



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**17 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**

# LIVESICILIA

FONDATO DA FRANCESCO FORESTA

## Covid in Sicilia: casi in calo, ma in tre province l'incidenza resta alta



di Redazione – 17 Febbraio 2022

Il calo dei nuovi contagi già registrato negli ultimi giorni in Sicilia viene confermato dai dati della Fondazione Gimbe, che diffonde il monitoraggio della settimana che va dal 9 al 5 febbraio. Nell'Isola sono soltanto tre le regioni in cui si registrano mille casi su centomila abitanti. A livello nazionale, infatti, scendono da 70 a 14 le province con incidenza più alta.

### L'elenco

Tra queste ci sono le tre siciliane. Ecco l'elenco: Oristano (1.409), Macerata (1.299), **Siracusa (1.234)**, Fermo (1.209), Ascoli Piceno (1.199), Reggio di Calabria (1.176), Bolzano (1.147), **Messina (1.115)**, Lecce(1.108), Sardegna(1.098), Cagliari(1.092), Rieti(1.044), Ancona(1.035) e **Ragusa(1.001)**.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Resta l'allerta

Insomma, i contagi calano, ma l'allerta sembra rimanere alta. I motivi non mancano, come ha spiegato la dottoressa Tiziana Maniscalchi, primario del pronto soccorso Covid dell'ospedale 'Cervello' di Palermo: "(ci vuole) il vaccino universale - ha detto la dottoressa Maniscalchi -. Abbiamo visto, con le seconde dosi, che la copertura della malattia sintomatica, dopo cinque mesi, è del cinquanta per cento, anche se la copertura dalla malattia grave resta buona. L'immunità della terza dose è, di fatto, un punto interrogativo. Non sappiamo quanto durerà e come proteggerà. Ecco perché sarebbe necessario accelerare".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



La Buona Sanità

## Cannizzaro, paziente operato “da sveglia” per calcoli alla colecisti

*Intervento laparoscopico con anestesia spinale, il primo del genere nell'Azienda Ospedaliera catanese e tra i primi in Sicilia.*

17 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)

CATANIA. Un paziente affetto da **calcolosi della colecisti**, con presenza di microcalcoli, è stato operato nell'Ospedale **Cannizzaro** con tecnica laparoscopica **in anestesia spinale**, cioè “da sveglia”, anziché in anestesia generale. È il primo intervento del genere nell'Azienda Ospedaliera, tra i primi in Sicilia, ed è stato eseguito dal prof. **Saverio Latteri**, direttore dell'Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale di Chirurgia Bariatrica, aiutato dal dott. **Andrea Di Stefano**, con la collaborazione del prof. **Gaetano La Greca**, direttore ff dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale, nonché con la partecipazione degli anestesisti dott. **Enrico Vaccarisi** e dott. **Luigi Vicari**.

**Il “gold standard”** nel trattamento della calcolosi della colecisti è la **colecistectomia laparoscopica**, di norma eseguita in anestesia generale; prima di proporre e programmare in alternativa l'anestesia spinale, è sempre necessaria un'attenta valutazione del paziente. Ed è quanto fatto nel caso del paziente, **70enne ex fumatore**, con fattori di rischio quali ipertensione arteriosa, ipertensione polmonare, precedenti interventi per adenocarcinoma polmonare e prostatectomia, poliomielite.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**Malattie polmonari preesistenti e cardiopatie**, nel caso di intervento laparoscopico, possono esporre a rischio operatorio maggiore, ma anche alla necessità di ricorrere a fine procedura alle cure intensive di un reparto di rianimazione in seguito ad eventuale insufficienza respiratoria o cardiaca post-operatoria. Proprio in casi simili, come evidenziato da diversi recenti studi, l'anestesia spinale può rappresentare una valida alternativa all'anestesia generale e, se eseguita correttamente ed in centri specializzati, fornire enormi vantaggi sia in termini di sicurezza che di prognosi, facendo registrare anche una mortalità inferiore rispetto all'anestesia generale.

L'intervento laparoscopico eseguito in anestesia spinale si accompagna, infatti, ad una **minore incidenza di nausea e vomito** postoperatorio, di agitazione psicomotoria post-operatoria e di **trombosi** venosa profonda e ad un rischio nullo di lesione dei denti. In sintesi, un intervento laparoscopico eseguito in anestesia spinale non solo non incide sui tempi chirurgici ma anzi li riduce, garantendo un recupero post-operatorio più rapido con minori costi e durata del ricovero ospedaliero.

«È stata per tutti una **grande soddisfazione professionale**. Ringrazio l'intera équipe per l'eccellente gioco di squadra che abbiamo fatto – dichiara il prof. **Saverio Latteri** – e la governance della nostra Azienda, in particolare il direttore generale dott. **Salvatore Giuffrida**, sempre presente e attento alla crescita professionale di persone che hanno voglia di fare. Da oggi si apre una nuova frontiera per tutti quei pazienti che devono essere trattati chirurgicamente con tecnica laparoscopica e che non potevano essere operati in quanto non idonei ad un'anestesia generale».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Asp di Ragusa, arriva il via libera alla stabilizzazione di 81 precari

*Tra gli altri avranno contratti a tempo indeterminato 24 ausiliari socio-sanitari e 31 infermieri di cui 4 pediatrici.*

17 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)

RAGUSA. Via libera dall'Asp di Ragusa alla stabilizzazione di altri 81 precari. Lo prevedono alcune delibere a firma del direttore generale **Angelo Aliquò** (*nella foto*), datate 9 febbraio e pubblicate dal 13 dello stesso mese sull'Albo pretorio del sito internet aziendale.

In particolare, tramite utilizzo delle rispettive **graduatorie** avranno contratti a tempo indeterminato: 1 assistente sociale, **24 ausiliari socio-sanitari**, 4 fisioterapisti, 5 Tecnici sanitari di laboratorio biomedico, 5 educatori professionali, 1 terapeuta occupazionale, 2 tecnici sanitari di radiologia medica, 2 tecnici dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, 2 terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, **4 infermieri pediatrici**, 4 tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e **27 infermieri**.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA.it

## Gimbe, in 7 giorni -32% casi, ma crollo dei tamponi del 27,8%

17 Febbraio 2022



Dal 9 al 15 febbraio i nuovi casi di Covid-19 registrano, per la terza settimana consecutiva, una netta flessione: sono stati circa 440 mila, ovvero -32,3% rispetto alla settimana precedente. "Un crollo imputabile sia al netto calo dei tamponi", pari a -27,8% nello stesso arco di tempo, "sia alla ridotta circolazione virale che rimane ancora elevata, come documenta la stabilità del tasso di positività dei tamponi". Lo evidenzia il nuovo monitoraggio della Fondazione **Gimbe**, che invita a "ridisegnare ora le strategie per ridurre l'impatto di nuove ondate dopo l'estate". A calare del 19,6% sono stati anche i casi attualmente positivi.

Continua a diminuire la pressione dei pazienti Covid sulle strutture sanitarie. Dal 9 al 15 febbraio si è registrato un calo del 14,9% dei pazienti ricoverati in area medica e un calo del 18,7% dei ricoveri in terapia intensiva. Ma a diminuire, a livello settimanale sono finalmente anche i decessi: sono stati 2.172 negli ultimi 7 giorni (di cui 184 riferiti a periodi precedenti) - 16,2% rispetto alla settimana precedente. Questi i dati del nuovo monitoraggio della Fondazione Gimbe.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Sono 5,1 milioni le persone, vaccinabili subito, senza nemmeno una dose e 2 milioni di guariti che lo saranno nei prossimi 6 mesi. Lo rileva il monitoraggio settimanale indipendente della Fondazione Gimbe relativo alla settimana 9-15 Febbraio. Sul fronte dei nuovi vaccinati contro il Covid, rileva Gimbe, "non fa presa la stretta sui lavoratori over 50, a -43,8% negli ultimi 7 giorni". Giù anche le vaccinazioni in fascia 5-11 anni (-41,7%). L'85,3% della popolazione ha ricevuto almeno una dose di vaccino e l'82,4% ha completato il ciclo vaccinale. Il tasso di copertura delle terze dosi all'85,7% con nette differenze regionali. In particolare, spiega Gimbe, "al 15 febbraio sono ancora 7,1 milioni le persone che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino, di cui 2 milioni guarite da Covid-19 da meno di 180 giorni e pertanto temporaneamente protette". Ma, dice Gimbe, "se da un lato oltre 2 milioni di persone recentemente entrate in contatto con il virus contribuiscono ad alzare il livello di immunità della popolazione, dall'altro il numero di persone senza protezione è ancora molto elevato". Sul fronte invece dei nuovi vaccinati, negli ultimi 7 giorni si registra un ulteriore calo, 110.791 rispetto ai 187.037 della settimana precedente (-40,8%). Di questi il 41,2% è rappresentato dalla fascia 5-11 anni: 45.618, in ulteriore netta flessione rispetto alla settimana precedente (-41,7%). Nonostante l'entrata in vigore dell'obbligo vaccinale e dell'obbligo di Green pass rafforzato sui luoghi di lavoro, tra gli over 50 il numero di nuovi vaccinati scende ulteriormente, attestandosi a quota 27.103 (-43,8% rispetto alla settimana precedente). In continuo calo anche le fasce 12-19 e 20-49. In generale sulle vaccinazioni, al 16 febbraio l'85,3% della popolazione (50.538.908) ha ricevuto almeno una dose con -39.871 rispetto alla settimana precedente in ragione di ricalcoli da parte di Abruzzo (-760) e Friuli-Venezia Giulia (-149.967); l'82,4% (48.849.499) ha completato il ciclo vaccinale (+270.674 rispetto alla settimana precedente). In calo nell'ultima settimana il numero di somministrazioni (1.434.494), con una media mobile a 7 giorni di 204.928 somministrazioni/die: crollano del 40,5% le terze dosi (946.929) e del 40,8% i nuovi vaccinati (110.791). Nella fascia 5-11 anni al 16 febbraio sono state somministrate 2.104.467 dosi: 1.325.934 hanno ricevuto almeno 1



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

dose di vaccino (di cui 931.950 hanno completato il ciclo vaccinale), con un tasso di copertura nazionale che si attesta al 36,1% e nette differenze regionali (dal 19,5% della Provincia Autonoma di Bolzano al 52,7% della Puglia). Per le terze dosi, al 16 febbraio ne sono state somministrate 36.431.086 con una media mobile a 7 giorni di 135.276 somministrazioni al giorno. In base alla platea ufficiale (42.518.405), aggiornata all'11 febbraio, il tasso di copertura nazionale per le terze dosi è dell'85,7% con nette differenze regionali: dal 80,2% della Sicilia al 91% del Piemonte. **Nella settimana 9-15 febbraio, in tutte le Regioni ad eccezione della Sardegna, si rileva una riduzione percentuale dei nuovi casi di Covid-19, che va dal -2,3% del Molise al -47,9% della Valle d'Aosta.** E, in 7 giorni, scendono da 70 a 14 le Province con incidenza superiore ai 1.000 casi di Covid-19 per 100.000 abitanti. Lo rileva il monitoraggio della Fondazione Gimbe. Le 14 province sono: Oristano (1.409), Macerata (1.299), Siracusa (1.234), Fermo (1.209), Ascoli Piceno (1.199), Reggio di Calabria (1.176), Bolzano (1.147), Messina (1.115), Lecce(1.108), Sardegna(1.098), Cagliari(1.092), Rieti(1.044), Ancona(1.035) e Ragusa(1.001). **Scende all'11% la percentuale di posti letto in terapia intensiva occupati da pazienti con Covid-19 in Italia,** con un calo dell'1% in 24 ore e del 3% rispetto a 7 giorni prima. A scendere di un punto percentuale è anche l'occupazione dei posti nei reparti di area medica, che a livello nazionale si attesta 23%, ovvero -4% rispetto ai dati di una settimana fa. Questi i dati del monitoraggio quotidiano dell'Agenzia Nazionale dei servizi sanitari regionali (Agenas), aggiornati al 16 febbraio che evidenziano, per entrambi i parametri, diverse oscillazioni a livello regionale.

**"La sfida più importante è quella di raggiungere il 70 per cento di popolazione globale vaccinata entro la metà di quest'anno,** in modo da prevenire il sorgere di nuove varianti del virus. Siamo sempre più consapevoli che soltanto insieme usciremo da questa crisi". Lo ha detto il ministro della Salute **Roberto Speranza** nel suo intervento all'High Level Seminar sul rafforzamento dell'architettura della salute globale, all'interno del G20 dei ministri delle Finanze e dei governatori delle banche centrali.

# Ricoveri, calo record dopo tre mesi Si studia la quarta dose per i fragili

Abrignani (Cts): non credo che lo stato d'emergenza sarà prorogato. Oltre 59 mila nuovi casi

di **Alessio Ribaudò**

Il trend dei ricoveri in Italia è chiaro. Considerando i numeri degli ultimi tre mesi c'è un primo netto calo: meno 17% in una settimana (dall'8 al 15 febbraio). Nei reparti ordinari la diminuzione è stata del 16%, nelle terapie intensive addirittura del 26%. La rilevazione è stata fatta dalla Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) attraverso la rete dei nosocomi «sentinella».

«Non credo verrà prorogato lo stato di emergenza — ha detto l'immunologo Sergio Abrignani del Comitato tecnico scientifico — e, quindi, si scioglierà anche il Cts». Parole che lasciano intendere come il 31 marzo potrebbe essere davvero la data della svolta verso la fase post pandemia. «Non credo che dovremmo più vivere la situazione emergenziale del passato — ha aggiunto Abrignani —, almeno se rimane Omicron, ma non penso che ne possa arrivare a breve una variante più diffusi-

va».

È al Nord che è stato registrato il maggior calo dei ricoveri: meno 29%. «Dove l'epidemia ha impattato maggiormente e la crescita era stata più repentina, la riduzione delle ospedalizzazioni è più decisa — spiega Giovanni Migliore, presidente di Fiaso — e i dati di ora (meno 11% al Centro e meno 8% al Sud e Isole) sono senz'altro il risultato di misure di contenimento come il green pass e l'obbligo vaccinale per gli over 50. Misure utili che penso possano continuare a esserlo perché non è ancora il momento di allentare l'attenzione: il calo dei ricoveri non può giustificare la mancata somministrazione del booster perché il virus non è scomparso».

Un invito alla cautela arriva anche dal virologo Fabrizio Pregliasco: «C'è una prospettiva assolutamente positiva per la primavera-estate ma la circolazione del virus tornerà a essere più significativa in inverno, dobbiamo graduare le aperture e la gestione deve tener conto ancora della presenza del Covid».

Sullo sfondo rimane la que-

stione dei vaccini. «La gran parte dei ricoverati con polmoniti da Covid, circa il 72%, sia nei reparti ordinari sia nelle rianimazioni — spiegano da Fiaso — non ha una adeguata copertura vaccinale o non è vaccinato». Dal rapporto emerge come scendano più lentamente i ricoveri dei pazienti pediatrici monitorati dalla loro rete: -0,9%. Il 69% di questi ha tra 0 e 4 anni, il 14% tra 5 e 11 anni, il 17% tra 12 e 18 anni. In particolare la fascia da 0 a 6 mesi, costituisce il 27% del totale e, tra di loro, solo il 45% ha entrambi i genitori vaccinati. Il 21% neanche uno. «Il 55% dei neonati ricoverati — conclude Migliore — vive in famiglie senza copertura vaccinale completa perché il padre o la madre o entrambi non sono vaccinati, eppure il virus è ancora in circolazione. Occorre continuare a vaccinare i bimbi sopra i 5 anni per poter trascorrere serenamente i prossimi mesi».

Il dibattito su se, a chi e quando somministrare la quarta dose è aperto. Alcune Regioni, come il Piemonte, vogliono risposte e hanno già posto la questione al ministe-

ro della Salute. Secondo indiscrezioni, il prossimo 25 febbraio, l'Agenzia del farmaco (Aifa) dovrebbe avviare l'esame per autorizzare la quarta dose ai cittadini fragili.

Ieri, il bollettino del ministero della Salute, ha registrato 278 vittime: 110 in meno rispetto a martedì. Sul totale pesano, tra l'altro, i riconteggi che hanno aggiunto 94 decessi avvenuti nei giorni scorsi. I nuovi contagiati sono stati 59.749 (11.103 in meno rispetto al giorno prima), mentre sono 1.073 in terapia intensiva (con un saldo di meno 46).

Intanto ieri è stato chiuso per la seconda volta il reparto Covid di Codogno (Lodi), la città simbolo dell'inizio della pandemia dove era stato scoperto il «paziente 1».

**17%** **0,9**

**La decrescita** di pazienti Covid ricoverati in una settimana (dati Fiaso). Nei reparti ordinari il calo è stato del 16%, nelle intensive del 26%. Negli ospedali del Nord diminuzione del 29%, in quelli del Centro dell'11% e in quelli del Sud dell'8%

**Per cento** la riduzione di ricoveri, in una settimana, tra i bambini. Il 21% di neonati ha entrambi i genitori non vaccinati, nei casi rimanenti il 34% ha solo il padre immunizzato: praticamente il 55% vive in famiglie senza copertura completa

## I numeri

Positivi attualmente	Guariti
<b>1.480.113</b>	<b>10.633.268</b>
<b>VARIAZIONE QUOTIDIANA</b>	<b>TOTALI</b>
Contagi	Contagi da inizio pandemia
<b>+59.749</b>	<b>12.265.343</b>
Decessi	Decessi da inizio pandemia
<b>+278</b>	<b>151.962</b>
In terapia intensiva	Attualmente in terapia intensiva
<b>+75</b>	<b>1.073</b>

Fonte: Protezione civile, dati alle 17 di ieri

CdS



**Abrignani: «L'emergenza può cessare»**

## Contagi in calo, Cts verso la chiusura E negli stadi la capienza torna al 75%

**ROMA** Il primo step saranno le capienze di stadi e palazzetti: si tornerà al 75% per gli impianti all'aperto e al 60% per quelli al chiuso. Forse già

da questo fine settimana. Poi, il 31 marzo, non sarà rinnovato lo Stato d'emergenza. E, con esso, il Cts e il Commissario Figliuolo.

**Malfetano a pag. 12**



# Stadi, si torna al 75%: «Pronti già da domani» Cts verso la chiusura

►Vezzali: «Il decreto Covid alla Camera ripristina subito le capienze sugli spalti» ►Dopo la fine dello stato d'emergenza il 31 marzo, il Comitato non sarà rinnovato

### IL CASO

**ROMA** Il primo step saranno le capienze di stadi e palazzetti. Sport e musica infatti, torneranno a respirare con più posti a disposizione del pubblico sugli spalti. In particolare si tornerà al 75 per cento per gli impianti all'aperto e al 60 per cento per quelli al chiuso. Forse sin da subito. «Non escludo che le nuove regole possano valere già da questo fine settimana» spiega la sottosegretaria allo Sport, Valentina Vezzali.

Poi, con ogni probabilità, sarà la volta dello Stato d'emergenza. Il 31 marzo infatti non verrà rinnovato. E, con esso, identica sorte toccherà anche il Comitato tecnico scientifico. I segnali, del resto, ormai ci sono tutti. I contagi e le ospedalizzazioni Covid continuano a calare. Le morti iniziano a stabilizzarsi. E anche le somministrazioni delle dosi booster han-

no raggiunto livelli degni di nota (oltre il 60% della popolazione). E allora, è inevitabile, che non solo crescano le pressioni sul governo perché inizi un percorso che porti ad allentare le restrizioni anti-Covid, ma anche che si cominci quantomeno ad abbozzare una strategia sul da farsi.

### LE CAPIENZE

Un piano in cui, dopo la riapertura delle discoteche e l'addio alle mascherine all'aperto di una settimana fa, come ha anticipato anche il sottosegretario alla Salute Andrea Costa, il nuovo punto cardine saranno stadi e palazzetti. In principio limitati rispettivamente al 50 e al 35 per cento con l'ultimo decreto Covid del 2021, sono poi stati bloccati ulteriormente a 5mila spettatori (per la Serie A) durante la fase di recrudescenza

pandemica di gennaio. Ora però, appunto, sembra tutto pronto perché le capienze tornino al 75 e al 60 per cento. A spiegarlo è Vezzali: «Abbiamo un decreto in conversione, su cui è stata posta la fiducia - dice alludendo al testo approvato ieri alla Camera con voto di fiducia - che prevede il ripristino della capienza precedente». Vale a dire che, a dispetto delle anticipazioni che prevedevano il



ritorno ad un riempimento maggiore degli impianti sportivi solo a partire dal 1 marzo, «basterà attendere il voto finale e la pubblicazione in gazzetta ufficiale, un passaggio che, di norma, non dovrebbe prendere più di un paio di giorni» spiegano fonti che hanno lavorato alla pratica, concertata dallo Sport e dal ministero della Salute.

