



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

23 FEBBRAIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La Buona Sanità

Ospedale Piemonte, prima donazione in Sicilia di testa del femore da vivente

L'intervento è stato eseguito dall'equipe diretta dal dott. Pietro Morrò, direttore U.O.S. D. di Ortopedia, e del dott. Salvatore Leonardi, direttore U.O.C. di Terapia Intensiva.

di [Redazione](#)

MESSINA. Si è tenuto oggi presso il P. O. **Piemonte** dell'IRCCS Centro Neurolesi "**Bonino Pulejo**" di Messina il **primo intervento in Sicilia** di artroprotesi di anca con contestuale donazione della **testa del femore da vivente**. È stato eseguito presso il suddetto P.O. dall'equipe diretta da **Pietro Morrò**, direttore U.O.S. D. di Ortopedia, e di **Salvatore Leonardi**, direttore U.O.C. di Terapia Intensiva.

L'intervento con donazione, fortemente voluto dal Direttore Sanitario Giuseppe Rao e dal Direttore Amministrativo Maria Felicita Crupi, è frutto della collaborazione tra l'IRCCS e la Fondazione Banca dei tessuti di Treviso onlus (Fbvt), con la quale l'IRCCS ha recentemente stipulato una convenzione di durata triennale per "la fornitura e il procurement di tessuti omologhi" idonei al trapianto/innesto.

«L'Aumento delle donazioni fino al raggiungimento della media nazionale costituisce obiettivo primario dell'Assessorato Regionale alla Salute ed in quest' ottica si inseriscono tutte le attività portate avanti dall'IRCCS volte ad incrementare il numero delle donazioni non solo di organi a seguito di morte encefalica, ma anche, non meno importante, di tessuti quali cornee



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

e tessuto osseo. Siamo molto soddisfatti del traguardo oggi raggiunto- sottolinea il Direttore Amministrativo **Maria Felicita Crupi**– La direzione strategica, fin dal suo insediamento, ha promosso le attività di procurement instaurando una forte collaborazione con il CRT Sicilia e le Fondazioni Banca Occhi di Mestre e del Tessuto di Treviso. Le donazioni presso l'IRCCS sono state in questi ultimi anni in continuo aumento, anche in epoca di covid, grazie all'impegno del personale, del coordinatore locale Dr. Leonardi, e alla campagna di sensibilizzazione portata avanti in tutto il territorio della provincia».

Il tessuto osseo prelevato sarà inviato alla Fbtv che si dedica alla raccolta, processazione, conservazione e distribuzione dei tessuti omologhi (homograft cardiaci, segmenti vascolari, membrana amniotica e tessuti osteo-tendinei), in conformità con la vigente normativa in materia. Grazie a questa convenzione sarà possibile donare tutti i **tessuti ossei da vivente** (in occasione di interventi di artroprotesi) e da cadavere.

Lo scorso 7 dicembre è stato organizzato il primo **webinar** tra i professionisti dei due Istituti convenzionati. Coordinatore procurement è il responsabile dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione Salvatore Leonardi; referente locale per il procurement di organi e tessuti il dirigente medico anestesista Lorenza Mazzeo. A confermare che si tratta del primo intervento di donazione di tessuto osseo da vivente in Sicilia è il **Centro Regionale Trapianti (C.R.T.) Sicilia** con Bruna Piazza, direttore f.f. CRT Operativo, e Giorgio Battaglia, coordinatore regionale.

Prima di programmare la donazione da vivente sono stati eseguiti **una serie di esami** per valutare l'idoneità del paziente all'intervento e del tessuto al prelievo. I pazienti sottoposti ad intervento di protesi d'anca, infatti, possono donare la testa del femore dato il fatto che questa deve essere asportata per permettere l'alloggiamento della protesi. La donazione di questo tipo di tessuto, insieme con tutte le altre donazioni di organi, tessuti o sangue, può contribuire a salvare vite umane, **curare gravi malattie** o migliorare la qualità di vita di persone malate o



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sottoposte ad interventi chirurgici ricostruttivi. La Direzione Strategica dell'IRCCS è da sempre attenta al tema legato alla donazione che promuove anche grazie alla costituzione di un Ufficio per il Coordinamento locale in sinergia con l'associazione "Donare è Vita".

«**Prima di selezionare** un potenziale donatore- spiega il dott. Morrò- facciamo una serie di controlli accurati e, nel caso di donatore vivente, dal quale possiamo avere anche notizie dirette, proponiamo anche un questionario per conoscere la storia clinica del paziente. **Il tessuto prelevato**, se idoneo, può essere utilizzato nell'ambito di altri interventi in cui serve un punto di sostegno e reintegro per la perdita di **sostanza ossea**. Una volta ricevuto il tessuto donato, la Banca dei tessuti procede ad effettuare ulteriori approfonditi esami di natura radiodiagnostica, ematochimica e sierologica. La donazione di organi e tessuti è un processo accurato e sicuro che può davvero salvare tante vite umane o migliorarne la qualità».

«**La figura dell'anestesista**– sottolinea il dott. Leonardi- è fondamentale durante tutti gli interventi. Lo è doppiamente in questo caso che vede me e la dott.ssa Mazzeo, due anestesisti, coordinatore e referente locale per il procurement. Per questo intervento abbiamo fatto una **anestesia locoregionale**. È la prima volta che qui viene donato tessuto osseo da vivente e crediamo che sia un buon inizio per dare l'esempio e favorire ulteriormente la cultura della donazione».

L'equipe che ha eseguito l'intervento, insieme con i dottori Morrò e Leonardi, è stata composta da: dott. **Pietro Marzullo**, dirigente medico ortopedico; dott. **Roberto Savica**, dirigente medico ortopedico; dott.sse **Francesca Piazza, Lucia Salmeri, Rosi Corallini, Luciana Cavallaro**, dirigenti medici anestesisti; dott.ssa **Stefania Sorbetti**, coordinatore infermieristico dell'U.O.C. di Terapia intensiva e blocco operatorio; i dott. **Domenico Fedele e Michele Gallo**, infermieri; l'operatore socio-sanitario **Antonella Bruno**.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Villa Sofia, al Pronto soccorso 9 barelle in più per ridurre i tempi d'attesa del 118

di **Redazione**

La Struttura commissariale per l'emergenza Covid le ha consegnate all'ospedale. Sono identiche a quelle in dotazione alla Seus.

23 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Basta con le **ambulanze ferme** al Pronto soccorso in attesa delle barelle. La Struttura commissariale per l'emergenza Covid, guidata dal presidente Musumeci in qualità di commissario delegato dello Stato e che vede come soggetto attuatore l'ingegnere Tuccio D'Urso, ha consegnato all'ospedale **Villa Sofia** di Palermo nove barelle, identiche a quelle in dotazione alla **Seus**, il servizio di emergenza-urgenza 118 in Sicilia.

In questo modo, gli **operatori sanitari** a bordo delle ambulanze agevoleranno il ricovero del paziente, che necessita di assistenza in emergenza, e anziché attendere che sia riconsegnata la barella potranno ritirarne una vuota. Una soluzione che dovrebbe consentire ai mezzi di soccorso di **ridurre notevolmente i tempi d'attesa** al Pronto soccorso, assicurando un celere ritorno in servizio e, quindi, un'assistenza più efficiente a tutta la cittadinanza.

Il servizio entra a regime da oggi anche grazie all'impegno del neo presidente della Seus, **Calogero Ferlisi**, che ha messo a disposizione il personale per coprire i turni nell'arco delle 24 ore.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Open Day, prima dose di vaccino per una donna di 96 anni

L'ha ricevuta direttamente nella propria abitazione dove è stata raggiunta da un'equipe dell'Asp di Palermo.

23 Febbraio 2022 - di [Redazione](#)

A 96 anni ha deciso ieri di vaccinarsi per la prima volta contro il Covid. Ha approfittato dell'**Open Day Itinerante** dell'Asp di Palermo a **Castelbuono** per ricevere la prima somministrazione direttamente nella propria abitazione dove è stata raggiunta da un'equipe dell'Azienda sanitaria del capoluogo.

L'attività domiciliare, portata avanti in stretta collaborazione con l'Amministrazione comunale, ha consentito di vaccinare a casa nell'ultima settimana a Castelbuono 96 persone intrasportabili, mentre altre 119 hanno ricevuto la somministrazione ieri nei locali del Museo Naturalistico "**Minà Palumbo**", sede per un giorno dell'Open Day.

In Piazza San Francesco hanno, invece, trovato posto i **camper** della prevenzione oncologica per gli esami (92 in tutto) relativi agli screening oncologici. Sono state 35 le mammografie effettuate, 19 gli esami per lo screening del cervicocarcinoma e 38 i Sof Test distribuiti per lo screening del tumore del colon retto.

L'Open Day Itinerante dell'Asp di Palermo, giunto alla **trentacinquesima tappa** stagionale in tre mesi, proseguirà il proprio "viaggio" in provincia toccando sabato 26 febbraio (ore 9.45-



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

16.30) **Valledolmo** (Contrada Chiusa Madonna, Palestra Comunale) e martedì 1 marzo **Cinisi** (ore 9.45-16.30 Piazza Vittorio Emanuele Orlando).

COLLOQUIO CON IL MINISTRO: SUL GREEN PASS RAGIONIAMO, MA IL COVID NON SI SPEGNE COL TASTO OFF

Speranza: così rivoluzioneremo la sanità

PAOLO RUSSO

«Abbiamo l'opportunità di trasformare la più dura emergenza sanitaria del dopoguerra in una grande opportunità di ammodernamento e rafforzamento della nostra sanità pubblica». Il ministro Speranza elenca tutti i finanziamenti che alla fine porteranno a qualcosa come 30 miliardi di risorse. **SERVIZI - PAGINE 12-13**

IL COLLOQUIO

Roberto Speranza

“Green Pass? È una fase nuova, vedremo Ecco come rivoluzioneremo la sanità”

Il ministro: “Maxiambulatori aperti 24 ore su 24 entro il 2026
Con 4 miliardi ammoderneremo il parco tecnologico degli ospedali”

PAOLORUSSO
ROMA

«**L**a pandemia ha reso evidenti almeno tre limiti della nostra sanità: il ritardo nel sapersi adeguare ai bisogni di una popolazione che invecchiando ha fatto esplodere le malattie croniche, il deficit digitale e una crescita delle disegualianze nell'accesso ai Lea, i livelli essenziali di assistenza, che sono su valori non adeguati al Sud. Ma ora abbiamo l'opportunità di trasformare la più dura emergenza sanitaria del dopoguerra in una grande opportunità di ammodernamento e rafforzamento della nostra sanità pubblica». Per spiegare come, il ministro Roberto Speranza si presenta con decine e decine di pagine fitte di numeri, che alla fine portano a qualcosa come 30 miliardi di risorse aggiuntive tra Pnrr, rifinanziamento del fondo sanitario e fondi Ue per

la povertà sanitaria nel Mezzogiorno. Soldi che serviranno a ricucire le piaghe aperte dalla pandemia nella sanità, documentate dalla nostra inchiesta a puntate della scorsa settimana. «Anche se le difficoltà del nostro sistema sanitario nazionale non nascono con il Covid, ma da una troppo lunga stagione di tagli che lo ha preceduto», ci tiene a precisare prima di posare un attimo lo sguardo sul presente. Perché ancora ieri l'altro Salvini e Meloni hanno tentato lo strapupo, cercando di far passare un emendamento che avrebbe mandato ovunque in soffitta il Green Pass a partire dal 31 marzo. «Ma il Covid non scompare premendo il tasto off come se stessimo spegnendo la luce. Nei prossimi giorni continueremo a monitorare il quadro epidemiologico, ma i dati su contagi e ricoveri sono tutti in via di miglioramento. È chiaro che ci troviamo in una fase nuova, ma serve graduali-

tà, non possiamo far saltare in un solo momento tutte le precauzioni che ci hanno consentito di lasciare aperto mentre altri in Europa entravano in lockdown». E sullo stato di emergenza lascia capire che, salvo improvvise inversioni di rotta della pandemia, potrà essere superato alla scadenza del 31 marzo. «Valuteremo nelle prossime settimane e poi decideremo, ma è chiaro che l'obiettivo è quello di una progressiva uscita dall'emergenza». Intanto ci si muove per proteggere i più fragili. «Le autorità scientifiche e sanitarie hanno per ora ritenuto di dover avviare dal primo marzo la somministrazione della quarta dose per le persone immuno-compromesse. Per il resto della popolazione non sono



LA STAMPA

ancora disponibili i dati necessari per prendere una decisione. Quando li avremo le autorità scientifiche, che sempre ci hanno guidato in queste scelte, diranno se e quando sarà eventualmente necessario estenderla anche ad altre fasce della popolazione».

