



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

24 MARZO 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



Asp di Trapani, Zappalà: «Prioritari la creazione di poli di eccellenza e il potenziamento del personale»

Il commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale: «Vanno valorizzate le molte competenze specialistiche di cui l'azienda dispone ed è fondamentale la capacità di reclutare medici e professionisti».

24 Marzo 2022 - di [Rosalba Virone](#)

TRAPANI. La creazione di **poli di eccellenza** nei vari ambiti di cura- valorizzando e differenziando le attività tra i presidi ospedalieri- e il **potenziamento del personale**. Sono due priorità dell'Asp di Trapani, come conferma nell'intervista ad Insanitas il commissario straordinario **Paolo Zappalà**, il quale traccia anche un bilancio della gestione dell'emergenza Covid-19.

Innanzitutto qual è la situazione attuale covid in provincia di Trapani?

«Purtroppo anche qui stiamo assistendo da alcune settimane ad un **aumento** dei contagi. Negli ultimi giorni c'è un appiattimento della curva, con un numero di positivi che oscilla intorno alle 11000/12000 persone. Come nel resto d'Italia, anche qui da noi registriamo in con quest'ultima ondata una sintomatologia da infezione Covid **meno grave** rispetto alle fasi precedenti. Questo fenomeno, associato ai protocolli di cura sviluppati per le fasi precoci della malattia, fa sì che la pressione sulle strutture ospedaliere sia molto più leggera e sostenibile. In proporzione ci sono meno ricoveri e i casi comunque sono meno gravi con i ricoveri in terapia intensiva ridotti a poche eccezioni».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Chi si occupa di sanità pubblica sta facendo i conti con qualcosa di inedito, la gestione di una pandemia. Qual è stato l'impatto sui servizi sanitari in provincia che non si occupavano dell'emergenza? Si è riusciti ad assicurare gli standard pre-covid?

«Tutte le aziende sanitarie italiane, non solo la nostra, sono state sottoposte ad uno stress organizzativo senza precedenti. Nelle prime fasi dell'emergenza l'attenzione si è focalizzata principalmente sull'assistenza ospedaliera; in tempi brevissimi abbiamo dovuto **riconvertire** ed attrezzare intere strutture ospedaliere per assistere i malati covid; abbiamo creato all'interno di alcuni ospedali **percorsi clinico-organizzativi separati**, anche fisicamente, per consentire di fornire assistenza ai pazienti covid ma continuando a tenere attivi per quanto possibile i servizi di diagnosi e cura per le altre patologie, non covid. Siamo riusciti a realizzare percorsi assistenziali, covid e non covid, organizzati secondo criteri di intensità di cura (terapia intensiva, sub intensiva, isolamento ordinario, RSA covid), coinvolgendo i presidi ospedalieri di **Marsala, Mazara del Vallo e Salemi**, oltre ai Pronto Soccorso e alle radiologie delle strutture ospedaliere. Tutto questo è stato realizzato gradualmente e proporzionalmente all'andamento della pandemia, seguendo le varie ondate epidemiche e riconvertendo velocemente più volte in le strutture di cura e gli assetti organizzativi. È stato **un impegno gravoso** che ha coinvolto- seppur in maniera differente- tutte le strutture sanitarie aziendali, non solo ospedaliere e non solo quelle degli ospedali in cui abbiamo realizzato dei reparti covid».

Tutto all'insegna di un notevole flessibilità organizzativa, quindi...

