



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

08 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



La delibera

Asp di Palermo, 180 contratti a tempo determinato prorogati al 31 dicembre 2022

Il provvedimento riguarda 78 infermieri, 101 operatori socio-sanitari e 1 dirigente medico. Gli incarichi potranno essere revocati anticipatamente in vari casi, tra cui la fine dello stato di emergenza.

8 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Per **180 contratti** a tempo determinato dell'Asp di Palermo arriva la proroga fino al 31 dicembre del 2022. Lo prevede una delibera del 26 gennaio a firma del direttore generale **Daniela Faraoni** (nella foto di Insanitas). Si tratta di incarichi per fronteggiare l'**emergenza Covid** che hanno superato la scadenza dal primo febbraio o che la supereranno nelle prossime settimane.

Nel dettaglio, il provvedimento di cui ha avuto visione Insanitas riguarda **78 infermieri** (67 dal primo febbraio, 4 dal 15 febbraio, 6 dal primo marzo e 1 dal 5 aprile), **101 operatori socio-sanitari** (dal primo febbraio) e **1 dirigente medico** (dal primo febbraio).

Tuttavia, gli incarichi **potranno essere revocati** prima della data naturale di scadenza per cessazione dello **stato di emergenza**, per assegnazione a qualsiasi titolo di personale della medesima posizione funzionale, per intervenute assunzioni a tempo indeterminato o per rimodulazione del nuovo assetto organizzativo in aderenza al DM 70 del 2015 e delle conseguenti disposizioni che saranno emanate dall'assessorato regionale alla Salute.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Ed ancora, per eventuali **esigenze organizzative** che dovessero sopraggiungere o per sospensione/chiusura o accorpamenti di attività, ovvero per particolari esigenze **ad insindacabile giudizio** dell'azienda.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

LIVESICILIA
FONDATO DA FRANCESCO FORESTA

Sicilia, Covid e posti letto: l'isola verso il ritorno in zona gialla

Sotto la soglia i ricoveri in terapia intensiva. Permane la pressione sui reparti ordinari

LA PANDEMIA - di Riccardo Lo Verso

08/02/2022

PALERMO – La Sicilia ha numeri da zona gialla. Venerdì, se venisse confermata la tendenza degli ultimi giorni, la cabina di regia nazionale sancirà l'abbandono della zona arancione.

I numeri erano migliorati già la scorsa settimana, ma per passare [alla fascia di rischio inferiore](#) servono almeno due settimane di fila di permanenza sotto le soglie fissate.

Sicilia, numeri da zona gialla

[Resta sopra soglia l'incidenza settimanale dei casi](#). Nei reparti ordinari la percentuale dei posti letto occupati da pazienti con Covid-19 in Sicilia è al 37%, sette punti percentuali sopra il tetto massimo. Ed è il dato che preoccupa di più, visto che conferma lo stato di difficoltà attraversato dagli ospedali siciliani. La pressione permane.

Per quanto riguarda le terapie intensive l'occupazione è al 15%, a fronte di una soglia del 20 per cento. Entrambi i dati sono in calo rispetto a sette giorni fa. La colorazione cambia solo se tutti e tre i parametri vengono superati.

Sulla base del report della cabina di regia dell'Istituto superiore di sanità, che si era riunita la scorsa settimana, l'indice di saturazione delle Rianimazioni era al 16,7, mentre nei reparti ordinari Covid era al 38,3 per cento. Il prossimo appuntamento per decidere le nuove colorazioni è fissato per martedì.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

I dati nazionali dei reparti ordinari

Questo il quadro nazionale fornito da Agensa. Nei reparti ordinari la percentuale dei posti letto occupati da pazienti con Covid-19 risale al 29% (+1%) e, in 24 ore, aumenta anche in 8 regioni e province autonome: Calabria (al 35%), Friuli Venezia Giulia (38%), Lazio (33%), Liguria (38%), Molise (con +3% arriva a 26%), PA Bolzano (28%), PA Trento (30%), Piemonte (29%).

La percentuale cala in Abruzzo (37%), Lombardia (24%), Valle d'Aosta (30%). Stabile, invece, in Basilicata (26%), Campania (30%), Emilia Romagna (27%), Marche (32%), Puglia (26%), Sardegna (23%), Sicilia (37%), Toscana (26%), Umbria (33%), Veneto (23%).

Le terapie intensive

Resta al 15%, in Italia, la percentuale di terapie intensive occupate. In 24 ore, però, cala in 8 regioni: Calabria (al 12%), Friuli Venezia Giulia (23%), Lombardia (11%), Marche (20%), PA Bolzano (11%), PA Trento (con -3% scende al 23%), Piemonte (15%) e Sardegna (15%). Cresce, invece, in Basilicata (5%), Toscana (18%), Umbria (10%).

Il valore è stabile in Abruzzo (19%), Campania (10%), Emilia Romagna (16%), Lazio (21%), Liguria (15%), Molise (8%), Puglia (14%), Sicilia (15%), Val d'Aosta (9%), Veneto (14%).

LA PANDEMIA

Basta mascherine non serviranno più per chi è all'aperto

PAOLO RUSSO

Sono state il simbolo della pandemia e, all'aperto, da venerdì non le indosseremo più. L'addio alle mascherine quando si è in giro era fissato

per l'11 febbraio nelle zone bianche. Speranza brucia le tappe, abrogando l'obbligo in tutta Italia. - Pagine 10-11



Giù la mascherina

Da venerdì stop all'obbligo all'aperto in tutta Italia. Scuola, rientro con disagi

ROMA

Sono state il simbolo della pandemia e, perlomeno all'aperto, da venerdì non le indosseremo più. L'addio alle mascherine quando si è in giro era già stato fissato per il prossimo 11 febbraio da un'ordinanza del ministro Roberto Speranza, che l'obbligo l'aveva però cancellato solo per le zone bianche, ossia Molise, Umbria e Basilicata. Ma adesso il titolare della Salute ha deciso di bruciare le tappe, abrogando l'obbligo anche in fascia gialla e arancione. Ossia in tutta Italia. A dare l'annuncio di un imminente nuovo provvedimento del ministero è il sottosegretario alla Salute, Andrea Costa: «È un segnale di speranza per tutti gli italiani». I quali da venerdì potrebbero anche tornare a ballare in discoteca. «Spero che l'obbligo di chiusura prorogato solo fino al 10 febbraio

dall'ultimo decreto legge non venga ulteriormente spostato in avanti. Sarebbe un altro passo verso la normalizzazione e una boccata d'ossigeno per un settore economico che ha pagato più di altri il prezzo delle chiusure», afferma sempre Costa. Anche se, sul riaprire locali dove ci si agita al chiuso senza mascherine, il «suo» ministro sembra nutrire ancora qualche dubbio. La riapertura al chiuso sarebbe però al 50% della capienza e con le mascherine tirate su non appena ci si sposta dalla pista da ballo.

«Riaprono le discoteche»

Non copriranno invece più naso e bocca all'aperto sempre da venerdì. Ma con varie eccezioni, perché comunque resterà l'obbligo di indossare gli strumenti di protezione tutte le volte che si creano assembramenti. Quindi al mercato rionale, piuttosto che quan-

dosi si è accalcati a fare l'aperitivo fuori dai locali, ai concerti e allo stadio, dove dovrebbe restare l'obbligo di indossare le più protettive Ffp2. Quando si esce di casa sarà quindi sempre meglio portare con sé in tasca almeno una chirurgica, anche se non si prevede di dover mettere piede in locali al chiuso.

L'accelerazione sulle mascherine all'aperto lascia presagire allentamenti di altre restrizioni, come quelle su durata delle quarantene e capienze, ancora al 50% in cinema, teatri e stadi. Anche perché la



LA STAMPA

discesa di Omicron è sempre più ripida. Ieri sono stati registrati 41mila casi rispetto ai 78 mila di domenica, ma soprattutto la metà di quelli che si erano contati una settimana prima. Anche se continua a essere alto il numero dei morti, ancora 326. Ma quella è l'ultima delle curve a calare.

La Dad dimezzata

In attesa di assaporare nuove libertà, ieri 600 mila studenti hanno assaggiato quella di tornare a scuola, abbandonando il purgatorio della Dad. «Ci sono stati disagi so-

prattutto nelle scuole primarie, dove è toccato ai dirigenti scolastici nel fine settimana avvisare le famiglie che, con le nuove norme arrivate solo venerdì sera, i giorni di quarantena si riducono da 10 a 5», racconta il presidente dell'associazione nazionale presidi, Antonello Giannelli. Che però ammette: «il protocollo è molto più agevole da rispettare e nei prossimi giorni si tornerà alla normalità».

In linea di massima chi era con il Green Pass è rientrato senza problemi, «ma chi era in quarantena e doveva fare il tampone non sempre è riuscito a farlo. E nelle scuole primarie della provincia di Roma qualche problema lo abbiano avuto nelle mense», lamenta Cristina Costarelli, a capo dei presidi del Lazio. Ma il fronte della scuola resta caldo per il ritorno della prova scritta alla Maturità e l'alternanza scuola-lavoro, che non piacciono agli studenti. Pronti a saltare dalla Dad alle occupazioni. PA. RU. —

41.247

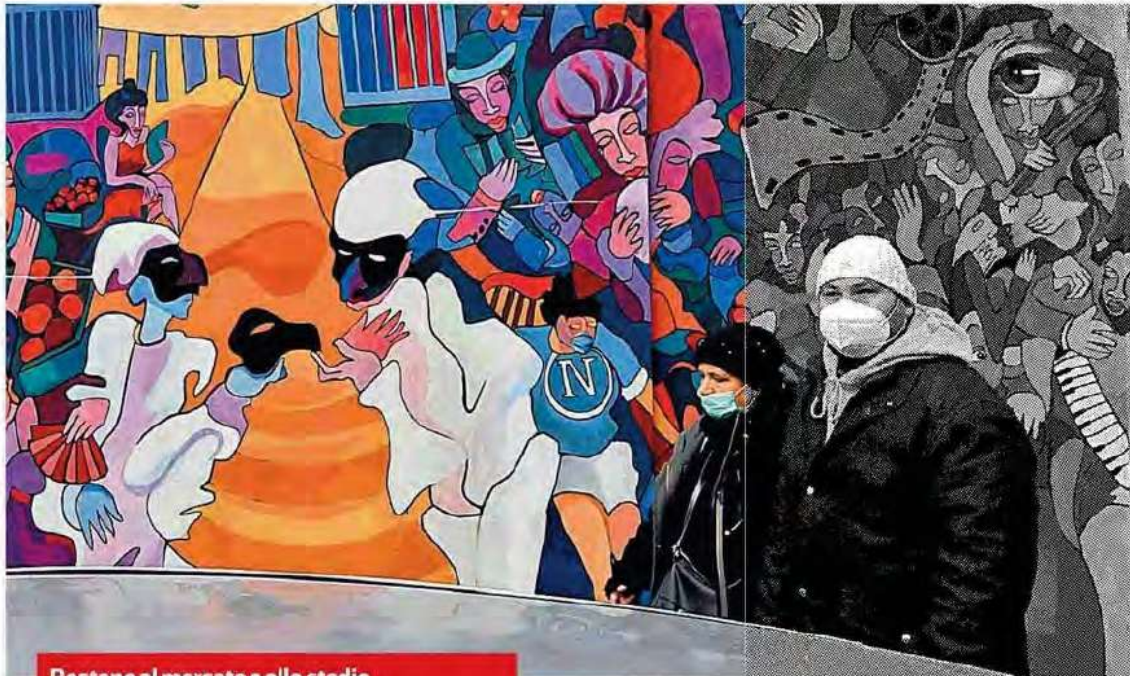
I nuovi contagi di ieri su 393.663 tamponi con tasso di positività sceso al 10,5%

326

Le vittime nelle ultime 24 ore, 1.423 i ricoverati in terapia intensiva (-8 rispetto a domenica)

81,8%

La percentuale di italiani vaccinati con almeno due dosi su 48,5 milioni di persone



Restano al mercato e allo stadio
L'obbligo di mascherine all'aperto continua a essere in vigore in caso di assembramenti

ANSA / CIRO FUSCO



LO STUDIO DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE DELLA SALUTE

Una strage da quasi 150 mila vittime “Ma il conto dovrebbe essere più alto”

L'Italia non ha censito tutti i morti per Covid: nel 2020 ne sono sfuggiti oltre 25 mila

PAOLORUSSO
ROMA

Dopo i ricoveri da giorni è il turno dei morti «con» anziché «per» Covid. Il corosì è alzato tra esponenti politici favorevoli al «liberi tutti e subito», ma anche tra medici ed esperti. Perché nella corsa alla normalizzazione c'è un dato che stona e sono quelle 12 mila vittime del virus da Natale ad oggi, con il totale di 150 mila decessi che l'Italia sembra destinata a raggiungere già questa settimana. Rapportato alla popolazione è il più alto tasso di mortalità da Covid in Europa. Perché probabilmente gli altri li contano in modo meno preciso di quanto non si faccia da noi e non per il fatto che il nostro servizio sanitario nazionale sia più scassato di altri. Ma il dubbio che tutte quelle morti non siano di pazienti positivi deceduti poi per infarti, tumori od altro lo sollevano i dati Istat e Iss.

Punto di partenza per capire come effettivamente stiano le cose è la mortalità attesa, che si calcola facendo una media di quella rilevata in cinque anni, in questo caso dal 2015 al 2019. I decessi anche nel 2020 sarebbero dovuti essere 645 mila. Aggiungendovi i 74 mila per Covid, riportati dalla Protezione civile nei bollettini quotidiani, si arriva a 719 mila. Se alcuni o molti di loro fossero morti «con» e non «per» Covid di de-

cessi a fine 2020 ne avremmo dovuti contare meno, perché chi non ce l'ha fatta per altre cause dovrebbe rientrare nella «mortalità attesa». E invece nell'annus horribilis 2020 di morti alla fine se ne sono contate 746 mila, 27 mila in più, che potrebbero essere catalogate come «morti sommerse da Covid». Infatti, «in un altro studio Istat-Iss sui decessi in eccesso osservati nei mesi di marzo e aprile 2020 rispetto alla media del periodo 2015-2019, si è evidenziato un aumento significativo di altre cause che, al momento, non trova una spiegazione di natura epidemiologica: polmoniti e influenza (10% del totale dei decessi in eccesso), demenze e malattia di Alzheimer (5% del totale dei decessi in eccesso), cardiopatie ipertensive (5% del totale dei decessi in eccesso) e diabete (3% del totale dei decessi in eccesso)», spiega Alessandro Solipaca, direttore scientifico dell'Osservatorio nazionale della Salute. Numeri in eccesso «che si spiegano con il fatto che l'Italia è stato il primo Paese europeo a essere travolto dalla pandemia, con un impatto difficile da gestire sotto tutti i punti di vista. Tanto che molti anziani sono morti in casa e i certificati di morte sono in alcuni casi stati redatti prima che si accertasse la loro positività», prosegue il direttore dell'Osservatorio. Infatti

nel 2021 quelle «morti sommerse» non si verificano più. I 62 mila morti per Covid sommati a quelli attesi danno un totale di 707 mila decessi, dato più o meno sovrapponibile ai 705 mila che si sono effettivamente contati a fine anno. Quindi i morti per Covid sono quelli conteggiati da Iss e Protezione civile e per lo stesso ragionamento fatto con i dati del 2020 parliamo di persone che non ce l'hanno fatta «per» il Covid, e non perché malati di altro e positivi per caso. C'è anche da dire che, «confrontando la mortalità attesa con quella effettiva in era Covid, scopriamo che i decessi attribuibili ai contagi negli altri Paesi europei non sono dissimili dai nostri», assicura Graziano Onder, che per l'Iss cura il rapporto sui decessi da coronavirus.

A smentire chi minimizza parlando di positivi morti di altro, c'è poi un altro studio condotto da Iss e Istat sulle cause dei decessi dei contagiati alla data del 25 maggio 2020. I risultati testimoniano che il Covid è la causa «direttamente»

responsabile della morte dell'89% delle persone risultate essere positive al test. Il restante 11% è attribuibile a malattie cardiovascolari (4,6%), tumori (2,4%), malattie del sistema respiratorio (1%) e altro ancora. I numeri sembrano insomma smentire un raccon-



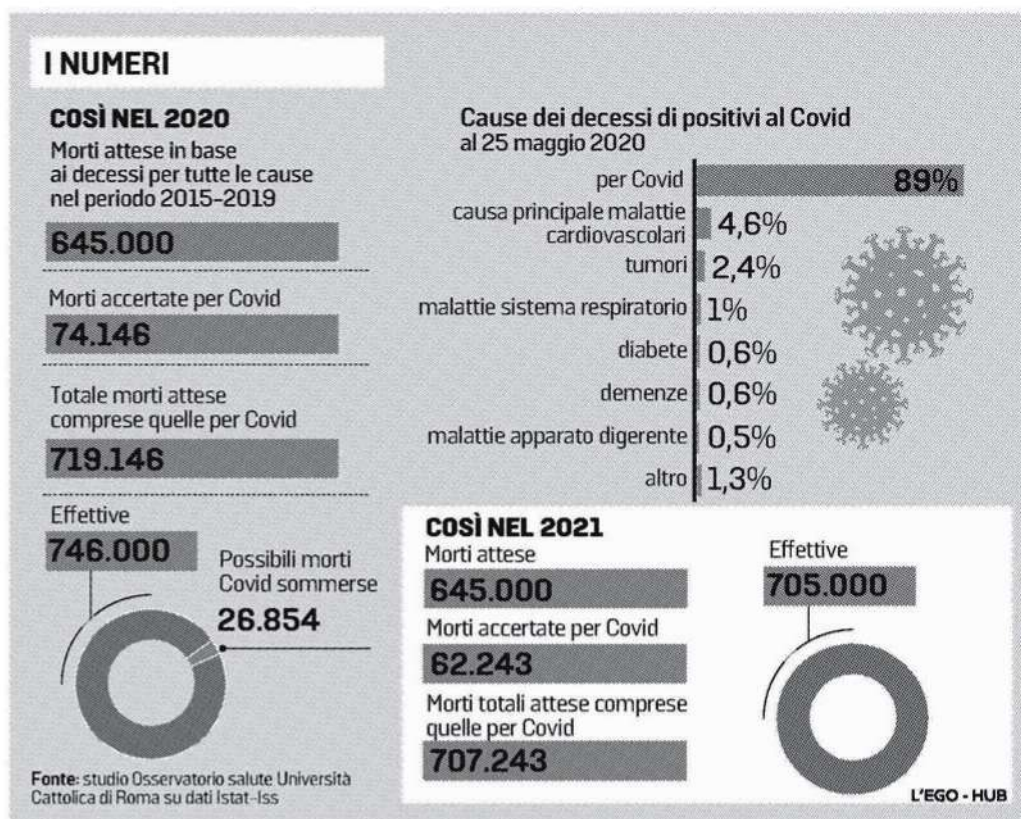
LA STAMPA

to già sentito nei primi giorni di lockdown duro nel 2020, quando nelle conferenze stampa delle 18 si cercava di tranquillizzare gli italiani impauriti, ricordano che quei morti avevano più di 80 anni e si portavano dietro molte altre patologie. Da qui la formula dei «morti con Covid» che nessuno osò più pronunciare dopo le immagini dei camion militari che scendevano da Bergamo carichi di bare.