«Ma, mentre continuiamo a combattere il virus, ora è il momento di alzare lo sguardo oltre l'emergenza». Ed è una sanità da sogno quella che disegna con passione Speranza. «Il filo che unisce tutti i nostri interventi ruota intorno a tre parole chiave: prossimità, innovazione e uguaglianza». La prima è vicina a essere tradotta in realtà con un nuovo provvedimento che rivoluziona la trincea della medicina del territorio, caduta ai primi assalti del Covid. «Con la cronicizzazione delle malattie c'è sempre più bisogno di una sanità di prossimità, che sia più vicina alle per-

sone. E il cuore della nuova rete territoriale saranno le Case di comunità. Luoghi fisici dove 24 ore su 24 e sette giorni su sette équipe multiprofessionali composte da medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri di famiglia e di comunità potranno rispondere a tutti i bisogni di assistenza che non siano quelli legati all'emergenza e alla fase acuta della malattia, compresa la possibilità di eseguire esami diagnostici di primo livello». Di quelle principali, gli hub, ne sorgeranno da qui al 2026 una ogni

40-50mila abitanti, «per un totale di 1.350 strutture, alle quali si affiancheranno le altre Case della salute spoke, quelle dove medici di famiglia e infermieri garantiranno assistenza e prenotazioni ad altri servizi tramite il Cup regionale, 12 ore al giorno e sei giorni su sette». Una rivoluzione copernicana rispetto agli studi dei medici di base aperti oggi in media 15 ore la settimana. Ma con i 7 miliardi destinati al territorio dei 20 complessivi del Pnrr «faremo anche della casa il primo luogo di cura, portando entro il 2026 l'assistenza domiciliare al 10% per gli over 65. E guardi che partiamo dal 4% che è inferiore di due punti alla media Ocse. E un effetto fondamentale l'avrà la Telemedicina, sulla quale investiamo un miliardo». A completare la rete c'è poi il tassello degli ospedali di comunità. «Ne realizzeremo 400 entro il primo semestre del 2026 e saranno fondamentali per assistere quei pazienti che non hanno più bisogno dell'ospedale ma che necessitano comunque di brevi degenze per stabilizzare la propria condizione clini-

ca». Una riforma «che dovremo approvare entro il 30 giugno e che rappresenta la scadenza più importante dei prossimi mesi». Ma Speranza ci tiene anche a ricordare che «circa 7,6 miliardi andranno all'innovazione dei presidi sanitari, dei quali 4 per l'ammmodernamento del parco tecnologico degli ospedali». Dove oltre il 60% di macchinari, come tac e risonanze, sono obsoleti e si rompono, allungando così le liste d'attesa, che già il Covid ha contribuito a rendere ancora più esasperanti. E che il governo punta ad accorciare anche «con l'investimento di altro mezzo miliardo rispetto a quello già stanziato». Anche se è chiaro che senza medici e infermieri si va poco lontano e in questo momento in Asl e ospedali scarseggiano e se ne trovano pochi sul mercato. «Colpa di una cattiva programmazione della formazione in passato, alla quale abbiamo cercato di porre rimedio rendendo permanenti 12 mila borse di studio per la specializzazione in medicina dopo le circa 32 mila finanziate negli ultimi due anni. E con due leg-

gi di bilancio abbiamo messo sul piatto delle Regioni un miliardo per assumere il personale sanitario, superando i vecchi vincoli di spesa».

Gli impegni di governo lo chiamano, ma Speranza si trattiene ancora un attimo per parlare di un'ultima cosa che gli sta a cuore: la povertà sanitaria, «diffusa soprattutto al Sud. Una condizione nella quale si trovano 4 milioni e 300 mila italiani e che consiste nell'impossibilità di accedere a prestazioni sanitarie anche essenziali, a farmaci e dispositivi medici a pagamento. E nel mio Meridione le persone che non trovano risposte al loro bisogno di cure sono tre volte tanto che al Nord, mentre di screening oncologici se ne fanno quasi la metà. Per questo il 41% delle risorse del Pnrr sono state assegnate al Sud, al quale andranno anche 625 milioni che siamo riusciti ad ottenere dalla Commissione Ue». Una pioggia di denaro che si spera non finisca nelle mani dei soliti noti, che della sanità meridionale hanno fatto una mangiatoia. Per la politica e non solo. —

RETE SUL TERRITORIO

Da qui a 5 anni
sorgeranno 1.350
Case di comunità
con medici
sempre al lavoro

AD DOMICILIO

Un over 65 su dieci
avrà assistenza
a casa, ridurremo
le liste d'attesa
con l'innovazione

PRIORITÀ AL SUD

Il 41% delle risorse
del Pnrr andranno
al Meridione: 4,3
milioni di persone
in povertà sanitaria



Liberi di viaggiare

L'Europa: revocare le restrizioni
E l'Italia toglie la quarantena
anche per chi arriva da fuori Ue

MARIA BERLINGUER
ROMA

Stop alla quarantena per gli arrivi dai Paesi extra Ue a partire dal 1° marzo. Il ministro della Salute Roberto Speranza ha firmato una nuova ordinanza che prevede per gli arrivi da tutti i Paesi extraeuropei le stesse regole già vigenti per chi entra in Italia dalla Ue. Per l'ingresso sul territorio nazionale sarà sufficiente una delle condizioni del Green Pass: certificato di vaccinazione, certificato di guarigione o test negativo. La revoca della quarantena è arrivata subito dopo le nuove raccomandazioni approvate ieri dai ministri per gli Affari europei, nelle quali si chiede ai Paesi Ue di revocare le restrizioni dei viaggi non essenziali «per le persone vaccinate con un vaccino approvato dall'Ue o dall'Oms, a condizione che abbiano ricevuto l'ultima dose del ciclo di vaccinazione da almeno 14 giorni e non più di 270 giorni prima dell'arrivo o abbiano ricevu-

to una dose di richiamo». Nessuna quarantena anche per chi è guarito dal coronavirus entro 180 giorni dal viaggio. Il Green Pass, o certificato digitale Covid Ue, che attesta la guarigione potrà essere ottenuto anche in base all'esito positivo di un test antigenico rapido, e non sarà più indispensabile fare un tampone molecolare. Lo ha stabilito la Commissione Ue, confermando che si vede in tutta Europa la luce in fondo al tunnel.

Il bollettino quotidiano del ministero della Sanità certifica che i contagi risalgono da 24.408 a 60.029, con 322 decessi, ma il tasso di positività è al 9,9% essendo stati effettuati 603.639 tamponi, per la prima volta nel 2022 inferiore al 10% (non accadeva dal 29 dicembre). Sono invece 896 i pazienti ricoverati in terapia intensiva, 32 in meno rispetto a lunedì. I ricoverati con sintomi nei reparti ordinari sono 13.076, ovvero 299 in meno rispetto al giorno precedente. Il 1° marzo parte la campagna di vaccinazione per i soggetti im-

munodepressi, 889.999 persone con «marcata compromissione della risposta immunitaria» che riceveranno la quarta dose booster in base alla circolare firmata due giorni fa dal commissario all'emergenza Francesco Paolo Figliuolo. Dopo la discesa dei giorni scorsi, in Italia è ferma al 10% la percentuale di posti letto in terapia intensiva occupati da pazienti Covid, mentre è al 20% l'occupazione dei reparti di area medica non critica. I dati Agenas aggiornati al 20 febbraio evidenziano, per entrambi i parametri, diverse oscil-

lazioni a livello regionale. A superare la soglia nazionale del 10% dei posti in intensiva occupati da pazienti Covid sono 10 regioni: Lazio al 16%; Calabria e Sardegna al 13%; Liguria, Marche, Sicilia e Valle d'Aosta al 12%; Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Puglia all'11%. Diminuiscono in modo netto per la prima volta dopo settimane, per contro, i ricoveri dei minorenni.



LA STAMPA

Intanto da lunedì prossimo la Lombardia si colorerà nuovamente di bianco, come ha anticipato il presidente della Regione Attilio Fontana. In generale il calo dei casi appare evidente se si confrontano i dati di oggi con quelli di martedì scorso: si contano circa 10 mila nuovi contagi in meno. Mentre le varie curve dell'epidemia migliorano in modo chiaro, esplose però la domanda negli ospedali per le cure contro il Long Covid con la conseguenza di un sovraccarico per le strut-

ture. Secondo i dati del Rapporto «Ospedali&Salute», infatti, in 6 casi su 10 i pazienti segnalano sintomi di Long Covid, nel 20% dei casi seri. «La curva sta calando perché la maggior parte delle persone si è vaccinata o infettata recentemente, la cosa migliore è aprire di più ora che tra qualche mese, perché ora siamo più protetti. Paradossalmente a giugno saremo più esposti al contagio rispetto a oggi», dice il microbiologo Andrea Crisanti. —

Prosegue il calo dei nuovi contagi
Terapie intensive occupate al 10%

Regole uniformate basta la certificazione verde da ovunque si provenga

Il bollettino



9,9%

Il tasso di positività di ieri (60.029 casi, 603.639 test): non era minore di 10 dal 29/12

322

Le vittime nelle ultime 24 ore, 896 i pazienti in terapia intensiva (-32 rispetto a lunedì)



Un controllo di Green Pass in aeroporto

ANSA



Virus Le regole in vigore da marzo
L'Italia apre ai turisti
Basterà il tampone
dai Paesi non europei

di **Margherita De Bac** e **Adriana Logroscino**

Per entrare in Italia dai Paesi extraeuropei basterà anche solo il tampone negativo. Stop alla quarantena. Il provvedimento sarà in vigore da marzo.

alle pagine **12 e 13**

Arrivi extra Ue, stop alla quarantena «Per l'Italia basterà il pass base»

L'ordinanza di Speranza. Fontana: da lunedì Lombardia in bianco. Ricoveri dei bimbi in calo

ROMA Niente quarantena. Per entrare in Italia dai Paesi extraeuropei, dal primo marzo, basterà il tampone negativo. Una decisione che supera la raccomandazione di ieri dei 27 ministri degli Esteri degli Stati dell'Unione a «revocare restrizioni temporanee per le persone immunizzate con un vaccino approvato dall'Ue o dall'Oms». Per effetto di una disposizione della Commissione europea, inoltre, in tutta Europa sarà valido anche il tampone antigenico, oltre a quello molecolare.

Decisioni che tengono conto dello scenario epidemico, che da settimane evolve verso un miglioramento. E della stagione in arrivo: in vista di Pasqua, in Italia come ovunque, si spera di fare quel pieno di turisti che nelle ultime due primavere è mancato.

L'ordinanza del ministro della Salute, Roberto Speranza, che abolisce la quarantena dal prossimo mese, accoglie l'istanza degli operatori del settore a non lasciare che, nella competizione per il turismo internazionale, il nostro Paese resti indietro. «Per gli arrivi da tutti i Paesi extraeuropei — scrive il ministro — varranno le stesse regole già vigenti per i Paesi europei. L'ingresso sarà consentito a una delle condizioni del green pass base». Cioè certificato

di vaccinazione, di guarigione o test negativo.