«Proprio così, l'azienda ha saputo mostrarla fin dall'inizio, grazie soprattutto alla collaborazione del personale di assistenza. Infatti è stato necessario intervenire sull'assetto organizzativo dell'intera rete ospedaliera aziendale, trasferendo temporaneamente da un presidio all'altro alcuni reparti e **riallocando** alcune attività. Il personale sanitario, non solo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

medico, ha saputo dimostrare un alto senso di **collaborazione**, sopportando sacrifici personali non indifferenti, con carichi di lavoro molto stressanti ed in alcuni casi cambiando anche la sede di lavoro. Nelle varie fasi della pandemia, a più riprese, siamo riusciti a dare assistenza ospedaliera ad **oltre 1.800 malati covid**, convertendo velocemente reparti e strutture in relazione al numero dei contagi e al fabbisogno di posti letto ospedalieri. Certo, l'emergenza covid ha determinato una riduzione delle attività clinico-diagnostiche per le **altre patologie**. Anche nella nostra provincia abbiamo a più riprese dovuto ridurre per alcune specialità le prestazioni, concentrandoci solo sulle urgenze e le attività indifferibili. Però voglio sottolineare un punto di forza della nostra rete ospedaliera provinciale: la possibilità di riorganizzare le attività sui presidi ospedalieri provinciali, continuando comunque a garantire pure le prestazioni per le patologie non covid anche se in misura ridotta e se, per alcune di esse, ci si è dovuti recare in un ospedale di un'altra città della provincia».

Come nel resto della Sicilia c'è un certo malcontento in alcune realtà locali per il ridimensionamento dei presidi ospedalieri minori. Sarà possibile o auspicabile una inversione di rotta, per garantire a tutti i cittadini una buona sanità di prossimità?

«Su questo vorrei esprimere con chiarezza il mio punto di vista, frutto anche dell'esperienza maturata qui in Sicilia. Sono convinto che la sanità ospedaliera, per essere attrattiva sia per i cittadini che per i professionisti, debba andare nella direzione di creare dei **poli di eccellenza** nei vari ambiti di cura. Ritengo che chi ha la responsabilità gestionali deve promuovere nelle varie strutture ospedaliere le condizioni per lo sviluppo di *know how* e **competenze specialistiche**, con la concentrazione di volumi di attività, casistica clinica e tecnologie. Questo vuol dire anche cercare di **valorizzare** e **differenziare** le attività tra i vari presidi ospedalieri. Vanno realizzate reti cliniche tra ospedali e servizi territoriali, dove ciascuna struttura gioca il proprio ruolo, relazionandosi in maniera integrata con le altre strutture provinciali, diversificando le attività, concentrando volumi e casistica clinica, investendo in **tecnologie**. Quindi per assicurare servizi sanitari di qualità non va solo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

guardato alla dimensione degli ospedali quanto piuttosto alla capacità di mettere in sinergia le varie strutture, territoriali ed ospedaliere, costruendo percorsi assistenziali integrati. È un percorso che va governato e gestito assieme ai professionisti e ai medici, valorizzando le molte competenze specialistiche di cui l'azienda dispone. Il lavoro che sto cercando di realizzare va in questa direzione».

Può farci un esempio?

«Il programma di sviluppo che abbiamo definito con i responsabili delle cinque strutture di **Cardiologia** provinciali (quattro UOC e una UOSD). Il piano prevede che le strutture cardiologiche di **Trapani** e **Castelvetrano** si concentrino in particolare sulle attività relative alle procedure di interventistica coronarica e dell'albero arterioso periferico; e che le Cardiologie di **Marsala, Mazara del Vallo**, assieme alla cardiologia di **Alcamo**, sviluppino invece le attività relative alle patologie legate alle disfunzioni elettriche del cuore, incrementando anche le attività di impiantistica di pacemaker e defibrillatori. Inoltre, l'Unità di Mazara del Vallo avrà il compito anche di sviluppare le attività legate alla **cardio-oncologia** e alle malattie dislipidemiche. Il rilancio delle attività passa per una **logica di rete integrata** di strutture e servizi sul territorio, in cui gli ambiti di intervento delle varie unità operative siano differenziati in modo che ciascuna si specializzi. Questi sono i presupposti per valorizzare l'attività delle nostre Cardiologie e realizzare poli di eccellenza in grado di qualificare sempre più le **prestazioni clinico-diagnostiche** erogate, offrendo ai cittadini, indipendentemente dal loro comune di residenza, un'ampia gamma e qualificata di prestazioni all'interno del territorio provinciale. Solo così riusciremo a qualificare la nostra rete ospedaliera e un cittadino del trapanese potrà trovare una risposta qualificata ai propri bisogni di salute, magari non nell'ospedale più vicino ma comunque all'interno della rete provinciale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

In una ideale lista di priorità da realizzare, quale pensa andrebbe messa in cima alle esigenze sanitarie della provincia di Trapani?