Oggi fortunatamente abbiamo i vaccini e il booster, sommato all'immunità acquisita dai tanti che si sono contagiati,

sta piegando la curva dei contagi. Ma come allora a non farcela sono gli ultra-fragili, vuoi per l'età avanzata, vuoi per malattie che ne hanno indebolito il sistema immunitario, rendendo meno robusta la protezione anticorpale alzata dai vaccini. Questo lo sanno anche i medici, che stanno cercando di far sentire la loro voce, chiedendo un uso più esteso delle nuove terapie antivirali, allargandone la prescrivibilità anche ai medici di famiglia. —

Confrontando i decessi attesi ed effettivi le cifre all'estero sono simili alle nostre



L'intervista

«Ora siamo arrivati alla coda della pandemia. Spero che con Omicron il virus diventi endemico»

Abrignani: con l'85% di vaccinati torniamo alla vita normale

di **Margherita De Bac**

Siamo alla «coda della pandemia» e possiamo sognare «di riprenderci una a una tutte le libertà perdute negli ultimi due anni». Non si esaurisce qui la dose di ottimismo di Sergio Abrignani, immunologo della Statale di Milano, componente del Comitato tecnico scientifico. Si dice pronto a stipulare una sorta di contratto con la variante Omicron: «Ci metterei la firma, se il virus restasse così e non cambiasse più».

Dopo aver infettato sei volte più della precedente variante, la Delta, si è scoperto che Omicron non è poi così dannosa?

«Sia Omicron 1 sia il tipo 2 sono meno pericolose di Delta per i vaccinati con due o tre dosi in quanto, è ben dimostrato, inducono meno malattia severa. Mi auguro che sia questo il virus destinato a restare fra noi diventando endemico. Penso sia difficile che spunti fuori una variante più contagiosa. Fra gli italiani che si sono immunizzati con il vaccino, con l'infezione naturale causata dalle precedenti varianti e infine da Omicron,

si raggiunge un alto livello di immunità. Così si arriva all'endemia. Il virus non sparisce ma continua a circolare dando origine a un limitato numero di casi».

La parola miracolo in medicina non dovrebbe essere usata. I vaccini però lo hanno compiuto.

«In questo caso è vero. Dieci mesi fa eravamo alle prese con coprifuoco e locali chiusi. Oggi con l'85% della popolazione vaccinata abbiamo praticamente ripreso in pieno la vita normale. Per i cittadini con green pass rafforzato non esistono luoghi preclusi».

Ci vorrà una quarta dose per rendere la convivenza con il virus ancora più pacifica?

«La maggior parte dei vaccini contro altre malattie infettive richiede tre dosi per innescare una protezione valida negli anni. È la schedula classica. Abbiamo visto il governo israeliano somministrare la quarta dose a due mesi dall'ultima. Non è servita a nulla sul piano del rafforzamento dell'immunità, tanto che l'agenzia europea per i medicinali (Ema) non l'ha autorizzata. Ecco perché la validità del green pass è stata prorogata senza scadenza. Anche se più avanti dovessimo avere l'evidenza di un nuovo calo di protezione nei vaccinati tre volte, penso sia improbabile insistere con lo stesso vacci-

no. Avrebbe poco senso».

E se dal cappello delle industrie farmaceutiche uscisse fuori un vaccino specifico, disegnato per neutralizzare Omicron?

«Non si parlerebbe di quarta dose ma di una nuova vaccinazione. Lo stesso avviene contro l'influenza. Ogni anno i ceppi virali sono diversi e diverso è il tipo di antinfluenzale preparato dalle aziende».

Un terzo dei bambini tra 5 e 11 anni si è vaccinato. Troppo poco?

«Il vaccino per queste età è disponibile da un mese e mezzo, l'adesione è stata fiacca. La speranza è che, con le nuove norme sulla scuola, le famiglie si sentano incentivate. I bambini immunizzati non andranno in didattica a distanza, una specie di premio per loro stessi e per i genitori».

La quarantena è stata ridotta a 5 giorni anche per i non vaccinati. Perché?

«È un rischio calcolato.



Sappiamo che la capacità di contagiare, nel caso della variante Omicron, dura di più però è inferiore a quella dei virus che l'hanno preceduta».

Si va verso la fine dell'emergenza. Lei e i colleghi del Cts vi sentite ancora utili visto che all'interno dei ministeri si possono trovare competenze tecniche necessarie?

«Il governo non ci ha ancora licenziati. Se riterrà che non siamo più utili non ci resterà che ringraziare e tornare a casa. Ci vengono ancora sottoposti quesiti e i nostri pareri tecnici sono stati evidente-

mente un ausilio per i decisori politici».

Nuovi vaccini. Quello della francese Valneva avrebbe dovuto già essere in distribuzione. Il suo arrivo tardivo, previsto per fine febbraio, è un danno visto che è basato su una tecnologia diversa e potrebbe costituire per molti cittadini esitanti uno stimolo ad accettare la profilassi?

«Ci sono dei problemi imprevedibili a livello di sviluppo clinico o di produzione. Questi stop sono la normalità per composti sottoposti a controlli eccezionalmente accurati. Guardando indietro ci

dobbiamo ritenere fortunati che per Pfizer e Moderna, nelle fasi iniziali di produzione, sia andato tutto liscio altrimenti saremmo qui a piangere molti milioni di morti in più nel mondo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Davanti a un eventuale calo di protezione dopo la terza dose, penso sia improbabile insistere con una quarta dello stesso vaccino. Servirebbe un altro preparato

Lo stop alla dad per gli studenti immunizzati è un premio per loro e per le famiglie. Mi auguro che le nuove norme sulla scuola siano un incentivo a vaccinare i più piccoli

Il governo non ha ancora licenziato noi tecnici. Ci vengono ancora sottoposti quesiti e i nostri pareri tecnici sono stati un ausilio per i decisori politici



Immunologo Sergio Abrignani, 63 anni, membro del Cts



L'EMERGENZA SANITARIA

Dall'11 febbraio via le mascherine
in strada, anche in zona arancione

Marzio Bartoloni — a pag. 8

Addio alla mascherina da venerdì, obbligo di pass fino all'estate

Il piano. Pronta l'ordinanza: stop ai dispositivi all'aperto anche in zona gialla e arancione. Certificato verde esteso ma con possibili allentamenti

Marzio Bartoloni

Venerdì scatterà l'addio all'obbligo di indossare le mascherine all'aperto in tutta Italia: non conterà infatti il colore della Regione (finora lo stop era previsto solo in zona bianca) il prossimo 11 febbraio quando arriverà anche la riapertura delle discoteche. Dopo le nuove regole sulla scuola entrate in vigore ieri - con Dad ridotta a 5 giorni e vaccinati sempre in classe - ecco le prossime tappe del piano del Governo per il ritorno alla normalità che vedrà un importante giro di boa il 31 marzo quando scadrà lo stato di emergenza che il Governo sembra intenzionato a non prorogare più.

A sancire l'abbandono delle mascherine, ma solo all'aperto, sarà una nuova ordinanza già pronta del ministro della Salute Roberto Speranza anticipata ieri dal sottosegretario Andrea Costa: «Bisogna ripartire e intanto ripartiamo dal togliere le mascherine all'aperto indipendentemente dai colori delle varie regioni». Tra le altre possibili misure in arrivo anche le capienze degli stadi, con la soglia attualmente prevista al 50% che potrebbe passare presto al 75% e progressivamente al 100 per cento. Ma nonostante questi primi segnali di normalità per il Paese e la curva dei contagi in discesa - ieri oltre 41 mila casi e 326 morti - la prudenza resta

sempre alta: «Siamo in una fase ancora di lotta contro il Covid anche se ci sono segnali incoraggianti, con una decrescita del 30% dei casi in una settimana», avverte Speranza.

Per questo anche se la discussione è ancora aperta è molto probabile che il super Green pass - senza scadenza per chi avrà fatto la dose booster - resterà ancora obbligatorio per diversi mesi e probabilmente anche per quelli estivi, come minimo fino a giugno. Anche se ci potrebbero essere alcuni allentamenti come l'addio al green pass base (il tampone) per shopping, banche e poste. Mentre potrebbe restare il pass per il lavoro per gli over 50 - in vigore dal prossimo 15 febbraio - e per accedere alle attività sociali (dai ristoranti alle discoteche). Tenere in piedi il super pass incentiverebbe tra l'altro anche gli italiani a completare il ciclo vaccinale con la terza dose che è stata fatta finora da 35 milioni di italiani ma manca ancora a 13 milioni.

L'appuntamento simbolicamente più importante sarà però quello con la scadenza dello stato di emergenza il prossimo 31 marzo: se quest'ultimo non dovesse essere prorogato, andranno ridiscussi con le aziende gli accordi sullo smart working e anche la struttura del commissario, il generale Francesco Figliuolo, andrebbe rivista (in alternativa servirebbe un

decreto ad hoc, per l'assegnazione di poteri straordinari). La soluzione più probabile è quella di un passaggio di consegne alle Regioni con la graduale chiusura di hub e maxi centri vaccinali: il sistema di somministrazione, con numeri decisamente ridotti rispetto all'ultima campagna vaccinale, sarà però più capillare con farmacie e medici di famiglia in pista. Infine l'ultimo appuntamento, quello con l'obbligo vaccinale per gli over 50 che scade il 15 giugno e che non è escluso sia prorogato in vista dell'autunno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pandemia Ancora giù i contagi **Virus, da venerdì all'aperto senza mascherina**

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

Da venerdì cade l'obbligo di indossare la mascherina all'aperto in tutta Italia. «Questo è un segno di speranza». Contagi ancora in calo. alle pagine 8, 9 e 11
Amaduzzi, De Bac, Santarpia

La pandemia

Mascherine all'aperto, stop all'obbligo «Vale per tutti i colori delle regioni»

Oggi l'ordinanza del ministro Speranza, il via libera da venerdì in tutta Italia. Riapriranno anche le discoteche

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

La decisione è presa: da venerdì in tutta Italia non ci sarà più l'obbligo di indossare la mascherina all'aperto. Oggi il ministro della Salute Roberto Speranza firmerà l'ordinanza per eliminare la restrizione: anche se una regione dovesse entrare in una fascia di rischio gialla, arancione o rossa le mascherine all'aperto non saranno più obbligatorie. Il provvedimento entrerà in vigore lo stesso giorno in cui si tornerà a ballare in discoteca. È la conferma della scelta del governo di allentare i divieti e le regole in base alla discesa della curva epidemiologica. Rimangono ancora numerose misure, a cominciare dal green pass rafforzato (rilasciato a vaccinati e guariti) che serve per tutte le attività sociali e il green pass base (rilasciato con tampone antigenico valido 48 ore o molecolare valido 72 ore) per andare a lavorare (per gli over 50 anni è sempre obbligatorio il rafforzato). Ma sia pur lentamente si percorre la strada verso la normalità. «Un percorso simile a quello intrapreso dagli altri Paesi europei», sottolinea Speranza.

Niente colori

Il decreto in vigore stabilisce che nelle zone gialle, arancioni e rosse le restrizioni previste non valgono per chi ha il green pass rafforzato.

Obbligo al chiuso

Rimane l'obbligo di indossare la mascherina al chiuso, sia pur con regole diverse.

In occasione di spettacoli aperti al pubblico che si svolgono all'aperto e al chiuso in teatri, sale da concerto, cinema, locali di intrattenimento e di musica dal vivo (e altri locali assimilati) e per le competizioni e gli eventi sportivi che si svolgono al chiuso o all'aperto vanno indossate le Ffp2.

Su tutti i mezzi di trasporto a lunga percorrenza vanno indossate le Ffp2.

Su tutti i mezzi di trasporto pubblico locale vanno indossate le Ffp2.

Discoteche

Dal giorno in cui si potrà stare senza mascherina all'aperto, si potrà anche tornare a ballare. Ma anche in questo caso ci sono regole che andranno rispettate.

Potrà entrare nei locali al chiuso e all'aperto solo chi ha il green pass rafforzato.

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

Da venerdì 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 al 50% al chiuso, rispetto a quella massima autorizzata.

Il green pass

Da ieri il green pass ha scadenze diverse.

Chi ha avuto il Covid e poi ha ricevuto due dosi di vaccino, ha il green pass che vale sei mesi dall'ultima somministrazione.



Chi ha ricevuto due dosi e poi ha avuto il Covid, ha il green pass senza scadenza.

Chi ha ricevuto tre dosi, ha il green pass senza scadenza.

Chi ha ricevuto due dosi, se non fa la terza dose ha il green pass che vale sei mesi dall'ultima somministrazione.

Gli stadi

Attualmente la capienza negli stadi è ridotta.

Si può stare negli impianti all'aperto con una capienza del 50% rispetto a quella massima consentita e del 35% in quelli al chiuso.

Nei prossimi giorni è possibile che anche questa regola venga rivista e che si arrivi a

un ampliamento della capienza massima consentita.

Stato di emergenza

Il 31 marzo scade lo stato di emergenza. Se, come sta avvenendo in questi giorni, la curva epidemiologica continuerà a scendere, è possibile che si decida di non prorogarlo. In questo caso la campagna vaccinale sarebbe gestita seguendo le procedure ordinarie, probabilmente con la gestione affidata direttamente alla Protezione civile.

È possibile che il green pass per accedere nei luoghi dello spettacolo, per svolgere attività sportiva al chiuso e per entrare nei negozi venga comunque mantenuto almeno fino al 15 giugno, quando è prevista la scadenza dell'ob-

bligo vaccinale ora imposto ai cittadini dai 50 anni in su.

Se non sarà rinnovato lo stato di emergenza cambieranno invece le regole dello smart working e le aziende private dovranno ridiscutere gli accordi interni per il ritorno in presenza dei lavoratori.

-29

Per cento
Il calo dei nuovi positivi notificati ieri dal bollettino quotidiano rispetto ai contagiati registrati il lunedì precedente in Italia

35,1

Milioni
Le persone over 12 residenti in Italia che hanno ricevuto la terza dose o il richiamo, pari a quasi l'83% di quelli che ne avrebbero diritto

Le regole e le date



11 febbraio

Mascherine

Da venerdì tutti potranno dire addio ai dispositivi di protezione all'aperto: il provvedimento del ministero della Salute non fa distinzione di colore delle regioni. Scade infatti il 10 febbraio l'ordinanza del ministro Speranza che prevede l'obbligo di usare la mascherina anche in tutti i luoghi all'aperto. Ora il governo ha deciso di non prorogare la norma: resta l'obbligo di indossare i dispositivi di protezione al chiuso



15 febbraio

Super pass

Dal 15 febbraio e fino al prossimo 15 giugno i lavoratori del settore pubblico e privato che hanno compiuto i 50 anni di età dovranno esibire al lavoro il super green pass. La certificazione rafforzata si ottiene solo con almeno due dosi di vaccino o la guarigione dal Covid. Chi non adempie all'obbligo non riceverà lo stipendio ma conserverà l'impiego. L'accesso ai luoghi di lavoro è vietato: per chi trasgredisce sono previste sanzioni tra 600 e 1.500 euro



Parla Signorelli, San Raffaele

«Il Green pass non ha più basi scientifiche»

L'annuncio: da venerdì stop alle mascherine all'aperto

PIETRO SENALDI

«Il Covid ha fatto impazzire tutti perché ha un'alta percentuale di contagiati non sintomatici e un lungo periodo di incubazione. Questo ne ha reso la gestione complicata. I presupposti scientifici del Green Pass sono mutati, visto che si è scoperto (...)

segue → a pagina 7

Parla il docente di Igiene e Sanità pubblica dell'università San Raffaele «Caduti i presupposti del Green Pass»

Signorelli: «Sparite le basi tecniche e scientifiche del certificato verde. Più del 50% dei morti Covid uccisi da altri mali»

segue dalla prima

PIETRO SENALDI

(...) che anche gli immunizzati possono infettarsi e contagiare. E lo scontro sociale con i no vax non ha aiutato a far vaccinare le persone, anzi...».

Diagnosi, terapia e convalescenza dalla pandemia del secolo secondo il professor Carlo Signorelli, ordinario di Igiene e Sanità Pubblica all'Università San Raffaele di Milano. Il professore non parla spesso, non ama il palcoscenico e ha un approccio clinico e non mediatico al virus. In particolare, non si presta a crociate, soprattutto per pragmatismo, «perché è controproducente vendere alle persone verità assolute, per convincerle a fare ciò che crediamo sia giusto, in quanto se poi si scopre che non è proprio tutto come si è detto, si perde credibilità». Non ama sbilanciarsi, Signorelli, «perché chi può dire che dietro l'angolo non ci aspetti una variante Covid più pericolosa di Omicron?».

Professore, per una volta azzardi: i contagi giornalieri sono diminuiti di quasi centomila unità in

poco più di due settimane, abbiamo scollinato?

«Sì, abbiamo scollinato, lo vediamo non solo dai nostri numeri ma anche dall'andamento del virus nei Paesi che ci precedono di un paio di mesi. In tutto il mondo, dall'inizio della pandemia, le ondate si sono esaurite in dieci-dodici settimane. La quarta è durata un po' di più, vista la grande contagiosità di Omicron, ma adesso i dati ci fanno sperare: calano contagi, ricoveri ordinari e terapie intensive, questo significa che tra un po' diminuiranno anche i decessi; gli ospedali sono ancora sotto pressione ma tra qualche settimana torneremo ai duemila contagi al giorno di novembre».

Quanto è meno letale la variante Omicron rispetto a Delta?

«In Italia non tipizziamo tutti i contagi, ma considerato che Omicron ormai costituisce il 98% delle infezioni e valutando i dati inglesi, che invece sono molto precisi a riguardo, possiamo dire che i casi gravi sono un decimo rispetto alla variante precedente (delta) e la mortalità è molto più bassa, più che dimezzata».

I morti restano alti perché sbagliamo a contarli, classificando come da Covid anche i decessi avvenuti per altre malattie?

«È il modo suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: tutti i positivi morti si ritengono deceduti Covid anche se più del 50% di questi in realtà sono stati uccisi da altri mali».

Non dovremmo rivedere i calcoli?

«In realtà sarebbe corretto classificare tali decessi come un anticipo di mortalità legato al subentrare del Covid».

Anticipo di quanto, mesi, anni?



«Più spesso giorni o settimane. Si tratta per lo più di situazioni già terminali».

I vaccini hanno avuto un ruolo nel depotenziare il virus, portandolo dalla pericolosa Delta alla più leggera Omicron?

«È impossibile stabilire quanto il vaccino incida sulle varianti. Il virus mutava anche prima della profilassi. Quel che possiamo dire è che più gente è immunizzata, meno il virus gira, e quindi meno cambia. Ciò che possiamo affermare con certezza è che il vaccino ha evitato decine di migliaia di infezioni gravi e parecchi decessi».

