Connolly. «Vanno rassicurati sul fatto che non saranno abbandonati e che il medico farà di tutto per aiutarli a stare meglio».

Daniilo di Diodoro



Medicina

Ridurre il numero
dei farmaci
agli anziani può
essere un vantaggio

di **Elena Meli**

8

Gli anziani prendono spesso numerose medicine, ma non di rado alcune continuano a essere assunte anche quando non sono più necessarie. Evitare questo errore comporta diversi benefici

Non sempre un farmaco è «per sempre»

di **Elena Meli**

Un farmaco non è, e non deve essere, per sempre: serve un «tagliando» delle terapie almeno una volta all'anno per valutare se siano ancora necessarie, soprattutto se a seguirle sono gli anziani. Lo suggeriscono gli esperti della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, che hanno appena presentato le nuove linee guida per la gestione delle politerapie negli over 65, dove succede spesso che il cardiologo, il diabetologo, il medico di famiglia prescrivano una medicina che poi resta nelle abitudini quotidiane a vita. Negli anni il risultato è un «cumulo» di farmaci spesso controproducente, non solo perché più se ne prendono, più aumenta la probabilità di dimenticarsene qualcuno fondamentale o di fare errori con dosi e tempi: i geriatri stimano che siano almeno due milioni gli anziani esposti a interazioni fra medicinali potenzialmente molto gravi, mentre un altro milione prende farmaci in maniera inappropriata e così ha un maggior rischio di ricoveri, effetti collaterali, perfino mortalità. «Il 75 per cento di chi ha più di 60 anni prende 5 o più farmaci, spesso però le te-

rapie sono protratte senza che ce ne sia più l'indicazione», dice Francesco Landi, presidente Sigg. «Restano come una specie di ob-

Il 75 per cento di chi ha più di 60 anni prende 5 o più preparati, spesso però le cure sono protratte senza che ce ne sia più l'indicazione

bligo rituale, per un'inerzia terapeutica che va combattuta: bisogna prescrivere meglio per prescrivere meno». Significa, come sottolineano le nuove linee guida, che il medico deve dare ogni nuova medicina dopo essersi assicurato che sia compatibile con quelle già assunte e solo se è necessaria e realmente efficace nel controllo di sintomi e complicanze. Il paziente dal canto suo può e deve chiedere la revisione periodica dei farmaci, che i geriatri stimano possa diminuire del 20 per cento il rischio di avversi e portare a togliere ogni volta almeno un farmaco non più appropriato o che è un duplicato terapeutico: «Almeno una volta all'anno e ogni volta che vi siano variazioni del-



le condizioni cliniche la terapia andrebbe rivalutata nel suo complesso, cercando di semplificarla e ottimizzarla riducendo o sospendendo i medicinali che non hanno più un'indicazione», specifica Graziano Onder, direttore del Dipartimento Malattie cardiovascolari, endocrinometaboliche e invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità. Quali sono i farmaci che più spesso si continuano a prendere «per abitudine»? «Per esempio gli inibitori di pompa protonica, cioè gli antiacidi: sono spesso assunti senza una chiara indicazione d'uso ma se utilizzati nel lungo periodo possono avere effetti collaterali, come l'aumento del rischio di fratture; oppure le statine per il colesterolo, non raccomandate in chi ha un'aspettativa di vita limitata», risponde Alessandra Marengoni, geriatra e coautrice delle linee guida. Individuare le priorità di cura e fare la sintesi delle diverse terapie spetta al curante, ma i pazienti anziani e i loro familiari possono fare molto: intanto, è bene non avere paura di abbandonare un medicinale, se lo consiglia il medico. Quasi sempre è possibile eliminare almeno un farmaco senza conseguenze sulla salute: uno studio condotto su pazienti particolarmente fragili ospiti in Residenze Sanitarie Assistite per esempio ha dimostrato che è possibile togliere farmaci psicotropi come benzodiazepine o antidepressivi riducendo

del 21 per cento il numero di pazienti esposti a interazioni gravi; un'indagine su anziani assistiti dal medico di medicina generale ha dimostrato che la revisione delle terapie può ridurre fino al 17 per cento l'impiego scorretto di antiacidi e altri farmaci, diminuendo del 10 per cento il rischio di interazioni e aumentando fino al 30 per cento l'aderenza alle cure indispensabili. Non bisogna insomma temere di non essere più curati bene o a sufficienza se si elimina un farmaco, anzi. Per non sbagliare, può aiutare anche un breve vademecum stilato dai geriatri: «Prima regola, avere una lista e uno schema preciso delle terapie seguite, inclusi integratori e prodotti erboristici, assicurandosi di aggiornare il medico a ogni cambiamento delle cure», consiglia Landi. «Quindi, è utile coinvolgere un familiare o un caregiver, specie per quei pazienti che hanno difficoltà di memoria e rischiano errori di somministrazione. Si ai dispenser giornalieri e settimanali in modo da non ripetere l'assunzione più volte o, al contrario, dimenticare le pillole, aiutandosi eventualmente anche con allarmi sul cellulare. In alcuni casi, infine, opportuni consigli per modificare lo stile di vita, dalla dieta corretta all'attività fisica costante, al divieto di fumo, possono almeno in parte rendere superflua l'assunzione di una certa medicina».