L'obiettivo, chiaramente, è andare oltre e «nell'ottica della fine dello Stato di emergenza tornare ad una capienza al 100 per cento». Difficile possa accadere prima del 31 marzo quindi, ma il presidente della Federcalcio Gabriele Gravina non molla. «Il 75 per cento è già un passo avanti - spiega - ma mi auguro che, vista anche l'involuzione della pandemia, si possa partire con il 100% già a fine mese».

Discorso a parte merita il Comitato tecnico scientifico. Il consenso di 12 esperti che ha supportato il governo nelle scelte compiute fino ad oggi "vive" in seno allo Stato d'emergenza. Senza

una nuova proroga quindi, il 31 marzo verrebbe sciolto. Vale a dire che se lo status non sarà rinnovato, come rivelano essere altamente probabile diverse fonti di governo e come chiedono con forza alcuni presidenti di Regione, i tecnici non svolgeranno più la propria funzione. Così, anche se il ministro della Salute Roberto Speranza, come sempre, usa grande cautela e frena («Le formule tecnico-organizzative saranno valutate nei giorni immediatamente precedenti il 31 marzo»), sono gli stessi protagonisti a dirsi convinti. «Non credo verrà prorogato lo stato di emergenza e, quindi, si scioglierà anche il Cts» spiega ad esempio l'immunologo Sergio Abrignani.

Un ulteriore passo verso la normalizzazione che prevederebbe, salvo diverse disposizioni successive, anche la dismissione dal 31 marzo della struttura del Commissario per l'emergenza Francesco Paolo Figliuolo. Le sue competenze però (comprese quelle relative all'approvvigionamento di

vaccini e mascherine), non andranno disperse, perché passeranno alla Protezione Civile, nel cui comitato operativo Figliuolo già siede come numero uno del Covi (Comando operativo di vertice interforze).

Resta aperto, infine, il tema dell'eliminazione del Green pass, con un dibattito acceso tra oltranzisti, che vorrebbero eliminarlo da subito, e attendisti, che preferirebbero rinviare ancora di qualche mese. Un argomento, quello del certificato verde, che crea profonde fratture anche all'interno del Movimento 5 Stelle, con il leader Giuseppe Conte costretto non solo a ricucire lo strappo ma anche a rintuzzare le critiche nei confronti del sottosegretario Pierpaolo Sileri.

**Francesco Malfetano**

**GLI SCIENZIATI  
SICURI DELLO STOP  
ABRIGNANI: «SAREMO  
CONGEDATI ANCHE NOI»  
MA SPERANZA FRENA:  
«DECIDEREMO IN SEGUITO»**

**SE NON CI SARANNO  
PROBLEMI BUROCRATICI,  
LA PROSSIMA GIORNATA  
DI SERIE A SI POTRÀ  
GIOCARRE CON GLI IMPIANTI  
PIENI PER TRE QUARTI**



**E A CODOGNO  
(R)CHIUDE  
IL REPARTO COVID**

È stata chiusa ieri, per la seconda volta dopo la riapertura di gennaio, l'area Covid dell'ospedale di Codogno. Cioè quella che vide entrare il primo paziente in Italia ammalato di Coronavirus.



## L'immunologo

### Abrignani «Addio al Cts da fine marzo»

■ Un altro passo verso l'abolizione del Comitato tecnico-scientifico. Secondo Sergio Abrignani, immunologo del Comitato, non credo che verrà prorogato lo stato di emergenza il 31 marzo e, quindi, si scioglierà anche il Cts. Non credo che dovremmo più vivere la si-

tuazione emergenziale che abbiamo vissuto in passato, almeno se rimane la variante Omicron. E non penso che possa arrivare a breve una variante più diffusiva di Omicron, è difficile ed è improbabile immaginarsela».

Quanto al Green pass,

per Abrignani l'abolizione ad aprile «sarebbe una scelta politica».



## VIRUS IN CLASSE

IN FUGA ALL'ULTIMA SESSIONE DI TAMPONI GRATUITI HANNO PARTECIPATO SOLO 8 REGIONI

# Scuole "sentinella", un altro flop

» Alex Corlazzoli

Il ministro dell'Istruzione, Patrizio Bianchi, può "vantare" un altro fallimento: il Piano scuole sentinella per il monitoraggio della circolazione del Covid-19, nelle scuole primarie e medie è praticamente scomparso. Nell'ultima sessione, quella che fotografa la situazione dall'8 al 16 gennaio, hanno partecipato solo otto Regioni su 21 facendo così naufragare il progetto per il quale è necessario un campione quindicinale di 54.663 di studenti testati.

Un insuccesso condiviso con il ministero della Salute e con l'Istituto Superiore di Sanità con i quali Bianchi aveva annunciato, lo scorso mese di settembre, la campagna di *testing* gratuiti agli alunni ogni 15 giorni. Una magra consolazione per il numero uno di Viale Trastevere che non può far altro che prendere atto dell'agonia di questo Piano mai partito con il piede giusto fin dall'inizio.

Le Regioni che hanno registrato i dati sulla piattaforma dedicata sono state solo dieci alla prima sessione; diciassette nella seconda; venti nella terza; ventuno nella quarta; venti nella quinta; diciannove nella sesta: quattordici nella settima e infine solo otto nell'ultima. Non solo. Liguria, Marche, Veneto ed Emilia-Romagna hanno comunicato la sospensione del monitoraggio "per la difficoltà a svolgere questa attività".

**UN'EMORRAGIA** iniziata da tempo senza che vi sia stato alcun intervento del ministro Bianchi o di quello della Salute Roberto Speranza: il Molise e la Campania non partecipano più da novembre; Lazio e Puglia hanno dato forfait alle ultime tre sessioni.

A mandare in tilt l'iniziativa del governo è stato anche il fatto che negli ultimi monitoraggi, in alcune regioni sono stati fatti molti meno test rispetto a quelli che servono: da 39.192 si è passati a 26.142, meno della metà del campione che dev'essere raccolto. A gennaio si è arrivati, persino, a soli 4.311 alunni: un numero che incide in maniera pesante sulla mancata riuscita

del Piano che non è più in grado di fornire una fotografia utile.

Numeri che non lasciano spazio ad alcuna speranza per il progetto scuole sentinella che avrebbe dovuto essere essenziale nella ripartenza delle lezioni: "Il Piano - spiegavano i promotori - consentirà di supportare le altre attività di monitoraggio della circolazione del virus sul territorio nazionale contribuendo, insieme alle misure già previste, a ridurre la circolazione virale e l'impatto negativo della pandemia nelle scuole campionate".

Il calendario della campagna di *testing* prevede altre cinque sessioni fino al dieci aprile ma visto il defilarsi di molte Regioni, non ha più alcun senso la raccolta di dati eseguendo i test su un numero di studenti che non rispetta i requisiti stabiliti dall'Istituto superiore di sanità.



Ministro Patrizio Bianchi FOTO ANSA



*Covid*

## A Hong Kong l'ondata che fa paura I letti anche in strada

di Gianluca Modolo

● a pagina 9



DA INIZIO FEBBRAIO CASI AUMENTATI DI QUARANTA VOLTE

# I letti dei pazienti in strada A Hong Kong l'ondata che spaventa anche la Cina

dal nostro corrispondente

**Gianluca Modolo**

**PECHINO** – Gente spiaggiata su letti d'ospedale: fuori dall'ospedale, per strada, a decine avvolti dalle coperte, visto che dentro non c'è più posto. Infermieri che escono, a turno, a curare i pazienti e portar da mangiare a vecchi e bambini. Gente che aspetta di entrare al pronto soccorso anche per otto ore, seduta su seggiole di fortuna piazzate nei parcheggi del Caritas Medical Centre. Strutture per la quarantena in tutta la città ormai stracolme. Sono dodicimila i cittadini di Hong Kong positivi al virus – anche con sintomi lievi o asintomatici – che attendono di trovare un posto libero e mettersi

in isolamento, come qui richiede la strategia adottata dal governo dell'ex colonia britannica, modellata su quella zero-Covid che Pechino impone alla Cina continentale ormai da due anni.

Hong Kong sta vivendo la peggiore ondata di sempre, a causa della variante Omicron che corre velocissima. Dall'inizio di febbraio i casi sono aumentati di 40 volte: 4.285 ieri (altri 7 mila, però, ancora da confermare). Nove i decessi, tra cui una bambina di appena tre anni. Numeri bassi se confrontati al resto del mondo: non qui. E non soprattutto agli occhi del governo su a Pechino. Per questo ieri sono arrivate direttamente le parole di Xi Jinping, che suonano come una decisa tirata d'orecchie. E che tradiscono un pizzico di imbarazzo. Controllare l'epidemia deve essere per il governo «il

compito prioritario», è il messaggio riportato in prima pagina da due quotidiani filo-cinesi della città, il *Wen Wei Po* e il *Ta Kung Pao*.

Il leader ha aggiunto che vanno «mobilitate tutte le forze e le risorse possibili per proteggere la salute dei residenti e mantenere la stabilità sociale». E ha ordinato al vicepremier, Han Zheng, di riferire alla governatrice tutta la sua «preoccupazione riguardo a questa si-



tuazione». Chiaro avvertimento che il presidente cinese non può tollerare un eventuale fallimento della sua strategia. La governatrice Carrie Lam, sotto pressione visto che non ha ancora sciolto la riserva sulla sua ricandidatura alle elezioni che ci saranno tra un mese, ha ringraziato «di cuore» Xi dicendosi pronta a mettere in pratica le «istruzioni» del presidente grazie al sostegno di Pechino. Sostegno che si tradurrà nella costruzione di nuove strutture per l'isolamento e nell'invio di kit per i tamponi visto che i laboratori non ne hanno quasi più.

Tre giorni fa era stata lei stessa ad ammettere che «questa quinta ondata ha inferto un duro colpo a Hong Kong e ha sopraffatto la capacità di gestione della città». Nonostante l'ammissione che la situazione sia sfuggita di mano, il governo della città rimane determinato a perseguire la linea della tolleranza zero.

Per far fronte alle difficoltà degli ospedali che sono ormai vicini al 100% della capienza, sette clini-

che sono state trasformate in centri per pazienti positivi. Altri verranno spediti in alloggi popolari appena costruiti o nei dormitori universitari per il periodo necessario per la quarantena. Non perché si tratti di casi gravi ma perché Hong Kong segue la stessa politica Covid-zero della Cina e quindi tutti i positivi, anche gli asintomatici e quelli con sintomi lievi, finiscono in isolamento in strutture dedicate.

Al momento il governo cittadino ha escluso un lockdown generale, difficile dato che molti hongkonghesi vivono in mini appartamenti. Ma la determinazione di Xi a risolvere la situazione potrebbe portare a misure ancora più dure. Hong Kong ha retto bene negli ultimi due anni in termini di contagi – rendendola però una delle città più isolate al mondo – ma l'arrivo della nuova variante Omicron ha cambiato tutto. Se dovesse continuare così, gli esperti avvertivano qualche giorno fa che la città sarebbe stata colpita da uno «tsunami» da 28mila casi al giorno en-

tro la fine di maggio. Uno dei problemi principali è il basso tasso di vaccinazione, soprattutto tra la popolazione anziana: soltanto il 20% degli over 80 ha entrambe le dosi e soltanto la metà nella fascia 70-79 è vaccinata.

Nuove restrizioni, intanto, sono entrate in vigore in città: vietato cenare fuori dopo le 18, palestre, bar e parrucchieri chiusi, ingresso sbarrato ai non vaccinati in supermercati e centri commerciali a partire dal 24 febbraio. Dall'inizio della pandemia a oggi i casi sono 30.955, 234 i morti. Numeri bassi. Non qui. Non agli occhi di Pechino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Numeri piccoli: 4 mila al giorno. Ma ospedali pieni e poche strutture per la quarantena**  
**Xi Jinping avvisa la governatrice: attivatevi per fermare i contagi**

## Negli altri Paesi

### Germania

Ha finanziato con 300 milioni di fondi pubblici BioNTech, che ha creato il vaccino poi commercializzato insieme a Pfizer



### Francia

Sanofi è in ritardo con il vaccino Covid ma ha acquisito una biotech che usa l'Rna. Il Paese ospita poi un impianto di Moderna



### Gran Bretagna

AstraZeneca, il vaccino creato a Oxford, ha avuto poca fortuna da noi, ma resta il più usato al mondo dopo i vaccini cinesi



### Belgio

Ospita la cosiddetta "Vaccine Valley", che esporta il 10% dei prodotti farmaceutici europei. A Puurs c'è la principale fabbrica Pfizer



### ▲ Isolamento obbligatorio

Sono 12 mila i cittadini di Hong Kong positivi: per loro è imposta la quarantena in strutture dedicate



## Post-pandemia I profeti di sventura invocano il ritorno alla normalità

GAETANO LAMANNA

**L**a vicenda della piccola Ginevra, morta di Covid-19 a due anni perché in tutta la Calabria non esistono ospedali con terapie intensive per bambini, è solo l'ultima delle tristi e sconcertanti storie di malasanità.

— segue a pagina 14 —

# Il ritorno alla normalità invocato dai profeti di sventura

GAETANO LAMANNA

— segue dalla prima —

■ ■ Passata l'emozione del momento si tende a dimenticare. Sarebbe utile, tuttavia, interrogarci su cosa, durante l'emergenza pandemica, non ha funzionato. Covid-19 si è abbattuto sul nostro paese trovando davanti a sé un servizio sanitario nazionale (Ssn) sfaldato e inefficiente.

Fin dagli anni Ottanta del secolo scorso aveva cominciato a perdere il suo carattere pubblico e nazionale, alla ricerca affannosa di un modello aziendalistico e regionalista. All'urto della pandemia, il sistema sanitario - comprese le «eccellenze» lombo-venete ed emiliano-romagnole - non ha retto.

**SONO VENUTI AL PETTINE** difetti e disfunzioni gravi. È venuta alla luce la fragilità di un Ssn ruotante intorno agli ospedali e sguarnito di servizi sul territorio. È stato svelato il bluff che si nasconde dietro l'ideologia (liberista) dell'efficienza, della concorrenza e dei minori costi. Il disastro è testimoniato dal numero dei morti, dai malati con altre e gravi patologie senza cure,

dal calo dell'aspettativa di vita. Governo, partiti, presidenti di regione fanno finta di niente. Non danno segni di ravvedimento. Anzi, non vedono l'ora di tornare alla «normalità». Gli occhi sono puntati sulle risorse che il Pnrr mette a disposizione della sanità. Nessuno che si preoccupi di cambiare il management, correggendo una gestione imperniata sulle convenzioni pubblico-privato. Centro-destra e centro-sinistra concordano in una politica che di fatto asseconda gli interessi privati. Ai laboratori e alle cliniche private viene assicurata la polpa, cioè le attività sanitarie più redditizie. Al pubblico, spogliato e impoverito, viene dato l'osso, una funzione residuale.

La circolazione del virus si è indebolita, ma i suoi effetti li sentiremo a lungo. *Sindemia* è un termine con cui si indica lo stretto legame tra pandemia e crisi sociale e ambientale. Sul piano sanitario gli anziani sono quelli che hanno sofferto di più. In questi due anni ci siamo sentiti vicini all'infelicità e alla sofferenza dei vecchi, rinchiusi nelle Rsa, lasciati morire in solitudine. Ma la commozione popolare e le stesse inchieste giudiziarie non hanno sortito alcun effetto.

Le Case di riposo sono sem-

pre li. Dopo la chiusura dei manicomi e degli orfanotrofi, restano le ultime istituzioni, insieme alle carceri, immutabili nella loro negatività. Manca una scelta politica chiara a favore di una riforma che affermi il diritto degli anziani ad essere assistiti e curati nella loro abitazione, investendo sui servizi domiciliari e su una rete assistenziale e sanitaria sul territorio. Fanno troppo gola agli imprenditori della *silver economy* i profitti attesi da una società che invecchia e in cui le famiglie, senza un sostegno pubblico adeguato, sono spinte a chiudere i loro cari in moderni ospizi. È un tipico caso di scuola per comprendere che «ritorno alla normalità» nel linguaggio economico significa la mercificazione di tutto. Perfino i vecchi sono considerati un business, una «fetta di mercato» in crescita.

**SE SUL PIANO SANITARIO** gli anziani sono i più colpiti, sul pia-



## il manifesto

no sociale lo sono i giovani, le donne, i precari, i lavoratori poveri. Gli stessi che se la passavano male già prima del 2020. I *working poor* sono 3 milioni di cittadini, giovani, single (o mamme sole con figli), che guadagnano meno di 1000 euro al mese, con cui devono fare la spesa, pagare le bollette e l'affitto, tirare avanti. Con l'inflazione galoppante sono questi i primi candidati a scivolare sotto la soglia della povertà. Pensiamo a quanto sia assurda e demagogica in questa situazione la campagna di Renzi e Salvini per cancellare il reddito di cittadinanza.

In Italia, secondo il Report Oxfam sulle disuguaglianze nel mondo, in questi ultimi due anni le persone indigenti

sono aumentate di 2 milioni, il dato peggiore dei paesi Ocse. Nel frattempo, come scrive la rivista *Forbes*, da marzo 2020 ad aprile 2021 i miliardari italiani da 27 sono diventati 40 (+13) e detengono una ricchezza equivalente a 18 milioni di cittadini italiani meno abbienti.

I salari sono diminuiti di 3 punti percentuali rispetto a trent'anni fa, mentre in Francia e Germania sono cresciuti di oltre il 30 per cento.

**SONO DATI IMPRESSIONANTI**, ma che a stento fanno notizia. L'importante è tornare alla normalità pre-pandemia. Neppure sfiorati dal dubbio che all'origine delle ingiustizie, degli squilibri economici e degli sconvolgimenti ambientali possa esserci la «leg-

ge del profitto».

Immersi in una bolla ideologica non riescono a vedere che pandemia, disuguaglianze, cambiamenti climatici, inflazione, tensioni geopolitiche e guerre sono la conseguenza diretta dell'attuale modello di produzione e di consumo. I profeti della crescita (e della normalità), rischiano di somigliare sempre più a profeti di sventura.

*Gli anziani, i più colpiti dal Covid, restano rinchiusi nelle Rsa private, che rimangono intoccabili, ma scompaiono assistenza domiciliare e medicina territoriale*



Roma, la stanza degli abbracci alla RSA Villa Sacra Famiglia foto di LaPresse



## La strage in corsia: in due anni 370 morti

# Conte ha fregato i medici eroi

Spariti i decreti attuativi per gli aiuti ai parenti dei defunti. Il piano: riparare con i fondi per la mafia

### ANTONIO CASTRO

■ Appena 40/50mila euro a nucleo familiare. Forse anche lordi. I superstiti dei medici e dentisti morti per prestare le prime cure nella fase più difficile e sconosciuta della pandemia da Covid 19 dovranno probabilmente accontentarsi di una tantum modesta. Se è mai possibile quantificare un "rimborso" economico per la perdita di un padre, una madre, un marito o una moglie. Meno della metà dei ventilati 100mila euro annunciati mediaticamente nel 2020 come indennizzo straordinario alla categoria degli "eroi". Applauditi dal Paese e repentinamente dimenticati da una classe politica con la memoria assai corta.

### BONUS NEGATO

Un "bonus" dimenticato. Annunciato con grande trambusto a reti unificate dal governo di Giuseppe Conte ma mai attuato. Tra un decreto attuativo che non ha mai visto la luce e un rinvio burocratico. A questo punto c'è solo da augurarsi che a Palazzo Chigi prendano in mano la vicenda. A tirare le somme - e contando sull'indignazione mediatica degli italiani montata in questi giorni - scopriamo che sono periti ben duecentosedici medici e trenta odontoiatri. O meglio: secon-

do il penoso conteggio della Federazione dei medici (Fnomeo), i camici bianchi morti sono oltre 370. Ma soltanto 216 medici, e una trentina di dentisti, rientrerebbero nei parametri della causale Covid. E quindi aver diritto all'indennizzo di Stato. Giusto l'altro ieri Verona ha omaggiato la scomparsa del noto medico di famiglia Edward Haiek. Ennesima vittima di questa pandemia.