«Il superamento della logica delle mappe in favore di un approccio basato sullo status del viaggiatore rappresenta un cambiamento cruciale che può dare respiro al settore», sostiene Franco Gattinoni, presidente della Federazione turismo organizzato di Confindustria. Fa i conti potenziali la Coldiretti: «Lo stop alla quarantena interessa ben 35 milioni di viaggiatori extracomunitari che durante il 2019 sono venuti in Italia». I turisti provenienti dal resto del mondo, prima della pandemia, rappresentavano circa un terzo del totale degli stranieri che raggiungevano l'Italia, secondo l'analisi della Coldiretti.

Altri allentamenti delle restrizioni sono previsti per la fine del mese di marzo quando, salvo che il quadro peggiori, cesserà lo stato di emergenza. La ministra per gli Affari regionali, Mariastella Gelmini, ieri ricordava che è intenzione di tutti ridimensionare le misure. E ipotizzava una convocazione della cabina di regia per discutere i termini di questa progressiva rimodulazione delle regole, già per la prossima settimana.

Un allentamento già certo, e più imminente, riguarda la Lombardia che lascerà la zona

gialla per la bianca da lunedì prossimo. Il presidente della Regione, Attilio Fontana, ha preannunciato la decisione ufficiale, che arriverà venerdì dal ministero. «Grazie alla campagna vaccinale che vede la Lombardia primo territorio al mondo per la terza dose con punte di adesione del 98 per cento tra i ventenni — ha commentato la sua vice e assessora alla Sanità, Letizia Moratti — tutti gli indicatori sono tornati sotto soglia».

Proprio tra i bambini e i ragazzi, più colpiti dalla variante Omicron, tanto che l'incidenza più alta, ancora nell'ultimo monitoraggio, si misurava sotto i 19 anni, si osserva un nuovo corso. Dal 14 al 21 febbraio, rileva l'Associazione degli ospedali pediatrici (Aopi) i ricoveri per Covid sono calati del 30%. E degli attuali degenti il 69% di quelli in età vaccinabile (da 5 a 18 anni) è composto da non immunizzati. Intanto i ricercatori ame-



ricani, coordinati dai Centers for disease control and prevention, hanno pubblicato uno studio che ridimensiona di molto l'eventuale rischio di un legame tra la sindrome infiammatoria multisistemica sviluppata dai bambini dopo il Covid, e il vaccino. «Qualora un legame ci fosse — scrivono nel loro rapporto su *Lancet child and adolescent health* — il rischio sarebbe molto basso, compreso tra 0,3 e 1 caso ogni milione di vaccinati. La probabilità di sviluppare la Mis-C è molto maggiore nei bambini non vaccinati e con-

tagiati».

Riguardo alla curva pandemica, i numeri sono confortanti. Con 60.029 nuovi casi individuati attraverso 603 mila tamponi, il tasso di positività scende sotto il 10% per la prima volta nel 2022. Calano i ricoverati nei reparti ordinari, 299 in meno rispetto al giorno prima. È, invece, alto il numero delle vittime: 322.

Adriana Logroscino

15,1

Per cento

Il calo dei nuovi positivi in Italia nei primi due giorni di questa settimana rispetto al lunedì della settimana passata (84.437 contro 99.482)

9,9

Per cento

Il tasso di positività dei tamponi (molecolari e rapidi) contabilizzati nel bollettino di ieri. Il martedì precedente il tasso era al 10,2%



«Nessun errore all'inizio Il virus era sconosciuto, facevamo scelte al buio»

Miozzo: Cts convocato in un anno 165 volte

L'intervista

di Margherita De Bac

Agostino Miozzo, ha letto le parole del suo collega Giuseppe Remuzzi, che in un'intervista al «Corriere» si auto-colpevolizza assieme alla comunità scientifica? Quali errori avete commesso durante la pandemia?

«La gestione di qualsiasi emergenza è zeppa di errori. Pensiamo al contesto in cui ci siamo mossi: abbiamo dovuto prendere decisioni drammatiche, praticamente al buio. Senza informazioni, senza elementi di certezza, senza una guida da parte degli organismi internazionali».

Stenta a contenere l'alterazione della voce l'ex coordinatore del Comitato tecnico-scientifico, nominato il 5 febbraio del 2020, poco prima che a Codogno si scoprisse il «paziente Uno» e quindi che il Covid era già presente nel Nord Italia.

«Ci siamo riuniti per la prima volta il 7 febbraio, da allora fino al 12 marzo del 2021 siamo stati convocati altre 164 volte. Questo il clima in cui si lavorava nella sede della Protezione civile. Poi il governo Draghi ha rinominato un nuo-

vo Cts fino al 4 febbraio 2022. In tutto 62 riunioni, la metà di noi».

Perché questo confronto?

«Voglio solo dire quanto in quella fase le scelte del governo dipendevano da valutazioni scientifiche mentre dopo sembra aver prevalso una logica più politica».

Avete tardato a comprendere l'entità del pericolo?

«Nei primi giorni del 2020 le uniche informazioni arrivavano dalla Cina. Fino a metà febbraio negli Stati Uniti e in Europa si sapeva dell'esistenza di una malattia grave nella regione di Wuhan. Il 20 dello stesso mese, nel mondo occidentale, i casi erano 924 e 585 riguardavano il focolaio della Diamond Princess, la nave bloccata al largo di Yokohama. Ricordo che solo l'11 marzo l'Oms ha annunciato ufficialmente l'avvio della pandemia».

Possibile mancasse la percezione dell'imminente catastrofe?

«Nessun organismo extra nazionale, a cominciare dall'Ue, ha condiviso comunicazioni di allarme fornendo istruzioni di comportamento. Malgrado ciò, l'Italia è stato il primo Paese a chiudere gli scali ai voli dalla Cina nel tentativo di rallentare la possibile diffusione del virus, purtroppo nessun altro governo euro-

peo ci ha seguiti. Tutti hanno sottovalutato».

Voi per primi?

«Con il senno di poi si è capito che chiudere gli aeroporti era stato inutile perché il virus era comunque sbarcato. Criticare a fuochi spenti le nostre scelte è facile. In quella fase non c'erano certezze neppure sui tempi di incubazione dell'infezione, si oscillava tra due e 14 giorni».

Se tornasse indietro?

«La partita fra Atalanta e Valencia del 19 febbraio ha agito da incubatore del virus, molti spettatori venivano dalla zona dove si stava diffondendo. Remuzzi ha ammesso che era tra loro. Io aggiungo che non ha colpe per essere andato allo stadio, non c'erano elementi per evitarlo».

E stata dura blindare l'Italia?

«Durissima. Nessuno ha fatto pressioni dirette su di noi ma ricordo quante riflessioni di natura politica ed economica ci venivano riportate. Tanti rumors. Nessuno sapeva quali sarebbero state le conseguenze del lockdown. Esitavamo, cercavamo un equilibrio. Alla fine ha vinto il virus: i casi galoppavano e bisognava fermarlo».

Avete tardato a chiudere?

«Certo se avessimo anticipato al 20 febbraio la diffusione sarebbe stata diversa. Man-

cavano i presupposti per deciderlo. Perché avremmo dovuto dare queste indicazioni? A me tutti questi che adesso criticano quanto è stato fatto sembrano patetici. Bravissimi, da fuori. Come quando gioca la Nazionale di calcio e tutti credono di avere la formazione vincente».

Quali ricordi bruciano?

«Vietare l'ingresso dei parenti nelle Rsa, immaginare gli anziani lasciati soli, impedire i funerali. Rispondeva al cellulare per ascoltare la gente piangere. Sindaci, colonnelli dei carabinieri, medici, direttori di ospedale. Cercavamo soluzioni senza averne perché mancavano mascherine, ossigeno, tutto. E gli avventurieri del commercio imperversavano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Abbiamo
tardato
a chiudere
l'Italia?
Certo
se avessimo
anticipato
al 20
febbraio
la diffusione
sarebbe
stata
diversa, ma
non c'erano
i presupposti
per deciderlo



Esperto
Agostino Miozzo,
ex coordinatore
del Cts



IL RAPPORTO

Cittadini (Aiop) indica come valorizzare la sinergia tra pubblico e privato

«Va recuperata l'idea di salute come investimento e non costo»

ANGELA BARBIERI

••• Con la pandemia si è avuto un consistente aumento di prestazioni per pazienti Covid. Nel 2020, il blocco delle prestazioni sanitarie non-Covid ha interessato il 50% dei pazienti, con una punta del 71,5% per chi aveva programmato interventi chirurgici. È quanto emerge dal 19esimo Rapporto sull'attività ospedaliera in Italia "Ospedali&Salute", promosso dall'Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop), in collaborazione con Ermeneia, presentato al ministero della Salute.

Tra le priorità evidenziate, la necessità di ribilanciare le prestazioni tra pazienti Covid e pazienti non-Covid e l'esigenza di ottimizzare i servizi «mettendo a

sistema» l'attività degli istituti ospedalieri di diritto pubblico e di quelli di diritto privato. Urgente, inoltre, riorganizzare il Servizio Sanitario Nazionale, con un effettivo rifinanziamento e un apporto più largo da parte del settore privato. Come sottolinea la presidente di Aiop, Barbara Cittadini, «un ruolo determinante nel contrasto alla malattia è arrivato dalle strutture appartenenti all'Aiop, che hanno messo a disposizione quasi 1000 per terapie intensive e sub-intensive e 9400 per acuti e post-acuti». Secondo la Cittadini «occorre

ripensare il SSN, valorizzando la sinergia tra le strutture di diritto pubblico e quelle di diritto privato, recuperando l'idea della "salute come investimento"

e non più come puro costo». Una necessità condivisa dal sottosegretario Andrea Costa: «Il sostegno dato dal mondo privato è stato fondamentale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Collaborazione

Andrea Costa
(sottosegretario
alla Salute)
e Barbara
Cittadini
(presidente
Aiop)





Dir. Resp. Marco Tarquinio

Nel 2020 stop a sette operazioni su dieci

Con la pandemia, c'è stata una «esplosione di prestazioni» per pazienti Covid, inclusi coloro che si sono trascinati a lungo gli effetti dell'infezione. Di contro, il blocco delle prestazioni sanitarie non-Covid, nel 2020, ha riguardato il 50% dei pazienti, con una punta del 71,5% per chi aveva interventi chirurgici programmati. E

questo fenomeno «si è manifestato, sia pure in maniera inferiore, anche nel 2021». È quanto emerge dal Rapporto sull'attività ospedaliera in Italia *Ospedali&Salute* dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), presentato al ministero della Salute e basato su dati delle strutture sanitarie e interviste a campione. Quanto

riferito dai pazienti viene confermato dai dati forniti dagli ospedali, che, tra il 2019 e il 2020, mostrano una contrazione del -21% di ricoveri ordinari per i pazienti non-Covid, che arrivano a -23,9% per il Mezzogiorno. Mentre le prestazioni specialistiche vedono un calo del 30,3% nei primi 9 mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019, con

valori più alti in Lombardia (-51,9%) e provincia di Bolzano (-48,8%).



La Ue incalza Roma: ora decidete sul Mes

Sanità, arriva il nuovo contratto per gli infermieri 200 euro in più

Andrea Bassi

Aumenti medi per gli infermieri di circa 200 euro lordi al mese. L'Aran, l'Agenzia per la rappresen-

za negoziale delle Pubbliche amministrazioni, prova ad

accelerare sulla chiusura del nuovo contratto per la Sanità.