Faremo la quarta dose?

«Secondo l'Agenzia Europea del Farmaco non sarà necessaria, ma è una considerazione fatta sull'esperienza di altre malattie infettive, non del Covid, sul quale gli effetti del vaccino sono osservati da soli tredici mesi. Oggi sappiamo che le due dosi ti proteggono per circa cinque mesi e che la terza non ti permette di non contagiarti ma ti fa affrontare la malattia in forme lievi. Vedremo quanto durerà la copertura e poi sapremo quando e se faremo la quarta. Comunque, penso sia ragionevole ipotizzare che la quarta iniezione possa essere suggerita, in autunno, alle categorie fragili, anziani e persone malate, su raccomandazione medica, magari contestualmente al vaccino anti-influenzale».

Per scongiurare una nuova ondata in autunno?

«Vediamo cosa accadrà tra un paio di mesi in Brasile e Australia, che vanno verso l'inverno, e potremo stimare che tipo di autunno avremo noi».

Questi vaccini non impediscono il contagio di Omicron mentre proteggevano di più da Delta. Significa che per essere immuni dopo l'estate servirà un nuovo tipo di vaccino?

«Non è detto, perché i vaccini in commercio coprono tutte le forme gravi delle numerose varianti che ci sono state finora. Se ne dovesse nascere una che sfugge agli attuali vaccini, sarebbe una tragedia. Certo, in una prospettiva a medio ter-

mine, si potrebbe pensare a un vaccino omnibus, per tutte le forme di coronavirus».

Cosa pensa delle recenti decisioni del governo: un allentamento delle restrizioni

per i vaccinati e invece un ulteriore giro di vite per i non vaccinati?

«Mi pare che, da un anno a questa parte, le decisioni vengano prese sulla base di ragioni politiche più che tecnico-scientifiche».

Cosa pensa delle mascherine?

«All'aperto sono inutili, il rischio contagio è quasi nullo se non ci sono grandi assembramenti. Diciamo che fungono da monito, o comunque si vuole evitare che la gente le tenga in tasca e perciò diventino un ricettacolo di germi. Fosse per me, terrei solo le Fpp2 sui mezzi pubblici e in altri luoghi chiusi affollati».

E delle quarantene?

«Le quarantene sono utili quando la malattia è grave e il contagio è limitato ma in questa fase stiamo bloccando troppe persone e per troppo tempo. Le modalità di uscita dalla quarantena oggi sono complicate e lente. Sono d'accordo con gli sconti agli immunizzati: con tre dosi il rischio di contagiare è basso. Io penso che potremmo decidere di far uscire i positivi asintomatici, se tri-vaccinati; anche perché il maggior luogo di contagio è la casa. L'anno scorso oltre il 90% dei malati si è infettato tra le mura domestiche come abbiamo dimostrato in una nostra ricerca scientifica».

Quando potremmo, a livello di prevenzione, trattare il Covid come una normale influenza?

«Aspettiamo di aver osservato la prossima variante, sperando che non sia peggiore dell'attuale: allora potremmo fare il salto e occuparci e tenere in isolamento solo i sintomatici».

Cosa abbiamo sbagliato nella lotta al virus?

«Mentre nella prima ondata abbiamo agito tempestivamente e in maniera drastica con il lockdown dell'8 marzo 2020, evitando una strage ancora maggiore, stimata in 30-40 mila decessi, in seguito siamo quasi sempre intervenuti in ritardo e con timidezza, quindi con minore efficacia».

La lezione per la prossima volta?

«Non bisogna aspettare che la curva dei contagi arrivi al massimo per intervenire. Il Covid è veloce ma noi

abbiamo agito lentamente, si è visto anche con le scuole: bisogna fare le regole prima di riaprire, non dopo, tanto si sa come funziona il contagio».

Sono stati fatti errori anche nella comunicazione?

«Bisogna essere semplici e non contraddittori per convincere la gente. Noi invece abbiamo assistito a norme poco comprensibili e verità che venivano smentite a stretto giro di posta. Questo ha creato sfiducia nei cittadini e molti dubbi ed esitazioni sulla profilassi. Anche perché, per convincere la gente a fare l'iniezione, sono state spacciate come verità assolute cose non verificate, funzionali solo a ottenere dai cittadini che facessero quel che voleva il governo. Ma è chiaro che poi, quando la realtà si incaricava puntualmente di smentire certi postulati, si ottiene l'effetto opposto e per far vaccinare le persone devi ricorrere all'obbligo diretto, ovvero indiretto come il Green Pass».

Lei non lo avrebbe fatto?

«I risultati del Green Pass sulla vaccinazione sono stati buoni inizialmente e più modesti ora perché nel frattempo si è dimostrato che i vaccinati si possono infettare».

Perché la campagna di vaccinazione è stata contaminata dall'ideologia?

«Più che altro per la confusione che l'ha accompagnata. Con il balletto su Astrazeneca si è partiti subito malissimo. La gente ha pensato: se neppure gli scienziati ci capiscono...».

Ma il Green Pass è giusto?

«Nasce sul presupposto scientifico che i vaccinati non contagiano e non si contagiano. Ma è stato dimostrato dai fatti che non è così. È caduto anche il presupposto tecnico, che era la spinta a vaccinare, perché i guariti non hanno bisogno di immunizzarsi e perciò gli devi dare il Green Pass comunque».

E quindi?



«Il certificato verde non ha cambiato funzione: garantisce maggiori condizioni di sicurezza ma non può basarsi sull'obbligo di vaccino, come si era pensato».

È d'accordo con la lotta dura e pura ai no vax?

«Il vaccino è stata la sola azione che ha contenuto l'epidemia. È una falsa illusione quella dei no vax, secondo i quali ci sono cure che avrebbero potuto scongiurare la pandemia. Sono stati solo i comportamenti attenti della gente e le iniezioni a fermare il virus. Purtroppo non ci sono terapie totalmente e universalmente efficaci: non lo era l'idrossiclorochina e non lo sono i monoclonali. A tutt'og-

gi, non c'è un farmaco di provata efficacia e questo ti impone di lavorare sui vaccini che fortunatamente ci sono».

Quindi guerra ai no vax?

«Circa l'un per cento della popolazione non è convertibile al vaccino. Lo si sapeva anche prima, vedendo quanti non vaccinano i propri figli. Quanto agli altri, i cosiddetti esitanti, più che il pugno di ferro, che li spaventa, li allontana e li compatta tra loro, si sarebbe dovuto lavorare in termini organizzativi, chiamarli a casa, parlargli e prenotare per loro l'iniezione...».

Il vaccino ha effetti collaterali?

«È un medicinale, non è acqua fre-

sca. Chi dice che non c'è alcuna complicazione non è credibile e fa il gioco dei no vax. Come tutti i farmaci, il vaccino ha effetti avversi e benefici, ma i secondi sono nettamente superiori ai primi. Certo, più ci allontaniamo dalle fasce a rischio, anziani e malati, minori sono i benefici dell'iniezione».

IN OSPEDALE

«Con Omicron i casi gravi sono un decimo rispetto a Delta e la mortalità è più che dimezzata. In autunno quarta dose solo ai fragili»

ASINTOMATICI

«Penso che potremmo decidere di far uscire i positivi asintomatici, se tri-vaccinati. anche perché il maggior luogo di contagio è la casa»

LE INIEZIONI

«Il vaccino è la sola cosa che ha contenuto l'epidemia. Ma non è acqua fresca. Chi dice che non c'è alcuna complicazione non è credibile e fa il gioco dei no vax»

IL GREEN PASS

«Il green pass nasce sul presupposto che i vaccinati non si contagiano. Ma è stato dimostrato che non è così»



Carlo Signorelli



Un centro vaccinale anti Covid-19 per i bambini a Roma (LaPresse)



Primo giorno delle nuove regole: caos sui tamponi nelle scuole

Le proteste: «I docenti non sono tracciatori». Un caso gli acquisti delle mascherine

ROMA Marco si è presentato in classe, nella sua seconda media di una scuola della periferia romana, e il suo professore non sapeva se ammetterlo o no alle lezioni: si è verificato anche questo nel primo giorno di introduzione delle nuove regole previste dal ministero dell'Istruzione per la gestione delle quarantene, alla luce del decreto approvato dal governo lo scorso 2 febbraio e pubblicato in *Gazzetta* venerdì. Con una «coda» importante di precisazioni arrivate sabato: le novità sono applicate alle quarantene già in corso. Parliamo di 1.085.225 studenti coinvolti, una stima in difetto visto che l'ultimo monitoraggio sulle classi in dad è realizzato sul 78% delle scuole.

«Non si possono introdurre novità così importanti prima del weekend: è stato un fine settimana di super lavoro per i dirigenti», nota Antonello Giannelli, a capo dell'Associazione nazionale presidi,

che ieri ha passato la giornata a raccogliere le segnalazioni dei colleghi. In affanno soprattutto i presidi delle scuole dell'infanzia e primarie, per lo più chiuse il sabato, che hanno dovuto affrontare la mole di richieste arrivate in segreteria e gestire lo smistamento degli studenti tra didattica a distanza e in presenza. «Ancora una volta le decisioni sono prese senza tener conto dell'organizzazione scolastica». Lo dimostrerebbe anche la questione delle mascherine Ffp2, citata da Tuttoscuola: non è chiaro se le scuole possono acquistarle solo dalle farmacie, a 0,75 centesimi, o anche da altri rivenditori autorizzati, più convenienti. «E anche la regionalizzazione del sistema sanitario ha prodotto disomogeneità tra le Asl, che in certi casi ignorano i provvedimenti nazionali», aggiunge Giannelli. Lo confermano alcune incongruenze: la Regione Lazio, ad esempio, nelle

regole per il rientro a scuola ieri sul sito citava l'obbligo del certificato medico, mentre il governo ha deciso che basta un tampone negativo.

Non tutti sono riusciti ad adeguarsi: «Gli studenti che non sono riusciti a fare il tampone ieri sono stati messi in dad, in via eccezionale», spiega la rappresentante dei presidi nel Lazio, Cristina Costarelli. «Le nuove norme — dice — hanno creato confusione. Le famiglie sono disorientate» e «le scuole hanno bisogno di tempo per riallinearsi». Perplesso pure Pino Turi (Uil): «Trasformare i docenti e il personale in tracciatori è sbagliato». Ma il sottosegretario alla Salute Andrea Costa rivendica: «È una semplificazione importante. Per primaria e infanzia abbiamo portato a 5 i casi di positività in cui è prevista la dad, e i dati dicono che tutte le classi finite in dad avevano contemporaneamente non più 2-3 casi. Sarà mol-

to difficile avere 5 positivi in un'aula soprattutto di fronte a una platea di vaccinati in aumento. Si tutela la scuola in presenza». La verifica venerdì, quando il nuovo monitoraggio dovrebbe vedere dimezzate le classi in dad (erano il 17,2%). E dovrebbe frenare anche la corsa ai tamponi. Il decreto introduce quello «fai da te» per i più piccoli: se negativo, per rientrare in classe basterà l'autocertificazione.

Intanto su due altri fronti caldi — alternanza scuola lavoro e maturità — il ministro Patrizio Bianchi incontrerà oggi gli studenti.

Valentina Santaripa

L'incontro di Bianchi
Il ministro incontra gli studenti su maturità e alternanza scuola-lavoro

17,2
per cento
La classi andate in dad con le vecchie regole. Con le attuali la previsione del ministero dell'Istruzione è che questa percentuale si dimezzi

Le novità

Alunni vaccinati sempre in classe

✓ Dalle elementari alle superiori gli alunni vaccinati o guariti non vanno mai in dad qualunque sia il numero di positivi in classe

In dad soltanto i non immunizzati

✓ I non vaccinati nella scuola media e secondaria vanno in dad dal secondo caso di contagio in classe, nelle elementari dopo il quinto

La soglia dei 5 casi alla materna

✓ La frequenza alla materna si interrompe per tutti dopo il quinto contagio. Rientro con tampone negativo per i non vaccinati

La quarantena scende a 5 giorni

✓ In caso di un contatto stretto con un positivo sono tenuti a una quarantena di 5 giorni i non vaccinati e quanti non sono in regola con il ciclo vaccinale



Tra i banchi inizio di settimana scolastica caotico ieri per le nuove regole. Sopra alunni della primaria Cappori di Milano (Biolocchi)



RIENTRO IN CLASSE CON LE REGOLE DECISE LAST MINUTE

Le voci critiche dei presidi: «No alla distinzione tra vaccinati e non»

■ ■ Il rientro in classe per 600 mila studenti ieri è stato reso più difficile dalle regole sulle quarantene approvate all'ultimo secondo dal governo solo venerdì. Nelle scuole per l'infanzia, dove i bambini non sono vaccinati, si resterà in presenza fino a quattro casi di positività. Lo stesso avverrà alle elementari: con cinque o più casi di positività al Covid nella stessa classe. I vaccinati e i guariti da meno di 120 giorni o dopo il ciclo vaccinale primario, i vaccinati con dose di richiamo e gli esenti dalla vaccinazione proseguiranno l'attività in presenza con la mascherina ffp2 (sia nel caso dei docenti che degli alunni sopra i 6 anni). Alle scuole medie e superiori con un caso di positività nella stessa classe

l'attività didattica prosegue per tutti con l'utilizzo di mascherine ffp2. Con due o più casi di positività i vaccinati e i guariti da meno di 120 giorni o dopo il ciclo vaccinale primario, i vaccinati con dose di richiamo e gli esenti dalla vaccinazione proseguono l'attività in presenza con l'utilizzo di mascherine ffp2.

«Molti alunni che sarebbero dovuti rientrare oggi a scuola non hanno potuto farlo - ha spiegato Cristina Costarelli (presidi Lazio) - Una norma che cambia dall'oggi al domani genera confusione; noi abbiamo cercato di avvisare le famiglie, soprattutto nella giornata di ieri, dopo aver avuto la nota della Regione Lazio. Chi era a posto con il Green pass è rientrato senza problemi ma

chi era in quarantena e doveva fare il tampone non sempre ieri è riuscito a farlo»

«Oggi abbiamo accolto con un animo più sereno gli studenti - ha detto Riccardo Rossini, (Presidi Anp Marche) - sono fortemente contrario alla distinzione degli studenti in base alla condizione vaccinale - prosegue Rossini - anzi, devo dire che, la percentuale dei vaccinati è così alta alle superiori da considerare accettabile il rischio apportato dai non vaccinati. Per cui basta restrizioni e tornino tutti in presenza, accettando anche questo rischio residuo. Si metta, piuttosto in sicurezza, il personale scolastico con la somministrazione della terza dose».

«La decisione presa per una fascia debole non protetta

dal vaccino, ci ha lasciato perplessi come educatori - ha detto Mario Rusconi (presidi Roma) - Le scuole devono essere in contatto con i medici di base e le varie aziende sanitarie che non stanno dando il meglio. Alcune Asl staccano il venerdì a mezzogiorno e ripartono il lunedì', come se il Covid si prendesse una pausa durante il weekend».



Il liceo Isacco Newton di Roma foto LaPresse



«PIÙ CHIUSURE»

Galli contesta le nuove regole sulle scuole

■ Mentre ieri è iniziata finalmente la nuova era della scuola, con l'allentamento delle quarantene, c'è anche chi si schiera contro la svolta del governo. Si tratta di Massimo Galli, ex direttore del reparto Malattie infettive dell'ospedale Sacco. «Non conosco nel dettaglio le rivendicazioni degli studenti, ma la confusione sulla scuola è evidente» ha detto Galli, «ho una visione

più restrittiva del governo sulle regole a scuola. E sono convinto che avremmo avuto meno guai se avessimo applicato prima indicazioni più decise». Quanto alle proteste degli studenti, Galli dice di comprendere «il disagio degli studenti. In linea generale sono d'accordo su fatto che a scuola le cose sono confuse sul fronte della gestione del Covid. È assolutamente comprensibile, quindi, che ci sia un at-

teggiamento almeno "infastidito" da parte dei ragazzi». No anche all'abolizione del Green pass: «Prematuro parlarne, valuteremo cosa succederà in autunno».



La malattia da quarantena può essere neutralizzata

Lavoro e Covid-19

Il provvedimento dell'Asl deve essere notificato a Inps e datore di lavoro

**Nevio Bianchi
Barbara Massara**

Le assenze per quarantena causa Covid-19 continuano a essere giustificate con certificati di malattia, sebbene dal 1° gennaio la quarantena non sia più assimilata dal punto di vista economico all'assenza per malattia. È quanto si evince da una risposta fornita dall'Ufficio medico legale dell'Inps di Bologna all'Ordine dei medici di Bologna.

Nonostante le previsioni dell'articolo 26, commi 1 (quarantena indennizzata come malattia) e 2 (assenza dei lavoratori fragili equiparata a ricovero ospedaliero) del Dl 18/2020 non siano state prorogate oltre il 31 dicembre 2021, con la conseguenza che dal 1° gennaio 2022 tali assenze sono prive di tutela economica, la risposta dell'Inps sembrerebbe confermare il comportamento dei medici che hanno continuato a emettere certificati a fronte dell'assenza dal lavoro per quarantena.

Se sia un obbligo vero e proprio, o di una possibilità conseguente a

un'espressa richiesta del proprio assistito, non è stato chiarito. Questo certificato di malattia, a differenza di quanto accade ordinariamente, non attesta uno stato di incapacità lavorativa del dipendente (che potrebbe continuare a lavorare da casa) né da diritto ad alcuna indennità da parte dell'Inps o trattamento economico a carico del datore di lavoro. Adirittura, precisa l'Inps nella nota, può essere emesso telematicamente anche successivamente durante il periodo di prognosi, mentre una volta scaduto può essere consegnato in formato cartaceo.

Per la corretta gestione dello stesso è indispensabile che il datore di lavoro, ma anche l'Inps, dispongano di tutte le informazioni necessarie e cioè del provvedimento di quarantena emesso dalla Asl. Nella nota l'istituto di previdenza esorta infatti i medici a inserire nel certificato medico l'indicazione del provvedimento della Asl, nonché di richiederlo direttamente ai propri assistiti, al fine di trasmetterlo all'Inps (che altrimenti lo riceverebbe dalla Asl troppo tardi) unico soggetto deputato ad abbinare il certificato al provvedimento di quarantena.

Per non rischiare errori nella gestione di un certificato di malat-

tia per quarantena, è indispensabile che il datore di lavoro oltre al certificato, riceva dal proprio dipendente il provvedimento di quarantena. Solo in questo modo potrà serenamente decidere se far continuare a lavorare il dipendente da casa e, in caso di assenza, correttamente non erogare alcun trattamento economico né a proprio carico né a carico dell'Inps.