Resta il fatto che i familiari dei sanitari periti nella fase più dura della pandemia dovranno ancora pazientare per avere certezza del simbolico indennizzo economico di Stato.

Ieri, secondo fonti del ministero della Salute, il caso del dimenticato indennizzo è tornato d'attualità. Ma dei 20 milioni allocati inizialmente ne arriveranno alle famiglie meno della metà. O almeno così svela il presidente dei senatori renziani, Davide Faraone: «Italia Viva», gongola soddisfatto, «ha presentato e ottenuto, tramite un emendamento, l'istituzione di un fondo presso la Presidenza del Consiglio con una dotazione di 10 milioni di euro a favore dei famigliari di medici, personale infermieristico e operatori socio-sanitari che, nel corso della durata dello stato di emergenza abbiano contratto, in conseguenza dell'attività di servizio prestata, una patologia alla quale sia seguita la morte per effetto diretto o come concausa del contagio da Covid. Questa è una norma approvata in Parlamento e mai

resa effettiva: una legge approvata il 24 aprile 2020».

Sono lontani i giorni in cui gli italiani applaudivano medici ed infermieri. Forse ne siamo usciti, ma non migliori. Almeno non nei palazzi della politica con la memoria corta e l'occhio al consenso immediato. Se per garantire un sostegno economico alle famiglie dei sanitari morti bisogna attendere 24 mesi non è proprio un Paese migliore quello che sta emergendo nel post (?) pandemia. Sta di fatto che adesso il presidente del Consiglio Mario Draghi potrebbe indicare al ministro Roberto Speranza di adottare lo strumento degli indennizzi "rapidi". Come era già successo nei decenni passati per le famiglie delle vittime di stragi, terrorismo e mafia. La "guerra" al virus ha lasciato una scia di morti. E di famiglie orfane dei congiunti. E quindi garantire studi sereni ai figli, un assegno dignitoso ai superstiti è ben poca cosa. L'Ente di previdenza dei medici (Enpam) consapevole delle lungaggini ha già erogato ai propri iscritti un gettone simbolico. Autofinanziato, ovviamente. Ma almeno qualcosa è stato fatto contando sulla solidarietà di categoria.

### TASSA OCCULTA



Lo Stato così generoso in altri generosi interventi (i 4 miliardi delle truffe accertate nei bonus edilizi, sempre partorito da Conte), potrebbe compiere ora un gesto per queste famiglie che già hanno visto sparire i propri cari. Garantendo almeno un appannaggio esentasse ai superstiti. Le interlocuzioni ufficiose tra il ministero e gli enti di categoria sono partite. Per non incorrere nel rischio che un indennizzo già modesto venga mazzolato da un prelievo fiscale aggiuntivo. È già suc-

cesso in passato scatenando la giusta indignazione pubblica. Magari un macroscopico errore tributario si potrebbe anche evitare. L'altra proposta su cui si sta ragionando è che ai figli superstiti della categoria sia concessa la facoltà di accedere a borse di studio dedicate.

Ultima perplessità: è mai possibile dopo due anni si stia ancora impantanati a discuterne?



## «La riforma è un ibrido, i medici di base ancora negli studi senza tutele»

Andrea Filippi (Fp Cgil) commenta il nuovo assetto dell'assistenza territoriale annunciato da Speranza in commissione Affari sociali

ADRIANA POLLICE

■ In commissione Affari sociali il ministro Speranza ha delineato la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, che prevede 1.350 case di comunità: «Gli studi dei medici saranno gli spoke delle case della comunità hub». Il progetto non convince Andrea Filippi, segretario nazionale della Fp Cgil Medici.

**Perché siete contrari all'attuale rapporto dove il medico di base è un libero professionista in convenzione con il Servizio sanitario?**

Sono medici senza tutele: niente ferie, nessuna copertura per la gravidanza. Sono iscritti all'Enpam, un fondo che garantisce la malattia ma non copre gli infortuni. Non hanno sostegni amministrativi, non ricevono strumenti e non hanno l'Inail. Con quello che è successo con il Covid, il parlamento avrebbe dovuto approvare un ristoro per le famiglie dei medici di base deceduti in quella che è stata una

guerra e non è avvenuto: una vergogna ma a monte c'è la mancanza di tutele. Eppure l'Ordine dei medici, l'Enpam dicono no alla dipendenza cioè no alle tutele. Certo, il passaggio svuoterebbe le casse dell'Enpam.

**Come funziona adesso l'assistenza territoriale?**

Negli anni è stata smantellata

più degli altri servizi ed è rimasta incentrata sulla frammentazione dei 40mila studi di medicina generale, scollegati tra loro e con il Ssn. L'ex ministra Turco provò a introdurre le Case della salute ma solo poche regioni le hanno realizzate. Il ministro Balduzzi emanò una nuova legge che prevedeva la possibilità di costituire Unità di cure primarie

complesse, mentre le regioni potevano costituire Aggregazioni funzionali territoriali cioè studi medici aggregati. Neppure la legge Balduzzi è stata realizzata. Su questo si innesta la riforma.

**Come cambierà l'assistenza?**

L'Ue ha dato mandato all'Italia di riformare l'assistenza territoriale con particolare riferimento alle cure primarie. Il Pnrr destina risorse solo all'edilizia sanitaria e all'innovazione digitale. Il ministero sta ripensando il settore partendo da un principio sano: assistenza sociosanitaria incardinata sui servizi. Da qui l'idea delle case di comunità sociosanitarie. L'organizzazione però viene declinata in base a un documento dell'Agenas e del ministero che presenta molte lacune. Non vengono stabiliti tutti gli standard delle attività multidisciplinari delle case di comunità: vengono indicati quanti infermieri dovranno lavorarci ma non vengono individuati gli standard per medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, educatori.

Rischiano di essere vuote.

**Come modificare l'organizzazione del lavoro?**

Dovrebbe essere incentrata sui servizi e la multiprofessionalità, come previsto oggi per i servizi di salute mentale cioè un'equipe intorno alle persone: infermiere, medico, psichiatra, psicologo, assistente sociale ed educatore con lo stesso rapporto di lavoro, tutti all'interno del Ssn con i contratti collettivi nazionali e lo stesso riferimento organizzativo. Il tema dipendenza o convenzione dei medici di base è centrale per andare al cuore della governabilità del sistema.

**Cosa propone il ministero?**

Due principi che condividiamo: uniformità organizzativa sul territorio nazionale e integrazione dei servizi garantendo prossimità e rapporto fiduciario. Ma prossimità e rapporto fiduciario il ministero si convince che si possano garantire solo lasciando gli studi dei medici privati. Per noi è un errore. Il rapporto fiduciario deve essere costruito con il servizio, è il rapporto terapeutico che costruisce la fiducia. Invece viene mistificato che il rapporto fiduciario sia scegliersi il medico da un elenco.

**Perché questa scelta?**

È un compromesso tra esigenze sindacali e regioni. Nel primo caso c'è la volontà di conservare le prerogative politiche sul sistema. Le regioni invece vogliono governare il sistema e quindi in-



# il manifesto

cardinare nei servizi i medici di base. Il ministero crea un ibrido: li mantiene negli studi professionali, retribuiti a paziente, sovraccaricati dalla burocrazia ma indipendenti. Per andare incontro alle regioni ne organizza il lavoro su 38 ore settimanali: 21 negli studi, 6 nel case di comunità, 11 secondo quello che dicono i distretti e i progetti regionali. Così si approfondiscono le differenze nell'offerta di salute da Asl ad Asl. E non si considera che oggi lavorano 70, 80 ore a settimana: arretra l'offerta ai loro assistiti mentre le 6 ore nelle case di comunità non consentono la presa

in carico dei pazienti.

## Si può rivoluzionare il sistema?

Si può introdurre la possibilità di lavorare nel case di comunità a tempo pieno su base volontaria. Le regioni hanno contestato la proposta del ministero integrandola con un emendamento approvato all'unanimità che chiede di poter assumere medici dipendenti nelle case di comunità. Non l'obbligo ma la possibilità. Il ministero sta dicendo di no, è sconcertante. Ci viene l'idea che sia troppo condizionato dalla rappresentanza corporativa che resiste al cambiamento.

**«Servono Case di comunità con specialisti assunti che supportino i pazienti»**



Studio medico foto LaPresse



# Fine vita

## In Parlamento è il giorno del giudizio

In Aula la legge sul suicidio assistito, primo voto segreto sulla soppressione della norma. Scontro tra i due poli

**CARLO BERTINI**  
ROMA

Sul fine vita oggi è il giorno del giudizio. Almeno di quello del Parlamento, dopo quello della Consulta, visto che la Camera emetterà la prima sentenza, quella che può affossare o far andare avanti la legge sul suicidio assistito: in aula oggi si cominciano a votare gli emendamenti e il primo è soppressivo dell'intero provvedimento. Una giornata secca di votazioni, prima di uno stop fino a marzo, dovuto all'irrompere del decreto "milleproroghe". A complicare le cose, c'è il fatto che questo voto cruciale potrebbe essere a scrutinio segreto. E sulla carta gli schieramenti si fronteggiano quasi in parità: da una parte i giallorossi, Pd, 5Stelle, Leu, favorevoli al testo; dall'altra il centrodestra contrario in blocco, Fi, Lega e Fdi. In mezzo decine di peones del gruppo Misto; e i renziani di Italia Viva, che in teoria dovrebbero votare con i giallorossi. Con il Vaticano fermo nel sostenere che «il suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia non sono forme di carità cristiana» e i leghisti che si ergono a difensori della «sacralità della vita», si capisce quale sia la posta in gioco.

**L'appello «forte» di Letta**

Insomma, una sfida tutta aperta. «Speriamo bene», dicono gli uomini di Enrico Letta. Il quale, al pari di Giuseppe Conte, sa di giocarsi molto e lancia «un appello forte al Parlamento perché rapidamente, la legge sia approvata. La società italiana si aspetta che il Parlamento non si fermi e non chiuda gli occhi». Alfredo Bazoli, relatore del provvedimento per il Pd, si dice «cautamente ottimista». Ma i capogruppo alla Camera del Pd e dei 5Stelle, Debora Serracchiani e Davide Crippa, hanno avvisato sulla chat i loro deputati di essere tutti presenti in aula e non far mancare i numeri.

### La differenza con l'eutanasia

Il Pd spera che il punto di mediazione trovato riesca a fare breccia, magari nel segreto dell'urna, anche in qualche parlamento azzurro, magari più disponibile: il testo, dopo mesi di dibattiti in commissione Giustizia e Affari sociali, è stato costruito rispettando pari pari le indicazioni della sentenza della Consulta del 2019, quindi sulla carta a prova di contestazioni. La Corte giudicò non punibile l'aiuto al suicidio di persone che hanno patologie irreversibili, sofferenze intollerabili, che

siano tenute in vita da trattamenti di sostegno vitale e che abbiano piena capacità di intendere e di volere. Oggi Amato fa notare che «l'omicidio del consenziente avrebbe aperto all'immunità penale per chiunque uccidesse con il consenso». Ma attenzione, avvertono i sostenitori del testo che va al voto in aula, il suicidio assistito è cosa ben diversa dall'eutanasia. «Una cosa è l'omicidio del consenziente e l'altra un aiuto al suicidio, due cose ben diverse da un punto di vista etico e legale», spiegano i dirigenti del Pd che hanno in mano la questione.

### Conte, Delrio e cure palliative

Pd e 5Stelle temono comunque che dopo la bocciatura del referendum sull'eutanasia, aumenti la schiera di chi ritiene che ormai non serva più una legge, visto che è venuta meno la pistola puntata del referendum. Uno dei più convinti sostenitori del testo sul fine vita che arriva in aula è Graziano Delrio, ex ministro, ex capogruppo e personalità influente tra i dem: «La morte volontaria medicalmente assistita va normata, anche da credente e da medico, ritengo un punto di compromesso importante quello che è stato raggiunto». C'è un punto che sta a cuore a



# LA STAMPA

Delrio, «bisogna essere inseriti in un percorso di cure palliative ed è importante che vengano garantite a tutti, che in alcune regioni non ci siano disparità di trattamento, perché chi vuole porre fine alla sua esistenza lo deve poter fare dopo che è stato liberato dal dolore».

Una questione affrontata da Giuseppe Conte, convinto

che il testo sul fine vita sia «molto equilibrato, perché abbraccia anche il rafforzamento delle cure palliative. La comunità nazionale è più avanti della politica, che non deve rimanere indietro». —

**Il Vaticano ribadisce  
“Suicidio assistito e  
eutanasia non sono  
carità cristiana”**

**Pd, 5Stelle e Leu  
sono favorevoli al testo  
il centrodestra è  
contrario in blocco**

## Cosa proponeva il quesito bocciato

Il quesito proponeva di abrogare parzialmente la norma penale che impedisce l'introduzione dell'eutanasia legale in Italia, cancellando il reato di omicidio del consenziente dal nostro ordinamento se non per determinati casi. Sarebbe stata comunque vietata, anche con l'approvazione, l'eutanasia per i minori, per le persone incapaci di intendere e di volere o circuite



FINE VITA

**Attacco di Cappato  
Amato: cattiveria**di **Fabrizio Caccia**  
a pagina 8**Cappato: sul fine vita  
un verdetto politico  
Amato: che cattiveria****Alla Camera riparte l'esame del disegno di legge  
Maggioranza divisa, depositati oltre 200 emendamenti**

**ROMA** E adesso? Dopo il verdetto della Consulta, che ha dichiarato inammissibile il quesito referendario in tema di eutanasia, l'unica strada percorribile rimane quella del Parlamento. Oggi alla Camera riprenderà l'esame della proposta di legge sul fine vita.

La decisione della Consulta che ha bocciato il referendum ha fatto deflagrare la polemica del tesoriere dell'Associazione Coscioni, Marco Cappato: «Non sono mai stato ottimista sull'esito — ha detto a «The Breakfast Club» su Radio Capital — in due ore hanno liquidato la nostra iniziativa. Volevano sbrigarsela anche prima, bastava guardare le facce dei relatori per capirlo: il giudice costituzionale Franco Modugno ha sbuffato indispettito tutto il tempo alle argomentazioni dei nostri avvocati. C'è insofferenza e ostilità contro di noi». Cappato, poi, ha attaccato Amato: «È una personalità molto politica, e questa è una decisione politica. Praticamente la Corte ha spazzato via una stagione referendaria. Sono molto più preoccupato per la democrazia italiana che per l'eutanasia». La replica di Giuliano Amato: «Leggere o sentire che chi ha preso la decisione non sa cosa sia la sofferenza ci ha ferito ingiustamente. Il referendum non era sull'eutanasia ma sul-

l'omicidio del consenziente: apre all'impunità penale di chiunque uccide qualcun altro con il consenso, sia che soffra sia che non soffra. Occorre dimensionare il tema dell'eutanasia alle persone a cui si applica, ossia a coloro che soffrono. Noi non potevamo farlo sulla base del quesito referendario, con altri strumenti può farlo il Parlamento». E poi, replicando sempre a Cappato, Amato ha aggiunto: «Dire che questa Corte fosse maldisposta significa dire una cattiveria che si poteva anche risparmiare». E ancora: «Io sono assai meno politico di Cappato...».

Comunque sono tante le voci che si sono levate, ieri. Il segretario del Pd, Enrico Letta: «Ci sono tutte le condizioni, anche politiche, per approvare la legge sul suicidio assistito», occorre dare una «risposta importante a un'esigenza fortissima. C'è un'attesa nella società italiana e questa attesa deve trovare un risposta oggi. Il Parlamento non chiuda gli occhi».

Il tweet del sindaco di Milano, Beppe Sala: «L'eutanasia va legalizzata». «Nessuno ha diritto di togliere e togliersi la vita», ribatte Antonio Tajani, coordinatore nazionale di Forza Italia. E certamente non è passato inosservato il discorso di papa Francesco: «Essere

cristiano è non solo ricevere la fede e confessare la fede, ma custodire la vita propria, la vita degli altri, la vita della Chiesa». Ancor più esplicita la posizione del dicastero vaticano per la Famiglia e la Vita: «Il suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia non sono forme di solidarietà sociale né di carità cristiana e la loro promozione non costituisce una diffusione della cultura della cura sanitaria o della pietà umana». Valerio Federico della segreteria di «Europa»: «La vittoria è solo rinviata». Bepino Englaro, padre di Eluana: «Nella vicenda di Eluana abbiamo dovuto attendere 15 anni e 9 mesi». Il padre gesuita Antonio Spadaro, direttore di *Civiltà Cattolica*: «Il Parlamento deve fare il proprio mestiere». Dalle colonne della rivista l'appello al Parlamento è nitido: «Non è auspicabile sfuggire al peso della decisione affossando la legge». Ecco, il testo sul fine vita, licenziato dalle commissioni il 9 dicembre, è stato modificato rispetto alla versione originaria. In Aula sono stati già presentati 200 emendamenti e la maggioranza è divisa. Lega e Coraggio Italia hanno già annunciato il no, Italia Viva lascerà libertà di coscienza, il Pd spinge per l'approvazione.

**Fabrizio Caccia**



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Amato: «È un no all'omicidio»

*Il presidente della Consulta sottolinea che il quesito sull'uccisione del consenziente andava «ben oltre l'eutanasia»  
Non si può aprire «all'impunità di chiunque uccida un altro con il suo consenso». Poi insiste: si muova il Parlamento*

**ROBERTA D'ANGELO**

«**L**eggere o sentire che chi ha preso la decisione non sa cosa è la sofferenza ci ha ferito ingiustamente. Il referendum non era sull'eutanasia, ma sull'omicidio del consenziente». Giuliano Amato è appena uscito dalla Camera di consiglio con i giudici della Consulta e ancora non ha comunicato l'esito dell'esame degli ultimi quesiti referendari. Il presidente della Corte costituzionale è atteso per la non comune conferenza stampa che segue le decisioni sugli otto quesiti. «L'omicidio del consenziente sarebbe stato lecito in casi ben più numerosi e diversi da quelli dell'eutanasia», spiega in quella che ritiene una considerazione ineccepibile.

Amato ha una gran voglia di spiegare ai promotori, ma soprattutto agli italiani, le motivazioni che hanno portato alle scelte sui referendum. Le reazioni forti alla bocciatura del quesito sulla morte del consenziente non gli sono piaciute affatto. Il neopresidente non ci sta a sentir parlare di giudici indifferenti alla tragedia umana di chi è colpito da malattie irreversibili. E però, insiste, il quesito «apre all'impunità penale di chiunque uccida qualcun altro con il consenso, sia che soffra sia che non soffra. Occorre dimensionare il te-

ma dell'eutanasia alle persone a cui si applica, ossia a coloro che soffrono. Noi non potevamo farlo sulla base del quesito referendario, con altri strumenti può farlo il Parlamento». E qui sta uno dei punti cardine che il presidente della Consulta sottolinea meticolosamente, ovvero il ruolo delle Camere. «Sarà che è troppo occupato dalle questioni economiche», ma forse il Parlamento non dedica «abbastanza tempo» a cercare di trovare la «soluzione» sui «conflitti valoriali». Ma, continua il "dottor Sottile", «è fondamentale che in Parlamento capiscano che se questi temi escono dal loro ordine del giorno possono alimentare dissensi corrosivi per la coesione sociale». Insomma, i giudici della Consulta che, oltre a quello sull'omicidio del consenziente, hanno bocciato il quesito sulla responsabilità civile dei magistrati e quello sulla cannabis, accogliendo invece gli altri 5 referendum sulla giustizia, non hanno «cercato i peli nell'uovo», come aveva previsto Amato prima di chiudersi in Camera di consiglio. «In alcuni casi l'orientamento è stato unanime, in altri prevalente», ma «nessuno ha mai chiesto di votare». Perciò, il presidente replica alle accuse di Marco Cappato (tra i promotori referendari), «che deve la giusta assoluzione nel processo che ha avuto per il caso del Dj Fabo anche alla sentenza di questa Corte, dire che questa Corte fosse maldisposta significa dire una cattiveria che si poteva anche risparmiare in un momento in cui e-

ra opportuno riflettere su cosa stava facendo, parlando di eutanasia mentre si trattava di omicidio del consenziente».