A pag. 8



Sanità, per gli infermieri in arrivo aumenti fino a 200 euro al mese

IL NEGOZIATO

ROMA Aumenti medi per gli infermieri di circa 200 euro lordi al mese. L'Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle Pubbliche amministrazioni, l'ente che siede per il governo ai tavoli dei rinnovi contrattuali del pubblico impiego, prova ad accelerare sulla chiusura del nuovo contratto per la Sanità. Ieri durante il vertice con i sindacati, il presidente dell'Aran, Antonio Naddeo, ha presentato una articolata bozza di accordo. Il prossimo incontro è stato fissato a stretto giro, per venerdì. Il contratto della Sanità copre molte professionalità diverse tra di loro, dagli infermieri alle puericultrici, dai tecnici di laboratorio alle ostetriche, fino al personale amministrativo. La bozza di contratto prevede, come già accaduto per le Funzioni centrali, una riforma dell'ordinamento professionale. Le aree della Sanità passeranno da quattro a cinque: quella degli operatori ausiliari (che raggrupperà le vecchie aree A e B), quella degli operatori (in cui confluirà la vecchia area Bs), quella degli assistenti (ex area C), quella dei professionisti sanitari e funzionari (tutta la vecchia area D) e, infine, la nuova area del personale di elevata qualifica-

zione.

I NUMERI

La bozza presentata dall'Aran indica innanzitutto quali saranno gli aumenti "tabellari". Si va da un minimo di 54,50 euro mensili di un operatore ausiliare del primo gradino della vecchia area A, fino ai 98,10 euro di un DS6, il livello più elevato dei professionisti sanitari. Oltre agli aumenti tabellari viene prevista per gli infermieri, una indennità specifica infermieristica, corrisposta per 12 mensilità, che va dai 62,81 euro per l'area degli operatori, fino ai 72,79 euro per l'area dei professionisti sanitari. Per gli operatori sanitari, come ostetriche, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica, ecc, arriva invece una «indennità di tutela del malato», che varia tra 35,46 euro per chi è nell'area degli operatori e 41,10 euro per chi si trova nell'area dei professionisti sanitari. Ma non tutti i numeri degli aumenti sono stati svelati dall'Aran. Nel documento manca ancora un pezzo importante, ossia la remunerazione del nuovo sistema degli incarichi. Il contratto introduce infatti due tipi di incarichi: di funzione e di posi-

zione, la cui remunerazione dipende dal grado di complessità. Inizialmente gli incarichi potranno essere conferiti anche in deroga ai titoli richiesti a personale che abbia maturato nella posizione almeno 15 anni di esperienza.

IL PRECEDENTE

Come avvenuto per le funzioni centrali, poi, anche nella Sanità ci saranno progressioni orizzontali, ossia "scatti" basati su merito e anzianità. Nell'area dei professionisti sanitari, saranno possibili durante la carriera sette scatti di mille euro l'anno ciascuno. Nell'area degli assistenti gli scatti possibili sono sempre sette, ma l'importo del singolo scatto scende a 850 euro. Nell'area degli operatori gli scatti sono sei per un importo di 600 euro. Men-



tre nell'area degli operatori ausiliari l'aumento annuale di ogni singolo scatto è di 500 euro per un limite sempre di sei scatti nella carriera. A che punto sono le trattative? L'Aran spinge per chiudere il contratto, anche su pressione del ministro della Funzione Pubblica Renato Brunetta. I sindacati tuttavia, non si sono detti soddisfatti della bozza presentata. Va considerato anche

che tutte le sigle sono in piena campagna elettorale per il rinnovo delle Rsu, le rappresentanze sindacali. Un periodo, insomma, non proprio semplice per chiudere una trattativa.

Andrea Bassi

**BOZZA DI CONTRATTO
PRESENTATA DALL'ARAN
AI SINDACATI:
FINO A SETTE SCATTI
DI CARRIERA
VENERDÌ NUOVO VERTICE**



Infermieri al lavoro in una sala operatoria



Sanità, gli infermieri verso il premio Covid: da 63 a 73 euro al mese

Rinnovo. Nel nuovo contratto ipotesi di aumenti del tabellare da 54 a 98 euro
Promozioni economiche da 500 euro agli ausiliari e da 1.000 ai professionisti

Gianni Trovati

Quando sui tavoli del negoziato arrivano le cifre delle tabelle economiche significa che il rinnovo contrattuale tenta l'accelerata verso il traguardo della firma. Nel caso degli infermieri, o meglio dei 544 mila dipendenti della sanità pubblica che non sono dirigenti medici, i numeri sono arrivati ieri. E completano un testo al centro da settimane di un confronto ancora serrato fra Aran e sindacati per riscrivere l'ordinamento professionale in sanità, e per sbloccare quell'indennità «di specificità infermieristica» finanziata a fine 2020 dalla legge di bilancio del governo Conte-2 con 335 milioni l'anno ma rimasta parcheggiata in attesa del contratto.

Il viaggio nelle cifre che percorrono le 132 pagine della bozza presentata ieri può allora partire da qui. L'indennità, pensata per ricompensare la categoria dello sforzo straordinario nella lunga battaglia contro il Covid, si traduce in un aumento strutturale da 62,81 euro al mese per l'area degli operatori, il primo scalino nella gerarchia sanitaria; la spinta sale a 66,97 euro per gli assistenti e arriva a 72,79 euro per professionisti e funzionari.

La tabella, che dettaglia per i diversi profili professionali i valori anticipati sul Sole 24 Ore del 27 gennaio, arriva in fondo alla maxi-bozza con il nuovo contratto 2019/2021. Ed è preceduta dalle altre griglie che completano un mosaico contrattuale da 1,015 miliardi a regime.

La più importante riguarda gli aumenti del tabellare, che a seconda del-

la posizione economica vanno da 54,5 a 98,1 euro lordi al mese. Quando il nuovo contratto sarà in vigore, quindi, gli stipendi base saliranno a 18.131,89 euro lordi all'anno per la posizione economica più bassa, la «A» nella nuova architettura degli ordinamenti, e arriveranno a 32.081,46 euro nella più alta, la «DS6».

Come negli altri comparti del pubblico impiego, che arrivano al rinnovo contrattuale quando il triennio di riferimento è ormai scaduto, il nuovo stipendio base porterà con sé una ricca mole di arretrati: che ipotizzando con un po' di ottimismo una firma rapida e un'entrata in vigore a maggio produrranno un'una tantum da 1.200 euro abbondanti per gli stipendi più bassi su su fino ai 2.200 euro per le parti alte dell'organigramma.

Il terzo capitolo numerico riguarda i «differenziali stipendiali», le nuove promozioni economiche che sostituiscono le attuali progressioni orizzontali con l'obiettivo di premiare l'esperienza professionale maturata sul campo. Anche in questo caso, numero e valore degli aumenti cambiano a seconda dei livelli di inquadramento, nei quattro scalini che in sanità si troveranno sotto la nuova area delle «elevate professionalità». Nelle aree prima («operatori ausiliari») e seconda («operatori») si potrà ambire nel corso della carriera a 6 differenziali, che saranno da 500 e 600 euro all'anno. Gli «assistenti» (area terza) potranno invece collezionarne fino a 7, da 850 euro. E lo stesso numero massimo sarà fra gli obiettivi dei «professionisti sanitari» e dei «funziona-

ri» (area quarta), dove la promozione porterà in busta paga la cifra tonda di mille euro all'anno.

Questa pioggia di numeri, si diceva, è destinata ad animare un rinnovo organizzativo che introduce anche nella sanità l'area della «elevata qualificazione» pensata per ricostruire le competenze tecniche in una Pa arrivata seminuda alla prova del Pnrr. E rinnova il sistema degli «incarichi» che oltre ad assegnare compiti specifici rinforzano lo stipendio. Sul punto sono state consumate molte energie negoziali, fino alla definizione del principio per cui tutti i dipendenti della quarta area avranno un incarico. Una nuova riunione è in agenda venerdì, in un calendario stretto che indica la voglia di accelerare. E oggi si replica con il contratto degli enti locali, anche loro destinati a essere articolati in cinque livelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intesa da un miliardo servirà a sbloccare l'indennità pensata a fine 2020 per premiare l'impegno anti-pandemia



PROFESSIONI*Ssn, al via
l'osservatorio
sicurezza*

Al via l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Nella gazzetta ufficiale n. 41 del 18 febbraio scorso, infatti, è stato pubblicato il decreto del Ministero della salute del 13 gennaio che rende operativo quanto previsto dalla legge 113/2020 (disposizioni in materia di sicurezza per le professioni sanitarie) e ancor prima quanto indicato nella legge 3/2018 (cosiddetta legge Lorenzin, che ha rivoluzionato il mondo del-

la rappresentanza delle professioni sanitarie). L'osservatorio sarà istituito presso la direzione generale delle professioni sanitarie del ministero della salute. L'organo sarà composto da: otto rappresentanti delle regioni, un rappresentante dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), un rappresentante del ministero dell'interno, uno del ministero della difesa, uno della giustizia e uno del lavoro. Oltre a questi, un rappresentante Inail, uno dalla Fnom-

ceo (Federazione medici, odontoiatri e chirurghi) e uno da tutte le federazioni regolate dalla legge Lorenzin (dagli infermieri agli psicologi, dai veterinari ai chimici e fisici), oltre che i vari rappresentanti sindacali. Avranno il compito di monitorare gli episodi di violenza commessi a danni dei professionisti e i cosiddetti «eventi sentinella», che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia. All'Osservatorio, inoltre, l'obbligo di promuovere studi e analisi per

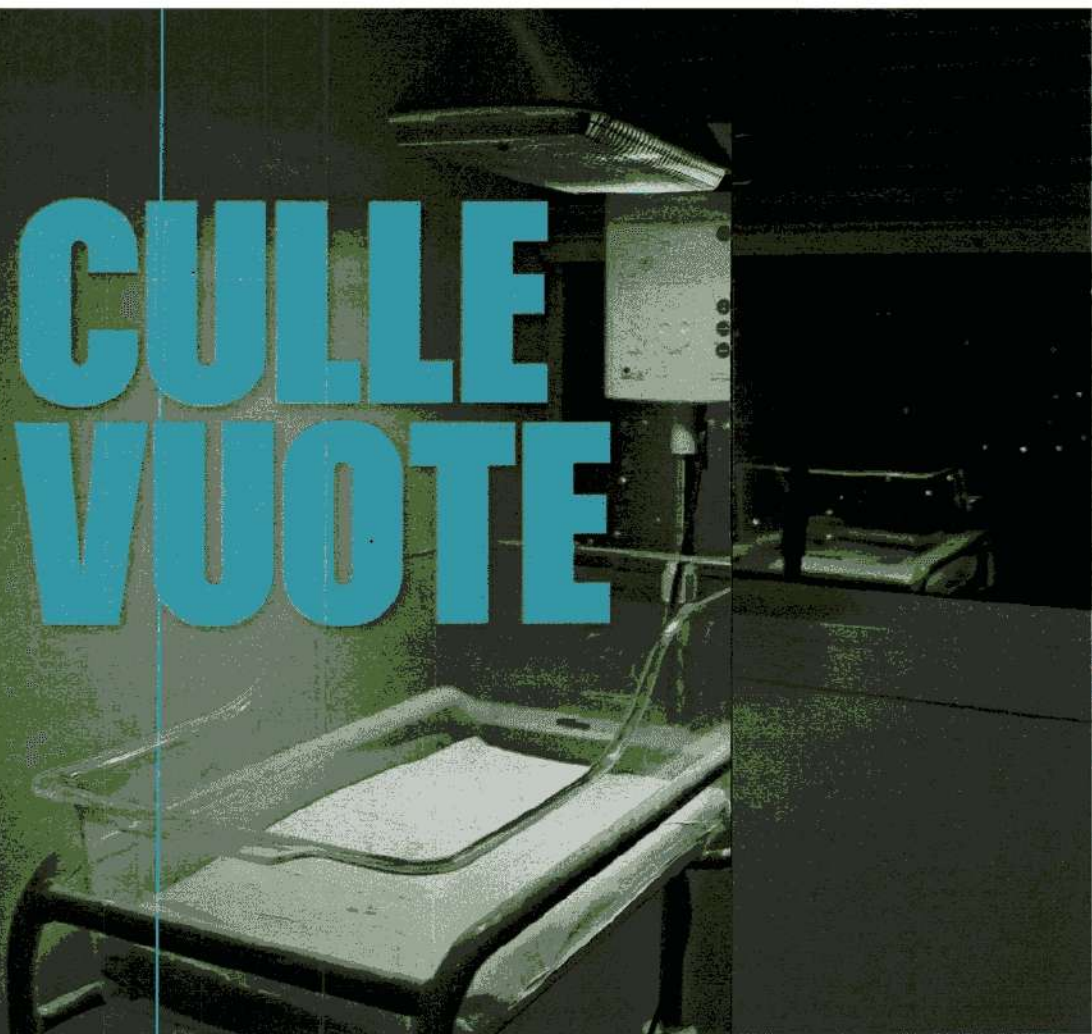
la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti, oltre che promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Allo stesso modo, dovrà promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati «alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti».