«La capacità di reclutare medici e professionisti rimane il nodo principale sul quale si gioca il futuro e lo sviluppo della nostra Azienda sanitaria che soffre di una **carezza strutturale di medici** che per alcune specialità è al limite della stessa operatività dei servizi. In un contesto nazionale di carezza di professionalità mediche ovviamente le aziende sanitarie che insistono in aree periferiche, come la nostra, hanno maggiori difficoltà ad attrarre giovani medici. Troppi nostri **concorsi** ed avvisi vanno deserti e il tema, di carattere strategico, sul quale occorre un impegno ed iniziative anche di **carattere straordinario** rimane quello di riuscire a reperire il capitale umano e professionale necessario allo sviluppo dell'azienda. **L'età media** del nostro personale medico è elevata e nel prossimo triennio circa l'8% del personale cesserà l'attività per pensionamento. Ecco perché diventa ancor più importante, a mio avviso, riuscire ad offrire servizi e strutture sanitarie qualificate, non solo per gli utenti ma anche per i giovani medici che si accingono a scegliere la struttura in cui svolgere la propria attività professionale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Il Covid torna a crescere in Sicilia, i giovani più a rischio contagio

24 Marzo 2022

Nella settimana dal 14 al 20 marzo, si registra un nuovo aumento nella curva dei casi di Covid-19. L'incidenza di nuovi positivi è pari a 49.316 (+15.75%), con un valore cumulativo di 1.020,25/100.000 abitanti. Lo rileva il monitoraggio del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (Dasoe) della Regione. Il tasso di nuovi casi più elevato, rispetto alla media regionale, si è registrato nelle province di Messina (1.626/100.000 abitanti), Agrigento (1.470/100.000), Ragusa (1.254/100.00) e Caltanissetta (1.205/100.000). Le fasce d'età maggiormente a rischio risultano quelle tra gli 11 e i 13 anni (1.938/100.000), tra i 14 e i 18 anni (1.767/100.000) e tra i 6 e i 10 anni (1.757/100.000). Si conferma una situazione epidemica acuta nella settimana di monitoraggio trascorsa, con un'incidenza in aumento ma con un'ospedalizzazione in costante riduzione. L'epidemia, pur mostrando segnali di arresto, rimane in una fase delicata con un significativo impatto sui servizi territoriali e assistenziali, ma con un netto trend in calo di nuove ospedalizzazioni e proporzione di casi ospedalizzati molto più contenuta rispetto ai periodi precedenti, in parte spiegata anche dal riscontro occasionale di positività concomitante al ricovero. Per quanto riguarda la campagna vaccinale il report prende in esame la settimana dal 16 al 22 marzo. Nella fascia d'età tra i 5 e gli 11 anni i vaccinati con almeno una dose si attestano al 28,13% del target regionale. Sono 74.997 i bambini, pari al 23,82%, che hanno completato il ciclo primario. Gli over 12 anni vaccinati con almeno una dose si attestano all'89,87%; ha completato il ciclo primario l'88,48% del target regionale. Alla data del 22 marzo in Sicilia risultano erogate 10.310.109 dosi, delle quali 3.964.556 come prima dose e 3.763.428 come seconda.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Complessivamente i vaccinati con dose aggiuntiva/booster sono 2.639.180, pari al 75,51% degli aventi diritto. Sono invece 856.120 i cittadini che possono ricevere la somministrazione della dose booster, ma ancora non l'hanno fatto. Dal primo marzo sono state effettuate 1.007 somministrazioni di quarta dose prevista per gli over 12 con marcata compromissione della risposta immunitaria e che hanno già completato il ciclo vaccinale primario con tre dosi da almeno 120 giorni. Sempre a partire dalla stessa data sono state effettuate 1.143 somministrazioni con il vaccino Nuvaxovid (Novavax).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Oms, 1.000 ospedali su linee di fuoco