Quanto ai quesiti sulla giustizia, solo quello sulla responsabilità diretta dei giudici in caso di errori giudiziari non è stato accolto. La legge Severino «più volte è stata dichiarata dalla Corte conforme alla Costituzione. Abbiamo sempre detto che costituzionalmente va bene, ma non posso dire che è costituzionalmente dovuta. Si esprima il corpo elettorale, poi vedremo», dice Amato, ricordando che i giudici si limitano a rimettere la scelta agli elettori e che «non possono toccare il quesito».

Invece, prosegue dritto, «abbiamo dichiarato inammissibile il referendum sulla responsabilità diretta dei magistrati. Perché essendo fondamentalmente sempre stata la regola per i magistrati quella della responsabilità indiretta, la introduzione della responsabilità diretta rende il referendum più che abrogativo». In sostanza, «qui stiamo parlando della responsabilità dei magistrati per i quali la regola diversamente da altri funzionari pubblici era sempre stata della responsabilità indiretta». La palla, dunque, passerà in parte agli elettori e in parte al Parlamento, con cui la Consulta intende dialogare, «anche a voce, per maggiore chiarezza» sui singoli temi su cui le Camere devono lavorare. Una risposta diretta al presidente del Comitato per la Legislazione Stefano Ceccanti, che gli ha presentato il rapporto dei lavori del 2021.

## L'INTERVENTO

Lo sfogo:  
«Ci ha ferito ingiustamente chi ha detto che non sappiamo che cos'è la sofferenza»  
Poi replica alle «cattiverie» di Cappato:  
«Poteva riflettere su cosa stava facendo»



## DOPO LA DECISIONE DI MARTEDÌ

# No del Papa all'eutanasia «Custodire sempre la vita»

### Serena Sartini

■ I vescovi italiani, il dicastero per i Laici e la Famiglia, monsignor Vincenzo Paglia. E infine, il Papa. «Custodire la vita» è l'appello lanciato da Francesco durante l'udienza generale del mercoledì, che chiude definitivamente il discorso sul fine vita. «Essere cristiano è non solo ricevere la fede e confessare la fede ma custodire la vita, la vita propria, la vita degli altri, la vita della Chiesa», ha aggiunto il Papa in un intervento che non è di certo passato inosservato all'indomani della sentenza della Consulta sulla inammissibilità del referendum

sull'eutanasia. Proprio la scorsa settimana, Bergoglio aveva invitato a non confondere «l'aiuto che la medicina sta sforzando di dare» con le «cure palliative» con «derive inaccettabili che portano a uccidere». «Il suicidio medicalmente assistito e l'eutanasia non sono forme di solidarietà sociale né di carità cristiana e la loro promozione non costituisce una diffusione della cultura della cura sanitaria o della pietà umana», sottolinea in una nota il dicastero per i Laici, la Famiglia e la Vita, guidato *ad interim* dal cardinale Michael Czerny. «La decisione della Corte costi-

tuzionale è una scelta a favore della vita e dei deboli. Ora tocca al Parlamento», ha aggiunto mons. Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita. E infatti, la palla passa ora proprio alla Camera. «Il cammino sulla legalizzazione non si ferma, proseguiremo su strade diverse, abbiamo altri strumenti a disposizione - annuncia con forza Marco Cappato -. Come con Welby e Dj Fabo. Andremo avanti con la disobbedienza civile, faremo ricorsi. Eutanasia legale contro eutanasia clandestina».

«Sarà una primavera di liberazione, se gli organi di informazione, a cominciare da quelli del

servizio pubblico, non continueranno nella scellerata campagna di evitare dibattiti veri», affermano Maurizio Turco e Irene Testa, segretario e tesoriere del Partito Radicale. Proprio oggi pomeriggio, alla Camera, prosegue l'esame sul testo unificato sul fine vita. Si inizierà anche a votare gli emendamenti, oltre 200. «Bisogna andare fino in fondo - ha detto il presidente della Camera, Roberto Fico - perché il Parlamento ha il dovere morale e politico di approvare una legge che il Paese attende». Ma la spaccatura, ancora prima della votazione, è già evidente.



**UDIENZA** Il Papa ieri in Vaticano

### CONFRONTO PARLAMENTARE

Oggi alla Camera riparte l'esame del testo. Fico: «Andare fino in fondo»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# I «curanti» per una società ferita

Così medici, infermieri, farmacisti e tecnici della salute rispondono alla «Lettera» della Cei ai sanitari per la Giornata del Malato

GRAZIELLA MELINA

Ha avuto l'effetto di una carezza la «Lettera» che l'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute ha rivolto ai «curanti» alla vigilia della XXX Giornata mondiale del Malato dell'11 febbraio. Mentre continuano le difficoltà causate dalla pandemia, che ha aggravato la situazione già fragile del sistema sanitario, si ripetono gli attacchi agli operatori sanitari e vengono rifiutati i ristori per i familiari degli operatori sanitari morti per il Covid, sentirsi dire grazie non può che confortare e incoraggiare.

«La Lettera ai Curanti ci tocca molto – commenta **Filippo Anelli**, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo) –. Ci sentiamo coinvolti e grati per questa attenzione importante per quanto abbiamo vissuto in un momento di difficoltà. Il tema dell'accesso alle cure, dei cosiddetti *irraggiunti*, è per noi un punto fondamentale. Colmare le disuguaglianze di salute che rendono diversi i cittadini di fronte a un diritto che la Costituzione definisce fondamentale è una esigenza che più volte abbiamo espresso. Così come ci preoccupano le aggressioni che subiscono molti colleghi. La violenza spesso è espressione proprio del disagio della gente, e si riverbera nei confronti degli operatori sanitari. La menzione, poi, della mancata programmazione, delle difficoltà che vivono i medici, del numero dei professionisti sanitari che sarebbero necessari per colmare le carenze e migliorare le condizioni di lavoro, è un monito fonda-

mentale per tutti coloro che oggi esercitano il ruolo di governo della sanità».

Ricevere un grazie è spesso di per sé una forma di cura. «Ne abbiamo bisogno – ammette **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Fnopi, la Federazione degli Ordini professioni infermieristiche –. Siamo stanchi, a livello non solo fisico ma anche mentale. Dai momenti in cui ci hanno osannato siamo passati alla cruda realtà. Le parole della Chiesa italiana ci richiamano a quella nostra essenza di relazione con l'assistito, al tempo dedicato alla cura. Nei momenti difficili abbiamo tenuto mani, comunicato con gli occhi, guardato visi di persone spaesate e sofferenti. Questi momenti preziosi nella prima e nella seconda ondata, pur nel dolore, ci fanno dire "noi c'eravamo". Abbiamo a cuore il rapporto privilegiato con i nostri assistiti. E questo ci aiuta a riposizionare le questioni principali ancora insolute, dalla carenza dei professionisti al tema delle aggressioni. Gli ultimi report ci dicono che l'89% degli operatori in prima linea hanno subito un'aggressione fisica e verbale».

Le parole della Lettera aiutano a sentirsi meno soli. «Abbiamo bisogno di essere "curati" anche noi, e la riconoscenza è di conforto - dice **Teresa Calandra**, presidente della Fno Tsrn e Pstrp (la Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione) –. Oggi servono migliori modelli organizzativi. La sanità è ancora "medico-centrica", ma per funzionare dovrebbe riconoscere pari dignità al valore di tutti gli operatori. Come avrebbe fatto il sistema ad affrontare la pandemia se non ci fossero stati i tecnici di laboratorio? Eppure spesso il lavoro di queste figure viene minimizzato:

senza l'attività costante e quotidiana di questi operatori avremmo assistito a un'implosione del sistema. Bisogna valorizzare tutti. Nella sanità pubblica che immaginiamo per il futuro non c'è bisogno solo del medico. Oggi, più che in passato, è necessario che i decisori comincino a coinvolgerci, per esempio nella programmazione delle nuove "case della salute". Possiamo dare un buon contributo per rendere sempre più diffusa l'assistenza sul territorio».

Condivide i temi della Lettera Cei anche **Andrea Mandelli**, presidente della Fofi (la Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani) e vice presidente della Camera dei deputati. «La pandemia – spiega – ha messo in grave crisi l'aspetto sociale delle comunità, il valore della relazione. Non è un caso che sia aumentato l'utilizzo dei tranquillanti. In quei giorni terribili il professionista della salute più accessibile spesso era solo il farmacista, che ha garantito un ruolo di prossimità. Siamo rimasti aperti e abbiamo dato risposte a molte persone. E poi ci siamo attivati somministrando i vaccini. Siamo rimasti al fianco del cittadino. Spesso un sorriso, uno sguardo che rassicura, un consiglio da dare, o anche una chiacchierata umanizzano la nostra professione. Non dimentichiamo che tanti oggi sono soli. È ormai sempre più necessaria una società nella quale tutti dobbiamo fare rete e squadra».



# Quarta dose al via per i fragili “E in autunno un nuovo vaccino”

La prossima settimana l'ok dell'Aifa per gli immunodepressi. Sul resto della popolazione si deciderà dopo l'estate  
Cossarizza: “Avremo bisogno di prodotti che coprono più varianti, vedremo se serviranno solo per alcune categorie”

di **Michele Bocci**

È iniziato il percorso che porterà al via libera alla quarta dose anche nel nostro Paese. La novità non riguarderà la popolazione generale, visto che anche Ema ha detto che al momento non ci sono prove sulla necessità di fare a tutti una nuova somministrazione dopo la terza, ma solo agli immunodepressi. Cioè coloro che hanno subito trapianti o soffrono di determinate patologie che abbassano le difese o ancora che, come ad esempio i malati oncologici, prendono farmaci che riducono l'azione del sistema immunitario. Si tratta di un numero di cittadini compreso tra 500 mila e un milione.

È presto per dire se la quarta dose servirà per tutti. «Se mai ne avremo bisogno, credo che sia comunque dopo l'estate, visto che la protezione della terza dose è molto buona», spiega Andrea Cossarizza, immunologo dell'Università di Modena e Reggio Emilia. In questo momento i dubbi sono molti, tra l'altro adesso è impossibile dire quali vaccini serviranno. «Sicuramente avremo bisogno di prodotti che coprono più varianti, stimolando anche un meccanismo di risposta cellulo-mediata, non solo quello degli anticorpi. E dobbiamo capire se ser-

viranno solo per certe categorie di cittadini, cioè per anziani e fragili, per cui è sempre raccomandato quello dell'influenza». Molti ritengono che sia così. «È uno scenario possibile e forse il migliore. Però dobbiamo stare in guardia, pensare alla strategia da adottare se in futuro dovessimo tornare a vaccinare tutti, semmai contro una nuova variante».

Il ministero alla Salute ha chiesto ad Aifa di esprimersi e l'agenzia ha già fissato, nei prossimi giorni, la riunione in cui si discuterà la novità. Verranno osservati i dati a disposizione, anche quelli basati sulle esperienze di altri Paesi come Israele, poi molto probabilmente arriverà il via libera. Tra l'altro la definizione di “quarta dose” non è considerata appropriata dai responsabili della sanità. Si preferisce usare il termine “booster” perché dà meglio l'idea di quale sarà la novità. Per gli immunodepressi, infatti, in una circolare del ministero alla Salute del settembre dell'anno scorso si è specificato che la terza somministrazione viene definita “addizionale” e va fatta entro 28 giorni dalla seconda, perché si considera, visto la maggiore fragilità di quelle persone, come completamento del ciclo vaccinale primario. Viene infatti somministrata «al fine di raggiun-

gere un adeguato livello di risposta immunitaria». Per la popolazione generale invece, la terza dose è un richiamo successivo al ciclo primario, da fare entro quattro mesi dalla seconda somministrazione.

Gli immunodepressi dovranno fare il richiamo dopo almeno 120 giorni dalla conclusione del ciclo primario. Probabilmente già dalla prossima settimana le Regioni saranno invitate dal ministero a procedere. Tra queste ce n'è una che in realtà aveva già iniziato ed è il Piemonte. Sulla base di uno scambio di messaggi con gli uffici dello stesso ministero, l'assessorato alla Salute aveva iniziato a organizzare la somministrazione delle quarte dosi (e alcune sarebbero pure state fatte) ma poi è arrivato lo stop da Roma con l'avvertenza che la comunicazione era stata solo uno scambio informale tra tecnici e che per l'avvio della campagna sarebbe stato necessario appunto il via libera dell'Aifa. Il Piemonte ha così dovuto fare dietrofront considerato anche che nessun'altra Regione aveva seguito l'esempio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il bollettino

# 59.749

### I nuovi casi

I contagi di ieri con 555.080 tamponi e tasso di positività al 10,8%. I decessi sono stati 278. Calano i ricoveri: -46 gli ingressi nelle intensive, -475 quelli nei reparti Covid



## L'Analisi

# Camici bianchi senza vaccino: soltanto il 4,7%

■ Scendono sotto quota 21.879, i medici e gli odontoiatri che risultano ancora non vaccinati sulla piattaforma per il Green pass. Ad accertarlo la Federazione degli Ordini dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che verifica settimanalmente la piattaforma per notificare agli Ordini i no-

minativi dei medici che sembrerebbero non ancora in regola con l'obbligo. «In realtà sono molti meno tra chi lavora all'estero, è esente per patologie o posticipa per gravidanza», chiarisce il presidente Filippo Anelli. I 21.879 rappresentano il 4,7% dei 467.777

iscritti agli Albi, ma almeno 5mila lavorano all'estero.



## Novavax, consegne in ritardo «Le dosi del nuovo vaccino arriveranno solo a fine mese»

### IL FOCUS

ROMA Chi non si è ancora protetto dal Covid perché spera che arrivi prima o poi il vaccino proteico Novavax dovrà mettere in conto almeno altre tre settimane di attesa. La consegna prevista e annunciata come certa per fine gennaio per il quinto vaccino autorizzato in Europa slitta infatti a fine febbraio. Ma solo per ragioni burocratiche. «Questi vaccini proteici hanno avuto un po' di ritardo, non solo in Italia - spiega il direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute Giovanni Rezza - Ricordiamo che gli acquisti sono stati fatti tramite la Commissione europea. Entro fine mese le dosi di Novavax arriveranno anche da noi. Bisogna attendere i tempi previsti per la distribuzione in tutta Europa».

### LA PLATEA

Gli indecisi, quindi, soprattutto se over 50 per i quali il vaccino è obbligatorio (e sono circa 1,5 milioni i non ancora vaccinati), dovranno programmare la somministrazione per marzo. Per tutti gli altri, invece, si continueranno a utilizzare i vaccini a mRNA.

I ritardi del nuovo farmaco anti-Covid, assicurano dal ministero, non stanno comunque creando rallentamenti nella gestione della campagna vaccinale, visto che non c'è alcuna carenza di dosi per la profilas-

si. Novavax servirà per le prime dosi ed è destinato a chi ha più di 18 anni. «È tutto da valutare - rimarca Rezza - se sarà usato anche come booster».

Nel primo lotto, dovrebbero arrivare oltre 3 milioni di dosi. Ma gli esperti non sono affatto preoccupati per il rallentamento nella consegna. «Si tratta solo di un ritardo tecnico, non è relativo a revisione né a problemi di efficacia e sicurezza - spiega Filippo Drago, ordinario di farmacologia dell'Università di Catania e componente della task force sul Covid della società italiana di Farmacologia - È una questione di tipo amministrativo».

E non sarebbe la prima volta quando si tratta di fornire grandi quantitativi di prodotti. «In genere, i ritardi sono dovuti anche al fatto che le grandi aziende farmaceutiche gestiscono la politica di erogazione dei farmaci per area geografica. Qualche volta capita che alcune regioni chiedano più del quantitativo previsto. Quindi, può essere necessaria una ridistribuzione dei lotti».

### IL VACCINO

Se Novavax potrà convincere qualche ritardatario in più a proteggersi, è presto per dirlo. «È un vaccino diverso dagli altri - spiega Drago - non è a rna messaggero, non introduce cioè acido nucleico. È ovvio che i pregiudizi verso i vaccini finora usati non hanno alcuna base scientifica. Non è affatto vero che i farmaci anticovid a rna siano in grado di modificare il nostro codice genetico. So-

no tutte fandonie. In ogni caso, Novavax è un vaccino più vicino alla metodica tradizionale e forse potrebbe essere più convincente farselo iniettare. Anche se credo che questo aspetto inciderà poco sulla gran parte dei cosiddetti no vax ideologici».

Le Regioni intanto si organizzano per la somministrazione. Ma c'è chi guarda anche al di là dei nostri confini. «Novavax potrebbe essere importante a livello globale nei paesi in via di sviluppo - rimarca Roberto Luzzati, professore di Malattie infettive dell'Università di Trieste - Questo vaccino non richiederà particolari precauzioni per gestire la conservazione. Non è necessario infatti disporre di una logistica che fornisca bassissime temperature».

Sulla capacità di Novavax di proteggere dai rischi gravi del Covid le aspettative sono alte. Secondo gli studi clinici condotti finora, una doppia dose di Novavax fornisce una protezione del 90%. «L'efficacia di questo vaccino è molto simile a quella dei prodotti anti-Covid a rna - spiega Luzzati - Ricordiamo che ancora non abbiamo dati prospettici, ed è quindi difficile fare un confronto con altri vaccini, ma è sicuramente un passo avanti per la profilassi mondiale».

**Graziella Melina**

**SLITTA LA SPEDIZIONE  
DEL PRIMO LOTTO DA  
OLTRE 3 MILIONI DI FIALE  
DEL FARMACO PROTEICO:  
SERVIRÀ PER LE PRIME  
INIEZIONI AGLI OVER 18**



Un lotto consegnato negli Usa



*Il caso*

# Le fabbriche mai nate del farmaco italiano

## “Lasciati senza fondi”

**di Elena Dusi**

La Spagna ha stretto un accordo decennale con Moderna: la Rovi di Madrid continuerà a produrre il vaccino contro il Covid, e gli altri vaccini a Rna del futuro. Il Sudafrica ha creato la sua prima fiala. Si è ispirato a Moderna, che ha rinunciato al brevetto, ma lo definisce «il vaccino africano». La presentazione avverrà venerdì a Città del Capo, sede del laboratorio di Afrigen, con il presidente francese Macron. Anche Pfizer rinuncerà al brevetto e invierà in Africa container attrezzati per produrre il suo vaccino. Germania e Gran Bretagna hanno messo a punto i due vaccini più usati al mondo (a eccezione di quelli cinesi): AstraZeneca e Pfizer-BioNTech. In Europa occidentale infine non c'è nazione che non abbia fabbriche impegnate nella produzione delle preziose fiale.

Unica eccezione è l'Italia, che si occupa dell'infialamento di Pfizer alla Catalent di Anagni e alla Thermo Fisher di Monza. L'Rna, che nel 2021 ha incassato 46 miliardi di dollari e che, si stima, arriverà a 100 miliardi nel 2026, da noi non è pervenuto. Anzi Pfizer, che dalle sue dosi nel 2021 ha ricavato 37 miliardi, si prepara a licenziare 130 dipendenti a Catania. Quello stabilimento non c'entra con il Covid, produce penicillina, ma la sua crisi fa capire che l'industria farmaceutica italiana, a differenza degli altri Paesi, difficilmente uscirà migliorata dalla pandemia.

Le promesse della politica erano state diverse. A marzo 2021 il ministero per lo Sviluppo economico (Mi-

se) annunciava vaccini prodotti in Italia in autunno. A settembre il ministro della Salute Roberto Speranza rilanciava: «Lavoriamo per un'Italia autonoma entro l'anno». Il 2021 è finito, ogni tanto viene ventilata l'ipotesi di portare Moderna anche da noi, ma di concreto ancora nulla.

Anche le promesse della ricerca sono finite su un binario morto, e non per colpa loro. ReiThera, l'azienda del “vaccino italiano” non ha i fondi (che pure Invitalia un anno fa gli aveva promesso) per l'ultima fase dei test. Ora si trova seriamente esposta, dopo essere passata da 90 a 120 dipendenti e aver acquistato un bioreattore da un milione, adatto anche per i vaccini a Rna. Toscana Life Sciences Sviluppo, che sotto la guida di Rino Rappuoli ha messo a punto gli anticorpi monoclonali contro il Covid, il 27 gennaio ha annunciato la fine dei test. Aveva trovato 335 volontari su 400, ma Omicron ha inficiato l'efficacia del suo farmaco.