IL PAESE DELLE

CULLE VUOTE

Facciamo sempre meno figli, con un tasso di fecondità tra i più bassi d'Europa. I motivi? Molteplici. Gravidanze sempre più rimandate (anche per problemi economici), fertilità in calo, decisione di fermarsi al primogenito. E investimenti troppo limitati da parte del governo per i sostegni alla maternità e all'infanzia.



di Cristina Bellon

Facciamo un figlio? Oggi la risposta è sempre più spesso no. Oppure forse. O non adesso. Siamo passati dal baby-boom degli anni Sessanta al no-baby dell'era moderna. E se a questo scenario aggiungiamo eventuali contraccolpi (da indagare) legati ai disordini ormonali indotti dal vaccino anti-Covid, il quadro appare sempre più preoccupante.

Tra il 1968 e il 1974 il tasso di fecondità nel nostro Paese era di 2,49 bambini per coppia, ben sopra del cosiddetto «tasso di ricambio»: ossia il livello che garantirebbe di mantenere le dimensioni della popolazione costanti nel tempo. Ora è all'1,2, i livelli peggiori d'Europa.

«Secondo stime Ocse, pubblicate prima della pandemia, l'Italia è tra i Paesi sviluppati che più rischiano di trovarsi a metà secolo con un rapporto 1 a 1 tra

lavoratori e pensionati» afferma Alessandro Rosina, ordinario di Demografia e Statistica sociale all'università Cattolica del Sacro Cuore, autore di *Crisi demografica* (edito da Vita e Pensiero).

«Oggi non consideriamo l'orologio biologico, siamo stati concepiti per fare figli tra i 20 e i 30 anni. Secondo l'Istat, la prima gravidanza avviene a 31,3 anni, nel 1965 era a 23. Ma dopo i 35 anni, il sistema riproduttivo femminile inizia un graduale depauperamento qualitativo e quantitativo» dice Alberto Vaiarelli, ginecologo, segretario della Società Italiana di Fertilità e Sterilità - Medicina della Riproduzione (Sifes-Mr).

L'età in cui si ha il primo figlio, in media superiore a 31 anni, «corrisponde all'età in cui in Francia le coppie progettano il secondo. Eppure, il numero desiderato di figli in Italia è attorno a due, come nel resto d'Europa» aggiunge Rosina. «Se la media è di 1,2 figli per coppia vuol dire che abbiamo un terzo in meno di bambini desiderati. È su quel

terzo in meno che dobbiamo agire con politiche adeguate».

Si parla di infertilità dopo un anno di rapporti mirati non protetti. Il 15-20 per cento delle coppie ha problemi di questo tipo e quelle che accedono a un programma di aiuto sono sempre più avanti con gli anni (e in aumento).

«Le patologie non crescono, ma un'endometriosi a un'età avanzata può avere un impatto più significativo» continua Vaiarelli. «Le coppie dai 40 anni in su generalmente hanno un'infertilità idiopatica, di cui cioè non è possibile individuare la causa, se non riconducibile a una potenziale fertilità minore dovuta all'età. Siamo andati nelle scuole e università presentando il progetto #ideefertili per promuovere la cultura della fertilità. Perché vediamo



tante donne over 40 che non hanno fatto nemmeno un pensiero sulla gravidanza. Con le nostre conoscenze e in base alla legge 40/2004, abbiamo la possibilità di trattare donne fino ai 50 anni, però questa non deve essere la normalità».

Cresce così il numero delle cosiddette «childfree». Secondo il rapporto giovani 2020 dell'Istituto Toniolo, tra le donne di età 30-34 anni, il 20 per cento non vuole figli, e un 30 per cento non esclude la possibilità di averli ma pensa che si sentirebbe realizzata anche senza. Sta di fatto che «dal 2008 al 2018 le nascite si sono ridotte del 23 per cento, ossia 136 mila

bambini in meno in 10 anni. Dal 2017 al 2018, abbiamo avuto un decremento del 4 per cento: 18 mila bambini non nati. È un dato enorme che dovrebbe farci riflettere sul perché le coppie arrivano così tardi nei nostri centri» avverte Vaiarelli.

La verità è che siamo in una trappola demografica, con la fecondità più bassa d'Europa e un numero di donne in età riproduttiva sempre minore. Abbiamo tra le più alte percentuali di Neet (i giovani che non studiano e non lavorano), e tra i più bassi tassi di occupazione delle donne con figli. «I giovani non hanno un reddito sufficiente e stabile per costruire una famiglia. Così posticipiamo l'età dell'arrivo del primo figlio, e questo ritardo si traduce in una fertilità più bassa. Se poi ci si trova in difficoltà a combinare vita familiare e lavoro, difficilmente si piani-

ficheranno altre nascite» dichiara Rosina.

L'Italia poi investe poco sui servizi per l'infanzia. Solo il 26 per cento di bambini tra zero e due anni utilizza gli asili nido. L'obiettivo europeo, che avremmo dovuto raggiungere nel 2010, era del 33 per cento. Francia e Svezia hanno superato il 50 per cento. Infine, le rette degli asili nidi devono essere ridotte. E gli orari devono adattarsi a un mondo del lavoro molto cambiato.

Ma in questo inverno demografico pare ci sia un germoglio. A detta di Vaiarelli, «dopo il lockdown sono aumentate le coppie che hanno chiesto aiuto. Questo può essere riconducibile a una voglia di riflettere con consapevolezza sul proprio stato di infertilità e sul desiderio genitoriale». Una tendenza frutto dei progressi della medicina, innanzitutto, ma anche di una società che (forse) sta cambiando dopo il Covid. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1,2 bambini per coppia: il tasso di fecondità dell'Italia, il più basso in Europa. Tra il 1968 e il 1974 era di 2,4. E in media, oggi, la prima gravidanza si ha a 31 anni (nel 1965 era a 23 anni).





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Novavax, opportunità per gli indecisi Ma gli esperti: lo faranno in pochi

VITO SALINARO

C'è una speranza che accompagna l'arrivo di Novavax in Italia, previsto a fine febbraio: e che cioè la "fattura tradizionale" e proteica del nuovo vaccino americano, già usata per altri farmaci, induca i no-vax indecisi o timorosi – più che gli intransigenti – a farsi immunizzare. Ecco perché, nelle parole di Massimo Ciccozzi, responsabile dell'unità di Statistica medica ed epidemiologia al Campus Bio-Medico di Roma: «Novavax è un vaccino a vecchia concezione, è proteico come quelli dell'epatite B, dell'Hpv, dell'herpes zoster». E quindi non tanto i no-vax, «che hanno una preclusione ideologica verso i vaccini», ma «i più timorosi potrebbero superare la diffidenza grazie a questo farmaco». Insomma, «chi non ha voluto fa-

re il vaccino a mRNA», può decidere per uno «tradizionale com'è il Novavax». Anche se, spiega l'epidemiologo, «ci sono prove sulla immunogenicità del Novavax, ma non quelle di efficacia verso la variante Omicron». Si tratta «certamente di una ulteriore opportunità» di profilassi, aggiunge Massimo Andreoni, primario di Infettivologia al Policlinico Tor Vergata di Roma e direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit). Una seconda occasione di cui dovrebbe far tesoro «soprattutto chi ha nutrito dubbi sul vaccino a mRNA e potrebbe preferire questo vaccino tradizionale proteico». Una speranza, al momento. Nulla di più. «Temo che ormai la situazione sul fronte dei no-vax si sia molto incancrenita – osserva Andreoni – e non sarà semplicissimo per tutti i contestatori delle immunizzazioni anti-Covid convincersi a farsi una dose di Novavax». Ancora più netto il parere del primario infettivologo del Policlinico San Martino di Genova, Matteo Bassetti, per il quale «non si vaccinerà nessuno o in pochissimi, anche se non è un vaccino mRNA ma proteico. Qui il pro-

blema è di chiusura mentale nei confronti dei vaccini in generale». La tecnologia mRNA, evidenzia, «ci darà il vaccino per tante malattie tumorali. È un'evoluzione positiva, meno male che c'è stata. Chi attacca Big Pharma come se fosse la "Spectre" ricordi che è grazie a queste realtà se adesso si vive fino a 85 anni. Meno male che ci sono le industrie farmaceutiche che se dovessimo aspettare l'Italia con i soldi che stanziava per la ricerca, sapete dove saremmo?». Intanto, il commissariato all'Emergenza Covid, fa sapere che è di 889.999 persone la platea dei soggetti con «marcata compromissione della risposta immunitaria» che riceverà, dal primo marzo, la quarta dose vaccinale booster. In una circolare, il generale Francesco Figliuolo invita le Regioni a verificare i dati sulla «sui soggetti fragili segnalati alla Struttura commissariale lo scorso settembre». Dall'1 marzo, si legge, sarà possibile somministrare un'ulteriore dose di vaccino come richiamo ("booster") a «tutti i soggetti in argomento di età pari o superiore a 12 anni, che abbiano già completato il ciclo vaccinale primario con tre dosi (di cui la terza addizionale), dopo un intervallo minimo





di almeno quattro mesi (120 giorni) dalla dose addizionale stessa».

Nel frattempo, l'Istituto superiore di sanità (Iss), definisce false le voci sulla minore efficacia, o addirittura sull'azione controproducente che la terza dose provocherebbe agli under 40. L'Iss ricorda che «il rischio di ricovero nella fascia 11-39

anni è molto simile, e talvolta leggermente maggiore, in chi ha fatto il booster rispetto a chi ha solo due dosi di vaccino anche se da più di 120 giorni. Questo però non vuol dire che il booster sia poco efficace o controproducente», perché i soggetti nella fascia di età 12-39 che sarebbero poco rispondenti

ai vaccini, «sono quelli che hanno completato per primi il ciclo vaccinale», in quanto «considerati a rischio elevato».