In mancanza di provvedimento della Asl, per consentire la prosecuzione dell'attività lavorativa da remoto l'unica chance del dipendente sarà quella di richiedere al proprio medico l'interruzione formale del certificato, in ragione delle condizioni fisiche compatibili con la ripresa del lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidianolavoro.ilsole24ore.com

La versione integrale dell'articolo

**Da quest'anno
l'assenza non può
essere indennizzata
dall'istituto
di previdenza**



L'Aran ha presentato i dati sulle risorse e aggiornamenti sull'ordinamento e sul sistema degli incarichi

Rinnovo del contratto sanità Entra nel vivo confronto sulle cifre

La trattativa sul contratto Sanità entra nel vivo e l'Aran mostra i numeri relativi alle risorse disponibili per il finanziamento del rinnovo; oltre ad aggiornare gli articolati proposti sull'ordinamento e sul sistema degli incarichi.

Le risorse stanziare sono oltre 1,690 miliardi, di cui 1,15 miliardi sono quelli appositamente messi a disposizione per il rinnovo. Ci sono poi le ulteriori risorse con cui le leggi di Bilancio hanno incrementato le disponibilità del contratto per le ulteriori indennità: specifica per gli infermieri, pari a 335 milioni, per la tutela del malato, 100 milioni, e per il personale che opera nei servizi di pronto soccorso, 63 milioni. Altri 127 milioni sono stati stanziati per la revisione dell'ordinamento e poco meno di 50 per il superamento del limite del salario accessorio (di cui all'art. 23 comma 2 del decreto legislativo 75/2017). Al netto di una verifica puntuale, in particolare su quanto ipotizzato come valore complessivo per il superamento del limite del salario accessorio, la riparametrazione della sola quota di 1,15 miliardi si tradurrebbe, secondo quanto comunicato da Aran, in un cifra media superiore ai cento euro, a cui saranno sommate le al-

tre risorse, sia a titolo indennitario sia per la parte relativa al salario accessorio e finanziamento dedicato al sistema di classificazione, determinando così importi che - sempre secondo le proiezioni di Aran - potrebbero essere anche in qualche caso significativamente superiori. Si tratta, ovviamente, di una prima proiezione che, sottolinea la Cisl Fp, "fotografa una media che si tradurrà in una forbice piuttosto ampia negli aumenti in funzione ai diversi profili ed alle specifiche indennità che sono complessivamente assegnate al contratto, alla stabilizzazione definitiva degli attuali importi attribuiti come elemento prequativo, all'utilizzo che la contrattazione farà delle risorse stanziare". Per questo, una valutazione di merito potrà essere fatta solo dopo la consegna, da parte di Aran, di tabelle che dettino con precisione la prima proiezione comunicata. Il sindacato cislino sottolinea dunque la necessità di "valutare con cautela eventuali notizie di stampa che dovessero fornire un quadro di aumenti già definito quando". Al contrario, "la trattativa, pur nell'ambito di una positiva evoluzione, non è ancora entrata nella sua fase conclusiva", che Cisl Fp auspica "possa avvenire rapidamen-

te".

Per quanto riguarda gli articolati sull'ordinamento e sul sistema degli incarichi, l'Aran sta dando un riscontro positivo ad alcune proposte sindacali, tra le quali: l'attribuzione di un incarico a tutto il personale dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, al pari di quanto previsto per l'area dell'elevata qualificazione; l'armonizzazione della proposta di revisione del sistema degli incarichi e in particolare con gli attuali incarichi di organizzazione, coordinamento, specialisti, esperti; l'inclusione, per l'attribuzione degli incarichi, anche del personale in regime di lavoro a tempo parziale; la necessità di considerare diversamente quanto oggi previsto per lo straordinario effettuato dai titolari di incarico.

Ilaria Storti



Per i medici di famiglia no alla dipendenza, ma obbligo di associarsi

Studio Mercer. Troppo costoso e inefficiente renderli dipendenti. Servono società tra professionisti per garantire più cure e remunerazioni sui risultati

Marzio Bartoloni

Dopo la pandemia il ruolo dei medici di famiglia va rivisto, ma non stravolto con ipotesi radicali come quello di trasformarli, come chiedono alcune Regioni, in dipendenti del Servizio sanitario (oggi sono infatti in libera professione convenzionata): una via dannosa questa sia per i pazienti che perderebbero il rapporto di fiducia con il proprio medico, ma anche per il Ssn che pagherebbe un conto troppo salato con l'Enpam, l'ente previdenziale dei camici bianchi, che andrebbe in default. Meglio invece prevedere forme di obbligo ad associarsi in modo che questi studi con più medici, personale e tecnologie garantiscano servizi e una reperibilità 12 ore al giorno e siano in grado di lavorare in collaborazione con le future case di comunità previste dal Pnrr che associate agli attuali distretti devono diventare i veri «hub» delle cure sul territorio.

Questa in estrema sintesi la ricetta contenuta in un nuovo studio di Mercer - società di consulenza nell'ambito delle risorse umane e degli investimenti - realizzato con il coordinamento dell'ex ministro del Welfare Maurizio Sacconi e dedicato al «Medico di medicina generale nei nuovi servizi socio-sanitari territoriali». Un tema caldissimo dopo lo tsunami del Covid che ha travolto le cure sul territorio quelle mancate di più nei giorni drammatici delle prime ondate e che proprio in questi giorni sono al centro di un braccio di ferro tra il ministro della Salute Speranza e le Regioni divisi sul ruolo da assegnare nel prossimo futuro ai medici di famiglia.

Lo studio di Mercer, come detto, boccia innanzitutto l'ipotesi di tra-

sformare gli oltre 40mila medici di famiglia in dipendenti perché gli effetti sarebbero dannosi in termini di diminuzione dell'assistenza al paziente, flessibilità organizzativa e maggiori costi, senza contare le rigidità contrattuali e di legge (ferie, permessi, assenze e sostituzioni) che determinano orari di reperibilità più limitati.

«La crisi pandemica ha mostrato la fragilità dei servizi territoriali, da qui gli investimenti nel Pnrr in case e ospedali di comunità. Ora c'è il rischio che questi investimenti inducano una definizione di servizi troppo barocca con la distinzione tra distretti e case di comunità hub da individuare sotto i distretti e poi case di comunità spoke, quindi tre livelli con cui dovrebbero dialogare i pazienti e gli stessi medici di famiglia», avverte Maurizio Sacconi. Che invece sottolinea l'esigenza che ci sia più semplicità con solo due livelli essenziali di assistenza sul territorio: «Uno hub dove possono coincidere distretti e nuove case di comunità calcolati per popolazioni variabili in base ai bisogni e al tipo di territorio, dalle metropoli alle zone meno abitate, e poi i medici di famiglia associati come servizio spoke». Ma qui lo studio di Mercer arriva al punto più importante mettendo «sotto accusa» la convenzione attuale che non fa «distinguere i migliori medici dai peggiori, ma li nasconde entrambi», sottolinea Sacconi. Non solo: la convenzione non consente di distinguere anche dal punto di vista della remunerazione perché è concentrata troppo sulla quota capitaria fissa, «invece bisogna puntare sul dare più responsabilità ai medici di famiglia pagandoli anche in base ai risultati e agli obiettivi di salute che vanno

monitorati e verificati e soprattutto incoraggiando e imponendo l'evoluzione della libera professione convenzionata verso gli studi associati con tutti i requisiti oggettivi del caso». L'ex ministro del Welfare cita in particolare la legge del 2011 sulle società tra professionisti ordinitici, nata per evitare che settori così delicati come quello della salute finiscano nelle mani delle società di capitali: «Questa può essere una forma, ma ce ne possono essere altre l'importante è che si arrivi a studi attrezzati per fare prime diagnosi con micro team a supporto dei medici e tecnologie anche per praticare il monitoraggio da remoto dei pazienti soprattutto quelli cronici e con la reperibilità per 12 ore che non deve essere per forza fisica, sennò si cade in una logica miope e antica legata agli orari che non consente quella prossimità al paziente che è richiesta». E il rapporto con le case di comunità? «Ci deve essere una relazione continua e non solo fisica. Il medico di famiglia può accompagnare il proprio assistito nella casa di comunità per una visita specialistica e a sua volta può assicurare un debito orario dentro la casa per consentire che questa offra servizi effettivi 24 ore al giorno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La relazione con le case di comunità deve essere continua, con «debiti orari» a carico dei medici di famiglia





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

INTERVENTO DELLA CEI

«No a leggi contrarie alla difesa della vita»

Il cardinale Bassetti: cure palliative, strutture insufficienti rispetto al bisogno, ci si deve prendere cura dei malati più gravi fino al termine naturale della loro vita. Suicidio assistito, riparte l'esame della legge.

Negrotti, Ognibene e Palmieri

nel primopiano a pagina 6

ALLA CAMERA

Fine vita, la legge torna in aula Nodi irrisolti, si cerca un'intesa

MARCELLO PALMIERI

Riprende l'iter della legge sul suicidio assistito. Il termine per la presentazione degli emendamenti è scaduto alle 13 di ieri, ed è probabile che il testo firmato da Alfredo Bazoli – capogruppo Pd in Commissione Giustizia di Montecitorio – già nella giornata di domani possa iniziare l'esame dell'aula. La bozza di questa norma, che per la prima volta vorrebbe consentire a un malato in condizioni di particolare gravità di essere aiutato a morire senza conseguenze penali per chi lo assiste, risponde a una sollecitazione della Corte Costituzionale: quella rivolta al Parlamento con la sentenza 242 del 2019, che ha aperto una finestra di non punibilità dell'assistenza al suicidio, incaricando l'organo legislativo di normare la procedura di morte volontaria di persone affette da una patologia irreversibile, fonte di gravi

sofferenze fisiche o psichiche ritenute intollerabili da colui che ne soffre, e sempre che il candidato all'uccisione mediante un farmaco letale – in grado di assumere decisioni libere e consapevoli – sia sottoposto a trattamenti di sostegno vitale.

Su questi paletti fissati dalla Consulta si sono confrontate per mesi alla Camera le Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali. Quasi 400 gli emendamenti al testo base presentati in quella sede dalle forze politiche, ma solo poche decine sono stati

discussi: Bazoli ha pensato di procedere così, nell'intento dichiarato di evitare lungaggini e focalizzare il dibattito sui punti davvero pregnanti. Fatto sta che centrodestra e centrosinistra sono ancor oggi distanti su alcuni nodi decisivi della legge.

Il più rilevante è senz'altro quello delle cure palliative, che la Corte Costituzionale ha elevato a «pre-requisito della scel-

ta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente» (il "suicidio assistito"). Il punto è questo: così com'è formulata, la bozza normativa ritiene sufficiente che il malato sia «a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative» e che l'analisi medica precedente la morte volontaria documenti se il paziente sia «già in carico a tale rete di assistenza» oppure se abbia «rifiutato tale percorso assistenziale». Formulazione troppo vaga, per i critici del testo Bazoli così com'è oggi: «Insistere per le cure palliative come pre-condizione – scandisce Antonio Palmieri, deputato di Forza Italia –: nel senso che, prima di poter essere aiutato a morire, il paziente deve aver provato questo percorso terapeutico», quasi sempre determinante nel far recedere da intenti suicidari. «Non ci stiamo riferendo solo alla terapia del dolore – aggiunge Palmieri – ma alla presa in carico totale della persona e della sua famiglia, anche sotto il profilo psicologico». Per ora il centrosinistra non ha accolto questa richiesta di modifica. «In

aula ripresenteremo gli emendamenti sui temi aperti – aggiunge il deputato – e ognuno giocherà la propria partita. Per quanto riguarda il centrodestra, cercheremo di dare evidenza a un pensiero che va contro la logica prevalente nel dibattito pubblico».

Oltre alle cure palliative, tra gli schieramenti vi sono altri importanti temi di contrasto sui requisiti per l'accesso della morte a richiesta. La condizione clinica dell'aspirante suicida è il primo. La proposta di legge Bazoli prevede una qualsiasi malattia «irreversibile», mentre il centrodestra vorrebbe piantare altri due paletti: «fase avanzata» e «prognosi infausta». Tra gli emendamenti già accettati in Commissione ci sono invece l'introduzione dell'obiezione di coscienza (nes-





sun medico sarà obbligato a intervenire in una procedura di morte) e l'esclusione della sola sofferenza psichica (che dovrà obbligatoriamente accompagnarsi a quella fisica). Bazzoli lo ha ripetuto più volte: «Questa legge è l'unica alternativa alla deriva pro-

posta dal referendum radicale, che vorrebbe legalizzare senza argini l'omicidio del consenziente».

Depositati ieri gli emendamenti, possibile domani la ripresa del confronto sul suicidio assistito



«Cure palliative insufficienti»

Il cardinale Bassetti: il numero delle strutture inadeguato al bisogno. Più attenzione alle situazioni di estrema fragilità. La Cei chiede di rispondere alla «logica dello scarto»: no a norme che «scardinano i presidi giuridici a difesa della vita»

FRANCESCO OGNIBENE

Che risposta vogliamo dare alle situazioni di «estrema fragilità», a « quanti stanno percorrendo l'ultimo tratto della loro esistenza, trovandosi nello stadio terminale di una grave patologia? La Chiesa italiana invita a guardarsi dalla «logica dello scarto» puntando invece sulle «cure palliative». Lo fa in un comunicato diffuso ieri – «Ogni vita va custodita, sempre!» – nel quale torna a prendere posizione sui nodi della sofferenza e del fine vita. A metà strada tra la Giornata nazionale per la Vita di domenica 6 e la Giornata mondiale del malato di venerdì 11, la Cei interviene mentre il Parlamento discute la legge sul suicidio

assistito e la Corte costituzionale sta per esaminare la richiesta di ammissibilità del referendum sull'omicidio del consenziente. Crocevia che impone una riflessione perché «a essere chiamata in causa è la coscienza di tutti, credenti e non – nota il cardinale Gualtiero Bassetti in una dichiarazione al centro del comunicato –: della società, della cultura e della politica. Ancora oggi il diritto alla cura di molte persone fa fatica a trovare le risposte necessarie e la pandemia ha acuitizzato ulteriormente la difficoltà

delle fasce più povere». Il presidente della Cei esprime gratitudine «ai Centri di cure palliative presenti sul territorio che svolgono un prezioso servizio nel prendersi cura dei malati più gravi fino al termine naturale della

loro esistenza». Purtroppo però «il numero di tali strutture è ancora insufficiente rispetto al bisogno; pertanto, auspico che ci sia la necessaria attenzione a quanti vivono situazioni di estrema fragilità oltre che un adeguato sostegno alle realtà che li accompagnano con dedizione». Perché – aggiunge la Cei citando papa Francesco nel messaggio per la Giornata del malato – «anche quando non è possibile guarire, sempre è possibile curare, sempre è possibile consolare, sempre è possibile far sentire una vicinanza che mostra interesse alla persona prima che alla sua patologia». L'ha appena detto anche il Consiglio permanente Cei: «In tempi come questi la tentazione della cultura dello scarto si fa ancora più insidiosa e

può creare il terreno favorevole all'introduzione di norme che scardinano i presidi giuridici a difesa della vita umana. È nelle situazioni di estrema fragilità che il nostro ascolto si fa accompagnamento e aiuto, necessari a ritrovare ragioni di vita».

Il doppio appuntamento ecclesiale

di questi giorni non è «una coincidenza»: la Giornata per la Vita, dedicata al tema della «custodia» di chi è in condizioni di particolare vulnerabilità, richiama quella del Malato, che propone la testimonianza evangelica delle «numerosissime "locande del buon samaritano"» – è un'espressione del Papa nel messaggio per la Mondiale del Malato – «in cui malati di ogni genere "possono essere accolti e curati, soprattutto coloro che

non trovavano risposta alla loro domanda di salute o per indigenza o per l'esclusione sociale o per le difficoltà di cura di alcune patologie". Sono realtà preziose – aggiunge la Cei – da promuovere sempre di più perché parlano di quell'amore misericordioso che nella storia ha generato opere di Vangelo».

L'impegno accanto ai malati si fa ancora più esplicito nel 30° della "loro" Giornata, anniversario per il quale la Segreteria generale della Cei «attraverso l'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute, ha promosso diverse iniziative». Anche così – ha detto il Papa domenica all'Angelus – si dà «risposta alla logica dello scarto» perché «ogni vita va custodita, sempre».

L'INTERVENTO

La Chiesa italiana esprime gratitudine per i centri che «svolgono un prezioso servizio nel prendersi cura dei malati più gravi fino al termine naturale della loro esistenza»



L'analisi delle linee cellulari embrionali e le dichiarazioni del Magistero

Risposte al dilemma etico sui vaccini anti Covid-19

di ALBERTO CARRARA

Recentemente a livello nazionale ed internazionale si è tornato a discutere sulla liceità morale dell'utilizzo dei vaccini anti-Covid-19. Alcuni esponenti del mondo cattolico a livello italiano e statunitense hanno persino ventilato un'apparente dicotomia tra la linea chiara assunta con responsabilità da Papa Francesco, anteponeandola alla Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede del 21 dicembre 2020.

Come stanno realmente le cose? Procediamo con ordine.

La prima cosa da constatare, e questa basterebbe a chiudere qualsiasi falsa opposizione all'interno dell'unico Magistero ordinario del Santo Padre, è ciò che viene affermato alla fine della Nota stessa della Congregazione per la Dottrina della Fede sulla moralità dell'uso di alcuni vaccini anti-Covid-19 (21.12.2020): «Il Sommo Pontefice Francesco, nell'Udienza concessa in data 17 dicembre 2020 al sottoscritto Prefetto della Congregazione per la Dottrina della Fede, ha esaminato la presente Nota e ne ha approvato la pubblicazione». La Nota fa parte del Magistero di Papa Francesco, lui stesso l'ha approvata.

Allora, la richiesta di chiarezza manifestata da alcuni, insieme all'evidente confusione di molti uomini e donne di buona volontà, costituiscono le motivazioni profonde per ribadire quanto è già un dato di fatto assodato: «è moralmente accettabile utilizzare i vaccini anti-Covid-19 che han-

no usato linee cellulari provenienti da feti abortiti nel loro processo di ricerca e produzione» (Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede, 21.12.2020, n.2).

Qual è il problema che viene sollevato? Lo possiamo sintetizzare in questo modo: considerato il fatto che per produrre alcuni dei vaccini anti-Covid (come AstraZeneca e Johnson&Johnson) sono state impiegate nella fase di sperimentazione e sviluppo due note linee di cellule embrionali umane ottenute da aborti volontari (le HEK293, linea isolata da un aborto del 1973; e le PER.C6, stabilizzate nel 1985), vaccinarsi con i suddetti vaccini costituirebbe una cooperazione al male dell'aborto procurato?

Questa domanda, legittima nella sua formulazione, non applica ai vaccini sviluppati da Pfizer e Moderna che seguono un altro procedimento (per precisione: i vaccini sviluppati da Moderna e Pfizer non utilizzano linee di cellule fetali nella loro progettazione e produzione, ma si impiega la linea HEK-293 solo nei test di conferma in laboratorio. Per alcuni anche quest'ultimo fatto le renderebbe anch'esse "macchiate" del presunto legame all'aborto).