24 Marzo 2022



(ANSA) - ROMA - L'impatto dei primi 28 giorni di conflitto sul sistema sanitario ucraino è stato "devastante". Oltre 1000 strutture sanitarie sono vicine alle linee di conflitto, 64 gli attacchi accertati ai centri sanitari, che hanno provocato 15 morti e 37 feriti. È quanto afferma l'ufficio europeo dell'Oms secondo cui circa la metà delle farmacie ucraine potrebbero ormai essere chiuse. Anche la vaccinazione contro il Covid-19 e quelle di routine si sono fermate.

Molti operatori sanitari sono sfollati o impossibilitati a lavorare, riferisce l'Oms che evidenzia come milioni di persone attualmente sono senza cure. All'interno del Paese si contano quasi 7 milioni di sfollati, a cui si aggiungono i 4 milioni di profughi fuggiti nei paesi vicini. "In pratica 1 ucraino su 4 è stato sfollato con la forza, situazione che aggraverà la salute di coloro che soffrono di malattie croniche", spiega l'Oms riferendo come, secondo l'Organizzazione internazionale per le migrazioni (Oim), 1 sfollato su 3 soffra di una patologia cronica. In Ucraina alcuni ospedali sono stati riadattati



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

per la cura dei feriti di guerra: un cambiamento necessario per far fronte all'emergenza ma che, fa notare l'Oms, "va a scapito dei servizi essenziali e dell'assistenza sanitaria di base". "Ho visto con i miei occhi l'eccezionale risposta umanitaria nei Paesi vicini, ma questa emergenza è tutt'altro che finita", afferma Hans Henri P. Kluge, direttore Oms Europa. "Ci aspettiamo che più persone - principalmente donne, bambini e anziani - con esigenze sanitarie ancora maggiori vengano sfollate nelle prossime settimane", spiega. Per offrire assistenza sanitaria agli ucraini l'Oms ha fatto sapere di avere attivato un hub operativo a Rzeszów, in Polonia, ed elaborato un programma di forniture per le ferite da trauma nella maggior parte delle città ucraine. Oltre 100 tonnellate di apparecchiature mediche sono già state inviate alle strutture sanitarie del Paese, circa 36 tonnellate sono in viaggio verso Leopoli e in cantiere c'è l'invio di altre 108 tonnellate di materiale per la cura dei traumi, di farmaci per malattie croniche e pediatriche, di forniture per trasfusioni di sangue. Più di 20 équipe mediche di emergenza sono state inviate in Ucraina, Polonia e Moldavia, per fornire formazione e assistenza medica specializzata.

IN 24 ORE 76.260 CASI

Rallenta la crescita dei nuovi contagi ma la metà degli over 80 è a rischio

È ancora troppo presto per trarre conclusioni che potrebbero rivelarsi affrettate, ma forse la crescita dei contagi sta per raggiungere anzitempo il suo picco. Un fatto è sicuro: negli ultimi giorni la crescita è rallentata. Ieri si sono contati 76.260 contagi, quasi 10 mila in meno del giorno prima, anche se il confronto più corretto è quello con lo stesso giorno della settimana precedente. E rispetto a mercoledì scorso i casi sono circa 4 mila in più. La crescita dunque c'è ma ben al di sotto del 10% contro le

punte del 40% toccate qualche giorno fa. Anche i morti ieri sono calati da 197 a 153, mentre si sono contati 11 ricoverati in più nelle terapie intensive ma 30 in meno nei reparti di medicina. Intanto il matematico del Cnr Giovanni Sebastiani rivela che tra gli over 80 il 50% della popolazione ha fatto la terza dose da più di tre mesi. Fatto che espone a non pochi pericoli i nostri grandi anziani, visto che a oltre 120 giorni dall'ultima dose di vaccino la protezione anticorpa-

le cala vistosamente e che a una certa età il virus ha più probabilità di generare forme gravi di malattia. E mentre si arranca sulle terze dosi, l'Aifa oggi inizia a discutere se e a chi somministrare la quarta. PA. RU. —