L'Istituto superiore di sanità definisce false le voci su una minore efficacia, o addirittura sull'azione controproducente che la terza dose provocherebbe a chi ha meno di 40 anni

LA NOVITÀ

Arriva a giorni, in Italia, il vaccino «proteico, a vecchia concezione» che potrebbe convincere a immunizzarsi chi teme la tecnologia a mRNA. Il generale Figliuolo: la quarta dose andrà a una platea di 890mila soggetti fragili

I numeri del contagio da Sars-CoV-2 nel nostro Paese

322

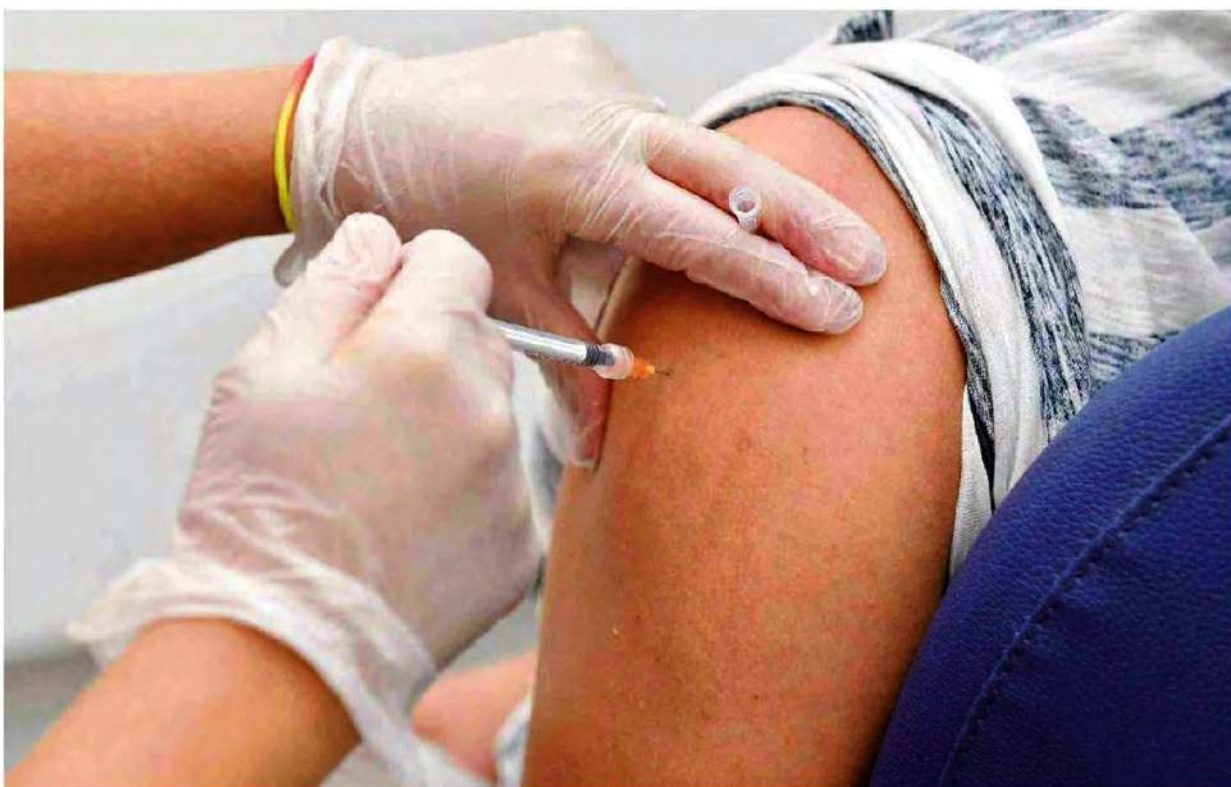
Ancora altissimo il numero di decessi legati al Covid-19. Dall'inizio della pandemia sono 153.512

9,9%

Per la prima volta nel corso del 2022 scende sotto il 10% il tasso di positività: 60.029 i nuovi casi

-32

Scendono i pazienti ricoverati nelle terapie intensive italiane, dove trovano posto, oggi, 896 persone



Il debutto di Novavax Quale protezione garantisce e quante dosi servono

Domande & risposte

1 Il primo milione di dosi di Novavax arriva in Italia. Da oggi Regioni come Piemonte e Marche danno il via alle prenotazioni, domani il Lazio. È un vaccino a base di proteine ricombinanti, che cosa sta a indicare?

Significa che la risposta immunitaria viene stimolata da alcuni frammenti di una proteina, in questo caso la Spike — necessaria al Sars-CoV-2 per agganciarsi e penetrare nelle cellule —, che è copiata in laboratorio. Con tecniche di ingegneria genetica i frammenti vengono purificati e riprodotti in laboratorio. Le particelle proteiche, una volta iniettate nell'organismo umano, stimoleranno la produzione di anticorpi anti Spike, già pronti a combattere il virus in caso di infezione.

2 Contiene altre sostanze?

Nel vaccino, oltre alla proteina ricombinante, c'è un adiuvante, cioè una sostanza che aiuta il sistema immunitario a innescare una buona risposta. L'adiuvante è a base di saponina, estratta dalla corteccia di un albero, la *quillaja saponaria*.

3 Che differenza c'è con i vaccini a Rna messaggero?

I vaccini a Rna messaggero contengono le istruzioni per rendere capace l'organismo di fabbricare in proprio la proteina Spike con l'obiettivo di produrre gli anticorpi. Una volta «consegnate» alla cellula le istruzioni che le servono, il frammento di Rna si disintegra. L'approccio di Novavax è maggiormente conosciuto ed è stato già utilizzato per vaccini contro altre malattie, ad esempio l'anti meningococco e l'anti epatite B.

4 Quanto è efficace?

In base a quanto verificato dall'Agenzia europea per i medicinali (Ema), e poi riesaminato dalla nostra agenzia Aifa, il vaccino è risultato efficace al 90% nel prevenire la malattia sintomatica. Il risultato è emerso da due studi clinici che hanno coinvolto circa 50 mila partecipanti (30 mila persone hanno ricevuto l'iniezione con il preparato, 20 mila il placebo). Il primo, condotto tra Stati Uniti e Messico, ha registrato un'efficacia del 90,4%. Il secondo studio, realizzato prevalentemente in Inghilterra, una protezione del 89,7%. Quindi si tratta di una copertura alta ma pur sempre inferiore a quella garantita dai vaccini già utilizzati (Pfizer e Moderna) che arrivano al 95%

circa.

5 Quante dosi servono?

Per arrivare a questa soglia di efficacia sono previste due dosi somministrabili a tre settimane di distanza. È in attesa di pubblicazione uno studio sul contributo di una terza dose al rafforzamento dell'immunità contro il coronavirus. Per il momento il vaccino è stato autorizzato solo per il ciclo primario, ovvero due dosi.

6 Agisce anche contro la variante Omicron?

Gli studi dell'azienda sono stati eseguiti quando Omicron non era ancora in circolazione e il ceppo prevalente era il Beta. Però, sempre l'articolo uscito in *pre print*, sembrerebbe dimostrare che gli anticorpi stimolati da questo vaccino inibiscono anche Omicron.

7 Qual è il valore aggiunto di Novavax?

Si conta sul fatto che possa avvicinare alla vaccinazione i cosiddetti esitanti, la cui retrosia si basa sull'ingiustificata paura che i composti a mRNA possano modificare il genoma o causare effetti nocivi sulla fertilità. In futuro il nuovo arrivato potrebbe essere inserito negli schemi di vaccinazione eterologa (ad esempio, due dosi di Pfizer, la terza

con Novavax). Pur mancando ancora i dati sul prodotto specifico, questa strategia si è dimostrata sicura e in grado di indurre una risposta immunitaria più solida.

8 A chi è raccomandato?

A tutti, a partire dai 18 anni d'età. Si è visto che l'efficacia si mantiene costante anche nei soggetti di età superiore ai 64 anni.

9 È sicuro questo tipo di vaccino?

Il profilo di sicurezza è apparso soddisfacente, sono state osservate durante gli studi clinici reazioni avverse di lievissima entità, prevalentemente locali (arrossamento o gonfiore in prossimità della puntura). Ovviamente dati più completi sulla sicurezza si otterranno solo con un costante monitoraggio della vaccinazione «sul campo», attraverso il sistema di farmacovigilanza.

10 Come si conserva?

In frigorifero, a temperature normali. Novavax non richiede il rispetto della catena del freddo come i vaccini a Rna messaggero.

11 Da chi è prodotto?

Dall'azienda americana Novavax, nome commerciale Nuvaxovid. È il quinto vaccino autorizzato dagli enti di regolatori in Europa dopo quelli di Pfizer, Moderna, AstraZeneca e Janssen.

M. D. B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nuvaxovid è il nome commerciale del nuovo vaccino anti Covid dell'azienda Usa Novavax: è a base di proteine ricombinanti



Farindustria, Italia rischia blocco ricerca clinica

"L'Italia rischia di rimanere ferma ai blocchi di partenza nella ricerca clinica. Il Regolamento europeo sulla Sperimentazione clinica, che migliora e snellisce le norme necessarie a studiare nuovi medicinali, entrato in vigore il 31 gennaio 2022, non potrà essere pienamente operativo da subito - segnala Farindustria - a causa della mancata realizzazione dei decreti che riguardano appunto lo sviluppo dei nuovi farmaci da parte delle imprese. E questo riduce la competitività del nostro Paese per la Ricerca e Sviluppo, che invece, come sottolineato di recente dal presidente del Consiglio, Mario Draghi, 'deve essere al centro della crescita dell'Italia'. Ammonisce l'associazione nazionale imprese del farmaco: "L'emanazione dei decreti attuativi è un 'must' per evitare di percorrere una strada sempre più in salita rispetto ai competitor internazionali".

"Secondo un'indagine Farindustria", condotta "con la partecipazione di un campione rappresentativo composto da 34 imprese impegnate in ricerca clinica - spiega una nota - su 396 studi clinici da avviare nel 2022, 86 saranno svolti secondo la nuova normativa comunitaria e quindi rischiano di essere effettuati in altri Paesi in assenza dell'adozione delle nuove regole. Questo significherà meno pazienti che avranno l'opportunità di entrare in uno studio con trattamenti ai più alti livelli di innovatività, meno crescita professionale dei ricercatori e di tutto il personale coinvolto, meno investimenti delle imprese nei centri clinici e quindi a favore del Servizio sanitario nazionale".

"Secondo le stime del Laboratorio sul management delle sperimentazioni cliniche di Altems, Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari



- Università Cattolica di Roma, se non partissero gli 86 studi - avverte Farmindustria - si perderebbero investimenti tra i 75,5 e i 93,6 milioni di euro, pari al contributo totale dato dalle imprese ai centri clinici attraverso la fornitura gratuita dei farmaci ai pazienti coinvolti e la copertura dei costi connessi ai trial".

Ai problemi elencati "si aggiungerebbero, come ricordato - insiste l'associazione delle aziende pharma - la perdita di competitività nel panorama europeo e una più bassa capacità di attrarre finanziamenti per nuovi studi in Italia anche in futuro".

"L'Italia ha un ruolo di primo piano nella R&S clinica, grazie anche alla sinergia e al collaborativo network con istituzioni, università e centri di ricerca", rivendica Farmindustria. "Ruolo che vogliamo mantenere e sviluppare - conclude - per diventare ancora di più un punto di riferimento europeo".



La pandemia lascia una grande eredità sul fronte delle tecnologie: accelerano i tempi delle analisi e si possono decentrare gli esami. La rivoluzione del point-of-care consente di leggere il proprio stato di salute in maniera istantanea. Anche a casa

UN SALTO NEL FUTURO

Diagnosi “light”, sempre più rapida e di prossimità

Due sono le parole chiave che ci ha insegnato la pandemia in campo sanitario: decentralizzazione e rapidità. La prima sta a evidenziare il valore dell'assistenza territoriale, a integrazione di quella ospedaliera, un insegnamento destinato a ridisegnare tutta l'assistenza sanitaria del futuro; la seconda riguarda i tempi di reazione che, nel mezzo di una pandemia, devono essere particolarmente rapidi, anche sul fronte della diagnostica, per fornire assistenza tempestiva ai soggetti che ne hanno bisogno. Ma anche per isolarli dagli altri. E come raccontano i numeri, il mondo è stato colto impreparato dallo tsunami Covid-19. Una sindrome misteriosa e sconosciuta nei sintomi e nelle complicanze, a breve e a lungo termine, nessuna terapia a disposizione e, per diversi mesi, nessuna possibilità diagnostica. Ma il mondo della ricerca si è rimboccato le maniche e oggi, a distanza di appena due anni dall'inizio della pandemia disponiamo di diversi vacci-

ni per la prevenzione, di terapie in compresse e sotto forma di anticorpi monoclonali per il trattamento post-esposizione e di protocolli terapeutici collaudati per le forme più gravi della malattia.