Ora, su questo argomento sono già noti importanti ed autorevoli pronunciamenti: della Pontificia Accademia per la Vita (*Riflessioni morali circa i vaccini preparati a partire da cellule provenienti da feti umani abortiti* del 5 giugno 2005; la Nota del 2017) e della Congregazione della Dottrina della Fede

(Istruzione *Dignitas Personae* dell'8 settembre 2008, nn. 34-35).

La Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede del 21 dicembre 2020 rassicura coloro che sentono in coscienza delle remore all'uso dei vaccini anti-Covid prodotti da linee cellulari di origine illecita e pertanto eticamente non-incepibili che qualora si incorresse in un tipo di cooperazione materiale con il male dell'aborto procurato, essa sarebbe da considerarsi passiva e remota e pertanto «il dovere morale di evitare tale cooperazione materiale passiva non è vincolante se vi è un grave pericolo, come la diffusione, altrimenti incontenibile, di un agente patogeno grave» (Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede, 21.12.2020, n.3).

I criteri generali e particolari per dirimere la questione sono tutti noti, ma l'interconnessione di tali principi e la concreta applicazione sembra, per alcuni, ancora dubbiosa.

Perché, se fosse vero che questi vaccini di per sé sollevano problemi di coscienza, sia Papa Francesco che il Papa emerito Benedetto XVI si sono fatti vaccinare ben volentieri, anzi, Papa Francesco ha persino sottolineato in diverse oc-



casioni che il vaccinarsi è un atto di amore e un dovere etico?

Per chiarire ulteriormente il perché tutti i vaccini anti-Covid a disposizione sono eticamente accettabili e contribuire così a risolvere eventuali problemi di coscienza

- che alcuni continuano ad avere, bisogna analizzare la materia dell'apparente diatriba: le linee cellulari di derivazione embrionale.

- 1) Studiando cosa siano le HEC293 si potrà concludere la non cooperazione al male dell'aborto, neppure quella che la Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede, 21.12.2020, al n.3 chiama «cooperazione materiale passiva remota». In che modo? Bisogna fare una distinzione importante in ordine cronologico per escludere persino l'eventuale cooperazione materiale remota. Ci sono state le cellule 293 originali derivate nel 1973 dal rene di un embrione umano abortito di genitori sconosciuti mediante trasformazione del Dna da parte di un Adenovirus: esse sono cellule renali embrionali umane recuperate post-aborto e modificate geneticamente, in gergo tecnico si dice "trasformate", affinché possano crescere tendenzialmente indefinitamente in laboratorio. Ci sono state poi le cellule 293 che solo alcuni mesi dopo l'isolamento, a seguito di numerosi tentativi, hanno iniziato a crescere in modo indefinito in laboratorio: ecco come è stata prodotta la prima linea cellulare nota come cellule HEK293 o 293 (numero di accesso ATCC CRL-1573). Infine, ci sono oggi tutte quelle linee cellulari derivate da quest'ultima che sono quelle realmente impiegate in esperimenti che vanno dalla trasduzione del segnale e da-

gli studi di interazione proteica sull'imballaggio virale, all'espressione proteica rapida su piccola scala, sino alla produzione biofarmaceutica, come nel caso specifico dei vaccini anti-Covid (per comprendere visivamente questa distinzione, rimando alla prima immagine dell'articolo: Lin, YC., Boone, M., Meuris, L. et al. *Genome dynamics of the human embryonic kidney 293 lineage in response to cell biology manipulations*. Nat Commun 5, 4767 del 2014).

Compresa questa distinzione ne è evidente una seconda: non potendo entrare nel merito delle responsabilità soggettive, l'aborto procurato nel 1973 fu oggettivamente un atto moralmente cattivo; mentre coloro che cooperarono a tale atto, a seconda del loro ruolo ed intenzione, saranno incorsi nella cooperazione formale e/o materiale (la Nota della Congregazione per la Dottrina della Fede, 21.12.2020, n.1 specifica la gradualità di responsabilità differenziate di cooperazione al male). Ora, coloro che per primi ottennero quelle prime cellule renali, anch'essi, a seconda dell'intenzione, avranno potuto cooperare al male di quell'aborto in modo formale e/o materiale.

Ma attenzione, il fatto poi di utilizzare e modificare e poi nel tempo di acquistare per scopi di ricerca le linee cellulari derivanti da quelle prime cellule renali embrionali non implica affatto alcuna cooperazione con coloro che perpetrarono quell'aborto iniziale. Come ben evidenzia l'antropologo e bioeticista Ramón Lucas Lucas «allo stesso modo, il prelievo di un organo da una persona assassinata e il suo trapianto in un'altra persona non implica di per sé la cooperazione con l'autore dell'omicidio» (Ramón Lucas Lucas, *I limiti etici della scienza e della tecnica*, Gregorianum 104 (4), 2021, pp. 817-838).

Perciò chi oggi utilizza le

HEC293 non coopera materialmente nemmeno indirettamente e remotamente con quel concreto male che fu l'aborto del 1973.

Questa conclusione è in sintonia con ciò che nel 2017 aveva ribadito la Pontificia Accademia per la Vita a conclusione della sua Nota sull'uso di vaccini in Italia (31/07/2017): «Le caratteristiche tecniche di produzione dei vaccini più comunemente utilizzati in età infantile ci portano ad escludere che vi sia una cooperazione moralmente rilevante tra coloro che oggi utilizzano questi vaccini e la pratica dell'aborto volontario. Quindi riteniamo che si possano applicare tutte le vaccinazioni clinicamente consigliate con coscienza sicura che il ricorso a tali vaccini non significhi una cooperazione all'aborto volontario».

2) Se non bastasse, di riflesso, compresa questa dinamica diacronica nella genesi di questa linea cellulare di origine embrionale, si evince che i ricercatori di AstraZeneca e Johnson&Johnson che nel 2020 hanno acquistato le HEC293 (o le PER.C6 in modo analogo) non hanno contribuito alla legittimazione dell'aborto, nemmeno indirettamente. In effetti, comprare HEC293 non implica che avvengano più aborti per la richiesta d'acquisto. Come ben raffigurato dal professor Richard K. Zimmerman, esperto di vaccini anti-influenzali e membro del CDC (Centers for Disease Control and Prevention): «l'associazione indiretta con un'azione passata conclu-



sa può essere inevitabile. Ad esempio, guidare su una strada originariamente costruita con il lavoro degli schiavi può essere difficile da evitare in alcuni luoghi. Gli aborti risultanti in queste linee cellulari avvenuti negli anni Settanta e Ottanta sono separati nel tempo, nell'intento e nell'atto dalla vaccinazione di oggi [...] In modo analogo, una persona che è vaccinata oggi non sarebbe responsabile di una conoscenza dettagliata delle circostanze di un quarto e mezzo di secolo fa, prima ancora che molti dei vaccinati fossero nati». E ancora: «una scuola non è responsabile dell'insegnamento della chimica utilizzata da un laureato per pianificare un attentato; è il laureato che è responsabile di un'azione così malvagia. Sebbene la cellula originale che ha prodotto la linea cellulare sia derivata da un aborto, le linee cellulari attuali si sono moltiplicate molte volte: non è il

tessuto originale. In effetti, la vaccinazione oggi è lontana negli intenti e nelle azioni dall'istituzione del ceppo cellulare e dall'aborto avvenuto più di un quarto di secolo fa» (Zimmerman RK., *Helping patients with ethical concerns about COVID-19 vaccines in light of fetal cell lines used in some COVID-19 vaccines*, *Vaccine* 2021;39(31): 4242-4244).

3) La linea cellulare PER.C6 è derivata da cellule retiniche embrionali umane, originariamente dal tessuto retinico di un feto di 18 settimane abortito nel 1985 e "trasformato" in modo simile a ciò che ha prodotto le odierne HEC293. Quanto già detto per le HEC293 vale anche in questo caso.

Infine, ricordiamo che le suddette linee cellulari sono

comunemente usate per diverse fasi di testaggio ed implementazione di farmaci che tutti noi utilizziamo senza alcun dilemma morale (almeno credo): dalla comunissima aspirina, all'ibuprofene, da diversi farmaci anti-ipertensivi, sino a quelli per l'Alzheimer.

Il ragionamento così delineato chiarisce, da una parte, che non vi è alcun conflitto all'interno dello stesso Magistero di Papa Francesco, dall'altra, che le obiezioni ai vaccini anti-Covid mosse sul piano della liceità morale non si sostengono. Questo spiega alcuni dei motivi che hanno sostenuto la scelta di Papa Francesco e del Papa emerito Benedetto XVI di vaccinarsi.

Tutti i vaccini anti-Covid a disposizione sono eticamente accettabili, non c'è cooperazione al male dell'aborto

Il prelievo di un organo
da una persona assassinata
e il suo trapianto in un'altra persona
non implica di per sé
la cooperazione con l'omicidio



E grazie alle vaccinazioni crollano anche i decessi: meno 50% rispetto al 2020

IL FOCUS

ROMA La media annuale dei decessi in Europa è di 3,7 milioni. La pandemia ha aumentato del 10 per cento quel dato. Ma l'effetto benefico dei vaccini ha diminuito del 47 per cento le morti, rispetto alle ondate in cui non esisteva ancora questa protezione da Sars-CoV-2. Tutto ciò è avvenuto nonostante, nella seconda parte del 2021, non vi fossero più misure di contenimento come il lockdown o le zone rosse. E nonostante la presenza di varianti maggiormente contagiose.

PROGETTO

I dati sono stati elaborati dal Ceds Digital per il Messaggero. E hanno preso come punto di partenza le statistiche del progetto EuroMomo «che nasce con l'obiettivo di monitorare l'eccesso di mortalità nei Paesi partecipanti così da prevedere effetti di pandemie ed eventi meteorologici». Le nazioni prese in considerazione da questo studio sono in maggioranza nell'Unione Europea (Austria, Belgio, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Malta, Olanda, Norvegia, Portogallo, Slovenia, Spagna e Svezia). Ma sono stati usati anche i dati di Regno Unito, Ucraina, Israele e Svizzera. Per la statistica, sulla base delle rilevazioni degli anni precedenti, c'è un numero di morti atteso nell'arco dei 12 mesi che viene raffrontato con quello dei decessi realmente conteggiati. Si esaminano tutte le morti, per qualsiasi causa, e questo serve anche a capire, ad esempio, quale

sia stato l'effetto della pandemia, al di là del dibattito tra vittime "per il Covid" o "con il Covid". Queste le premesse. Bene, dalle statistiche risulta che fra il 2020 e il gennaio 2022 «ci sono stati in Europa 788.082 decessi in più rispetto a quelli attesi. L'80 per cento di questo eccesso di mortalità si è concentrato proprio in corrispondenza con le ondate della pandemia: in particolare la prima (da febbraio a maggio) ha causato 178.816 morti in più rispetto a quelli attesi; la seconda e la terza (autunno 2020 e inverno 2020-2021) 239.593; la quarta (autunno-inverno 2021-2022), quando in molti Paesi ormai la vaccinazione si era già sviluppata, 155.856. Ecco, già questo è un indizio evidente di come l'effetto delle protezioni offerte dalla doppia dose sia stato rilevante.

Spiega lo studio: «Circa il 13 per cento dei morti aveva meno di 65 anni; il 47 per cento tra 65 e 85 anni e il 40 più di 85 anni. Anche se questi decessi non possono essere formalmente associati a Covid-19, è chiaro che sono fortemente correlate agli effetti diretti e indiretti della pandemia e rappresentano un indicatore affidabile perché indipendente da qualsivoglia "metodo di conteggio"». Spiega ancora l'analisi: l'influenza provoca in maniera diretta e indiretta circa 100.000 morti all'anno in Europa (da qui l'importanza anche del vaccino antinfluenzale) ma il Covid nonostante i vaccini (a disposizione però solo nel 2021), dispositivi di protezione e lockdown «ne ha provocati 4 volte di più».

Significativo il raffronto tra i mesi in cui non c'era la protezione preventiva delle vaccinazioni e quelli successivi in cui sono arrivati i farmaci di Pfizer, AstraZeneca, Moderna e Johnson & Johnson. Cosa emerge? «La pri-

ma ondata è durata meno delle altre (sia per la stagione primaverile alle porte sia per effetto dei lockdown rigidissimi adottati nei vari Paesi). Data l'assoluta mancanza di immunità nella popolazione è stata quella più violenta provocando nella settimana di picco 38.000 morti in più rispetto a quelli attesi. La seconda/terza ondata (variante Alpha) è stata quella che ha provocato in assoluto più morti (il 64 per cento in più della prima) perché è durata il doppio del tempo e, benché fosse presente una minima immunità naturale della popolazione (coloro che avevano superato l'infezione in precedenza), ha causato nella settimana di picco 27.000 morti in più rispetto a quelli attesi.

PICCO

Il confronto fra seconda/terza e quarta ondata mostra l'effetto protettivo della campagna vaccinale: anche con l'adozione di misure restrittive meno severe e nonostante circolasse la variante Delta (più aggressiva sia delle varianti precedenti sia di Omicron), durante la settimana di picco si sono registrati 16.000 morti in più rispetto a quelli attesi e i decessi in eccesso sono stati complessivamente la metà rispetto a quelli registrati durante la seconda/terza ondata, diminuendo di più nelle fasce di età e nei paesi più vaccinati». La media, come detto, è di una riduzione dei decessi del 47 per cento, ma la percentuale arriva al 56 per cento tra gli over 85.

M.Ev.

IL PICCO C'È STATO CON LA PRIMA ONDATA QUANDO LE DOSI NON ERANO ARRIVATE: 38 MILA CASI IN PIÙ OGNI SETTIMANA



Lo studio su «Lancet»

«La variante ha ridotto i rischi di ricoveri»

Chi si contagia con la variante Omicron del coronavirus ha il 70% in meno di possibilità di finire in ospedale rispetto a chi si infetta con Delta. È questo uno dei risultati di uno studio inglese pubblicato sulla rivista scientifica *Lancet* che ha esaminato le condizioni di oltre un milione di contagiati con la variante Omicron e 450 mila infettati con Delta, considerando il tasso di ospedalizzazione,

morte e vaccinazione. Nella ricerca si legge anche che il booster con uno dei due vaccini a mRNA nei casi che riguardano la variante Omicron riduce dell'81% il rischio di ospedalizzazione e dell'87% quello di morte anche nei casi di somministrazione effettuate oltre 12 settimane prima del contagio.



L'impatto delle nuove misure per i contatti di positivi. Mancano i dati dei guariti

Under 11, il 19% è vaccinato

Alla primaria uno studente su 5 non farà più quarantena

DI EMANUELA MICUCCI

Il 19,1% dei bambini tra 5 e 11 anni, a ieri, ha terminato la vaccinazione e tra i ragazzi di 12-19 anni il 30,8% ha ricevuto il booster mentre il 5% ha solamente una dose di vaccino. Secondo gli ultimi dati forniti dal ministro dell'istruzione **Patrizio Bianchi**, poi, il 56% di tutto il personale scolastico è senza richiamo vaccinale. Queste percentuali rendono l'idea dell'effetto immediato della nuova quarantena con auto-sorveglianza alla primaria e alla secondaria. Secondo le nuove misure in vigore da sabato scorso, infatti, dal quinto caso positivo tra gli studenti, perché il personale scolastico è escluso per decreto dal conteggio dei positivi, alla primaria, così come al nido e alla materna, e dal secondo caso alle medie e alle superiori la classe va in quarantena preventiva a casa tranne chi ha terminato il ciclo vaccinale o è guarito da meno di 4 mesi, quindi, oggi prima dell'8 novembre 2021 o chi ha ricevuto il booster. Una sola dose di vaccino, dunque, non basta per evitare quarantena e didattica digitale integrata.

A poter continuare la lezione in presenza, quindi, sarebbe solo il 19,1% degli studenti della primaria, circa 708.000 bambini su 3.656.069. Per evitare la quarantena basta però anche es-

sere guariti da meno di 4 mesi, periodo di tempo su cui non ci sono dati ufficiali dell'Iss, l'Istituto superiore di sanità. Elaborando quelli disponibili a 180 giorni, 6 mesi, **Lorenzo Ruffino**, economista e specialista in analisi e visualizzazione dei dati, ha calcolato che i bambini di 5-11 anni mai vaccinati ma guariti da più di 6 mesi sarebbero il 20,4%, cioè 745.838. Parte di questi, guariti da novembre 2021, andrebbero in auto-sorveglianza. Mentre resterebbe a casa in Ddi 1.243.871 alunni che hanno ricevuto solo la prima dose di vaccino, il 34,3%. Si tratta, però, di dati su tutta la fascia di età 5-11 anni, che non corrisponde perfettamente all'età scolastica della primaria.

Gli studenti che hanno 11 anni, infatti, stanno frequentando la prima media, tranne in caso degli anticipatori. Quelli hanno 5 anni sono all'ultimo anno di materna, scuola dell'infanzia per la quale, tuttavia, non è prevista l'auto-sorveglianza per gli alunni, ma la sospensione delle lezioni senza la dad, anche per i bambini dell'ultimo anno, quello propedeutico alla primaria, e anche se vaccinati. Alle medie, dalla seconda classe (12 anni) e alle superiori tutti gli studenti per accedere all'auto-sorveglianza oltre ad essere vaccinati con il ciclo primario completo devono aver ricevuto il richia-

mo, possibile da gennaio a tutti i 12-15enni, non più solo ai fragili.

Su 4.620.379 ragazzi di questa fascia di età, quindi, 3.694.548 ha terminato il ciclo vaccinale, ma il 68,3% prima dell'8 novembre, cioè 3.155.718 ragazzi, che quindi resterebbero fuori dall'auto-sorveglianza. Mentre 1.411.410 studenti 12-19enni hanno ricevuto la dose di richiamo, quindi, resterebbe in classe senza andare in Ddi.

Per 231.018 ragazzi, il 6%, che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino, invece, scatterebbero le lezioni da remoto collegati con i compagni in presenza. Tuttavia, per evitare la quarantena preventiva, anche alle medie e alle superiori, basta essere guariti da meno di 4 mesi. Tra questi alunni ci sarà parte del 4,9% di 12-19 mai vaccinati ma guariti da più di 180 giorni (6 mesi), pari a 226.398 adolescenti.

*Supplemento a cura
di Alessandra Ricciardi
aricciardi@italiaoggi.it*



Corbevax è la prova che un altro approccio al Covid è possibile

L'intervista. Maria Elena Bottazzi. Ha sviluppato un vaccino per Sars-Cov2 rifiutando di brevettarlo. Al telefono da Houston spiega come ragionano e lavorano con obiettivo la salute e non il business

Agnese Codignola

La deputata della Camera dei rappresentanti del Texas Lizzie Fletcher l'ha candidata al premio Nobel per la pace 2022, insieme al suo collega Peter Hotez. Perché prima di loro solo Albert Sabin, inventore del vaccino antipolio, aveva fatto altrettanto (senza vincere il premio), cioè aveva rifiutato qualunque forma di copertura brevettuale, considerando la protezione dalla malattia un bene dell'umanità, non un prodotto su cui guadagnare. Ma anche se non toccasse a loro, Maria Elena Bottazzi e Peter Hotez, docenti della National School of Tropical Medicine del Baylor College di Houston, e condirettori del Texas Children's Hospital Center for Vaccine Development, saranno ricordati per aver salvato milioni di persone, e mostrato ai paesi più ricchi e, finora, più egoisti, che un altro approccio alle pandemie è possibile, e che non tutto si esaurisce nel business.