76.260 CONTAGI E 153 MORTI. SONO 1.226.890 I POSITIVI, MENTRE SONO 12.685.306 I GUARITI

Bassetti: «La pandemia non è finita, bisogna difendersi»

Dal report settimanale della Fiaso emerge che la curva ricoveri ordinari dopo quasi due mesi è risalita, in calo le terapie intensive

Sono stati 76.260 i nuovi contagi da Coronavirus in Italia ieri, secondo i dati e i numeri Covid - regione per regione - del bollettino della Protezione Civile e del ministero della Salute. Si registrano inoltre altri 153 morti. I nuovi decessi portano a 158.254 il numero delle vittime da inizio pandemia. Sono stati 513.744 i tamponi (641.896), tra molecolari e antigenici, processati nelle ultime 24 ore che fanno rilevare un tasso di positività al 14,8% (15%). Salgono i ricoveri in terapia intensiva, con 11 persone in più rispetto a ieri per un totale di 466, mentre sono in calo i ricoveri nei reparti Covid (-30), dove si trovano al momento 8.939 persone.

Sono 1.226.890 le persone attualmente positive (+26.283) mentre tocca quota 12.685.306 il numero dei guariti (+51.922). Dall'inizio della pandemia sono 14.070.450 le persone che hanno contratto il virus.

«Con la fine dello stato di emergenza non finisce la pandemia e se non sappiamo difenderci sono dolori: a ottobre rischiamo di ricominciare», avverte Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova. «Se non aumentiamo le dosi di richiamo - occhio che sono scese molto nelle ultime settimane - e i fragili non fanno la quarta dose, il virus torna a mordere forte e a fare danni. Attenzione perché l'unica arma è la pre-

venzione», sottolinea Bassetti a Adnkronos Salute.

«La soglia psicologica dei 100mila casi non deve fare paura», dice ancora Bassetti - Soprattutto perché il contagio non vuole dire malato grave e il dato italiano lo conferma: abbiamo sempre il segno meno davanti ai numeri delle terapie intensive. Aumentano i ricoveri in media intensità ma era atteso perché con le forme meno gravi spesso le persone cercano l'assistenza in ospedale. Il problema è che molti di questi ricoveri credo che siano anche inappropriati e tanti potrebbero essere curati a casa. L'aumento dei casi è fisiologico, potremmo arrivare anche a 200mila. Ma ci interessa questo numero? O dobbiamo guardare il segno meno delle rianimazioni?».

«Se questa infezione è depotenziata dalla vaccinazione, e lo vediamo dai dati sugli effetti più gravi - ragiona l'infettivologo - rappresenta quello che in passato era un'ondata di influenza. Abbiamo mai fatto i tamponi a tutti quelli che avevano l'influenza, ad esempio a febbraio o marzo di un qualsiasi anno pre-pandemia? No, non l'abbiamo fatto. Se non aumentano i ricoveri in terapia intensiva, non dobbiamo preoccuparci, se invece ci sarà



IL DUBBIO

un incremento pesante anche nei dati dei ricoveri, allora - conclude - potremo parlare di quinta ondata».