L'industria farmaceutica italiana insomma si prepara a uscire (speriamo) dalla pandemia con un pugno di mosche. La tesi non trova d'accordo Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria: «Nessun Paese riesce da solo a fare un vaccino a Rna, un prodotto molto complesso. L'Italia partecipa a infialamento e validazione, che non sono trascurabili. Esistono poi aziende come la Biomedica Foscoma che hanno investito per produrre siringhe già riempite con il vaccino e pronte per l'uso».

Il Mise poi ha messo sul tavolo Enea Tech e Biomedical, vigilata munita di 500 milioni per sostenere tra l'altro i nuovi vaccini. Nata a maggio 2021, ha ottenuto il suo statuto definitivo e il suo presidente (l'ex ministro dell'Economia Giovanni Tria) il

6 gennaio di quest'anno. «Siamo ancora in fase di riorganizzazione» si limitano a dire i suoi rappresentanti. Nessuna indicazione sui progetti futuri.

Cosa è andato storto? Lo spiega Luigi Aurisicchio, fondatore e direttore di Takis, la biotech che ha messo a punto un secondo vaccino italiano a Dna, anche lui ora arenato. «Abbiamo concluso la sperimentazione di fase uno, ma semplicemente non abbiamo i fondi per la fase due». Gli Stati Uniti hanno finanziato Moderna con oltre un miliardo, la Germania ha dato a BioNTech 300 milioni. L'Italia ha speso quasi due miliardi per il cashback, ma non è riuscita a sostenere le sue biotech. «Spesso dal pubblico ci arrivano proposte di cofinanziamento» spiega Aurisicchio. «Ma su progetti da 50-60 milioni, noi piccole aziende non possiamo permetterci neanche quello».

Ciò che abbiamo perso non riguarda solo la pandemia, ma soprattutto il futuro. L'Rna, secondo la rivista *Nature*, dominerà il mercato dei vaccini «nei prossimi 15 anni grazie ai suoi vantaggi e alle alte probabilità di successo». Già sono allo studio nuovi vaccini contro l'influenza, perfino il cancro e l'Aids. «Nelle riunioni dell'Oms – spiega Aurisicchio – si dà molta enfasi alla messa a punto, un giorno, di un vaccino contro tutti i coronavirus, oppure sotto forma di spray nasale». L'Italia però, se queste sono le premesse, non è detto che quel giorno sarà sulla mappa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**LOTTA AL COVID**

Emergency: «Solo l'8% è stato consegnato agli Stati più poveri. Privilegiate le nazioni ricche»

# Buttati 55 milioni di vaccini scaduti

*I Paesi europei se ne dovranno disfare entro la fine di febbraio  
Le Ong: non li hanno dati ai paesi africani perché non potevano pagarli*

**LUIGI FRASCA**

••• Entro fine mese l'Unione europea dovrà buttare 55 milioni di dosi di vaccini anti-Covid in scadenza, quantità di gran lunga superiore ai 30 milioni di dosi donate all'Africa dall'inizio dell'anno. A denunciare una

situazione paradossale sono Oxfam ed Emergency, che alla vigilia del summit Ue-Unione africana a Bruxelles lanciano un accorato appello ad una maggiore generosità dell'Europa verso il continente africano e ad un accordo sulla sospensione dei brevetti dei vaccini per consentire una produzione locale. Le due Ong chiamano in causa anche il governo italiano, chiedendogli di assumere finalmente una posizione chiara sui brevetti.

L'Ue è il maggior esportatore di vaccini al mondo, ma finora solo l'8% delle dosi esportate è andato all'Africa, dove l'11% della popolazione ha ricevuto le prime due dosi mentre, secondo stime concordanti, sul conti-

nente almeno 250 mila persone sono morte a causa del virus dall'inizio dell'anno, quasi 7 mila al giorno. Per giunta BioNTech, l'azienda tedesca partner di Pfizer ha venduto solo l'1% del suo export ai Paesi africani. «Nonostante la retorica di una relazione speciale con l'Africa, l'Unione europea ha dato la priorità alla vendita di dosi prodotte in Europa ai Paesi ricchi, in grado di pagare prezzi esorbitanti, facendo prevalere unicamente la logica del profitto delle case farmaceutiche» hanno dichiarato Sara Albani, policy advisor per la salute globale di Oxfam Italia e Rossella Miccio, presidente di Emergency.

Nei fatti è l'Unione europea, sotto la spinta della Germania, ad opporsi con maggiore forza alla proposta di sospensione dei diritti di proprietà intellettuale sui vaccini Covid, avanzata da India e Sudafrica all'Organizzazione mondiale del commercio, con il sostegno dell'Unione africana e di oltre 100 Paesi. «Un passo che, se accompagnato dalla con-

divisione di tecnologie e know how, consentirebbe la libera produzione di vaccini, test e cure, bloccando lo sviluppo di nuove varianti del virus» hanno sottolineato Albani e Miccio. Il Summit Ue-Ua di oggi e domani a Bruxelles rischia però di concludersi con un nulla di fatto per gli impegni presi a

voce ma finora mai attuati - a cominciare dal presidente francese Emmanuel Macron, che assume il semestre di presidenza del Consiglio europeo - e la spaccatura sempre più marcata tra leader europei e africani. Di fronte al rischio di un nuovo fallimento in merito alla sospensione dei brevetti sui vaccini a livello europeo, Oxfam ed Emergency chiamano in causa il governo italiano, fin qui assente dal dibattito, schiacciandosi sulle posizioni della Commissione europea e della Germania, nonostante le ripetute richieste del Parlamento all'esecutivo di farsi il promotore di tale sospensione all'interno delle istituzioni Ue. Le Ong lanciano anche un duro



«J'accuse» alla Presidente della Commissione Ue, Ursula Von der Leyen, per le sue «vane promesse di rendere il vaccino un bene pubblico globale» e la «responsabilità dell'attuale enorme carenza in tutto il continente africano».

Numeri alla mano, l'accaparramento di vaccini nell'Ue ha portato il numero di citta-

dini europei con booster superiore di un terzo rispetto a quello delle persone che in Africa hanno ricevuto due dosi.

*Liberalizzazione dei farmaci  
Emergency: «L'Unione europea è tra coloro che si oppongono con maggior forza alla sospensione dei diritti dell'industria»*

## *I numeri*

*I cittadini Ue con booster superano di un terzo le persone che in Africa hanno ricevuto due dosi*

## **Vaccini**

In Africa, secondo le stime, almeno 250 mila persone sono morte per il Covid  
(Foto LaPresse)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## L'ACCUSA DELLE ONG E DELL'UNIONE AFRICANA

# «L'Europa butta le dosi, per noi pochi vaccini»

**MATTEO FRASCHINI KOFFI**  
Lomé (Togo)

L'Unione Europea sta promuovendo un doppio gioco pericoloso per la salute del continente africano. È questa l'accusa principale che si evince dalle dichiarazioni di vari funzionari governativi dell'Unione africana (Ua) e di molte organizzazioni umanitarie che si trovano a Bruxelles oggi e domani per il vertice Ue-Ua. La tensione tra i due continenti ha cominciato a montare dall'inizio delle campagne vaccinali. «Entro fine febbraio i Paesi dell'Ue dovranno smaltire ben 55 milioni di dosi di vaccini contro il Covid-19 – spiega un comunicato congiunto di Oxfam-Italia e Emergency –. All'Africa sono invece arrivate solo 30 milioni di dosi che hanno contribuito a vaccinare circa l'11 per cento della popolazione».

Da gennaio in Africa sono morte almeno 250 mila persone a causa del Covid-19. Tra gli appelli lanciati dall'Ua e dalle organizzazioni umanitarie che lavo-

rano a contatto con le autorità africane c'è la necessità di sospendere temporaneamente i brevetti per i vaccini, una politica che potrebbe aiutare il continente nero a produrre le proprie dosi contro il coronavirus e a evitare la formazione di nuove varianti. «L'Ue ha dato la priorità alla vendita delle loro dosi ai Paesi ricchi facendo prevalere la logica del profitto delle case farmaceutiche – hanno commentato le organizzazioni membri della *People's vaccine alliance* –. Bisogna trovare un accordo per promuovere la produzione di vaccini in Africa».

L'Ue è il maggior esportatore di vaccini al mondo sebbene solo l'8% delle dosi prodotte in Europa siano state spedite in Africa. È il caso della casa farmaceutica tedesca, BioNTech, e dei suoi nuovi stabilimenti che venderanno vaccini esclusivamente ai Paesi africani evitando però che siano prodotti da laboratori africani. «L'iniziativa di BioNTech "Vaccine equity for Africa" è pioniera nella lotta globale contro la pandemia – ha detto la presidente della Commissione Ue, Ursula von der Leyen –. Apriremo due fabbriche in Ruanda e Senegal mentre è in corso una collaborazione con il Biovac institute del Sud Africa e i partner in Ghana».

I vaccini contro il coronavirus dovrebbero costare meno ma avranno comunque un notevole impatto sulla vita sociale degli africani meno abbienti.

L'attuale presidente dell'Ue, Emmanuel Macron, sembrava favorevole alla sospensione dei brevetti, ma gran parte dei leader europei, su cui le ditte farmaceutiche esercitano la loro pressione, sembrano determinati a «proteggere la proprietà intellettuale» a scapito dei Paesi in via di sviluppo. L'Ue aveva finanziato con 3 miliardi di euro l'iniziativa Covax legata alla fondazione Bill e Melinda Gates e all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). I governi africani hanno comunque criticato il comportamento mostrato dalle politiche della Covax che spesso spedivano dei vaccini troppo vicini alla data di scadenza e non si preoccupavano di fornire il materiale utile a conservarli nelle giuste condizioni.

«Dobbiamo trovare un compromesso tra gli interessi dell'Ue e quelli dell'Africa – ha dichiarato ieri la nigeriana Ngozi Okonjo-Iweala, direttrice dell'Organizzazione mondiale del commercio (Omc) –. Si potrebbe quindi pensare a togliere i brevetti nelle prossime settimane». I ministri dell'Ue hanno invece replicato che tale dibattito continuerà almeno fino a giugno.



## Protezione vaccini anti-Covid dura a lungo, studio italiano

La protezione conferita dai vaccini anti Covid dura a lungo, secondo uno studio condotto a Torino su 10mila volontari dipendenti dell'azienda ospedaliero-universitaria Città della Salute e della Scienza (Css) e dell'università cittadina (UniTo). Dalla ricerca emerge che la positività al test sierologico che misura i livelli di anticorpi IgG contro Sars-CoV-2 è presente nella quasi totalità dei vaccinati (99,8%), e che la persistenza di una risposta cellulare complessiva è superiore al 70% a 8 mesi di distanza dalla vaccinazione.

L'indagine è stata progettata da Css a partire dall'aprile 2020, è stata successivamente estesa al personale UniTo e si è svolta in due fasi. La prima, i cui dati sono stati pubblicati su 'Viruses', è stata portata avanti fra maggio e agosto 2020 con l'obiettivo di stimare la proporzione di soggetti entrati in contatto con il coronavirus pandemico durante la prima ondata. Tra i dipendenti Css la prevalenza di positivi al test è risultata pari al 7,6%; tra quelli di UniTo del 3,3%, valore simile a quello stimato nella popolazione generale del Piemonte dall'indagine condotta dall'Istat a maggio 2020.

Le percentuali emerse - spiega una nota - hanno documentato che "i dipendenti del comparto sanità hanno avuto, almeno durante i primi mesi della pandemia, un rischio aumentato di contrarre l'infezione rispetto al resto della popolazione", e hanno confermato "l'importanza della precoce adozione di idonee misure preventive (incluso l'uso standardizzato di adeguati dispositivi di protezione individuale) per il contenimento della diffusione dell'infezione, spesso asintomatica, tra gli operatori sanitari".



La seconda fase dello studio, condotta a maggio 2021, aveva come obiettivo principale la valutazione della risposta immunitaria alla vaccinazione anti-Covid, misurata su tutta la coorte attraverso la positività al test sierologico e, su un sottocampione di 419 persone selezionate casualmente, anche attraverso indagini di immunità cellulare.

Il primo elemento osservato è stato che "la positività al test sierologico (ovvero la presenza di livelli di anticorpi circolanti superiori a 33,8 Bau/ml) era presente nella quasi totalità dei soggetti vaccinati (99,8%)", riporta la nota. Sul sottocampione di 419 persone selezionate random fra i partecipanti alla seconda fase sono stati quindi condotti due approfondimenti. Il primo era "mirato a valutare la risposta immunitaria cellulare Sars-CoV-2 specifica, rilevata nel periodo luglio-ottobre 2021. E' noto - ricordano infatti gli esperti - che la risposta immunitaria a un agente infettivo virale, oltre che attraverso la produzione di specifici anticorpi circolanti, avvenga attraverso l'attivazione di particolari cellule (linfociti T), e alcuni dati preliminari sembrano suggerire che la risposta immunitaria cellulare contro Sars-CoV-2 sia di lunga durata: i primi risultati osservati nello studio indicano la persistenza di una risposta cellulare complessiva superiore al 70% a 8 mesi di distanza dalla vaccinazione".

Il secondo approfondimento era invece "finalizzato a valutare se la diversa risposta individuale al vaccino potesse essere messa anche in relazione alla variabilità genetica individuale. Ogni individuo presenta infatti una variabilità in circa l'1% delle lettere del Dna, che lo fanno unico e differente dagli altri. Questa variabilità genetica spiega anche come la nostra risposta immunitaria abbia un'efficacia diversa. Fra tutte le caratteristiche genetiche scritte nel genoma (circa 23mila), i ricercatori si sono concentrati su un gruppo di geni, Hla (Human Leucocyte Antigens), che consentono di costruire alcune



molecole espresse sulle nostre cellule, comprese quelle del nostro sistema immunitario. Queste ultime hanno il compito di proteggerci dagli intrusi, attivando la risposta degli anticorpi contro i bersagli estranei (ad esempio virus, batteri e vaccini). Quale sia il bersaglio lo definiscono proprio le molecole Hla, e quindi la variabilità di queste molecole ci aiuta a capire la diversità che osserviamo nella popolazione in relazione alla quota di anticorpi prodotti contro il virus a seguito della vaccinazione".

Ebbene, "l'approfondimento ha mostrato come alcune varianti siano più frequenti in coloro che hanno dimostrato una più bassa produzione di anticorpi, rispetto a coloro in grado di sviluppare una risposta anticorpale più consistente".



## Inseguire Omicron

**I vaccini ad hoc per le singole varianti non sono vantaggiosi, meglio l'ampia copertura**

Come sappiamo, le aziende farmaceutiche stanno cercando di ottenere vaccini a Rna disegnati contro la proteina Spike della va-

CATTIVI SCIENZIATI

riante Omicron. Ovviamente, questi prodotti nei paesi già vaccinati dovranno eventualmente servire per dosi di richiamo, vista la copertura attuale. E' quindi interessante andare a esaminare quali siano i primi risultati ottenuti, seppure da studi su modelli animali. Sebbene si tratti di studi in preprint su piccoli gruppi di animali, abbiamo infatti ormai 4 studi con risultati concordi in specie diverse di mammiferi.

Il risultato, in breve, è il seguente: una singola dose di richiamo di vaccino specificamente indirizzato contro Omicron non produce risultati migliori di una dose di richiamo con i vaccini sin qui utilizzati, come sinteticamente riportato da Nature. Un primo studio ha esaminato la risposta immunitaria di otto macachi vaccinati con tre dosi, le prime due del vaccino Moderna attualmente in uso e una terza che corrispondeva o allo stesso vaccino o al vaccino ottimizzato contro Omicron. Dopo la terza dose, in entrambi i casi si è ottenuta una forte risposta neutralizzante contro tutte le varianti, almeno nel breve periodo, inclusa Omicron; in particolare, è risultato che certe specifiche popolazioni di linfociti B di memoria erano selettivamente espanse indipendentemente dal tipo di terza dose, e che queste popolazioni erano quelle particolarmente in grado di produrre anticorpi cross-reattivi contro tutte le varianti di Sars-CoV-2. Inoltre, esponendo gli animali trattati al virus Omicron, indipen-

dentemente dal tipo di richiamo usato, si osservava la completa interruzione della replicazione virale entro due giorni. Sia in questo esperimento sia in quello che analizza le risposte dei linfociti B di memoria, il vaccino specifico per Omicron non ha mostrato vantaggi significativi rispetto all'originale. Anche nei topi si sono osservati risultati analoghi: dopo due dosi di vaccino a Rna attuale, una terza dose con lo stesso o con una versione ottimizzata per Omicron non differivano in maniera significativa per quel che riguarda i risultati ottenibili. Se invece si fosse usato fin dal principio il vaccino Omicron, i topi riuscivano a neutralizzare più potentemente Omicron, ma poco le altre varianti; e questo è confermato da un ulteriore e separato studio condotto sempre sui topi.

Un quarto studio ha studiato un vaccino "a Rna replicante". In contrasto con i vaccini mRNA ampiamente utilizzati, questo codifica sia un frammento del virus che un enzima per amplificare l'espressione di quel frammento. Gli scienziati hanno somministrato ai topi tre dosi del vaccino a Rna replicante: due dosi basate sul ceppo ancestrale Sars-CoV-2 seguite da un singolo booster specifico di Omicron. In questo caso, non si è osservata una buona risposta contro Omicron, contrariamente al caso in cui si è somministrata una dose di vaccino originario e due di vaccino Omicron.

Nell'insieme, questi quattro studi con vaccini diversi e su animali diversi sembrano indicare una cosa precisa: una singola dose di richiamo dei nuovi vaccini Omicron, almeno in preclinica, non conferisce nessun particolare vantaggio ri-

spetto a ciò di cui disponiamo.

La terza dose, cioè, agisce amplificando e facendo probabilmente maturare popolazioni di cellule di memoria non particolarmente specifiche per Omicron, ma a spettro più ampio; essa non basta a redirigere più specificamente la risposta immune contro la variante che ha dominato l'ultima ondata.

Per fortuna, la protezione clinica offerta da una terza dose di vaccino, come sappiamo, è ottima.

Naturalmente, studi su animali e di livello così preliminare debbono essere presi ancora con cautela, ma i risultati discussi spingono ancora una volta a concludere, come già specificato su queste pagine, che è sempre più urgente puntare sui vaccini pan-coronavirus, invece di inseguire singole varianti, se si intendono ottenere risultati migliori in termini di prevenzione delle infezioni attuali e in vista di eventuali perdite di protezione anche clinica a causa di ulteriori varianti immunoevasive.

**Enrico Bucci**



*Investimenti per 30 miliardi*

## Draghi: "Più ricerca col Pnrr E facciamola con le donne"

Draghi contro il *gender gap*. Ai Laboratori del Gran Sasso ha detto che «serve puntare su chi è stato spesso ai margini della ricerca: le donne», annunciando 30 miliardi di investimenti per l'insegnamento e la ricerca, per superare gli stereotipi di genere e portare al 35% la percentuale di iscritte alle facoltà scientifiche.

di **Luca Fraioli** ● a pagina 7 con un commento di **Chiara Valerio** ● a 22

**LAVISITA AI LABORATORI DEL GRAN SASSO**

# Draghi: "Un miliardo per avvicinare le donne e la scienza"

di **Luca Fraioli**

**ASSERGI** – Foto di gruppo con le scienziate. Lo scatto che ritrae Mario Draghi circondato da decine di ricercatrici in una delle tre sale sperimentali scavate sotto la montagna è l'immagine simbolo della visita privata del premier ai Laboratori nazionali del Gran Sasso. Non a caso l'idea di entrare nelle gallerie dove si studiano i neutrini e la materia oscura è maturata a Palazzo Chigi venerdì, quando in tutto il mondo si celebrava la Giornata mondiale delle donne e delle ragazze nella scienza. E in effetti il primo ministro, accompagnato dal Nobel per la fisica 2021 Giorgio Parisi e dal presidente dell'Istituto nazionale di fisica nucleare Antonio Zoccoli, ha trovato ad attendere tante giovani ricercatrici che vigilano sugli apparati sperimentali collocati sotto 1.400 metri di roccia.