Il loro vaccino, chiamato Corbevax, ha infatti superato brillantemente le sperimentazioni condotte in India su oltre 3.000 persone, mostrandosi molto efficace (assicura una protezione tra l'80 e il 90% contro i ceppi di Wuhan, beta e delta), duraturo (più di AstraZeneca e Moderna, con i quali è stato messo a confronto diretto) e sicuro, e ha ricevuto la prima approvazione da parte del Drugs Controller General of India. La BioE, colosso indiano della produzione, sta già lavorando al primo ordine da 300 milioni di dosi dello stesso

governo indiano, cui seguirà una media di 100 milioni al mese, da destinare anche ad altri paesi. Nel frattempo Indonesia, Bangladesh, Australia e un consorzio di paesi africani, tutti aderenti al Developing Countries Vaccines Manufacturing Network (Dcvmn), si stanno attrezzando per produrre Corbevax. Al telefono da Houston, Bottazzi, genovese di nascita, da molti anni negli Usa, chiarisce meglio come si ragiona e si lavora avendo come obiettivo la salute.

Professoressa Bottazzi, perché concentrarsi su un vaccino tradizionale?

«Da sempre lavoriamo sui vaccini di questo tipo per le malattie dei paesi in via di sviluppo o comunque non ancora coperte da un vaccino, comprese la Sars e la Mers. Per questo abbiamo focalizzato gli sforzi su un vaccino che potesse essere velocemente prodotto in siti già esistenti, facile da conservare e somministrare, e che costasse il meno possibile. La scelta è così caduta su un vaccino a subunità, in cui si somministra la parte più immunogenica dell'antigene virale, in questo caso la spike, chiamata Rbd o Receptor Binding Domain. All'Rbd si aggiunge poi un adiuvante, cioè una sostanza che potenzia l'effetto stimolatorio, a base di sali di alluminio, anch'essi usatissimi in decine di vaccini».

Visto che la metodologia era già nota, come mai avete avuto i risultati sperati solo ora?

«I nostri finanziamenti non sono governativi, ma solo filantropici e universitari, e questo ha allungato i tempi. Ma poiché lo

stesso tipo di approccio riguarda l'acquisto e la distribuzione, abbiamo deciso di dare priorità a un grande paese che, pur essendo tra i primi produttori di medicinali e vaccini del mondo, ha avuto tantissime vittime: l'India. Ciò non esclude di certo che si arrivi a richiedere il via libera in Nordamerica e in Europa, ma poiché si tratta di processi lunghi e costosi, abbiamo preferito dare priorità a paesi che hanno necessità più urgenti».

Crede che Corbevax avrà un posto anche nei paesi ricchi?

«Questo vaccino è molto facile da conservare (basta un frigorifero), e farebbe risparmiare tantissimo denaro: costa meno di 5 euro a ciclo di due dosi, cioè circa un quarto di quelli più diffusi. Ma, soprattutto, potrebbe dare un contributo importante alla vaccinazione di chi non si fida dei vaccini di nuova generazione, a cominciare dai genitori dei bambini: è del tutto simile ad altri vaccini somministrati da anni come quello dell'epatite B».

E i prossimi obiettivi?

«Stiamo lavorando su diversi fronti: oltre a essere pronti per chiedere l'autorizzazione per le formulazioni pediatriche, stiamo studiando l'effetto del richiamo, la risposta a omicron e i vaccini contro diverse forme di coronavirus, assortendo le varianti e il virus della Sars, al fine di giungere, nei prossimi mesi, a un vaccino universale. Anch'esso rigorosamente open».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



01

Vaccino Moderna, ricercatori sudafricani creano una copia

Una copia del vaccino anti covid mRNA Moderna, ricercatori di un'azienda biotecnologica sudafricana hanno affermato di averla quasi creata senza il coinvolgimento dell'azienda americana. La notizia è riportata sulla rivista 'Nature'. Afrigen Biologics and Vaccines, con sede a Cape Town, ha prodotto solo microlitri del vaccino, sulla base dei dati che Moderna ha utilizzato per realizzare il suo prodotto scudo. Ma - si legge sul sito della rivista scientifica - il risultato è un traguardo importante per un'iniziativa più ampia lanciata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), un hub di trasferimento tecnologico che punta a costruire una capacità produttiva di questi vaccini nei Paesi a basso e medio reddito.

"I vaccini di Moderna e Pfizer-BioNTech sono ancora destinati principalmente alle nazioni più ricche", afferma Martin Friede, il funzionario dell'Oms che coordina l'hub. "Il nostro obiettivo è consentire ad altri Paesi di crearne di propri". Rimangono molti passaggi prima che l'imitazione del vaccino a mRNA firmata Afrigen possa essere distribuita alle persone in Africa. Ma quella realizzata dai ricercatori sudafricani è la prima fase del piano. La fase successiva del progetto prevede che diverse aziende del sud del mondo imparino da Afrigen a creare loro stesse lotti di vaccini, per testarli nei roditori. Entro la fine di novembre, l'Oms prevede che un'imitazione del vaccino Moderna sia pronta per i trial di fase 1 nell'uomo, per testarne la sicurezza. L'Oms spera che il processo di creazione getti le basi per un'industria dei vaccini mRNA più distribuita a livello globale in futuro.



Gerhardt Boukes, ricercatore capo di Afrigen, l'azienda cuore dell'hub Oms, si è detto orgoglioso del lavoro fatto. Gli esperti sono partiti con l'mRna che codifica una porzione modificata del coronavirus Sars-CoV-2 e sono arrivati a incapsularlo in una nanoparticella lipidica che porta il vaccino alle cellule. "Non abbiamo avuto l'aiuto dei principali produttori di vaccini", dice, "quindi lo abbiamo fatto noi stessi per mostrare al mondo che si può fare, e si può fare qui nel continente africano", ha spiegato. Quando l'Oms ha lanciato il suo hub in Sudafrica lo scorso giugno, ha chiesto a Moderna, Pfizer e BioNTech di aiutare a insegnare ai ricercatori come realizzare i vaccini anti-Covid. Ma le aziende non hanno risposto, si legge su 'Nature' e l'Oms ha deciso di andare avanti comunque senza il loro aiuto.

La scelta del vaccino da replicare è caduta su quello di Moderna perché sono pubblicamente disponibili maggiori informazioni sul suo sviluppo e perché Moderna ha promesso di non far valere i suoi brevetti durante la pandemia. L'azienda americana però non ha risposto a 'Nature' che le ha chiesto un commento sulla decisione dell'Oms di copiare il vaccino. Con fondi provenienti da paesi tra cui Francia, Germania e Belgio, i ricercatori sudafricani hanno iniziato a lavorare al progetto alla fine di settembre. Un team dell'università di Witwaterstrand, a Johannesburg, ha preso l'iniziativa di eseguire il primo passo: creare una molecola di Dna che servisse da modello per sintetizzare l'mRna necessario per il vaccino. Sebbene questa sequenza sia stata posta sotto brevetto da Moderna, i ricercatori della Stanford University in California l'avevano depositata nel database online 'Virological.org' a marzo dello scorso anno. Nonostante i ritardi nella spedizione delle materie prime, il team sudafricano ha completato il processo in 10 settimane e inviato fiale di mRna ad Afrigen all'inizio di dicembre. Diversi scienziati da tutto il mondo, appreso dell'iniziativa in corso,



hanno offerto la loro assistenza ai ricercatori, riferisce il servizio pubblicato su 'Nature'.

"Alcuni di loro - si legge - erano ricercatori dei National Institutes of Health degli Stati Uniti che avevano condotto un lavoro fondamentale sui vaccini mRNA". Un gesto definito "straordinario" da Petro Terblanche, managing director di Afrigen: "Penso che molti scienziati fossero delusi da ciò che era successo con la distribuzione del vaccino e volessero aiutare a far uscire il mondo da questo dilemma".

Il 5 gennaio è stata la volta dell'incapsulamento. Boukes afferma di non aver ancora utilizzato la miscela lipidica specifica di Moderna, ma un'altra immediatamente resa disponibile dal produttore della macchina che il laboratorio utilizza per creare le nanoparticelle lipidiche. Il programma è di usare quella di Moderna nei prossimi giorni, non appena arriverà un ultimo strumento necessario. Successivamente, il team analizzerà la formulazione per assicurarsi che sia veramente una copia simile del vaccino di Moderna.

Cosa accadrà il prossimo anno resta incerto. Charles Gore, direttore del Medicines Patent Pool, un'organizzazione internazionale che lavora con l'hub, afferma che l'iniziativa non ha intenzione di violare i brevetti di Moderna. La ricerca di laboratorio generalmente non è soggetta alle regole sui brevetti, spiega. E una volta che il vaccino sarà pronto per l'uso, la speranza, aggiunge, è che Moderna possa quindi concedere in licenza i suoi brevetti o che per allora ci saranno alternative che queste aziende potrebbero produrre senza timore di andare incontro a una causa.



“ECCO PERCHÉ SUI VACCINI CHIEDIAMO I DATI GREZZI”

L'INTERVISTA Peter Doshi

Il ricercatore simbolo dello scandalo Tamiflu conduce una nuova battaglia per la trasparenza

» Peter D'Angelo
e Maddalena Oliva

Sono passati dieci anni dall'editoriale del *British Medical Journal* che

dichiarava vinta la battaglia su quello che passò alla storia come il “caso Tamiflu”. L'antinfluenzale - prodotto da Roche, e comprato per miliardi di dollari e centinaia di milioni di dosi dai governi di mezzo mondo durante la pandemia da H1N1-l'influenza suina - venne declassato dall'Oms a farmaco complementare. Questo, dopo anni di studi e di battaglie per la trasparenza

condotte da due ricercatori, Peter Doshi e Tom Jefferson. Impiegarono quattro anni per ottenere da Roche i dati grezzi (150mila pagine), e mesi e mesi per analizzare quei “sei metri di carte”, come



ricorda Doshi. Fu grazie a quel lavoro che si scoprì che Tamiflu non riduceva il numero di ospedalizzazioni, come invece sosteneva la casa farmaceutica. Ed è sempre Doshi, assieme al *Bmj*, a firmare oggi un appello affinché vengano resi pubblici i dati grezzi sui vaccini e sui farmaci anti Covid. “Come medico e ricercatore indipendente – spiega – difendo la trasparenza dei dati scientifici nel campo medico e farmaceutico”, e ci tiene a sottolineare che in questa intervista parlerà a titolo personale.

Professor Doshi, perché un appello per i dati grezzi “aperti”? Cosa sono?

Sono i dati originali e dettagliati raccolti nel corso delle sperimentazioni cliniche e poi riportati, in forma più raffinata, nelle pubblicazioni e nei comunicati stampa delle case farmaceutiche. Nel caso dei vaccini e dei farmaci anti Covid, tutto ciò che sappiamo viene attualmente solo da ricerche finanziate dalle stesse aziende produttrici, finalizzate all'autorizzazione delle agenzie regolatorie. Sono dati che condizionano le nostre scelte di politiche sanitarie, non possiamo basarci solo sulla fiducia. Ci deve essere un modo per verificare in modo indipendente.

Quali dati grezzi sarebbe più importante conoscere ora?

Quelli relativi agli studi randomizzati in cui un gruppo di volontari vaccinati viene confrontato col gruppo di controllo, che riceve invece un placebo secondo il metodo doppio cieco, a insaputa dei volontari e dei ricercatori, per vedere cosa succede a ogni singolo paziente. Ma non solo. Servirebbe conoscere quali e quante segnalazioni di eventi avversi gravi abbiamo avuto durante gli studi, quali le procedure operative standard applicate nei siti di sperimentazione clinica, quali le

regole di aggiudicazione di tali sperimentazioni. C'è bisogno di trasparenza per tutti i tipi di dati, compresi quelli di farmacovigilanza nel periodo post-autorizzazione del vaccino. Anche perché la tempistica per sperimentare eventi avversi è differente da quella necessaria a confermare quegli eventi avversi. In Italia, chiedo, accedete ai report governativi sulle indagini sulle segnalazioni di reazioni avverse gravi?

C'è un problema di trasparenza?

Sì, assolutamente. In un mondo normale, che si muove secondo logiche razionali, le evidenze andrebbero analizzate – e rilevate – da chi non ha alcun interesse finanziario nelle sperimentazioni. Peraltro, a differenza delle sperimentazioni sui farmaci che solitamente prevedono almeno due studi di controllo, qui ne abbiamo uno, e della durata di quattro mesi. Avere i dati grezzi dovrebbe

essere una preoccupazione di tutti, anche del ministero della Salute. Ma la maggior parte dei governi si affida ai “grandi” enti regolatori come Fda o Ema.

Ema e Fda sono in possesso di questi dati?

L'Ema potrebbe averli, se solo li richiedesse. La Fda ne ha molti, sicuramente più di Ema, ma ne mancano comunque tantissimi. Quelli “granulari” per esempio, conservati nei siti dei centri studio: la Fda, per la sperimentazione clinica di Pfizer, ne ha ispezionati solo 9 su 153. Le agenzie regolatorie e di sanità pubblica, poi, dovrebbero spiegare il motivo per cui nei test non sia stata valutata la capacità dei vaccini di fermare il contagio. La verità è che, nella maggior parte dei casi, nessun Paese richiede

questi dati.

Pfizer ha chiesto l'approvazione Fda per il vaccino pediatrico sotto i cinque anni. Che dati abbiamo?

Un vaccino dovrebbe essere approvato solo dopo test a lungo termine, per poter essere sicuri dei benefici e soprattutto dei rischi, specie per una popolazione come i bambini. Questo richiede tempo, anni. Ma i vaccini approvati possono già essere usati legalmente *off-label*: nulla ne impedisce l'uso per indicazioni non approvate, esiste sempre il consenso informato.

Lei è stato tra gli scienziati più cauti sulla terza dose. Se avessimo avuto i dati grezzi, avremmo avuto politiche sanitarie diverse?

Penso che se i ricercatori si fossero impegnati fin dall'inizio a richiedere e analizzare in modo critico i dati dei *trial*, avremmo avuto un dibattito sulle prestazioni che un “buon” vaccino dovrebbe fornire. Tipo: quanto tempo dura la copertura; se il vaccino è o non è sterilizzante... Poiché queste domande non sono mai state poste perché è mancata la discussione, non c'è stata pressione per garantire che gli studi fornissero risposte solide. Se avessimo avuto i dati grezzi di Pfizer nell'aprile 2021, nel momento in cui Pfizer stessa li stava analizzando, avremmo saputo che il calo dell'efficacia nella copertura dal contagio era già visibile. Quindi avremmo avuto molto più tempo per correggere in corsa le strategie vaccinali, anziché aspettare le evidenze di Israele mesi dopo.

Cosa pensa dei pass vaccina-

li?

Direi che Omicron ha squarciato il mondo a una velocità incredibile, sollevando dubbi legittimi sull'efficacia e il senso dei pass vaccinali. Per motivi sociali ed etici, sono poi personalmente contrario all'obbligo vaccinale.

Lei a settembre ha sostenuto che l'immunità naturale, grazie alle cellule T, è più vicina. Cosa ne pensa, alla luce di Omicron?

Per infezioni come questa, l'immunità di gregge va intesa in modo diverso rispetto a quella per una malattia come la polio. In futuro ci saranno nuove ondate di Sars-CoV-2, ce lo insegna la storia dei virus respiratori endemici, tipo raffreddore o influenza.

Come definirebbe il dibattito scientifico sulla pandemia?

È tragico quello che è successo. È come se fossimo in guerra. E il dibattito è stato dipinto come una minaccia allo sforzo bellico. Ci viene detto che dobbiamo “seguire la scienza”, ma questo tipo di argomentazione promuove una visione non veritiera della scienza: la scienza non è piena di certezze, anzi! La scienza è un processo non una conclusione, e richiede discussione, dibattito e trasparenza dei dati. Non possiamo accettare una sorta di realtà binaria in cui tutte le critiche sono automaticamente etichettate come pericolose. Il nostro appello sui dati grezzi “aperti” non è una richiesta No vax, ma una richiesta di trasparenza, necessaria su tutti e per tutti i farmaci. Specie in pandemia.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'Aifa: pillole antivirali a 4.117 persone

In Italia, fino al 3 febbraio, sono stati 4.117 i pazienti che hanno ricevuto una prescrizione di molnupiravir, la "pillola anti-Covid" di Msd (Merck in Nord America) che può essere assunta dal paziente a casa propria ed indicata per persone con Covid-19 lieve-moderato e di recente insorgenza, ma con fattori di rischio per la forma grave. È quanto emerge dai risultati del terzo monitoraggio dell'Agenzia italiana

del farmaco (Aifa) sull'utilizzo degli antivirali per il Covid-19. L'indicazione Aifa sulle modalità di utilizzo in fase precoce degli antivirali è in vigore dal 30 dicembre, giorno dal quale è partito il monitoraggio. Di fatto però, la distribuzione è stata avviata il 4 gennaio e dopo sono iniziate le prescrizioni e l'inserimento dei pazienti nei registri. Per quanto riguarda questo primo antivirale orale specifico contro il Sars-Cov-2, dall'inizio del monitoraggio al

primo febbraio sono stati avviati trattamenti per 3.932 pazienti in Italia. Ampie le differenze regionali: 539 i trattamenti nel Lazio, 531 in Liguria, 458 in Piemonte, 422 in Veneto, 333 in Toscana, 283 in Lombardia, 249 nelle Marche, 248 in Puglia, 170 in Emilia Romagna, in 137 Friuli Venezia Giulia, 109 in Sardegna e Umbria. Le altre regioni sono sotto i 100 e in Basilicata non ne risulta nessuno. Il report Aifa non riporta i dati su Paxlovid, farmaco in

comparsa di Pfizer, arrivato in Italia solo 3 giorni fa. Sono stati, invece, 2.871, al 2 febbraio, i pazienti che hanno ricevuto il remdesivir, antivirale endovenoso di Gilead sviluppato per il virus Ebola ma dimostratosi efficace contro il Sars-CoV-2.