Nell'ultima settimana il numero dei ricoverati in aree Covid è cresciuto del 10,7%. L'incidenza maggiore con un +15% la fanno segnare sud e isole. Registra invece un calo del 20,7% il numero dei pazienti Covid nelle terapie intensive. È Negli ospedali il numero dei ricoverati 'con Covid' nei reparti ordinari, supera il numero dei pazienti arrivati in ospedale con sin-

drome respiratoria, quindi dei pazienti ricoverati 'per Covid'. Il 54% degli attuali ricoverati nei reparti ordinari in area medica è arrivato in ospedale 'con Covid', ovvero per curare altre patologie ma è stato trovato incidentalmente positivo al virus grazie al tampone pre-ricovero. Il 46% sono ricoveri "per Covid", strettamente legati agli effetti della malattia da Coronavirus, che comunque registrano una crescita nell'ultima settimana del 11%. I ricoveri, in discesa dal

primo febbraio, avevano registrato la scorsa settimana ancora un complessivo calo del 5,2%.



**Domande
e risposte**

La curva sale, si sta rischiando una quinta ondata In che fase siamo

Covid, crescono i contagi in tutta Europa

di **Margherita De Bac**

1 Qual è il significato della dichiarazione del direttore dell'ufficio regionale dell'Organizzazione mondiale della Sanità, Hans Kluge, che attribuisce l'aumento dei casi all'allentamento brutale delle restrizioni in alcuni Paesi?

È un'affermazione in linea con il ruolo dell'agenzia che anche in altre occasioni si è rivolta in modo generale a tutti i Paesi, senza fare distinzioni, invitando tutti alla cautela.

2 Il monito dell'Oms è rivolto anche all'Italia?

L'Italia ha applicato in tutte le fasi dell'epidemia restrizioni rigorose e progressive, sempre basate sui dati, ed è stata uno dei Paesi più prudenti nel mantenerle, tanto

che lo stato d'emergenza terminerà il 31 marzo assieme ad alcuni obblighi. Nella Regione europea dell'Oms (che non coincide ma è più ampia della Ue) ci sono almeno 18 Paesi in cui si sta registrando un aumento importante del numero di nuove infezioni. Altrove, ad esempio la Gran Bretagna, le restrizioni sono state eliminate anche prima che da noi e forse troppo presto. In Germania le regole sono state revocate pur in presenza di un numero molto elevato di contagi.

3 Dobbiamo tornare a chiudere?

No, per il momento non ci sono i presupposti per pensare a nuovi provvedimenti. L'obiettivo che la sanità pubblica si è prefissata non è la riduzione delle infezioni — che ieri erano 76.260, contro le 96 mila del giorno prima, con un incremento lieve dei ricoverati in terapia intensiva — ma dei casi severi di malattia, la cui crescita metterebbe sotto

pressione gli ospedali.

4 In che fase ci troviamo?

La tendenza è incoraggiante. I presupposti su cui si è innestata la pandemia sono cambiati. Siamo passati da un periodo in cui eravamo tutti completamente suscettibili al contagio con un virus nuovo, alla situazione attuale in cui gran parte della popolazione nella Regione europea, in particolare l'Italia, è diventata almeno parzialmente immune grazie alla vaccinazione o per aver contratto l'infezione. Kluge ha infatti anche menzionato questo aspetto come un motivo di ottimismo per il futuro.

5 La curva delle infezioni sale. Cosa fare?

Quando tutti gli obblighi verranno meno sarà ancora più importante la responsabilità individuale. Per usare una metafora «adesso le chiavi di casa le abbiamo noi». Le imposizioni legali si allentano ma noi dovremmo mantenere la piena consapevolezza dei rischi che gravano sulle persone vulnerabili, per età e malattie croniche. Osservare cer-



te precauzioni (mascherina nei luoghi chiusi, distanziamento quando è possibile) è fondamentale. L'attuale incremento di casi è attribuibile al rilassamento delle nostre cautele che permettono la circolazione della variante ancora più contagiosa.