«Era molto interessato al nostro lavoro», racconta Miriam Olmi, che si occupa dell'esperimento Cresst, il cui obiettivo è intercettare eventuali particelle di materia oscura. «L'han-

no incuriosito soprattutto i lingotti di piombo di età romana che usiamo per schermare un altro esperimento, Cuore. Furono recuperati da una nave affondata oltre duemila anni fa al largo della Sardegna: essendo molto antichi risultano purissimi, senza radioattività naturale perché tutti gli isotopi radioattivi sono nel frattempo decaduti».

Il premier ha voluto lanciare un segnale chiaro: il riconoscimento del ruolo delle donne nella crescita della conoscenza. «Ho percepito entusiasmo anche da parte nostra, della componente femminile dei Laboratori», confessa Cecilia Ferrari, che sta conseguendo il dottorato presso il Gran Sasso Science Institute, la scuola superiore universitaria che ha sede a L'Aquila. «L'incontro con noi fisiche e la foto di gruppo è stato davvero il centro della visita».

Ma il *gender gap* in ambito scienti-

fico è ancora una realtà ed è stato tra i temi toccati dal premier nel suo discorso pubblico, una volta raggiunti gli edifici esterni che ospitano le aule e le infrastrutture dei Laboratori. «Occorre puntare su chi è stato spesso ai margini della ricerca: le donne», ha detto Draghi, annunciando che il governo investirà oltre un miliardo per potenziare l'insegnamento delle Stem, anche per superare gli stereotipi di genere e portare al 35% la percentuale di ragazze tra gli iscritti alle facoltà scientifiche.

Poco prima Lucia Votano, che ha diretto i Laboratori tra il 2009 e il 2012, aveva raccontato la sua esperienza di donna del Sud, nata alla fi-



ne degli anni Quaranta e che tra molte difficoltà ha raggiunto posizioni apicali nelle istituzioni scientifiche. «Ho avuto la fortuna di crescere in una famiglia senza stereotipi di genere, di aver incontrato un'insegnante che mi fece scoprire la bellezza della fisica, e di riuscire a conciliare la vita di ricercatrice con quella familiare. Ma ancora oggi l'Italia non è Paese accogliente per i ricercatori e ancor meno per le ricercatrici». Lo conferma Ambra Mariani, postdoc all'Università di Princeton e ora al Gran Sasso per seguire l'esperimento Sabre, anch'esso a caccia di materia oscura. «Sono tornata in Italia e mi piacerebbe restare, ma qui devo sperare in soluzioni temporanee come gli assegni di ricerca, mentre all'estero chi ha un dottorato trova lavoro facilmente».

A sottolineare i ritardi italiani è stato soprattutto Giorgio Parisi. Con

la schiettezza che lo contraddistingue, il Nobel ha rivolto un appello a

Draghi perché l'occasione del Pnrr non vada sprecata. «Quando ci sono grandi risorse a disposizione ci vuole un confronto ampio per scegliere i progetti migliori. Confido che i bandi del Pnrr siano scritti con grande attenzione per evitare che si sia costretti a scelte obbligate», ha detto il fisico romano. «E cosa succederà dopo il Pnrr? Si riuscirà a garantire continuità nei finanziamenti alla ricerca anche quando i soldi europei saranno finiti e anzi andranno

restituiti?». Draghi ha risposto confermando che «la ricerca dev'essere al centro dello sviluppo», nonostante le pulsioni antiscientifiche di questi anni che tendono a delegittimare gli scienziati. E ha rivendicato le azioni del governo: «Con il Pnrr investiamo oltre 30 miliardi in istruzione e ricerca. Inoltre raddoppieremo gli importi e il numero di borse per i dottorati e ricerca, che arriveranno a circa ventimila». © RIPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

### 35%

#### La presenza femminile

Un miliardo per potenziare l'insegnamento Stem e far sì che le donne arrivino al 35%

### 30 mld

#### Le risorse del Pnrr

L'investimento complessivo in istruzione e ricerca sarà di oltre 30 miliardi di euro

### 20mila

#### Le borse di dottorato

Raddoppiano gli importi e il numero di borse di dottorato: diventeranno circa 20mila

## La foto di gruppo

Il presidente del Consiglio Mario Draghi con alcune ricercatrici durante la visita ai Laboratori nazionali del Gran Sasso. Ad accompagnarlo nella visita il premio Nobel Giorgio Parisi (a sinistra nella foto) e Antonio Zoccoli, presidente dell'Istituto nazionale di fisica nucleare





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**PATOLOGIE METABOLICHE** L'appello di 25 associazioni al governo perché aggiorni l'elenco dei test da eseguire. Per intervenire in tempo

## Negli screening neonatali vanno inserite altre malattie (curabili)

Nel 2020 sono stati salvati così 426 bambini, uno ogni 1.250 nati  
«Vanno anche vincolati i fondi destinati alle Regioni»

FULVIO FULVI

**B**asta un esame del sangue per individuare, a poche ore dalla nascita, patologie metaboliche congenite che possono causare gravissime disabilità e persino la morte. Intercettarle subito consente quindi di eseguire i trattamenti medico-sanitari necessari a mettere in sicurezza il neonato ed evitargli conseguenze irreparabili. Nel 2020 sono stati salvati così 426 bambini, uno ogni 1.250 nati: piccole persone, e famiglie, alle quali è stata data l'occasione di crescere e vivere un'esistenza normale.

Ma sono numeri che potrebbero e dovrebbero aumentare, perché oltre alle 40 patologie ereditarie inserite nell'elenco ufficiale dello Screening Neonatale Esteso (Sne), reso obbligatorio dalla legge 167 del 2016, la ricerca scientifica nel frattempo ne ha scoperte altre, ugualmente pericolose per la salute dei piccoli. La normativa prevedeva l'aggiornamento del "pannello" dopo tre anni dalla sua approvazione (poi ridotti a due da un emendamento) ma finora nulla è sta-

to fatto. E per questo 25 associazioni di pazienti affetti da malattie rare hanno inviato al presidente del Consiglio Mario Draghi, al ministro della Salute Roberto Speranza e ai sottosegretari Pierpaolo Sileri e Andrea Costa, una lettera per sollecitarli a prendere i provvedimenti necessari ad allargare il *plafond*, valido per tutte le Regioni (alcune delle quali però hanno provveduto autonomamente all'aggiornamento). «Basta riunioni, interlocuzioni, audizioni: i neonati italiani non possono più aspettare» è scritto nell'appello. Con una firma del ministro in un decreto potrebbero essere inserite nell'elenco anche le malattie lisosomiali (malattie di Pompe, Gaucher, Fabry, MPS I), malattie muscolari come SMA (Leucodistrofia Metacromatica, Adrenoleucodistrofia) e Immunodeficienze (AD SCID, PNP e altre).

«In un Paese civile non si può pensare che la sorte di un bambino sia legata alla Regione in cui nasce – si legge nella lettera –, la scienza sta andando avanti, è triste non poterla applicare a causa di un decreto che viene costantemente rimandato: se

molti bambini possono arrivare a vivere una vita normale grazie alla scienza, non possiamo condannarli a morire per burocrazia». Un altro passaggio dell'appello riguarda le risorse destinate allo SNE che spesso sono inserite all'interno del finanziamento dei LEA e attribuite alle diverse Regioni senza un vincolo specifico, «occorre dunque destinare i fondi già esistenti – si afferma nella lettera – ai centri SNE, attraverso l'istituzione di meccanismi di finanziamento vincolati». Le 25 Associazioni hanno anche portato all'attenzione delle istituzioni la situazione dei Centri di cura che devono garantire il percorso di presa in carico dei neonati eventualmente positivi allo *screening*. «Purtroppo molti centri di malattie rare sono in situazioni croniche di carenza di personale, aggravate dall'emergenza Covid» commenta Manuela Vaccarotto, vicepresidente dell'Associazione Italiana Sostegno Malattie Metaboliche Ereditarie, promotrice dell'iniziativa.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# L'avamposto che difende le arterie

Claudia Monaco sta mettendo a punto all'Università di Oxford un farmaco contro l'aterosclerosi che attiva le nostre difese innate

ENRICO NEGROTTI

**U**n fattore che protegge le arterie dall'aterosclerosi, e quindi che riduce il rischio di infarto, è stato individuato da un gruppo di ricerca guidato dall'italiana Claudia Monaco: lo studio è stato pubblicato il mese scorso su *Nature Communications*. Specializzatasi in Cardiologia presso l'Università Cattolica di Roma con il professor Attilio Maseri, Claudia Monaco è ora docente di Infiammazione cardiovascolare all'Istituto Kennedy dell'Università di Oxford (Regno Unito). «L'aterosclerosi – spiega – è una malattia subdola che restringe i vasi sanguigni, causando ostruzioni al flusso di sangue a organi vitali, come il cuore e il cervello, tramite un accumulo di grasso e trombi dentro il vaso stesso. Sappiamo che alcune forme di aterosclerosi (un processo comune a tutti con l'età) restano gestibili e croniche, mentre altre hanno un decorso problematico che causa infarti e ictus». La scoperta del gruppo di Claudia Monaco apre la strada a nuove strategie terapeutiche che migliorano la risposta immunitaria contro la placca aterosclerotica. Non si tratta di un gene o di una proteina ma di una nuova cellula di cui non si conosceva l'esistenza.

## Come nasce la vostra ricerca?

All'Istituto Kennedy si studiano i processi infiammatori in diversi organi e patologie: gastrointestinali, oculari, reumatologiche, e anche cardiologiche. Qui, negli anni Ottanta, Marc Feldmann e Ravinder Maini misero a punto un anticorpo contro il *tumor necrosis factor alfa*, il primo anticorpo monoclonale usato nell'uomo, tuttora la princi-

pale terapia contro l'artrite reumatoide. Il professor Maseri (1935-2021) aveva avuto l'intuizione che le cellule infiammatorie siano importanti per l'infarto miocardico e l'aterosclerosi. Con lui, durante la mia specializzazione, verificavo infatti che l'infiammazione era elevata nei pazienti ricoverati in unità coronarica per infarto o sindromi pre-infartuali. Maseri diceva: studiamo i fattori di rischio (colesterolo, lipidi, dieta), ma ignoriamo i fattori protettivi. All'Istituto Kennedy con il professor Feldmann, a Londra prima e a Oxford poi, ho potuto giovarmi del clima di collaborazione tra specialisti diversi, tutti dediti a studiare nuovi modi di fermare i processi infiammatori.

## Quali risultati avete ottenuto?

Con un progetto finanziato dall'Unione Europea, abbiamo scoperto che non tutte le cellule del sistema immunitario sono patologiche per le arterie. Alcune invece sono protettive. Questo è stato possibile grazie a nuove tecnologie, di *single cell biology*: abbiamo isolato le singole cellule delle arterie – sia nel modello animale (topo) sia nell'uomo – e abbiamo analizzato i loro geni e proteine una cellula alla volta con una speciale macchina (chiamata CyTOF, che raggiunge le temperature elevatissime della superficie del sole). Negli ultimi due anni, queste tecnologie innovative ci hanno permesso di individuare nella tunica più esterna delle arterie di medio e di grande calibro alcune cellule del sistema immunitario chiamate macrofagi "residenti" che avevano caratteristiche interessanti, perché esprimevano molecole capaci di proteggere l'arteria. L'esperimento su topi ingegnerizzati, in cui cioè riusciamo a eliminare cellule specifiche, ha dimostrato che senza questi macrofagi buoni l'aterosclerosi peggiora sensibilmente. Questi macrofagi sono presenti nelle arterie sin dalla nascita, per

questo li abbiamo chiamati "angeli custodi".  
**E nell'uomo?**

Anche nell'uomo si trovano questi macrofagi protettivi, gli "angeli custodi" delle arterie. Altre cellule immunitarie invece si accumulano quando comincia il processo di aterosclerosi, dall'adolescenza. Infatti questi macrofagi hanno due caratteristiche: non danno vita a un eccesso di infiammazione e hanno molecole che sono in grado di eliminare il colesterolo dalle arterie. Purtroppo questi macrofagi buoni diminuiscono con l'età, quando iniziano a manifestarsi processi di aterosclerosi. Studiando il recettore Clec4a2 che caratterizza i macrofagi buoni, abbiamo scoperto che è una molecola che, una volta attivata, riesce a convertire anche i macrofagi non protettivi in "angeli custodi".

## Quali obiettivi ha ora la vostra ricerca?

Il nostro scopo è proprio di portare alla clinica le scoperte fatte in laboratorio. Quindi cerchiamo di realizzare un farmaco che attivi questa proteina, Clec4a2, per trasformare i macrofagi in "angeli custodi" e impedire che il loro numero declini con l'età. Infatti i farmaci antinfiammatori tradizionali riducono anche la capacità di rispondere alle infezioni. In questo modo, invece, attiveremmo difese innate che sono già dentro le arterie stesse, offrendo una protezione a chi non ne ha. Stiamo ora studiando un farmaco biologico, un anticorpo monoclonale, per realizzare a Oxford una immunoterapia che tenga attiva la proteina Clec4a2.



» di Gloria Sacconi Jotti

Malati  
& Malattie



## Il cellulare che «chiama» il cuore

In rari casi, se lo smartphone viene tenuto a meno di un cm dal cuore, il magnete presente nell'iPhone 12 può attivare l'interruttore magnetico di pacemaker e defibrillatori impiantabili. È quindi molto importante attenersi alle indicazioni fornite dai produttori di dispositivi medici e della Apple stessa, secondo cui deve essere mantenuta una distanza di almeno 15 cm tra un telefono cellulare ed il dispositivo. Lo ha dimostrato uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità. Nel febbraio 2021 alcuni dati indicavano la possibilità che il magnete utilizzato nello smartphone potesse attivare l'interruttore magnetico presente nel defibrillatore, disattivando la terapia prevista in ca-

so di aritmia ventricolare. Questo studio è il primo a valutare in laboratorio l'interferenza magnetica. Inoltre, per la prima volta, i fenomeni di interferenza magnetica sono stati accuratamente correlati ai livelli di campo magnetico misurati attorno all'iPhone 12. I ricercatori hanno valutato i pacemaker e i defibrillatori impiantabili dei principali produttori mondiali, utilizzando un simulatore di battito cardiaco. I risultati hanno mostrato che, in alcuni casi, il magnete presente nell'iPhone 12 può attivare involontariamente l'interruttore magnetico nel campione di pacemaker e defibrillatori impiantabili che è stato valutato. Il fenomeno è stato osservato fino ad una distanza massima di 1 cm. Va comunque sottoli-

neato che l'attivazione della modalità magnetica è stata osservata solo in alcune specifiche posizioni dell'iPhone rispetto al dispositivo e che nella maggior parte delle posizioni il fenomeno non si innesca. Il campo magnetico generato dal magnete interno all'iPhone 12 è risultato essere maggiore del valore a cui i pacemaker e i defibrillatori impiantabili devono essere immuni. «L'attivazione non voluta dell'interruttore magnetico può raramente accadere anche in altre situazioni di vita comune in presenza di magneti - sottolineano gli autori - ma data la grande diffusione dell'iPhone 12 e l'abitudine di mettere lo smartphone nel taschino, l'attivazione involontaria della modalità magnete provocata

da iPhone 12 può essere meno rara». Oltre a seguire le indicazioni sulla distanza, concludono i ricercatori, sarebbe opportuno avvertire il paziente rispetto a questa caratteristica unica dell'iPhone 12 e valutare questo potenziale rischio in futuro per i nuovi modelli.



L'impatto negativo sulle facoltà cognitive

## Quando vista e udito iniziano a vacillare anche la mente soffre

**P**oter godere della visione del mondo attorno a sé e riuscire ad ascoltare quanto si dice è una forma di nutrimento essenziale per la mente. Quando vacillano udito e vista, anche le facoltà psichiche ne risentono. Una conferma in tal senso emerge da due recenti revisioni sistematiche. Una, dedicata ai problemi di udito, è stata pubblicata sul *Journal of Laryngology and Otology*, l'altra, dedicata ai problemi della vista, è stata pubblicata sulla rivista *BMJ Open*.

### Deterioramento

«Il danno all'udito può essere periferico o centrale» spiegano i ricercatori britannici guidati da Kimberley Lau del Department of Otolaryngology dello Sheffield Teaching Hospital, autori della revisione pubblicata sul *Journal of Laryngology and Otology*. «Il sistema periferico comprende le componenti strettamente connesse all'organo dell'udito, come la coclea, mentre quello centrale è basato sui percorsi cerebrali destinati al processamento degli stimoli uditivi provenienti dalla periferia. Il sintomo chiave della perdita di udito di tipo centrale consiste nell'incapacità da parte dell'individuo a comprendere il parlato quando si trova in un ambiente rumoroso, specie se l'udito periferico – abilità di ascolto in ambiente silenzioso – rimane relativa-

mente normale». La ricerca, realizzata con la metodologia della revisione sistematica di studi osservazionali, è giunta alla conclusione che c'è un legame tra la perdita di udito e il danno cognitivo, in particolare con Mild Cognitive Impairment, che può essere una porta di ingresso nella demenza.

### Isolamento sociale

La perdita di udito potrebbe svolgere la sua azione attraverso l'induzione di un certo isolamento sociale e la riduzione di importanti stimoli cognitivi ambientali. «Diversi studi hanno dimostrato che, nei casi in cui la percezione uditiva è difficile, c'è bisogno di impegnare molte più risorse cognitive in questi processi, sottraendo così energie ad altri, come la memoria» dicono ancora gli autori della ricerca. «In una società che vede continuamente crescere il numero di persone anziane, questo fenomeno ha importanti implicazioni per le politiche di salute e dei

servizi sociali, che dovrebbero sviluppare programmi di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento».

### Influenza

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione mondiale della sanità, circa un ultrasessantacinquenne ogni tre soffre di una forma di sordità che influisce negativamente sulle relazioni

interpersonali e più in generale sul livello di salute, interferendo con il benessere, la qualità della vita e le funzioni quotidiane, minando il livello di indipendenza e generando isolamento e depressione. E contribuendo allo sviluppo di Mild cognitive impairment.

Analoghi effetti sulle funzioni cognitive sono stati rilevati dalla revisione sistematica pubblicata sulla rivista *BMJ Open*, dedicata agli effetti cognitivi di malfunzionamenti della visione. Lo studio è stato guidato da Niranjani Nagarajan della Johns Hopkins School of Medicine di Baltimora. «Il nostro studio ha rilevato l'esistenza di una associazione positiva tra danno visivo e danno cognitivo o anche demenza. Questa associazione è evidente in ricerche che hanno utilizzato diverse modalità di misura della visione e delle abilità cognitive, e che sono state realizzate in paesi diversi con gruppi diversi di persone».

D. d.D.

**Anche lo sforzo di comprendere il parlato negli ambienti rumorosi sottrae risorse mnemoniche**

**Diversi studi hanno individuato una relazione tra danno visivo e danno cognitivo**

**I deficit uditivi interferiscono con le relazioni interpersonali e più in generale sul livello di benessere quotidiano**



Le differenze biologiche portano a prediligere il movimento in orari diversi della giornata. Da valutare anche le abitudini extrasportive: l'allenamento in serata significa cenare tardi, con effetti sul metabolismo

# L'ora giusta per fare sport

## Discussioni sulla sera Ma meglio assecondare il proprio bioritmo

di **Cristina Marrone**

**C'**è chi si allena appena sveglia, prima di andare al lavoro, chi si trova meglio in pausa pranzo e chi invece opta per il tardo pomeriggio-sera per lasciare i problemi dell'ufficio alle spalle. Il tempo che dedichiamo alla nostra attività sportiva preferita è spesso incastrato tra impegni di lavoro e familiari. Ma c'è un'ora giusta per fare sport? Per capirlo bisogna affidarsi alla cronobiologia, quella scienza medica che studia i bioritmi nel nostro organismo nelle diverse fasi del giorno e della notte.

### Il ruolo degli ormoni

«Durante la giornata il corpo umano va incontro a una serie di cambiamenti ormonali e metabolici che possono influenzare la risposta all'allenamento» spiega Carlotta Mutti, neurologa del Centro di Medicina del Sonno all'ospedale di Parma. «Mentre al risveglio vediamo un picco del cortisolo, l'ormone dello stress prodotto anche dall'attività fisica, nel tardo pomeriggio sale il testosterone, l'ormone anabolico per eccellenza, che promuove la formazione della massa muscolare. Subito dopo il suo picco inizia ad aumentare la melatonina, quindi si riduce la temperatura corporea e l'organismo comincia a rilassarsi e a prepararsi all'addormentamento».