Gli studi sull'eredità della malattia

Long Covid, uno su tre ne soffre “Disturbi anche dopo un anno”

Respiro corto, aritmia
depressione: i sintomi
in 4 milioni di italiani
“Ma con il vaccino
effetti attenuati”

di **Elena Dusi**

Le ondate passano, il Long Covid resta. Una persona su tre, fra quelle che sono state ricoverate, ha sintomi dopo un anno. Stanchezza o respiro corto, mal di pancia o aritmia, perdita dell'olfatto o depressione: il bilancio quotidiano degli infettati e dei guariti non tiene conto della scia di problemi che la pandemia lascia in eredità. «Abbiamo contato le prestazioni sanitarie erogate dalla Regione Lombardia a 50mila guariti tra marzo e dicembre 2020. Anche dopo il tampone negativo ci sono stati più accessi al pronto soccorso rispetto al periodo precedente alla malattia. Abbiamo visto anche un aumento di test diagnostici, di visite specialistiche e presso i medici di famiglia. I problemi più frequenti riguardavano polmoni, cuore e reni» spiega Pier Mannuccio Mannucci, ematologo dell'università di Milano, che ha studiato i dati (in via di pubblicazione) con l'Istituto Mario Negri. Il Covid, insomma, manterrà un impatto sulla sanità anche quando il virus avrà, si spera, ripiegato.

Se ne stanno accorgendo un po' tutti i Paesi del mondo. Negli Stati Uniti il presidente Joe Biden ha chiesto il riconoscimento legale della malattia. Il Congresso ha stanziato un miliardo di dollari per capire le basi mediche di una sindrome che ha ancora contorni poco chiari. La Gran Bretagna ha varato 15 studi, finanziandoli con 20 milioni di sterline. Secondo l'università di Oxford, il 37% degli ex ricoverati ha almeno un sintomo di lungo periodo. Nelle persone colpite da forme lievi la sindrome è meno frequente, ma non sconosciuta. In Italia, con 11 milioni di contagi, a soffrire di Long Covid sarebbero 3-4 milioni di persone. La

Finlandia si aspetta che diventi una delle principali malattie croniche del Paese. E la Società italiana di pediatria (Sip) ieri ha invitato i genitori a far visitare i bambini guariti sia 4 settimane che 3 mesi dopo la fase acuta. «La diffusione del Long Covid tra bambini e adolescenti non è determinata, varia dal 4% al 60% a seconda degli studi. Negli Usa sono stati diagnosticati 6 milioni di casi in età pediatrica» spiega la presidente della Sip Annamaria Staiano.

Gli aspetti da studiare, per gli esperti, sono molti. I vaccini ad esempio riducono anche i sintomi del Long Covid? È plausibile, ma non c'è ancora una risposta. I problemi cognitivi e i disturbi della memoria dipendono – come suggerito da alcuni studi – dai microscopici coaguli di sangue che ostacolano la circolazione nel cervello? E il fatto che le donne siano più colpite dipende dalla natura autoimmune del disturbo? Si sa infatti che il genere femminile soffre di più di questi problemi.

«La sensazione è che con i vaccini e con forme meno severe della malattia anche i sintomi di lungo periodo si siano attenuati» suggerisce Mattia Bellan, che insegna Medicina interna all'università del Piemonte Orientale e ha pubblicato con i colleghi uno studio su *Scientific Reports*. E speriamo che abbia davvero ragione, visto che quando è andato a cercare i pazienti dimessi dal suo ospedale a Novara dopo la prima ondata, Bellan ha trovato che ben il 5% era deceduto nei 4 mesi successivi, nonostante la diagnosi di guarigione. «Dopo un anno – prosegue il medico – abbiamo visto che il 50% degli ex ricoverati aveva una compromissione lieve o moderata della respirazione. Per un altro 10% la compromissione era grave, e non era miglio-

rata nel tempo».

Francesco Benedetti, psichiatra del San Raffaele di Milano, ha studiato gli strascichi della malattia sul cervello. «In un terzo degli ex ricoverati osserviamo una depressione vera e propria, accompagnata da difficoltà delle attività cognitive superiori». Quindi, spiega il docente, «difficoltà nel pianificare le attività quotidiane, rallentamento, affaticamento, perdita delle capacità motorie fini, senso di estraneità dal proprio corpo, soprattutto dai 50 anni in su». La causa, secondo Benedetti, sta nella «potentissima infiammazione scatenata dall'infezione. Sappiamo da tempo che le infiammazioni causano un calo di serotonina nel cervello». La buona notizia è che «la depressione da Covid è curabile». Quella cattiva, secondo Benedetti, è che «non noto miglioramenti oggi rispetto alla prima ondata».

Anche la perdita dell'olfatto, si sta rivelando un problema di lunga portata. «Tra le persone colpite, il 36% non ha recuperato dopo un anno. La perdita del gusto è ancora al 27%» spiega un team dell'università di Trieste in uno studio di novembre. «Le conseguenze su vita sociale e qualità dell'alimentazione possono essere gravi». Con il tempo, il sintomo sembra gradualmente recedere. Ma non chiamatele ancora guarite. Per le vittime del Long Covid, la pandemia non finirà con l'ultima ondata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli algoritmi per predire la gravità del Covid studiando le radiografie

Intelligenza artificiale
Studio Bracco imaging

Natascia Ronchetti

Il progetto è in fase sperimentale ma ha già attirato l'attenzione della comunità scientifica internazionale. Per ora è utilizzato per l'infezione provocata dal Covid-19. Ma presto sarà possibile estenderlo anche ai tumori e alle malattie degenerative come il morbo di Alzheimer.

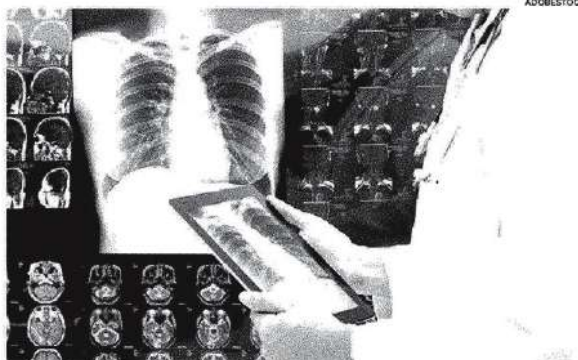
Il metodo infatti è sempre lo stesso. Applica gli algoritmi dell'intelligenza artificiale alla diagnostica per immagini per migliorare la formulazione della prognosi e sviluppare analisi predittive sull'evoluzione della malattia. Si chiama «Ai-For-Covid» lo studio che dall'inizio della pandemia ha impegnato Bracco Imaging, società del gruppo Bracco, e il Centro Diagnostico italiano, la struttura sanitaria ambulatoriale (sede a Milano) per la prevenzione, la diagnosi e la cura in regime di day hospital, che da tre anni sviluppa algoritmi predittivi. Tutto nato quasi per caso con l'inizio della pandemia, quando i ricercatori hanno iniziato a raccogliere negli ospedali italiani le radiografie toraciche di circa 1300 pazienti, all'esordio della malattia, che presentavano polmonite interstiziale.

«Volevamo capire se in certi stati patologici è possibile dare indicazioni su una determinata evoluzione migliore delle prognosi che vengono fatte dal medico», dice Sergio Papa, direttore della diagnostica per immagini del centro milanese. «Oggi - prosegue Papa - siamo in grado di dire che il sistema migliora la ca-

pacità del medico di qualche punto percentuale in più». I risultati dello studio sono stati pubblicati sulla rivista scientifica «Medical Image Analysis» e poi caricati su un portale a disposizione degli scienziati di tutto il mondo: in poco tempo sono arrivate un centinaio di richieste di download. Un successo che ha portato i ricercatori a cimentarsi con i tumori alla mammella e alla prostata. «Abbiamo già iniziato a raccogliere casi clinici», conferma Papa. E siccome gli algoritmi sono dei medical device è stato avviato anche l'iter per ottenere il via libera dagli enti regolatori, dalla Food and Drug Administration degli Usa a Ema, l'agenzia del farmaco europea. Le prospettive che si aprono sono innumerevoli. L'intelligenza artificiale può infatti essere applicata non solo a radiografie ma anche a risonanze magnetiche, Tac, ecografie. Lo studio è stato presentato all'Expo di Dubai dal gruppo Bracco, la multinazionale (vanta un patrimonio di oltre duemila brevetti e investe ogni anno in R&S il 10% del fatturato di riferimento nell'imaging) specializzata nella diagnostica per immagini. Il Centro diagnostico italiano, che ogni anno serve circa 400 mila pazienti, ha messo a disposizione know-how e competenze. «Adesso vogliamo anche valutare il long Covid», spiega Papa, precisando che tutto è partito dalla considerazione che due pazienti possono avere destini differenti anche se uguali dal punto di vista clinico. «Se facciamo leggere le immagini a un esperto -

aggiunge Papa - vediamo che il sistema è in grado di estrapolare migliaia di caratteristiche, alcune delle quali possono indicare se ci sarà un determinato destino». La prima fase dello studio è stata caratterizzata dalla raccolta dei casi clinici. Poi si è passati alla creazione di un database delle immagini e alla successiva analisi computazionale con tre diversi software, in collaborazione con il Campus biomedico di Roma e l'Istituto italiano di tecnologia di Genova. La terza fase è stata quella della valutazione dei risultati, che hanno confermato la capacità del sistema messo a punto con l'intelligenza artificiale di formulare le analisi predittive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'AI applicata all'imaging. Lo studio sulle radiografie dei pazienti Covid



02

Covid, immunità innata anche contro Omicron: sfida di 2 scienziate italiane

E' il nostro sistema di difesa più antico. Ci accompagna fin da quando veniamo al mondo e affonda le sue radici in un passato lontano. Ma non potrebbe essere più attuale, in tempi di pandemia. Lo testimonia un team di scienziati italiani che ha deciso di imbarcarsi in una missione: far sì che l'immunità innata possa diventare 'farmaco'. Un alleato in più nella lotta a Covid-19, che possa restare in campo contro tutte le varianti, Omicron compresa. E' questo il fine ultimo della scoperta che si è guadagnata le pagine di 'Nature Immunology' qualche giorno fa. E a raccontarlo all'Adnkronos Salute sono due scienziate in prima linea nel progetto: Cecilia Garlanda, responsabile del Laboratorio di Immunopatologia sperimentale di Humanitas, ed Elisa Vicenzi, responsabile dell'Unità di ricerca in Patogenesi virale e Biosicurezza dell'Irccs ospedale San Raffaele di Milano.

Di casa nel mondo dell'immunità innata una, 'cacciatrice di virus' l'altra. "E' stato bello incontrarsi e mettere insieme le nostre competenze. Con noi altri gruppi a livello internazionale, ognuno dei quali ha potuto contribuire per un pezzo della storia", dice Garlanda. "L'immunità innata - spiega l'esperta - è composta da cellule e molecole solubili che hanno un'azione contro microrganismi di origine batterica, virale e fungina. Ci proteggono in maniera spontanea, nel senso che è una forma di immunità che non ha bisogno di essere educata, a differenza dell'immunità adattativa che invece agisce tramite linfociti e anticorpi. Noi ci siamo focalizzati sui componenti solubili dell'immunità innata, che sono come degli antenati degli anticorpi come tipo di attività biologica, per valutare quale di queste molecole riconoscesse le proteine del virus Sars-CoV-2 ed eventualmente avesse un'azione antivirale".



Fra le molecole testate è stata identificata Mbl (Mannose Binding Lectin), "che lega la proteina Spike e inibisce l'infezione di cellule respiratorie umane da parte del virus", aggiunge. Mbl, interviene Vicenzi, "è attiva contro tutte le varianti che abbiamo testato finora, inclusa Omicron, proprio perché lega una porzione della proteina Spike che non va a ingaggiare direttamente il recettore, ma una parte in cui sono presenti gli zuccheri". Questa molecola, ragiona Garlanda, "è stata già in passato utilizzata come potenziale farmaco a livello sperimentale in pazienti con la fibrosi cistica che sviluppano infezioni polmonari da batteri. E il fatto di essere già stata usata nei pazienti semplifica molto lo sviluppo futuro di Mbl, che potrebbe essere usata come oggi vengono utilizzati gli anticorpi monoclonali nei pazienti Covid". E' il percorso che le due scienziate e gli altri colleghi coinvolti intendono seguire.

Garlanda tiene a mettere subito le cose in chiaro: "La gente talvolta percepisce che l'immunità innata c'è e quindi deduce che non abbiamo bisogno del vaccino. Ma invece la resistenza alle infezioni comporta molteplici meccanismi e una collaborazione tra cellule, tra mediatori. Quindi non si può dimenticare l'importanza del braccio evolutivo più importante, che è quello dell'immunità adattativa. Dobbiamo immaginare che la difesa all'infezione comporta la cooperazione fra entrambi i sistemi immunitari. E' un lavoro di squadra. E noi abbiamo scoperto un'arma in più, non un'arma sostitutiva. Questo deve essere il messaggio: non vogliamo sostituire nulla a quello che c'è ad oggi. Vogliamo aggiungere".

La ricerca ha portato a galla diversi elementi significativi: "Abbiamo anche visto - continua Garlanda - che il gene che codifica per Mbl ha diverse varianti genetiche. Quindi abbiamo valutato se queste varianti genetiche fossero associate a forme più o meno severe di Covid e abbiamo scoperto



effettivamente che le varianti che comportano bassi livelli di produzione di questa molecola sono associate a forme più gravi. Il che suggerisce che Mbl è davvero importante nella difesa da questa infezione e che queste varianti genetiche potrebbero spiegare almeno in parte le differenze di suscettibilità all'infezione che si osservano nella popolazione".

"Noi - evidenzia la scienziata dell'Humanitas - intendiamo sviluppare questa molecola come fosse un farmaco. Inizieremo con i modelli preclinici e con calma si troverà il modo di svilupparla anche per studi clinici. Io immagino che una persona a cui viene diagnosticato un tampone positivo a Sars-CoV-2, e magari è a rischio per delle fragilità sue, potrebbe essere il paziente scelto per un tipo di terapia con Mbl, da somministrare ai primi sintomi, o per via endovenosa o tramite aerosol per via nasale. Possiamo quindi immaginare sia una somministrazione locale per coprire le alte vie respiratorie, oppure una somministrazione sistemica. E l'obiettivo sarebbe rinforzare la risposta del paziente".

"Il vantaggio di questa proteina è che potrebbe avere uno spettro d'azione più ampio, essendo meno specifica rispetto ad esempio a un monoclonale", riflette Vicenzi, indicando un filone di studi che in generale sta suscitando un interesse crescente. Proprio nei giorni scorsi era stata l'Organizzazione mondiale della sanità, parlando dei vaccini, a sollecitare gli scienziati a impegnarsi per armi 'pan coronavirus'. Obiettivo: essere preparati anche per emergenze future.

E Vicenzi, che è partita diversi anni fa studiando l'Hiv e nel 2003 ha isolato "il virus della Sars 1 da un paziente italiano che era stato in Vietnam ed è tornato infettato", riconosce l'importanza di non farsi cogliere di sorpresa. "Studiammo il virus della Sars per 4 anni - rammenta - Poi purtroppo la storia di queste



malattie virali emergenti è che, quando passano, ci si dimentica di loro. E non sfruttiamo i periodi 'di pace' per mettere a frutto le lezioni".

"Le cose imparate con Sars 1 sono servite poi anche per Sars 2. E' dunque importante - conclude la scienziata del San Raffaele - che si continui a lavorare sui virus. Non sappiamo, e nessuno può dirlo, quale sarà il prossimo patogeno" a diventare una minaccia. "C'è sempre un'imprevedibilità di base, ma è cruciale avere gli strumenti per poter orientarsi velocemente e affrontare la nuova sfida in maniera rapida. E questo è possibile solo se abbiamo l'esperienza e gli strumenti necessari".



IL CASO

Un elettrodo nel midollo lesionato la scossa per tornare a camminare

L'operazione a Losanna
L'impulso elettrico
ha restituito la mobilità
a tre ragazzi
ex paraplegici
"Interviene sui muscoli
come fa il cervello"

di **Elena Dusi**

Una foto ritrae due giovani sorridenti che passeggiano. In un'altra c'è un ragazzo che pagaia in canoa. Un'altra ancora è scattata in pista, con la bici. E poi c'è Michel Roccati, 30 anni di Torino, che si allena in palestra, come aveva sempre fatto fino al 2017, l'anno dell'incidente sulla moto. Michel e i suoi due compagni di riabilitazione - un tedesco e uno svizzero, tutti di età compresa tra i 29 e i 41 anni - non camminavano più. Un incidente aveva leso il loro midollo spinale. Gli impulsi elettrici del cervello, trovando la strada interrotta, non raggiungevano più le gambe. Immobili e insensibili.

Anche senza muovere un passo, i tre ragazzi sono arrivati insieme al Politecnico di Losanna, dove Grégoire Courtaine, laureato in Medicina Sperimentale all'università di Pavia, e Jocelyne Bloch, neurochirurga, hanno usato un elettrodo per ripristinare gli impulsi perduti. I loro casi sono descritti dalla rivista scientifica *Nature Medicine*. «Le lesioni del midollo avvengono in genere

nei giovani, per colpa di un incidente» spiega Silvestro Micera, il professore di bioingegneria dell'università Sant'Anna di Pisa che ha collaborato con Courtaine e Bloch. Da circa trent'anni si studia come ripristinare la funzione del midollo tramite elettrodi impiantati nella schiena, ma i pazienti che hanno avuto la fortuna di rialzarsi sono stati finora assai pochi. I loro strumenti sono in genere poco pratici, difficili da usare nella vita quotidiana. «Nel nostro caso - racconta Micera - abbiamo lavorato molto per personalizzare l'impianto, modellarlo alla lesione, fissarlo nel punto migliore per riattivare il maggior numero di muscoli possibile».

Subito dopo l'impianto dell'elettrodo nel punto della lesione, è necessario un periodo di riabilitazione. «Il paziente e il suo strumento devono imparare a conoscersi» spiega Micera. Un girello o delle stampelle vengono sempre usate per non perdere l'equilibrio. «Abbiamo iniziato a lavorare a questo tipo di impianto nel 2013. Ma oggi siamo in grado di trattare un paziente nel gi-

ro di qualche settimana». L'elettrodo, aggiunge Courtaine, «viene inserito sotto la vertebra, a contatto con il midollo. Può modulare l'attività dei neuroni, regolando dei gruppi muscolari ben precisi in modo simile a come farebbe il cervello. In questo modo il paziente riesce a camminare, nuotare o pedalare». La camminata, descrive Micera, «avviene un po' a scatti all'inizio, poi con l'allenamento migliora. Ma l'espressione che si disegna sul viso di questi ragazzi che dopo tanto tempo tornano a muovere le loro gambe è indescrivibile». © RIPRODUZIONE RISERVATA



LA FRONTIERA DELLA RICERCA

«Così cammino dopo la paralisi» La conquista con gli elettrodi

di **Cristina Marrone**

«I primi passi? Come rinascere, un sogno che si è avverato dopo l'incubo». Michel Roccati, 30 anni, vive a Torino ed è uno dei tre pazienti rimasti paralizzati che, grazie ad elettrodi impiantati sul midollo

spinale, sono riusciti a usare la cyclette e camminare.

a pagina 19



Michel Roccati, 30 anni

La storia

Michel torna a camminare grazie a un elettrodo «Dopo anni di paralisi ora si avvera un sogno»

Torino, l'incidente nel 2017 e il dispositivo creato a Losanna

di **Cristina Marrone**

«I primi passi sono stati qualcosa di incredibile, avevo i brividi. Si è avverato un sogno dopo l'incubo che ho vissuto. Per me è stato un grande regalo». Michel Roccati ha 30 anni, vive a Torino ed è uno dei tre pazienti rimasti paralizzati che, grazie ad elettrodi impiantati sul midollo spina-

le sono riusciti a camminare, andare sulla cyclette, addirittura nuotare. Per ora il comando volontario del paziente passa attraverso un tablet che funge da «cervello» e stimola il movimento, ma l'obiettivo è arrivare a un «bypass» wireless capace di raccogliere gli impulsi elettrici nel cervello e inviarli a un chip impiantato nel midollo, «sca-

valcando» la lesione spinale come già è stato sperimentato nel 2016 su due macachi.