Progressi enormi sono stati fatti anche sul fronte della diagnostica che si avvale oggi di test molecolari e immunologici sempre più rapidi e precisi. Ma il progresso non si ferma e continua a offrire soluzioni sempre più avanzate, rapide e affidabili sul fronte della diagnostica, non solo del SARS-CoV-2 ma anche dell'universo mondo di virus e batteri. Quello della diagnostica è un campo che ha avuto di recente un enorme impulso e che è diventato “visibile” ai cittadini, che ignoravano il mondo del dietro le quinte dei laboratori, silenziosi protagonisti della lotta alla pandemia, gravati da carichi di lavoro inediti ed eroici.

La rivoluzione della pandemia lascerà un'eredità enorme sul fronte delle tecnologie e aiuterà non solo a fronteggiare eventuali sfide pandemiche future, ma anche, ora che l'infezione da SARS-CoV-2 si sta endemizzando, ad accelerare i tempi di risposta e a decentralizzare sempre più i “laboratori”. Già oggi ospitati in soluzioni un tempo impensabili, quali i gazebo delle farmacie o i furgoncini per i test parcheg-

giati in strada a New York. Una rivoluzione destinata a contaminare anche la diagnostica ordinaria, che diventerà più “light” e si sposterà sempre di più sul territorio, entrando negli studi dei medici di famiglia e nelle Case di Comunità. Perché la parola d'ordine della diagnostica prossima ventura è “point-of-care” (PoC), cioè diagnosi “sul posto”, a fianco del malato, con tempi d'attesa del referto sempre più contratti, senza deroghe alla loro accuratezza. Negli ultimi vent'anni sono state sviluppate e introdotte nella pratica clinica tecnologie in grado di consentire l'esecuzione di test diagnostici in vitro, da campioni biologici prelevati dal paziente (es. sangue, saliva, tessuti) per “prendere le misure” alla salute, utilizzando tante metriche diverse, dalla glicemia, al colesterolo, dai marcatori tumorali, agli ormoni.

I PROGRESSI

Più di recente, i progressi fatti nel campo delle scienze dei materiali, della bioingegneria e delle na-



notecnologie, hanno consentito di avvicinare la diagnostica al paziente, facendola uscire dai laboratori per renderla fruibile alle persone, anche in ambiente domestico. È la rivoluzione del point-of-care (PoC) che consente alle persone di "leggere" il proprio stato di salute in maniera pressoché istantanea, anche a casa come nel caso dell'Home Testing. Ne sono un esempio i test per la misurazione della glicemia o della coagulazione del sangue, ma anche i kit per testare la presenza del virus dell'HIV sulla saliva, che si eseguono con strumenti che stanno nel palmo di una ma-

no. Col tempo questi dispositivi sono diventati sempre più economici e si sono dunque diffusi, arricchendosi via via di tecnologie, come l'interfaccia informatica e la possibilità di poter inviare in tempo reale, via computer o cellulare, i risultati dei test al medico.

Le tecnologie di miniaturizzazione consentono oggi di concentrare i biosensori in pochi millimetri, attingendo a piene mani alla microfluidica e all'intelligenza artificiale, che permetteranno di realizzare veri e propri laboratori portatili su "chip" in grado di inte-

grare varie informazioni e migliorare i dispositivi PoC attualmente disponibili.

Maria Rita Montebelli

**I BIOSENSORI OGGI
SI CONCENTRANO
IN POCHI MILLIMETRI,
SI REALIZZERANNO
AUTENTICI LABORATORI
PORTATILI SU CHIP**

**L'HOME TESTING
È GIÀ IMPIEGATO
NELLA MISURAZIONE
DELLA GLICEMIA
E DELLA COAGULAZIONE
DEL SANGUE**

**Il laboratorio DiaSorin
Nel tondo, l'analizzatore
LIAISON® XL**



Lo studio di un'università coreana conferma l'importanza di andare al pronto soccorso appena compaiono i sintomi. Meglio con l'ambulanza



Battere l'infarto, una questione di (poco) tempo

LA PATOLOGIA

L'infarto, ripetiamolo perché è sempre bene, non vuole titubanze e attese. È una cosiddetta malattia "tempodipendente". Questo significa che prima si è soccorsi e minore è il danno all'organo.

I segni tipici dell'infarto miocardico (dal dolore oppressivo al centro del petto con irradiazione al collo o al braccio sinistro) sono conosciuti da tutti e sono quelli che portano le persone colpite a consultare il medico più presto possibile. Vi sono, però, casi in cui i segni dell'infarto sono più sfumati. La diagnosi e la relativa terapia sono quindi più tardive.

Su uno degli ultimi numeri del *Journal of American College of Cardiology*, il gruppo dei ricercatori guidati da Jung-joon Cha nella Divisione di Cardiologia dell'University Anam Hospital in Corea ha pubblicato uno studio su oltre 13.100 pazienti presi dal Korean Myocardial Infarc-

tion Registry of National Institutes of Health, di cui oltre 6.500 con infarto miocardico con sintomatologia non tipica. I pazienti erano divisi in due gruppi a seconda che l'intervento terapeutico con angioplastica fosse effettuato prima o dopo le 24 ore dall'inizio dei sintomi.

LO SCOMPENSO

Si è quindi valutato nei due gruppi la mortalità a tre anni dall'episodio nonché eventuale insorgenza di nuovo infarto o lo sviluppo di scompenso. Risultati: nel 27.9% dei pazienti trattati tardivamente (oltre le 24 ore dall'ingresso in ospedale) la mortalità a

tre anni di distanza era decisamente più elevata (17% contro 10.5%) di quella dei pazienti trattati più precocemente. Ed anche la percentuale di reinfarti o quella di scompenso era aumentata in maniera significativa (23.3% contro il 15.7%) nei pazienti che arrivavano tardi in ospedale.

Gli unici fattori che influenzavano il ritardo di cure erano l'età

avanzata, il sesso (le donne più svantaggiate perché il dolore si presenta in forma diversa da quella dell'uomo), il diabete e il non uso dell'ambulanza per arrivare in ospedale.

L'infarto miocardico è causato dall'occlusione di una delle arterie coronariche (quelle che portano il sangue al muscolo cardiaco) con conseguente danno del tessuto che viene irrorato dall'arteria occlusa. Ovviamente quanto prima si riesce a riaprire l'arteria ed a ripristinare il normale flusso del sangue, tanto più territorio cardiaco si può salvare.

Questo spiega perché è così im-



portante arrivare al più presto in ospedale, ed in particolare in un ospedale attrezzato per fornire le cure migliori (quali l'angioplastica) atte a ridurre al massimo il danno alle cellule del cuore.

LA PANDEMIA

In Italia si verificano circa 160.000 infarti all'anno con una mortalità media di circa l'11% dei soggetti colpiti, di cui una percentuale importante si registra prima dell'arrivo in ospedale. Durante la pandemia però, tale mortalità è quasi triplicata proprio per il ritardo con cui parecchi cardiopatici hanno deciso di

ricorrere alle cure ospedaliere. La paura del Covid ha fatto sì che un gran numero di persone, spaventato dalla possibilità di contagiarsi in pronto soccorso abbia preferito restare a casa fin quando possibile ed è andato in ospedale troppo tardi. Quando la sintomatologia dell'infarto era più sfumata ed il dolore meno importante.

Antonio G. Reuzzi
Professore di Cardiologia
Università Cattolica Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DIAGNOSI E TERAPIA
ESEGUITE CON
TEMPESTIVITÀ
RIDUCONO IL DANNO
E PERMETTONO
UNA VELOCE RIPRESA**

I NUMERI
160.000

gli infarti in Italia ogni anno: la mortalità è dell'11% (la maggior parte prima di arrivare in ospedale)

5

i principali segnali di un infarto: dolore toracico, affanno, sudorazione, vomito, svenimento

30-40%

i ricoveri in meno nei reparti di cardiologia durante questi ultimi due anni di pandemia da Covid



L'ambulanza è in grado di assicurare un intervento medico



Una ricerca dell'Università di Bordeaux dimostra che mangiare alimenti ricchi di grassi Omega-3 (come tonno o salmone) almeno 2 giorni a settimana riduce il rischio di malattie cerebrovascolari

La scelta intelligente di mangiare il pesce

LO STUDIO

Che sia un ghiotto filetto di tonno in crosta di patate, un dietetico salmone al vapore o una teglia di sarde al forno, poco importa. Purché si consumi pesce, possibilmente ricco di grassi Omega-3, almeno due volte a settimana. E ancora meglio se qualcuna in più.

Oltre ad essere un piacere per il palato infatti, la dieta ricca di pesce è un importante scudo di protezione per le malattie cerebro-vascolari. Soprattutto in tarda età. A dimostrarlo è una ricerca dell'Università di Bordeaux (Francia), pubblicata sulla rivista *Neurology*, dell'American Academy of Neurology, che dimostra una chiara associazione tra consumo di pesce e riduzione del rischio di malattie cerebro-vascolari.

LO SCUDO

Le malattie che colpiscono i vasi e la circolazione del cervello aumentano di frequenza con il passare dell'età e sono alla base del declino cognitivo e di alcune forme di demenza. Con l'invecchiamento della popolazione, tipico dei Paesi occidentali, queste patologie diventano sempre più frequenti e rappresentano un carico crescente per le famiglie e per la società. E lo studio dei ricercatori francesi suggerisce una soluzione-scudo molto efficace e soprattutto praticabile da chiunque, al costo di due-tre portate di pesce a settimana.

La ricerca è stata condotta su 1.623 persone dai 65 anni in su (l'età media era di 72 anni, il 63% era rappresentato da don-

ne), facenti parte dello studio di coorte "Tre Città" condotto sui residenti a Digione. I partecipanti non avevano storie di ricoveri per malattie cardiovascolari, né di demenza o di pregresso ictus al momento dell'arruolamento. Tutti sono stati sottoposti a risonanza magnetica cere-

brale per ricercare la presenza di tre biomarcatori di malattia vascolare (iperintensità della sostanza bianca, piccoli infarti cerebrali o "buchini" nel tessuto cerebrale e allargamento degli spazi intorno ai vasi), che a loro volta sono forti predittori di declino cognitivo. Dalla combinazione di questi tre elementi veniva calcolata una misura della gravità della malattia cerebro-vascolare. L'8% dei soggetti studiati mostrava infarti silenti, il 6% una grave dilatazione degli spazi intorno ai vasi e il 2% iperintensità della sostanza bianca. A tutti i partecipanti allo studio veniva richiesto anche di compilare un questionario inerente alle loro diete, che comprendeva domande relative alla frequenza del consumo di pesce. A questa domanda, l'11% ha risposto che ne mangiava meno di una porzione a settimana, il 37% una volta, il 47% due volte e il 6% quattro o più volte a settimana.

LA RISONANZA

Andando a incrociare i dati rilevati alla risonanza magnetica, con le risposte del questionario, i ricercatori francesi hanno scoperto che il 31% di chi mangiava poco pesce presentava alla risonanza i segni di una grave malattia cerebro-vascolare, rispet-

to al 23% di chi consumava tre portate di pesce a settimana, soprattutto tonno e sardine, e al 18% di chi indulgeva in questa pietanza anche quattro o più volte a settimana. Questi vantaggi sulla salute dei vasi del cervello sono risultati evidenti soprattutto nei partecipanti più giovani, mentre erano più sfumati negli over 75. Nella fascia d'età tra i 65 e i 69 anni inoltre, quella che mostrava la più forte associazione tra scarso consumo di pesce e danni cerebrovascolari, ma anche i maggiori benefici derivanti da un consumo generoso, mangiare pesce è risultato associato ad un effetto protettivo sui vasi cerebrali pari a quello della riduzione della pressione arteriosa; e in chi consumava pesce quattro o più volte a settimana, questo beneficio risultava addirittura raddoppiato. Gli autori di questa ricerca stanno adesso cercando di capire quali possano essere i meccanismi alla base dell'effetto protettivo di una dieta ricca di pesce sulla salute cerebro-vascolare, oltre alla presenza degli omega-3.