6 Quinta ondata?

No, di fatto siamo ancora a livelli incidenza molto inferiori a quelli registrati in Italia tra dicembre e gennaio, ma dalla fine di febbraio i numeri, che erano in calo, sono in nuova risalita: è un segnale di allerta chiaro. L'incidenza

sta toccando punte elevate, 800 casi per 100 mila è la media settimanale, l'indice di replicazione diagnostica cioè il numero casi diagnosticati in media ogni settimana, sta aumentando mediamente di circa il 30% ogni 7 giorni. Ricoveri e decessi invece sono stabili o in flessione. A un mese circa dall'ingresso della variante Omicron 2 avremmo già dovuto vedere questi numeri cambiare e il fatto che non sia avvenuto rassicura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il virus in Italia

I dati di ieri

Contagi

Decessi

+76.260

+153

Positivi attualmente

1.226.890 (+26.283)

Tamponi effettuati

513.744

Deceduti da inizio pandemia

158.254

In terapia intensiva attualmente

466 (+11)

Ricoverati con sintomi attualmente

8.939 (-30)

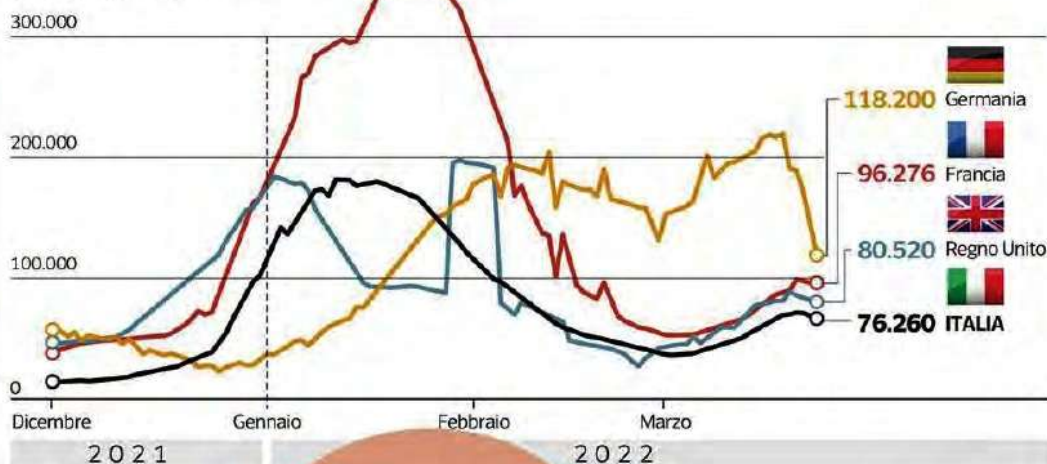
Tasso di positività

14,8%

Fonte: Protezione civile, dati alle 17 di ieri

I nuovi casi in Europa (media mobile a 7 giorni)

Evoluzione dell'epidemia nei Paesi più colpiti



Fonte: John Hopkins

Corriere della Sera



COVID, MANCA IL DECRETO
3 dosi all'estero:
odissea per 5mln

© MANTOVANI E RONCHETTI A PAG. 18



PANDEMIA

POST EMERGENZA Misure bloccate sulla logistica del dopo-Figliuolo
Allarme per l'addio alle protezioni al chiuso. Ma Sileri: "A maggio si può"

Il decreto Covid non c'è ancora I medici: le mascherine servono

Non è la prima volta che succede, ma al sesto giorno dall'approvazione, fino a ieri, non era ancora apparso sulla *Gazzetta Ufficiale* il decreto sul post-emergenza Covid-19. È quello che stabilisce il calendario per eliminare tra aprile e maggio il *green pass*, i limiti di capienza e le mascherine al chiuso, oltre a definire il regime speciale Difesa/Salute che gestirà fino a dicembre la logistica delle vaccinazioni dopo l'addio, il 31 marzo, del generale Francesco Paolo Figliuolo. È questa complicata architettura istituzionale a complicare le cose, ma la Salute non ha una struttura centrale adeguata e la Protezione civile ha altri compiti. Fonti governative assicurano la pubblicazione "a breve", magari già oggi.