Il nuovo studio appena pubblicato su Nature Medicine è stato guidato da Gregoire



Courtine, dell'Istituto di Tecnologia di Losanna (Epfl), pioniere in questo genere di ricerche, con la partecipazione dell'italiano Silvestro Micera, che lavora fra l'Epfl e la scuola superiore Sant'Anna di Pisa. Il dispositivo consiste in alcuni elettrodi innestati a contatto con midollo spinale che inviano ai muscoli di gambe e tronco gli stimoli elettrici generati esternamente da un tablet controllato da un paziente.

Michal è rimasto vittima di un grave incidente stradale nel 2017. Era in moto sulla collina di Superga quando un animale gli ha tagliato la strada. Spina dorsale rotta in più punti, midollo completamente reciso, nessuna sensazione alle gambe: una diagnosi che lasciava ben poche speranze sulla possibilità di tornare a camminare. «Non mi sono mai arreso — racconta — ho studiato il funzionamento del cervello e del midollo spinale,

ho partecipato a convegni. Durante un congresso ho visto una slide che raccontava del progetto di Losanna. Ho scritto ai ricercatori, la mia lesione era compatibile con lo studio ed è partita così l'avventura».

«Questa tecnologia — avverte Gregoire Courtine — non è una cura per le lesioni spinali ed è ancora troppo complicata per essere utilizzata nella vita di tutti i giorni, ma è un passaggio fondamentale per migliorare la qualità della vita delle persone». Nell'agosto 2020 è stato impiantato a Michel un elettrodo collegato con cavi sottocutanei a un pacemaker sottopelle sull'addome. «Quando voglio muovermi — spiega — collego un'antenna a questo pacemaker grande come il quadrante di un orologio. L'antenna è legata a un device all'interno di un marsupio che porto in vita e che a sua volta comunica con il tablet via bluetooth. Sembra macchinoso, ma è più lungo a

dirsi che a farsi».

Sul tablet sono disponibili diversi programmi: camminare, stare in piedi, scendere e salire le scale, usare il vogatore, fare cyclette, nuotare. «Con il tablet posso regolare l'intensità della contrazione muscolare e anche la velocità di camminata». Michel cammina con l'ausilio di un «walker», un deambulatore su cui sono stati installati due pulsantini che comunicano con il tablet: «Ogni volta che premo un pulsante faccio un passo. Con le scale funziona allo stesso modo, ma i pulsanti li sposto sulle stampelle. Sto lavorando per riuscire a utilizzare solo le stampelle anche per camminare. Entro primavera conto di spostarmi per un chilometro, oggi riesco a fare 500 metri».

La maggior parte dei volontari si esercita solo per muovere i muscoli e ripristinare un po' di movimento. Michel si allena tutti i giorni un paio di ore: «Potermi rivedere in pie-

di, guardare le mie gambe che camminano è stata una svolta, anche emotiva. È una bella sensazione potermi alzare e stringere la mano ai clienti che ricevo nell'azienda che ho fondato con mio fratello. Voglio imparare sempre di più».

Il tablet

Funge da cervello e stimola i movimenti «Faccio anche cyclette e nuoto»

La vicenda

● Michel Roccati, 30 anni, nel 2017 resta paralizzato in seguito a un grave incidente stradale sulla collina di Superga, a Torino

● Oggi, grazie ad elettrodi impiantati sul midollo spinale, riesce a camminare, andare sulla cyclette, addirittura a nuotare

● Il comando volontario del paziente passa attraverso un tablet che funge da «cervello» e stimola il movimento. L'obiettivo è di arrivare a un «by-pass» wireless capace di raccogliere gli impulsi elettrici nel cervello e inviarli a un chip impiantato nel midollo



Ginnastica

Michel Roccati riesce a svolgere diverse attività fisiche in palestra e all'aperto, dalla corsa alla cyclette al nuoto. Con le stampelle può camminare per 600 metri

In marcia Michel Roccati cammina grazie a un dispositivo tecnologico (foto NeuroRestore - Jimmy Rovier)

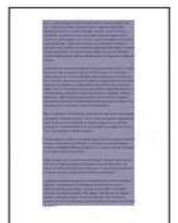


05

Fismad, 1 tumore su 4 è al sistema digerente ma per Covid molte diagnosi mancate

Nel 2020 in Italia sono stati diagnosticati 377mila nuovi casi di neoplasie maligne, un quarto dei quali sono da attribuire ai tumori dell'apparato digerente (esofago, stomaco, pancreas, fegato, colecisti/vie biliari e colon retto). Lo sottolinea la Fismad (Federazione italiana società malattie apparato digerente) che, in occasione della Giornata mondiale contro il cancro promossa dalla Uicc (Union for International Cancer Control), evidenzia l'impatto della pandemia di Covid-19 su queste patologie: nel 2020, rispetto al triennio precedente, nel Paese si stimano percentuali di mancate diagnosi pari al 15,9% per il cancro gastrico, al 11,9% per il cancro coloretale e al 9,9% per quello al pancreas. I ritardi dello screening per le neoplasie coloretali, in particolare, hanno portato a una riduzione significativa delle diagnosi di tumore e adenoma avanzato, con ricadute sulla mortalità a 5 anni che potrebbero annullare l'effetto positivo ottenuto dall'introduzione dei programmi di diagnosi precoce.

Se dai dati Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) nel 2021 in Italia i tumori sono stati la causa di morte per 100.200 uomini e 81.100 donne, la Fismad osserva che "la stima dell'impatto della pandemia sulla mortalità per tumori nel 2021 presenta numerose incertezze, caratterizzate anche da ritardi diagnostici e terapeutici con effetti a breve-lungo termine sulla popolazione affetta". Da qui "la necessità di porre al centro delle priorità delle istituzioni e autorità politiche i programmi di screening del cancro coloretale - chiede la federazione - affinché possano essere estesi a tutto il territorio nazionale, garantendone l'adozione e l'implementazione attraverso percorsi dedicati che ne garantiscano la continuità e l'ulteriore potenziamento".



Ma più in generale "è fondamentale mantenere alta l'attenzione sulle patologie oncologiche - esortano gli esperti - inclusi i tumori dell'apparato digerente per i quali Fismad da anni è impegnata sul territorio nazionale con le attività di prevenzione, l'implementazione di nuove tecnologie per la diagnosi precoce e cura, e la promozione di attività di ricerca".

Si stima che solo quest'anno nel mondo quasi 9,6 milioni di persone moriranno di cancro, rimarca ancora la Fismad. E, a causa di una mancata diagnosi precoce o di trattamenti efficaci, si calcola che il numero di decessi aumenterà a 13,2 milioni all'anno entro il 2030.

"Molte di queste morti - ammonisce la federazione - potranno essere evitate solo con un maggiore sostegno e finanziamenti da parte dei governi, per attivare e promuovere programmi di prevenzione, implementare strategie per la diagnosi precoce e sviluppare nuovi farmaci antineoplastici".

Iniziative particolarmente importanti per neoplasie come quelle dell'apparato digerente, considerando che "purtroppo per alcuni di questi tumori, in particolare pancreas ed esofago - ricordano gli specialisti - la mortalità è altissima, non essendo possibile nella maggior parte dei casi una diagnosi precoce e trattamenti curativi. Si stima" per esempio "che, sul territorio europeo, nel 2030 il tumore del pancreas diventerà la seconda causa di morte per cancro".



Quanto può costare il sangue dei no-vax

Non c'è alcuna prova scientifica che il sangue donato da una persona che ha ricevuto il vaccino contro il Covid (come quello contro il morbillo, la varicella, la meningite, il rotavirus e via dicendo) possa avere un qualsiasi effetto sul suo ricevente. Così come, d'altronde, non c'è prova che il vaccino causi il cancro, blocchi lo sviluppo, c'entri qualcosa con le "scie" del 5G, col magnetismo, con non meglio identificati microchip inseriti sottopelle. A simili fantasie (o follie che dir si voglia) ci siamo abituati negli ultimi mesi, finendo persino per riderci su. E questo nonostante il Covid – anche nella sua nuova variante – continui a mietere vittime soprattutto tra chi il vaccino si ostina a rifiutarlo. A questo elenco di morte potrebbe aggiungersi anche il nome (di fantasia, per ovvi motivi di privacy) del piccolo Paolo, nemmeno 3 anni, che da qualche settimana lotta contro una gravissima malattia del cuore all'ospedale Sant'Orsola di Bologna. I medici le hanno provate tutte, invano: l'unica speranza che resta al bambino è un trapianto di cuore, che andrebbe eseguito con urgenza già nei prossimi giorni. Ed è qui che tocca rifare i conti con la follia: non solo quella che spinge a decidere sulla propria vita, ma su quella altrui. Di un

figlio, per l'esattezza. Già, perché i genitori di Paolo – una normalissima famiglia modenese – di dare il consenso al trapianto non ci pensano nemmeno, almeno fino a che qualche medico del Sant'Orsola non sia disposto a mettere nero su bianco che il sangue utilizzato per l'intervento provenga «da un soggetto non vaccinato contro il Covid». O, peggio ancora, che l'ospedale sia disposto a prelevare il sangue di uno dei volontari che sempre la famiglia avrebbe raccolto attraverso un appello lanciato niente meno che sui social network, navigando nei numerosi canali no-vax spuntati come funghi negli ultimi mesi. Quelli in cui si organizza la disobbedienza civile alla «dittatura sanitaria» (salvo poi pretendere d'esserne curati) e in cui in queste ultime ore è circolato l'appello a dar fuoco alla Procura di Torino, che di quella dittatura sarebbe «covo». Immaginarsi la reazione del Sant'Orsola: la direzione non ha avuto altra scelta che rivolgersi al Tribunale di Modena (e contestualmente anche alla Procura dei minori di Bologna, segnalando il caso) sostenendo l'urgenza dell'intervento e spiegando – se ce ne fosse bisogno – che per i donatori vanno seguiti protocolli di sicurezza rigidissimi. Una mossa a cui la

famiglia ha risposto rivolgendosi a sua volta a un avvocato, e al giudice. In mezzo, non la pretesa di ottenere il Green pass o un'esenzione qualsiasi che permetta di entrare al ristorante per cena o in piscina per una nuotata, ma la vita di Paolo. Che di follia, non di vaccino, rischia di morire. Ieri pomeriggio ai suoi genitori è stato lanciato l'accorato appello della Federazione nazionale dei medici: «Comprendiamo le paure dei genitori: li preghiamo di ascoltare i medici, senza ritardare le cure». Sul caso è intervenuto anche il Centro nazionale sangue di Roma: «La scelta del sangue è legata a precisi criteri di compatibilità e non a capricci. Usare quello di persone non vaccinate non ha alcun fondamento scientifico perché con la trasfusione non si trasmette il vaccino».



Il medico

«Una follia: è già difficile trovare donatori»

ROMA «La posizione dei genitori di questo bambino è priva di qualunque base scientifica. Il sangue che viene trasfuso si sceglie secondo precisi criteri di compatibilità, soprattutto in ambito pediatrico».

Vincenzo De Angelis, direttore del Centro nazionale sangue, il vaccino si «trasmette» con le trasfusioni?

«Assolutamente no. Ma tramite il sangue si trasmettono gli anticorpi. Sono decenni che facciamo trasfusioni con sangue di vaccinati ed è più di un anno che le facciamo con quello di immunizzati contro il Covid, che in Italia oggi sono circa il 90%. Se non ci fosse il loro sangue, vista la grande difficoltà e carenza di donazioni, non sapremmo come fare. Se poi penso che mesi fa con il

plasma iperimmune, ovvero di chi aveva sconfitto il virus, curavamo i malati...».

Anche i guariti hanno sviluppato anticorpi come i vaccinati. Ai fini trasfusionali ci sono differenze?

«Nessuna differenza. Gli anticorpi sono gli stessi, che siano stati sviluppati per il vaccino o in seguito alla guarigione».

Cosa direbbe lei a questi genitori?

«Gli direi che se ci si fida della scienza e della medicina, ci si deve fidare sempre. Perché mettere la vita del figlio nelle mani del chirurgo, ma non in quelle dei medici trasfusionisti o del vaccino?».

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Direttore
Vincenzo De Angelis: è al vertice del Centro nazionale sangue



I DATI DEL VIRUS

Il Lazio è ancora la prima regione per nuovi casi

Per il secondo giorno consecutivo il Lazio ha il primato del numero di nuovi casi positivi in Italia: 5.313 i contagi nelle ultime 24 ore (3.170 in meno del giorno prima), dei quali 2.961 a Roma. Il tasso di positività sale all'11,8% e sedici i decessi. Domenica sono in programma tre open day vaccinali.

a pagina **2** **Salvatori****Aumentano i ricoveri ordinari e nelle rianimazioni**

Per il secondo giorno consecutivo il Lazio ha il record di contagi

Per il secondo giorno consecutivo il Lazio ha il primato della maglia nera nei contagi: è stata infatti ancora una volta la regione con il maggior numero di casi Covid registrati. A fronte per altro di una quantità di tamponi infinitamente più bassa: 45mila scarsi, un terzo di quelli che vengono effettuati in una giornata qualunque. I contagi quindi sono inevitabilmente scesi in modo vorticoso: ieri sono stati 5.313 i nuovi positivi nel Lazio, 3.170 in meno di domenica. Sul totale poi, 2.961 sono quelli registrati a Roma città, 1.363 quelli nei dintorni e 989 quelli complessivi nelle altre province. Per un rapporto test-malati che sale così all'11,8%.

«Prosegue il trend in discesa — ha sottolineato l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato,

ancora in isolamento per aver contratto il virus —. Oggi (ieri, ndr) però i guariti (11.611) sono stati il doppio dei positivi».

Ancora una volta in aumento i decessi. Ieri sono stati sedici, oltre il doppio di due giorni fa: tredici nella Capitale e nella provincia, uno a Frosinone, Rieti e Viterbo. Per un dato complessivo delle vittime del virus che si avvicina alle diecimila (9.989 per la precisione). E, dopo una breve boccata d'ossigeno nei giorni passati, torna a crescere la pressione sulla rete ospedaliera: 39 i nuovi ricoveri nelle ultime 24 ore, che portano il totale dei pazienti in reparto a 2.099. Mentre i più gravi in terapia

intensiva diventano 199, con tre ingressi.

E mentre per domenica prossima sono in programma gli open day per le terze dosi agli over 12, per

tutti al teatro della parrocchia San Romano Martire (nella Asl Roma 2) e per le donne in gravidanza e in allattamento al San Giovanni, il conto delle inoculazioni si avvicina ai tre milioni. Crescono anche le vaccinazioni pediatriche nella fascia 5-11 anni, 135mila i bambini che hanno ricevuto la prima somministrazione.

Clarida Salvatori

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bilancio

Nella regione 5.313 casi (2.961 a Roma), in crescita anche le vittime (16)



In coda
Attesa per il vaccino all'hub della Croce Rossa alla stazione Termini (foto: Imago-economica)



OSPEDALI

Crisi dei posti letto Il Lazio dirotta i malati nelle strutture private

Per risolvere il problema delle ambulanze-reparti e delle lunghe attese i pazienti verranno ricoverati in clinica, a spese del sistema sanitario

di **Arianna Di Cori**

Troppi pazienti in Pronto Soccorso? Ambulanze in coda? La soluzione è sul tavolo della Regione. E non si tratta di una rivoluzione della sanità territoriale, l'assunzione di nuovo personale negli ospedali pubblici, o l'utilizzo degli specializzandi per i codici minori, come suggerito dalla Simeu Lazio e da Cittadinanzattiva. Molto più semplicemente per i prossimi 12 mesi, i ricoverati verranno dirottati. Una sorta di "vendita" di ricoverati dalle strutture pubbliche o convenzionate dotate di Pronto Soccorso alle cliniche accreditate e case di cura.

È tutto scritto nero su bianco in una determina regionale, firmata il 25 gennaio. Entro la fine di febbraio le aziende ospedaliere e le case di cura formalizzeranno l'accordo. Le motivazioni, si legge sulle 17 pagine della determinazione, sono le solite e ben note: «il fenomeno del sovraccollamento si verifica all'interno dei Ps/Dea regionali soprattutto a causa delle difficoltà di ricovero dei pazienti che rimangono in attesa di

una adeguata collocazione nei reparti di degenza», recita il documento. Il problema è tanto sentito che serve «una maggiore disponibilità dei posti letto per acuti».

Oggetto del trasferimento sono pazienti negativi provenienti da Medicina interna, Gastroenterologia, Neurologia, Cardiologia, Pneumologia, Geriatria e Medicina d'urgenza. Una volta richiesto, il trasloco avverrà in 48 ore. Vietato dire no: «il rifiuto al trasferimento equivale a rifiuto al ricovero», è il monito, che sa quasi di minaccia.

Le competenze cliniche nelle case di cura non sono paragonabili a quelle di un ospedale, tanto che è previsto un ulteriore "trasloco": in caso di emergenza, infatti «il soccorso extra-ospedaliero Ares118, trasferirà il paziente nell'ospedale di provenienza». Insomma, chi viene trasferito nelle strutture avrà sì un letto probabilmente più di lusso rispetto a un ospedale pubblico, ma dovrà incrociare le dita che la degenza non vada incontro a complicazioni.

«È una modalità operante da 7 anni, non è nuova», precisa l'assessore

regionale alla Sanità Alessio D'Amato. È vero: il primo accordo di questo tipo è stato sottoscritto nel 2014, e per le stesse identiche motivazioni. A quanto pare nulla, nemmeno una pandemia, è riuscita a spostare gli equilibri: quando il pubblico non ce la fa, il privato interviene (a spese del pubblico).

«Nel conteggio di posti letto per abitante le strutture accreditate contribuiscono al tetto del 3 per mille (il tetto minimo di posti letto previsti in Italia, ndr). Devono contribuire nel caso di difficoltà – prosegue l'assessore, attualmente in isolamento per Covid –. Altrimenti il pubblico si trova da solo e il privato accreditato si seleziona i pazienti, e questo non va bene». Perché nel rapporto perverso tra sanità pubblica e una parte della sanità privata accreditata succede anche questo, la selezione dei malati più "redditizi", dal punto di vista dei rimborsi. Un'altra storia ben più vecchia della pandemia.