Se però arriviamo a sera con un'abbondante carica di cortisolo, a cui si sommano l'adrenalina e le endorfine rilasciate per l'eccitazione di una competizione sportiva o di un allenamento intenso, è facile che possa verificarsi un'interferenza con l'azione della melatonina e il nostro corpo rischia di entrare in corto circuito, rendendo l'addormentamento difficile. Per tutti questi motivi gli esperti hanno sempre sconsigliato l'allenamento nel pomeriggio, o

peggio di sera, perché se è vero che l'esercizio fisico è associato a una buona qualità del sonno, è anche vero che la situazione si può capovolgere se l'esercizio è svolto poco prima di andare a dormire perché in tal caso la qualità del sonno rischia di essere compromessa.

### Il timing

Se negli anni passati l'attività fisica al calar del sole veniva molto demonizzata e si suggeriva di praticare sport solo al mattino o al più tardi nel primo pomeriggio, con il tempo vari studi su atleti professionisti e amatoriali hanno evidenziato che le ripercussioni sul sonno non sembrano essere così drammatiche, a patto di lasciare piscina o palestra almeno due ore prima di andare a dormire. Gli studi più recenti documentano infatti che l'eccesso di attività fisica serale non sovverte, come si temeva, le caratteristiche del sonno. Lo stadio del sonno che più ne risente è quello Rem (in cui si sogna di più), che diminuisce mediamente del 3%, una percentuale molto bassa. I restanti parametri (tra i quali latenza all'addormentamento e continuità del sonno) sembrano rimanere immodifica-

ti dall'attività fisica pomeridiano-serale.

Una recente revisione di studi condotta dai ricercatori della Concordia University di Montreal ha confermato che i tempi dell'esercizio



(tardo pomeriggio e sera) e distanza tra l'ora del riposo e termine dell'attività incidono sulla qualità del riposo. Nel complesso l'analisi ha mostrato che quando l'esercizio fisico termina almeno due ore prima di andare a dormire ci sono benefici nella qualità del sonno dei partecipanti, tra cui maggiore facilità nell'addormentarsi e maggiore durata del sonno, in particolare in soggetti sedentari. Al contrario, se l'esercizio fisico termina meno di due ore

prima di andare a dormire il tempo di addormentamento risulta più lungo e la qualità del sonno inferiore.

## Gufi e allodole

Ma attenzione, non siamo tutti uguali e ognuno è predisposto al risveglio e all'addormentamento in orari diversi: la differenza la fa il cronotipo, in base al quale ci dividiamo in «allodole» e «gufi». Mentre le allodole (che tendono a svegliarsi presto e ad andare a letto presto) sono predisposte in modo naturale a svolgere l'allenamento mattutino, i gufi (che all'opposto tirano tardi la sera e preferiscono svegliarsi con calma), biologicamente prediligono l'attività fisica nel tardo pomeriggio o in prima serata. «Per quanto possibile va assecondato il proprio orologio biologico perché lo sport al pari della luce solare e l'alimentazione è un sincronizzatore del nostro organismo» raccomanda Mutti. «Se un'allodola deve svolgere attività fisica la sera rischia un disallineamento del suo ritmo circadiano perdendo così la capacità di mantenere l'orologio biologico che gli si addice. Viceversa il gufo avrà il problema opposto: se gli suggeriamo di svolgere sport al mattino tenderà poi ad anticipare il suo ciclo del sonno, ad andare a letto prima la sera e a svegliarsi presto al mattino, ma non è quello l'equilibrio per il quale è naturalmente predisposto».

Tuttavia proprio lo sport è utilizzato come un crono-regolarizzatore nella medicina del sonno. «A un paziente gufo estremo che ha serie difficoltà a svegliarsi al mattino per andare a lavorare suggeriamo di svolgere attività fisica nelle prime ore della giornata proprio per risintonizzare l'orologio interno. Al contrario, a un'allodola che vuole ritardare il ritmo viene raccomandata l'attività motoria in prima serata. Questi escamotage vengono però utilizzati solo se c'è un problema serio da risolvere, altrimenti è bene assecondare il proprio cronotipo».

## Effetti dell'allenamento serale

Lo sport serale è allora sdoganato? «Gli studi sono ancora pochi ed è presto per sostenere di poter fare sport alla sera con tranquillità asso-

luta. Sono necessarie ricerche più approfondite, su casistiche più numerose e con follow-up prolungati nel tempo per comprendere il reale impatto sul sonno dello sport praticato in questa fascia oraria» avverte Carlotta Mutti. Inoltre le ricerche non tengono conto delle abitudini extra sportive. Svolgendo attività motoria la sera si tenderà a cenare tardi, dopo l'allenamento, ma un dato assolutamente certo in letteratura scientifica è che mangiare tardi comporta un rischio aumentato di adiposità diabete e problemi metabolici. «Quindi è assolutamente raccomandato mangiare prima dell'allenamento e non dopo per non annullare, se non peggiorare, i benefici del movimento fisico» suggerisce la neurologa. Inoltre chi fa sport tardi tende giustamente a iperidratarsi per compensare la sete e lo sforzo, ma questo comportamento fa-

cilmente può causare risvegli notturni per andare in bagno, rendendo così il sonno frammentato. È dimostrato che dormire male, anche per una sola notte, riduce la performance sportiva e la forza negli atleti professionisti. Inoltre dormire abitualmente meno di otto ore per notte aumenta il rischio di traumi muscoloscheletrici legati allo sport. Viceversa, un sonno adeguato e di qualità migliora la reattività dell'atleta e la prontezza di riflessi, oltre che antagonizzare lo stress e l'ansia.

## Orari e obiettivi

Anche il tipo di sport o gli obiettivi che ci si pone possono incidere sull'orario dell'allenamento. L'ora del giorno può essere un fattore meno importante per gli esercizi di resistenza come la corsa su lunghe distanze o il ciclismo mentre per chi mira ad alte prestazioni che presuppongono forza e potenza, l'esercizio pomeridiano sembra il migliore e, in questi casi, la finestra temporale ideale sembra essere tra le 13 e le 18. Per non rischiare di interferire con il ritmo circadiano, la sera sarebbe meglio optare per attività più leggere come yoga, pilates o qualunque sport a bassa intensità. Se invece l'obiettivo principale dell'allenamento è la perdita di peso, allora è consigliabile svolgerlo al mattino, possibilmente a digiuno e per circa 30 minuti, poiché in questo modo il corpo sfrutterà soprattutto le riserve di grasso come fonte di energia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## L'INCHIESTA SU ALZANO E NEMBRO

# La Procura e la mancata «zona rossa» «Nesso eziologico con le morti da Covid»

*I pm di Bergamo stanno vagliando la perizia predisposta da Crisanti: a breve potrebbero partire gli avvisi di garanzia*

### Giuseppe De Lorenzo

■ «Il nesso eziologico c'è». È questa la notizia, secca, che trapela da fonti vicine alla procura di Bergamo che sta indagando sul focolaio di Covid che ha martoriato la Val Seriana. Lo scorso 14 gennaio Andrea Crisanti ha depositato la perizia di 90 pagine e 10mila allegati che ricostruisce le prime fasi della pandemia. I magistrati gli avevano posto cinque quesiti per capire se le decisioni assunte, e le azioni intraprese, avessero favorito o meno il diffondersi del morbo. Sul documento vi è massimo riserbo, nulla o quasi è ancora emerso, tranne quello che oggi appare un dettaglio di fondamentale importanza: ci sarebbe eccome «il nesso eziologico» tra contagio, zona rossa, mancato aggiornamento e mancata applicazione del piano pandemico.

Per mesi Crisanti ha lavorato ad un documento di non facile stesura. «È un unicum in Italia e in Europa», aveva raccontato. In primis il microbiologo doveva valutare le condotte dell'ospedale di Alzano, cercando di stabilire se avessero favorito il contagio tra operatori e pazienti, contribuendo così ad allargare il focolaio in Val Seriana. Poi

doveva stabilire se, «sulla base delle conoscenze disponibili», fosse doveroso istituire o meno la zona rossa e quale impatto avrebbe avuto nel frenare la diffusione del morbo. Infine, aveva il compito di capire se fosse «esigibile l'applicazione del piano pandemico nazionale», con tutti i risvolti politici ed epidemiologici del caso. «Ho ricostruito passo a passo quanto accaduto e come queste vicende si sono intersecate con i piani pandemici esistenti», aveva spiegato Crisanti. Sul contenuto della perizia non sono trapelati dettagli. Il microbiologo si era limitato a riferire di aver rinvenuto generiche «criticità» sia nell'applicazione del piano pandemico sia sulla zona rossa. Era stata l'Ansa a rivelare che nell'elaborato sarebbe contenuta l'ipotesi di un range tra le 2mila e le 4mila vittime che si sarebbero potute evitare serrando tempestivamente i confini della Bergamasca. Ciò che invece ancora non era emerso è se per Crisanti vi fosse correlazione tra quanto fatto (o non fatto) e la strage da coronavirus. La risposta starebbe proprio in quelle quattro parole: «Il nesso eziologico c'è».

Non è chiaro, tuttavia, se e quando la procura spiccherà eventuali avvisi di garanzia. Gli occhi sono puntati sul mini-

stero della Salute: Roberto Speranza e i vertici del dicastero sono già stati sentiti dai pm. Alcune fonti ipotizzano la chiusura delle indagini già a fine aprile, altre a giugno. Solo allora sapremo se il lavoro di Crisanti avrà ripercussioni penali, oppure no. Di sicuro dovrebbe aiutare a ricostruire la storia di quanto successo a Bergamo. E forse potrebbe pesare sul procedimento civile incardinato al Tribunale di Roma in cui i familiari delle vittime della Bergamasca chiedono allo Stato il riconoscimento del danno subito per la morte dei loro cari. «Quanto emerso sarebbe una ulteriore conferma della fondatezza della causa civile - dice al Giornale l'avvocato Consuelo Locati, coordinatrice del team legale - e darebbe finalmente soddisfazioni ai diritti di 600 familiari che hanno avuto il coraggio di portare le istituzioni davanti ad un giudice».



## LOMBARDIA

# Sanità, la legge Moratti è già da rivedere

ANDREA CAPOCCI

■ Non c'è pace per la sanità lombarda. Lo tsunami della pandemia ha portato alla revisione della riforma sanitaria varata dalla giunta Maroni nel 2015 su richiesta del ministero della Salute. E adesso anche la riforma della riforma, disegnata da Letizia Moratti e approvata lo scorso novembre, secondo il governo deve essere cambiata. Riferendo al consiglio, ieri l'ex-ministra ha parlato di semplici «imperfezioni formali o burocratiche». Ma i rilievi sollevati dai ministeri dell'Economia, della Salute e della Giustizia obbligheranno la maggioranza a tornare sulla legge in molti punti. Lo ha ammesso lo stesso Fontana in una missiva inviata al governo il 10 febbraio, in cui si impegna a sottoporre al consiglio regionale le modifiche richieste «entro la fine del prossimo mese di marzo» nel cosiddetto «ordinamento», una sorta di «milleproroghe» su scala regionale.

I solleciti del governo riguardano numerose questioni formali, ma anche diversi nodi sostanziali. Come hanno più volte denunciato le opposizioni, la nuova legge Moratti non modifica l'impianto generale del modello sanitario lombardo a trazione privata disegnato da Formigoni nel 1997 e attenuato a malapena da Maroni. Lo fa

notare anche il ministero dell'Economia: l'«equivalenza e l'integrazione» dell'«offerta sanitaria delle strutture pubbliche e private accreditate» ribadita nella nuova legge regionale non è coerente con il «preminente ruolo dell'ente pubblico» previsto dalla legge nazionale del 1992. Angelo Barbatto, coordinatore di Medicina Democratica, sintetizza efficacemente il concetto: «Solo la sanità pubblica può definire e programmare il servizio e decidere quali prestazioni affidare al privato».

Più puntuali ma non meno fondati i rilievi del ministero della Salute. Gli uffici di Speranza suggeriscono che ad accreditare le strutture private sia la Regione e non le singole aziende sanitarie territoriali come prevede la riforma Moratti. Era una richiesta anche dell'opposizione, ricorda Carlo Borghetti, consigliere regionale democratico. «Le Ats - spiega - sono soggetti troppo deboli per contrattare con le grandi imprese della sanità privata presenti in Lombardia, e la regione perderebbe ogni capacità di programmazione e indirizzo». Rilevante anche l'obiezione sulle Case della comunità, previste dal Pnrr come ambulatori interdisciplinari in cui alla medicina generale si affianchi anche quella speciali-

stica e la diagnostica di base. Secondo la riforma Moratti invece «possono essere gestite (...) esclusivamente dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta riuniti in associazione o in cooperativa». In sostanza, se fosse per Fontana e Moratti anche le Case di Comunità finirebbero nell'alveo della sanità privata. «Il rischio è che diventino la porta di ingresso da cui smistare i pazienti verso i redditi ospedali privati», dice Borghetti. Il ministero della Salute chiede anche di frenare la lottizzazione delle aziende sanitarie: le nomine dei direttori rappresentano un mercato delle clientele a disposizione degli amministratori locali. La Regione chiedeva di sceglierli da una lista di ben trecento nomi, con una discrezionalità pressoché totale. Dopo l'obiezione degli uffici romani, Fontana ha accettato di ridurre la *short list* a 150-200 nomi.

Riequilibrio tra pubblico e privato, medicina territoriale, lottizzazione: con una lista di obiezioni così lunga e rilevante, il governo avrebbe potuto respingere al mittente la contro-riforma. Dopo il fallimento lombardo, con quarantamila morti per Covid registrati nella regione, anche i cittadini lombardi si attendevano una revisione più radicale del servizio sanitario. Invece, i ministri hanno preferito accontentarsi

di un *gentlemen agreement* con Fontana. Che in cambio della bollinatura della legge si è impegnato - solo sulla carta - a qualche ritocco per accontentare il governo. Il tutto si è svolto con ben poca trasparenza. Come è emerso nelle ultime ore, i primi rilievi dei ministeri sono pervenuti al Pirellone già a gennaio. Il 7 febbraio, a porte chiuse, i tecnici di Roma e Milano hanno persino concordato gli emendamenti da apportare alla riforma. Del tutto escluso dai giochi il consiglio regionale, cui pure toccherebbe il compito di fare le leggi e non solo riceverle già pronte nell'uovo di Pasqua.

**Non solo questioni formali, ma anche nodi sostanziali. Come la spinta verso i privati**



Letizia Moratti foto LaPresse





# Covid, le prove di sanità territoriale «Sinergia tra servizi per l'assistenza»

PAOLO VIANA

Inviato a Sant'Angelo Lodigiano (Lodi)

Questa volta, il problema non sono i soldi. La sanità ai tempi del Pnrr vuol farci dimenticare i medici senza mascherine ma anche i piani di rientro. In una regione virtuosa, quanto meno per bilanci e posti letto, ha il volto della grande assente di questa pandemia: la sanità territoriale. In Lombardia sono già quattro gli ospedali di comunità che, insieme alle case di comunità, sgraveranno i pronto soccorso dei casi meno gravi e fonderanno le competenze dei medici di famiglia, degli specialisti e dei servizi socio-assistenziali, offrendo al cittadino un punto visite unico, auspicabilmente più efficiente dei poliambulatori del passato.

Ieri il governatore Attilio Fontana e l'assessore al Welfare Letizia Moratti hanno inaugurato le nuove strutture di Sant'Angelo Lodigiano, che arricchiscono l'offerta sanitaria dell'Asst di Lodi, dove presto arriverà un secondo ospedale di comunità e quattro "case". Il complesso inaugurato ieri è costato 3 milioni di euro, finanziati in parte dal Piano governativo e in parte dalla Regione. La Lombardia riceverà dall'Europa 1,2 miliardi e investirà 800 milioni

per realizzare 71 ospedali e 218 case di comunità: i primi serviranno a ricoverare pazienti non acuti, cronici o fragili, appena dimessi dagli ospedali e comunque bisognosi di cure che non possono essere erogate a domicilio. Se guardiamo al *format* lodigiano, le seconde saranno poliambulatori aperti 24 ore e tutti i giorni, ai quali si potrà accedere a prestazioni di ogni tipo (dal geriatra al cardiologo, dalla radiografia all'elettrocardiogramma) e dove i medici di famiglia potranno affrontare i casi più complessi con il supporto di specialisti. Vi si accede attraverso un centro unico di prenotazione e un punto unico di accesso, che dovrebbero sveltire la procedura. Sempre nelle "case" potremo trovare il consultorio e il punto prelievi, l'infermiere di famiglia e ovviamente la guardia medica.

Il "cuore" è rappresentato, nel caso lodigiano (ma è un *format* che si ripete), dalla Centrale operativa territoriale, che gestisce il servizio di assistenza sanitaria domiciliare, tutto da organizzare, ma che dovrebbe far fare alla sanità territoriale un balzo in avanti, decongestionando le strutture di ricovero e rivoluzionando il modo stesso di curare le persone.

L'ospedale di comunità è invece destinato «a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media-bassa intensità clinica per degenze di breve durata» è stato spiegato. In breve, chi viene dimesso dal-

l'ospedale ma necessita ancora di cure complesse, che non può ricevere a casa propria, nonché fragili, cronici, disabili e tutti coloro cui non basterebbe l'assistenza dei famigliari. «Ha il compito di agevolare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti, nonché di accogliere i pazienti provenienti dal domicilio, anche su proposta del Medico di medicina generale, nel caso in cui, pur non presentando patologie ad elevata necessità di assistenza medica, questi non possano essere assistiti adeguatamente presso la loro abitazione» spiegano nella nuova struttura lodigiana, la cui gestione sarà prevalentemente infermieristica. Questa è la «sanità vicina al cittadino» di cui parlava ieri la Moratti e che per adesso è una bella promessa, ma che andrà saggiata «nei fatti e nella verità» come ha commentato ieri il vescovo di Lodi, Maurizio Malvestiti, esprimendo l'auspicio che l'annuncio di ridimensionamento dei posti letto di Casalpusterlengo «non smentisca sul nascere questo processo virtuoso».

Chi ci lavora è fiducioso. «La sinergia tra Casa di Comunità, Ospedale di Comunità e Cot permetterà una presa in carico tempestiva e a 360° dei cit-





tadini, rispondendo ai bisogni di salute dei pazienti soprattutto cronici/fragili del territorio e riducendo al tempo stesso la pressione sulle strutture di emergenza/urgenza e gli accessi inappropriati al pronto soccorso» assicurava ieri Enrico Tallarita, direttore Socio Sanitario dell'Asst di Lodi. E il direttore generale Salvatore Gioia, presentando ai vertici della Regione le due strutture ricavate all'interno dell'ospedale Delmati, ha confermato che da lunedì inizieranno i rico-

veri e che l'azienda ha i soldi per assumere medici e infermieri. «Il problema non sono i soldi, semmai è trovare le professionalità che, dopo l'emergenza Covid 19, scarseggiano». Ottimismo a piene mani anche da Fontana e Moratti, i quali hanno parlato di «certezza di risorse e certezza di tempi», promettendo che entro il 2024 tutte le strutture di comunità saranno realizzate e funzionanti. Un esempio per il Paese, che nella sanità territoriale sconta un ritardo antico, acuito, come ha ricordato il governatore lom-

bardo, dai tagli che dal 2011 hanno tolto 37 miliardi di euro. «Il Paese si appresta ad assumere 30mila nuovi infermieri, a noi ne bastano mille, penso che ce la faremo» diceva ieri sera una Moratti sorridente e rilassata.