IL MENÙ

«Siamo molto contenti di questi risultati - commenta la dotto-



ressa Cecilia Samieri dell'Università di Bordeaux – poiché dimostrano che qualcosa di estremamente semplice da realizzare, come portare in tavola due piatti di pesce a settimana, sia in grado di proteggere il cervello dai danni vascolari. Ma perché tutto ciò sia realmente efficace è necessario cominciare a ad

adottare una dieta ricca di pesce il prima possibile».

Maria Rita Montebelli

LE PATOLOGIE CHE COLPISCONO LA CIRCOLAZIONE DEL CERVELLO SONO ALLA BASE DI ALCUNE FORME DI DEMENZA

NELLA FASCIA D'ETÀ TRA I 65 E I 69 ANNI SI SONO OSSERVATI I MAGGIORI BENEFICI DERIVANTI DA UN CONSUMO GENEROSO



**Salute
&
Benessere**

I NUMERI

29

i chili di pesce all'anno che consuma ogni italiano contro una media europea che sfiora appena i 23 chili: il successo del pesce riguarda i prodotti freschi, decongelati e surgelati

5

le specie in cima alla classifica dei consumi in Italia e in Europa: tonno, merluzzo nordico, salmone, merluzzo d'Alaska e gamberi importate da Paesi non-Ue

200

grammi di pesce per porzione due volte a settimana dovrebbero essere consumati sia dalle donne che dagli uomini, come consiglia la Fondazione Veronesi

3

i tipi di pesce particolarmente ricchi in Omega-3: salmone, tonno e pesce azzurro. Aiutano anche a ridurre i livelli di trigliceridi e la pressione sanguigna

6

i pesci che vengono definiti come "magri": sogliola, platessa, merluzzo, spigola, rombo (acqua salata), persico (acqua dolce). Meglio alternare anche con specie più "grasse"

-18

in gradi, la temperatura in cui viene mantenuto il pesce surgelato durante il suo intero tragitto, dal confezionamento fino al momento in cui viene acquistato da noi



Tonno, salmone e sardine sono degli ottimi alleati del cervello: andrebbero consumati due o tre giorni alla settimana



CAUDA (GEMELLI)

«Ancora tanti casi? Omicron qui più tardi»

a pagina 4 **Salvatori**

Covid-19

«Ancora tanti casi? Omicron qui più tardi»

Cauda (Gemelli) spiega l'alto numero di contagi rispetto al resto d'Italia. In calo ricoveri e decessi. Dal Pnrr 30 milioni per il Policlinico Umberto I

Faticano a mantenere un costante trend in diminuzione i casi di Covid nel Lazio. Che da giorni sono i più alti d'Italia, ieri secondi solo alla Lombardia. E che sono più che raddoppiati nell'arco delle ultime 24 ore. «Ma la curva, dopo aver raggiunto il picco nella seconda metà di gennaio — assicura Roberto Cauda, direttore di Malattie infettive del Policlinico Gemelli — ora è in discesa».

Sottostimati per l'esiguo numero di tamponi effettuati domenica, ieri il dato è schizzato nuovamente a oltre seimila: 6.353 per la precisione, 3.235 in più del giorno precedente. Per un tasso di positività che resta più o meno costante al 9,4%. A Roma città si sono contati 2.550 malati, nelle altre province 1.843.

«La situazione va meglio, è vero, ma si effettuano meno tamponi e quindi emergono meno casi. E questo non mi fa usare toni trionfalistici —

prosegue Cauda —. Per quel che riguarda le mascherine era giusto toglierle all'aperto. La gente è stanca della pandemia. L'importante, da un punto di vista epidemiologico, è fare le cose gradualmente».

Ma perché nel Lazio i casi continuano a essere più alti che nel resto del Paese? «È dall'inizio della pandemia che nelle regioni si procede a macchia di leopardo, ma credo che la ragione sia di ordine temporale — spiega ancora l'infettivologo —. La Lombardia è stata la prima a essere colpita da Omicron e poi la prima a mostrare segni di discesa. Nel Lazio la variante è arrivata in un secondo momento e non va dimenticato che c'è una grande città come Roma. Questi fattori contribuiscono a ritardare il calo della curva dei contagi. Ma che la situazione sta migliorando è evidente dalla discesa dei ricoveri, delle terapie intensive e anche dei decessi».

Gli altri parametri hanno infatti fatto registrare tutti un decremento. Le vittime notificate sono state 19, quindi 5 in meno del giorno prima. Giù anche i pazienti ricoverati, che nei reparti Covid sono 18 di meno per un totale di 1.665. Consistente il calo delle terapie intensive, dove i casi gravi sono 10 in meno, cioè 138.

E dopo quelli nella Asl Roma 1, presentati gli investimenti del Pnrr anche al Policlinico Umberto I: adeguamento antisismico di tre edifici; realizzazione di un Ospedale di comunità; di una Centrale operativa territoriale; e l'acquisto di nuove attrezzature di ultima generazione. «Sono 30 i milioni previsti per il Policlinico», ha spiegato l'assessore alla sanità di Regione Lazio, Alessio D'Amato. Di fondamentale importanza strategica sarà «la Centrale operativa territoriale collegata con il numero unico europeo 116.117». All'ammodernamento

del parco tecnologico e della strumentazione, verranno destinati 9 milioni: i vecchi macchinari meno performanti saranno dismessi. Nel dettaglio, nell'edificio 31 verranno realizzati l'Ospedale di comunità, con 20 posti letto a bassa complessità, e la Centrale operativa territoriale. Mentre gli edifici 34, 36 e 38 saranno adeguati per la normativa antisismica. «Come attrezzature è previsto l'arrivo di 5 apparecchi di diagnostica per immagini, 3 Tac, un mammografo, 2 angiografi e 11 ecotomografi», ha concluso il direttore del Policlinico, Fabrizio D'Alba.

Clarida Salvatori



In ospedale

Un reparto di terapia intensiva: a Roma e nel Lazio i contagi da coronavirus continuano a essere più alti che nel resto d'Italia



Interrogazione parlamentare sulla vicenda di Bari

Burocrazia e fondi evaporati

Si arena la cura anti-cancro

Secondo gli esami clinici, la terapia sperimentale dell'oncologo Gadaleta aveva effettivamente eliminato un tumore al pancreas. Ma il protocollo non viene riattivato. E i finanziamenti? Spariti

FRANCESCO SPECCHIA

■ Una multa da centinaia di euro; un tumore al pancreas che sparisce grazie a un esperimento che nulla ha di sciamanico; denunce in Procura per finanziamenti anti-cancro spariti nel nulla; e un'interrogazione parlamentare che chiede di riaccendere la fiammella della speranza.

C'è qualcosa di terribilmente vischioso nella storia del dottor Cosmo Damiano Gadaleta, oncologo e direttore del Dipartimento di Oncologia Interventistica e medica dell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II° di Bari. Gadaleta, dopo aver visto la sua cura - la "chemioterapia intra-arteriosa pancreatica sperimentale" - bloccata, viene crocefisso dai colleghi e sepolto nelle carte bollate.

La storia, in Puglia, è nota. C'è questa signora Vittoria di Di Lernia, anni 68, malata di cancro al pancreas al terzo stadio che, prossima al decesso, inizia la cura; ma di lì a poco, si becca una potente polmonite da legionella; e, il 14 marzo 2021, muore in ospedale. La paziente uno diventa paziente zero, e il protocollo viene naturalmente sospeso.

IL REFERTO

E questa è la parte tragica della storia. La parte straordinaria sta nella successiva autopsia che la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Bari dispone per la donna. Confermato il decesso per legionellosi, all'esame autoptico il pancreas prima devastato si presenta completamente diverso. Il referto della Procura conferma la teoria di Gadaleta: «Dalle foto del pancreas si vede chiaramente che il tumore pancreatico è sparito, e la signora non aveva fatto la chemio classica. Il fatto che ne sia sparita ogni traccia ha il sapore delle scoperte mondiali». Il doc mi spiega la nuova tecnica usata contro il cancro: «Una volta si procedeva ad una terapia da 4 farmaci usati comunemente per via venosa per un massimo 11/12 mesi; ma questi producono una tossicità generale notevole, e il pancreas ha uno scudo fibroso impenetrabile ai farmaci e scarsa vascolarità. Quindi di solito la cura funziona poco. La nostra novità è che, con una camera sottopelle di acciaio,

si va direttamente invece che in vena nell'arteria; c'è un intervento miratissimo, e la quota di chemio cento volte più forte, colpisce soltanto tutte le cellule tumorali, in microdosi e in modo diuturno. E il paziente sta benissimo, non perde i capelli, non ci sono riflessi sui globali bianchi». Ora, qui si parla di tumori, quelli del pancreas, implacabili che mostrano il numero di nuove diagnosi in crescita costante (in Italia il tasso di sopravvivenza a 5 anni è di circa l'8%). Solo nel 7% dei casi vengono diagnosticati in stadio iniziale; sono gli unici tumori che non hanno visto miglioramenti nelle chance di sopravvivenza negli ultimi trent'anni. E' un risultato sbalorditivo, quello di Gadaleta.

Per farla breve: una volta accertata dalla Procura la correttezza del protocollo del medico, la riattivazione dello stesso protocollo affoga nei meandri della burocrazia.

Spariscono, soprattutto, ai 91 mila euro del finanziamento della sperimentazione versati dal ministero della Salute. E qui parte un'altra denuncia



alla Procura che sollecita la torpida risposta ufficiale dell'ente ospedaliero, che dice più o meno: «I soldi ci sono ma sono nascosti nel nostro bilancio». La qual cosa è una terzina di Nostardamus; è come dire che per trovare i soldi serve una caccia al tesoro. Una risposta assurda.

FACCIA DI TOLLA

Ma fa il paio con la multa di 166mila comminata subito dopo dall'Aifa, l'agenzia del Farmaco, all'ospedale Giovanni Paolo II° (l'Aifa aveva evidenziato che la scheda di "evento avverso" presentata dall'istituto contro le attività di Gadaleta era sbagliata). La multa arriva perché nessuno dei soggetti preposti - né la

direzione scientifica, né la segreteria del comitato etico, né la direzione generale - aveva fatto richiesta di autorizzazione del protocollo sperimentale. Ancora più assurdo è che la dirigenza dell'ospedale pretendeva ora, con faccia di tozza fenomenale, che il pagamento della multa spettasse allo stesso dottor Gadaleta. Il quale possiede la pazienza del diavolo perché, oltre ad avere subito questo groviglio di incompetenze (intanto il presidente del comitato etico del nosocomio dà le dimissioni), si ritrova cornuto e mazziato.

ESPOSTO

Inchiesta sulla sparizione dei 91mila euro versati dal ministero

Parte un nuovo esposto in Procura, e un altro alla Corte dei Conti. Sembra un film. La stampa nazionale si mobilita. E il 16 febbraio il deputato di Fratelli d'Italia Marcello Gemato deposita un'interrogazione parlamentare diretta al Ministero della Salute. L'interrogazione recita: «Sembrirebbe utile evidenziare il potenziale della sperimentazione avviata dal professor Gadaleta che, sebbene condotta solo su un paziente, pare abbia prodotto un risultato importante; al contempo, appare necessario evidenziare che sono numerosi i pazienti con cancro del pancreas al terzo stadio che, al corrente della notizia, hanno scelto di sottoporsi alla predetta terapia avendo riposto in essa le pro-

AUTOPSIA

Anche se la paziente morì di legionella, l'autopsia confermò l'efficacia della cura

prie speranze di vita». E qui si attiva l'ottimo sottosegretario Massimo Sideri che capisce il problema: la richiesta della ripresa dell'iter del protocollo. Intanto la Procura indaga sui soldi spariti e la mail del buon Gadaleta s'ingolfa di richieste di malati al terzo stadio che si offrono volontari sperando in un miracolo. Nell'attesa che la vicenda si sfilia dalla palude burocratica, la gente muore...

© RIPRODUZIONE RISERVATA