I consigli per la gestione della «farmacia»

Fare la lista delle pastiglie (compresi integratori ed erbe)

La lista dei principi attivi che si assumono deve essere sempre aggiornata e contenere anche tutti gli integratori o prodotti erboristici, che potrebbero interferire con le cure

Chiedere il «tagliando» al medico una volta all'anno

Rivalutare le terapie periodicamente, almeno una volta l'anno, è utile per ottimizzarle ed è una richiesta che paziente o caregiver possono e devono fare al medico

Niente fai da te: pericolose le interruzioni «in autonomia»

La riduzione delle prescrizioni può essere decisa solo dal medico: una terapia non deve mai essere interrotta o ridotta in autonomia

«Aiutarsi» con lo stile di vita per ridurre le terapie

A volte basta perdere peso o modificare alcune cattive abitudini, dal fumo alla dieta scorretta, per ridurre o eliminare la necessità di un farmaco

I geriatri stimano possa diminuire del 20 per cento il rischio di eventi avversi rinunciando a trattamenti non più appropriati, che non di rado sono duplicati terapeutici



LOTTA AL VIRUS

Carenza di personale ormai cronica. Subito interventi strutturali

Curva dei contagi in calo Pronto Soccorso al collasso

●●● La curva dei contagi inizia a calare nel Lazio (-30% rispetto alla scorsa settimana), però la pressione sui Pronto soccorso e i reparti ospedalieri continua a salire. Alle ore 12 di ieri si è toccata una nuova cifra-record di «pazienti in attesa di ricovero o trasferimento» nelle 48 strutture d'emergenza-urgenza della Regione: erano ben 863 (scesi a 691 sette ore più tardi). Con fino a 82 persone sulle lettighe sistemate nelle astanterie del policlinico Umberto I, 73 al Pertini, 72 al Gemelli, 70 a Latina e 57 al San Camillo-Forlanini. «Sono mesi che Cittadinanzattiva e Simeu Lazio stanno segnalando all'Assessorato la grave situazione dei Pronto Soccorso del Lazio - protesta il segretario regionale del Tribunale per i diritti del malato, Elio Rosati - Ma pare che nulla e nessuno voglia assumersi l'onere di fare le cose che vanno fatte. Mancano 357 medici nei Pronto

Soccorso del Lazio. Pensiamo di "mettere le pezze" a criticità strutturali con un maquillage comunicativo aprendo la ricerca a medici stranieri?». Anche l'agognato concorso per 153 posti di medici per i Pronto Soccorso si è risolto in appena 31 assunzioni: 3 specializzati e 28 specializzandi. Restano scoperti, quindi, 122 posti, con le Asl di Frosinone e Viterbo rimaste completamente a bocca asciutta (a fronte dei rispettivi fabbisogni di 20 e 8 camici bianchi). Anche per il presidente dell'Ordine dei medici di Roma e provincia, Antonio Magi, «bisogna potenziare sia il numero di posti letto sia gli organici: medici, tecnici e infermieri. Altrimenti in una capitale come Roma, che ha un'utenza enorme perché ci sono persone che vengono a curarsi

anche da altre parti d'Italia, nei momenti di crisi ma anche per eventi di altra natura, come ad esempio il Giubileo o le manifestazioni sportive, si corre il rischio di generare una situazione di posti letto insufficiente per quelle che sono le necessità della cittadinanza. Quindi, almeno per le aree metropolitane, le aree di alta specializzazione come Roma e Milano, è necessario creare quelle posizioni, quei posti letto adeguati a un determinato fabbisogno. Se le persone si ammalano - conclude Magi - devono avere la possibilità di essere sempre curate». Attualmente ci sono 2.089 degenti-Covid, pari ad un tasso d'occupazione del 32% nelle aree mediche. Nei reparti di Terapia intensiva, con 196 degenti, il tasso è del 21% (il Lazio è una delle 5 Regioni sopra la soglia critica del 20%). Anche se, rispetto al 2 febbraio dello scorso

anno ci sono 247 ricoveri in meno in area medica, 93 in meno in terapia intensiva e 26 decessi in meno. «Numeri che - sottolinea l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato - dimostrano l'importanza della vaccinazione».

Ieri sono stati superati i 12,8 milioni di vaccini complessivi, ma la giornata ha "regalato" anche «una riduzione su base settimanale del 30% dei casi positivi. È un dato significativo - conclude D'Amato - per il secondo giorno di seguito che indica una curva che sta discendendo». Su un totale di 103.464 tamponi, infatti, si sono registrati 10.560 (di cui 4.978 a Roma) nuovi casi positivi (-1.571 rispetto a martedì), con 26 decessi (+1) e +14.297 guariti. il rapporto tra positivi e tamponi è al 10,2%.

ANT. SBR.**4978**

Il numero
Dei nuovi casi
positivi al Covid-19
registrati ieri
a Roma

Fuori controllo
Pronto soccorso
sempre più
in affanno,
reccord di attesa
in barella ieri con
quasi 900 pazienti
in cerca di un letto