La Lombardia riceverà dall'Europa 1,2 miliardi e investirà 800 milioni per realizzare 71 ospedali e 218 case di comunità. Fontana e Moratti: servono certezza di risorse e certezza di tempi



## IL RACCONTO

L'inaugurazione con Moratti e Fontana

Viaggio a Sant'Angelo Lodigiano, dove sono state inaugurate le strutture. «Strategico per pazienti che non potranno essere curati a casa». Il ritorno dei poliambulatori



# Il progetto della Regione Sanità, ecco la mappa 60 case della salute sparse per i municipi

►La Regione punta a creare una rete di ambulatori anche per ridurre le liste d'attesa negli ospedali

## Sanità, ecco il piano: 60 case di comunità

►Per i nuovi ambulatori utilizzati gli hub vaccinali di Porta di Roma e di Ostiense ►D'Amato: «Giusto inserire forze nuove, il governo ci permetta di assumere medici»

Sessanta case della comunità, nuova frontiera della sanità di prossimità con il cittadino, da realizzare in tutti i quartieri di Roma. A partire da due grandi hub che sono stati protagonisti della campagna di vaccinazione contro il Covid: quello aperto al centro commerciale di Porta di Roma e quello di piazzale dei Partigiani, realizzato in collaborazione con Acea. Al centro del nuovo piano sanitario che il Lazio finanzia con il Pnrr ci sono anche 44 ospedali di comunità per ricoveri brevi.

Rossi a pag. 58

### IL PROGRAMMA

Sessanta case della comunità, nuova frontiera della sanità di prossimità con il cittadino. Da realizzare in tutti i quartieri di Roma, per aumentare i livelli di prevenzione e ridurre al mini-

mo il ricorso agli ospedali: una strategia resa ancor più urgente e necessaria dalla pandemia degli ultimi due anni. A partire da due grandi hub che sono stati protagonisti della campagna di vaccinazione contro il Covid: quello aperto al centro commerciale di Porta di Roma e quello di piazzale dei Partigiani, all'Ostiense, realizzato in collaborazione con Acea. Al centro del nuovo piano sanitario che il Lazio finanzia con il Pnrr (valore complessivo 550 milioni di euro) ci sono 170 case di comunità, l'evoluzione delle vecchie e mai decollate case della salute, come annunciato dal governatore Nicola Zingaretti nella video-intervista al *Messaggero tv*: 60 di queste saranno collocate nelle tre Asl che servono la Capitale, di cui 55 nel territorio di

Roma e cinque a Fiumicino.

### L'ORGANIZZAZIONE

Con una spesa complessiva di 165 milioni di euro, secondo i programmi della Regione le nuove strutture vanno completate entro il 2025. Si punta a erogare tutti i servizi basilari, mettendo in campo medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali come cardiolo-



gi o ortopedici. Da affiancare a operatori come logopedisti, fisioterapisti e tecnici della riabilitazione. Quindi screening e riabilitazione, anche per dare in tempi rapidi (e vicino casa) le cure soprattutto ai malati cronici e più anziani. In questo schema, centrali saranno gli "infermieri di famiglia" che, in collaborazione con le future centrali operative territoriali digitali - per le prenotazioni (come il Recup) e per smistare i malati - indicheranno ai pazienti a chi rivolgersi e quali prestazioni sono necessarie. «Sarebbe un errore non immettere nuove forze in queste strutture - sottolinea Alessio D'Amato, assessore regionale alla sanità - Speriamo che il governo ci metta in condizione di usare nuove risorse per assumere altri medici e personale sanitario, da utilizzare nelle case di comunità», rimuovendo vincoli di spesa legati a parametri che risalgono al 2004.

**LE INIZIATIVE**

Nel progetto saranno inseriti anche i medici di base, «che dovranno conferire una quota del proprio orario nelle nuove strutture dei distretti, secondo le esigenze», spiega D'Amato. Per raf-

forzare gli organici disponibili saranno coinvolte anche le scuole di specializzazione universitarie, a partire dalla Sapienza. In cambio di attrezzature all'avanguardia e di studi meglio organizzati, la Regione punta a trasferire in queste realtà le attività di medicina generale. Per quanto riguarda i complessi da utilizzare, questi saranno dislocati nei vari distretti delle tre Asl cittadine, corrispondenti ai 15 municipi della Città eterna, anche in territori dove gli attuali presidi sono spesso sguarniti di medici e di attrezzature. L'obiettivo della Regione è creare una casa di comunità ogni ventimila abitanti. A Cesano, per esempio, in accordo con il ministero della Difesa sarà riconvertita l'ex Scuola di fanteria. Nel quadrante est di Villa Tiburtina, tra Rebibbia e Ponte Mammolo, di proprietà della Fondazione Eleonora Lorillard Spencer Cenci: un'operazione di riutilizzo che ha, tra i suoi promotori, il fumettista Zerocalcare. Importante, per le dimensioni, sarà il progetto del presidio dell'Ipab San Michele, a Tor Marancia. Ma la mappa tocca tutte le realtà della Città eterna, anche in periferia, da Corviale a

Torre Spaccata.

**L'ASSISTENZA**

A questo si aggiungeranno i 44 ospedali di comunità previsti dal piano sanitario (di cui dieci a Roma), destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari con ricovero breve, e le 64 centrali operative territoriali, di cui 27 saranno ubicate nella Capitale. Anche per realizzare sul fronte dell'assistenza, gli obiettivi che si è posta la legge regionale - con prima firmataria Chiara Colosimo (Fratelli d'Italia) - approvata per facilitare l'accesso alle cure ai disabili e ai malati più fragili.

**Fabio Rossi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

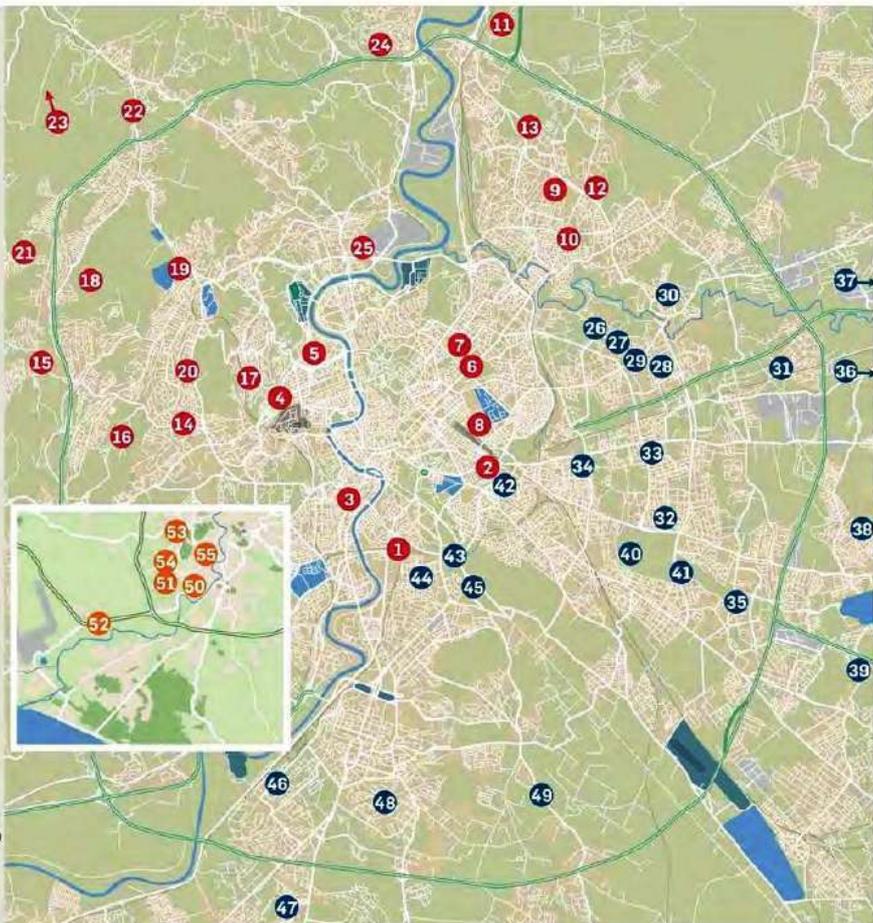
**NELLE STRUTTURE SARANNO ESEGUITE LE PRESTAZIONI DI MEDICINA GENERALE: COINVOLTI I DOTTORI DI BASE**

PREVISTI ANCHE 44 OSPEDALI DI COMUNITÀ, DI CUI DIECI SARANNO NELLA CAPITALE, PER INTERVENTI SANITARI CON RICOVERI BREVI

**La mappa delle case di comunità**

**ASL ROMA 1**

- 1 piazzale dei Partigiani
- 2 via Luzzatti
- 3 via Morosini
- 4 via Fia' Alberizio
- 5 viale Angelico
- 6 circonv. Nomentana
- 7 via Tagliamento
- 8 via dei Frentani
- 9 via Dina Galli
- 10 via Lampedusa
- 11 via Salita della Marcigliana
- 12 via Paolo Monelli
- 13 Porta di Roma
- 14 via Boccea 271
- 15 via Boccea 625
- 16 via Tornabuoni
- 17 via Valle Aurelia
- 18 via Mezzoldo
- 19 p.za Santa Maria della Pietà
- 20 p.za San Zaccaria Papa
- 21 Selva Candida
- 22 via Cassia
- 23 via della Staz. di Cesano
- 24 via S. Daniele dei Friuli
- 25 viale Tor di Quinto



- ASL ROMA 2**
- 26 via Pietralata
- 27 via Del Peperino
- 28 via Mozart
- 29 via del Frantoio
- 30 villa Tiburtina
- 31 via della Rustica
- 32 via Degli Eucalipti
- 33 via G. Breasodola
- 34 via N. Forteguerri
- 35 via di Torre Spaccata
- 36 via Torricella Sicura
- 37 via T. Agudio
- 38 via Tenuta di Torrenova
- 39 via della Staz. di Ciampino
- 40 via Cartagine
- 41 via Antistio
- 42 via Monza
- 43 via Malfante
- 44 via S. Nemesio
- 45 via del Casale de Merode
- 46 via C. Sabatini
- 47 via G. Frignani
- 48 via G. Marotta
- 49 via Ardeatina
- ASL ROMA 3**
- 50 via Varano
- 51 Largo Quadrelli
- 52 Ponte Galeria
- 53 via della Consolata
- 54 via Longhera
- 55 via Ramazzini

Medici al lavoro nel reparto di terapia intensiva di un ospedale della Capitale (foto SCURBA)



**Il colloquio Roberto Speranza**

# «Disuguaglianze odiose così la svolta per il Sud»

► Il ministro della Salute: «Non solo Pnrr ► «Basta con i tagli, apriremo 1.350 Case per la prima volta anche un Pon sanità» della comunità, di cui 169 in Campania»

## LE STRATEGIE

Marco Esposito

«Le disuguaglianze sul diritto alla salute sono odiose e inaccettabili. Il diritto alla cura e all'assistenza non può dipendere dal luogo dove si nasce o dal reddito familiare». Roberto Speranza, ministro della Salute, lucano, martedì sera alla commissione Affari sociali della Camera ha illustrato il piano per la Sanità, ricordando che ha firmato un piano di riparto che assegna al Sud il 41%. Come a dire che per lui, al contrario di altri ministri ai quali il target del 40% per il Mezzogiorno sembra andare stretto, l'uguaglianza non è secondaria rispetto ad altri obiettivi. Ma lo ha fatto con il suo stile, senza polemizzare, modulando appena il tono della voce per sottolineare quel 41%.

«La straordinaria opportunità di riformare e rilanciare il nostro Servizio sanitario nazionale - spiega Speranza in un colloquio con *Il Mattino* - si gioca su tre parole chiave: prossimità, innovazione, uguaglianza. Prossimità, per riportare la salute vicino a tutti, sul territorio. Innovazione, per semplificare l'accesso alle cure e la comunicazione tra il SSN e le persone. Uguaglianza, perché la salute non debba più dipendere più dal territorio in cui si nasce o dal reddito. Nessuno deve restare indietro. A partire da un Mezzogiorno che sul piano sanitario

sconta disuguaglianze pesanti».

## I TEMPI

Per recuperare le quali, però, l'azione del Pnrr fortemente contingentata nei tempi rischia di essere insufficiente. «Proprio per questo - prosegue il ministro - con un intenso lavoro insieme al ministero per il Sud e la Coesione territoriale, e grazie al ministro Mara Carfagna, abbiamo ottenuto risorse aggiuntive rispetto a quelle garantite dal Pnrr nella Missione salute. Dunque, per la prima volta nella storia della programmazione delle risorse europee l'Italia avrà un Pon esclusivamente dedicato alla Salute. Non era mai accaduto prima. Investiremo 625 milioni per la sanità del Mezzogiorno. Li utilizzeremo per incrementare gli screening oncologici, per rafforzare i dipartimenti di salute mentale, per promuovere la medicina di genere, per aumentare il numero dei consultori e per contrastare la povertà sanitaria».

Il Pon, sigla che sta per Programma operativo nazionale, per il ciclo 2021-2027 è definito PN - Programma nazionale per l'equità nella salute. Anche se i tempi sono meno stretti rispetto al Pnrr - infatti bisognerà concludere e certificare l'ultimo euro entro il 2029, quindi tre anni dopo il Pnrr - è utile mantenere il ritmo serrato. «Dopo la notifica dell'accordo con la Commissione Europea avvenuto a gennaio - si impegna Speranza - entro i prossimi cinque mesi presenteremo il Programma nazionale per l'equità nella salute. Sono risorse che si aggiungono a quelle previste dal Pnrr - pun-

tualizza - che già guarda con attenzione al Meridione». E qui il ministro ricorda, dopo averlo detto in Parlamento, che nel decreto di riparto firmato, con il quale sono stati suddivisi 8 miliardi di euro del Pnrr, al Sud è stato assegnato il 41%.

«In questi mesi - continua il ministro della Salute - anche nelle ore più drammatiche della lotta al virus e alle sue varianti, non ci siamo fermati, tenendo sempre lo sguardo oltre l'emergenza contingente. Adesso siamo in una fase cruciale. La Campania, come tutte le altre Regioni, sta caricando sulla piattaforma nazionale che abbiamo realizzato le schede progettuali per tutti gli interventi previsti nella Regione ed entro il 31 maggio firmerò con ogni Regione un Cis, "Contratto istituzionale di sviluppo", che definirà nel dettaglio il programma, le schede dei singoli interventi, le localizzazioni, i cronoprogrammi, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e di monitoraggio».

Non è certo la prima volta che si sente parlare di accordi e impegni programmatici. Ma, in passato, c'era una clausola implicita: se i fondi per qualsiasi



ragione si incagliavano, sarebbero stati riprogrammati in modo sostanzialmente libero sotto la forma di progetti sponda, progetti coerenti. In pratica un premio agli inefficienti che ha pesato due volte sul Sud: direttamente, per lo smantellamento dei servizi, e come immagine.

## I NUMERI

«La pandemia - dice Speranza - ha messo sotto gli occhi di tutti le fragilità del nostro sistema, che erano già evidenti dopo decenni di tagli. Ora è il tempo di guardare oltre l'emergenza e occuparsi dei bisogni reali delle persone. Chiudere definitivamente la stagione dei tagli e ricominciare a investire». Il ministro tiene in modo particolare a un decreto ministeriale che riscrive e aggiorna, cambiandone la filosofia, il cosiddetto Dm 70 del 2015, in base al quale sono stati talvolta razionalizzati ma altre volte falciati i presidi sanitari. «Con il Dm 71 il decreto che riforma la sanità territoriale e che sarà approvato entro il 30 giugno, rafforziamo la rete

dell'assistenza primaria e ricuciamo il legame necessario tra sanità e territorio. Cito solo qualche cifra delle molte di un piano organico e complesso: realizzeremo 1.350 Case della Comunità, di cui 169 in Campania, e 400 Ospedali di Comunità, di cui 45 in Campania; saranno acquistate 3.133 grandi apparecchiature, che andranno ai nostri ospedali per sostituire i macchinari con più di 5 anni; 1,45 miliardi di euro andranno alla digitalizzazione di 280 dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I e II livello; oltre 300 gli interventi per rendere sicuri e sostenibili gli ospedali. Altri investimenti riguardano la formazione, la ricerca e la digitalizzazione dell'assistenza».

## LE TECNOLOGIE

La telemedicina appare una scommessa difficile da vincere; ma Speranza è convinto del contrario: «Anche in questo settore dalla programmazione siamo alla realizzazione degli inter-

venti: entro marzo partirà la gara per la piattaforma di telemedicina, un intervento da 1 miliardo. Perché la sanità non deve essere uno specchio del ritardo digitale che per troppo tempo ha afflitto il nostro Paese. Deve essere uno dei motori per invertire la rotta. E una sanità più digitale è una sanità più vicina alle persone, che davvero trasformerà la casa nel primo luogo di cura».

**«GRAZIE ALLA  
COLLABORAZIONE  
CON CARFAGNA  
ABBIAMO 625 MILIONI  
PER IL PIANO EQUITÀ  
DEL 2021-2027»**



**Il ministro  
della Salute  
Roberto  
Speranza è in  
carica dal  
settembre  
2019**



**IN TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE DELL'ISOLA MANCA PERSONALE MEDICO-INFERMIERISTICO**

## Il caso Sardegna: ospedali in tilt e il Covid non molla

**COSTANTINO COSSU**  
Cagliari

■ ■ Emergenza sanità, la Sardegna diventa un caso. Il contagio da Covid sta infatti mettendo a nudo le debolezze strutturali di un sistema regionale che, tra cattiva gestione locale e tagli nazionali alla sanità pubblica, già prima della pandemia faceva acqua da tutte le parti. Ora, dopo più due anni di pandemia, la barca rischia di crollare a picco. I due ospedali di Cagliari, il Brotzu e il Policlinico, che nel piano regionale della pandemia sono stati individuati come strutture no Covid, ospitano invece, in condizioni di sicurezza precarie, oltre duecento pazienti positivi. Niente di strano che in una situazione del genere il virus colpisca anche il personale sanitario: tra i due ospedali cagliaritari sono più di 250 i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari costretti a stare a casa perché hanno contratto il virus. Al Santissima Annunziata di Sassari, poi, la pressione è tale che in molti reparti i pazienti no Covid sono sistemati nei corridoi in letti di emergenza. In tutte le strut-

ture sanitarie dell'isola manca personale medico-infermieristico sufficiente a contrastare il picco della pandemia e nelle patologie ordinarie non si riesce più a garantire l'assistenza che si dovrebbe. È saltato il sistema di tracciamento del virus, con effetti disastrosi: mentre nel resto d'Italia, infatti, il numero dei deceduti per Covid è da diversi giorni in costante discesa, nell'isola la curva non cala (da settimane si viaggia con una media di sette morti al giorno) e ieri il tasso di positività era altissimo, il 21,6 per cento, il doppio del dato nazionale, 10,7 per cento. Emblematico di una situazione davvero al limite è il caso di un paziente positivo arrivato al Brotzu dopo essere stato respinto, perché non c'era un letto, dagli ospedali di Olbia prima e poi da quelli di Nuoro e di Oristano. L'uomo è arrivato a Cagliari dopo sei lunghissime ore di viaggio in ambulanza.

La cattiva gestione dell'emergenza sanitaria da parte della giunta Solinas è ormai sotto gli occhi di tutti. Nella campagna per le regionali il segretario del Partito sardo d'azione (che è stato anche senato-

re, eletto nelle politiche del 2018 in Lombardia nelle liste della Lega) aveva fatto della sanità il suo cavallo di battaglia. La promessa agli elettori era quella di smantellare la riforma attuata dalla precedente giunta di centrosinistra guidata dal dem Francesco Pigliaru: piccoli ospedali periferici chiusi in nome del pareggio del bilancio e "razionalizzazione" della gestione attraverso una drastica diminuzione delle Aziende sanitarie locali. «Riapriamo i piccoli ospedali e restituiamo il governo della sanità alle strutture territoriali», queste le parole d'ordine del leader sardo-leghista. E la sua giunta l'ha davvero attuata la controriforma della riforma Pigliaru, con una legge che il consiglio regionale ha approvato pochi mesi fa. Ma a parte che sinora neppure uno dei piccoli ospedali o dei reparti periferici chiusi è stato riaperto, la decentralizzazione al momento ha generato soltanto ulteriore inefficienza, come rilevano le associazioni dei malati no Covid che denunciavano la cancellazione o il rinvio degli interventi urgenti per tumori e malattie cardiovascolari gravi e

come hanno detto ieri, in consiglio regionale, i capi dei gruppi di opposizione alla giunta durante il dibattito sulla legge finanziaria regionale 2022, che a fronte di una spesa complessiva di 9,5 miliardi, prevede uno stanziamento di quattro miliardi per la sanità e per le politiche sociali, quasi la metà dell'intero bilancio. Tanti soldi, ma sino ad ora pochissima efficienza.