Intanto sale, con l'aumento dei contagi che per ora non ha gravi conseguenze sugli ospedali, l'allarme del mondo medico che chiede di evitare l'abolizione delle mascherine al chiu-

so, prevista al momento dal 1° maggio. Invoca "molta cautela" Carlo Palermo, sindacato dei medici ospedalieri Anao Assomed: sulle mascherine nei luoghi chiusi, dice, "dobbiamo pensarci 10 volte". Nino Cartabellotta della Fondazione Gimbe segnala uno studio del *British medical Journal* secondo il quale senza mascherine, distanziamento e igiene delle mani i casi raddoppiano. Negli ultimi sette giorni sono cresciuti del 24,9% dopo aumenti che su base settimanale avevano raggiunto il 50%. Cautela sulle mascherine è stata suggerita dalla Fiaso, la Federazione delle aziende ospedaliere, e da Walter Ricciardi, consulente del ministro della Salute Roberto Speranza.

Martedì era stato il direttore dell'Organizzazione mondiale della sanità per l'Europa, il tedesco Hans Kluge, a dire a chiare lettere che la recrudescenza riguarda "quei Paesi che stanno

allentando le restrizioni in maniera brutale, da troppo a troppo poco", citando espressamente "l'Italia, il Regno Unito, la Francia, la Germania".

Il governo ha già fatto sapere che da qui a fine aprile si guarderanno i dati e in caso si rivulerà, *in primis*, proprio la questione delle mascherine. È però ottimista Pierpaolo Sileri, sottosegretario alla Salute: "Bisogna subito tornare a capienza piena, togliere i protocolli, quindi il distanziamento, poi dal 1° maggio va bene togliere le mascherine - dice Sileri -. I contagi aumentano ma per ora



abbiamo solo ricoveri nelle medicine, non nelle terapie intensive. Il problema è che molti non completano il ciclo vaccinale. E in autunno, per alcune categorie e fasce d'età, dovremo pensare a un altro richiamo, sperando di avere vaccini aggiornati alle varianti. Penso che andremo a una vaccinazione ciclica come per l'influenza". Si parla meno delle misure che

dovrebbero proteggere fin da ora la popolazione più fragile che per età o patologie rischia in misura maggiore di prendere il Covid grave. Proseguirà fino a giugno lo *smart working* semplificato, ma non avremo i tamponi gratuiti alle badanti e a chi assiste i parenti anziani malati, suggeriti dal professor Andrea Crisanti, anzi dal 1° a-

prile con la fine dell'emergenza si chiude l'epoca dei test a prezzo calmierato in farmacia.

ALESSANDRO MANTOVANI

**OMS: "CONTAGI
+8% IN TUTTO
IL MONDO"**

SECONDO i dati diffusi dall'Oms, dopo una diminuzione consistente dalla fine di gennaio 2022, il numero di nuovi casi settimanali di Covid-19 nel mondo è aumentato dell'8% dal 7 al 13 marzo 2022. Il numero di nuovi decessi ha continuato a diminuire, con il -17% rispetto alla settimana precedente. Sono stati segnalati oltre 11 milioni di nuovi casi e poco più di 43.000 nuovi decessi



Agli sgoccioli Green pass FOTO ANSA



LA TESTIMONIANZA IL GINECOLOGO: "O FACCIÒ UN TAMPONE OGNI 48 ORE O DOVRÒ FARE UNA QUARTA DOSE"

L'odissea dei tri-vaccinati all'estero: 5 milioni di fantasmi senza Green pass

» **Natascia Ronchetti**

Avrebbe dovuto essere tutto semplice. Così gli aveva assicurato la Regione Lombardia: "Non si preoccupi, le basta rivolgersi a un qualsiasi hub vaccinale in Italia". Invece per Gian Carlo Frigerio, medico, originario della provincia di Lecco, è iniziata la battaglia con la burocrazia per farsi registrare la terza dose di vaccino fatta negli Stati Uniti, dove si reca spesso per lavoro. "Una odissea", dice. Perché il cartellino con il QR code che viene rilasciato negli Usa dal *Center for Disease Control and Prevention* (che equivale al nostro Istituto superiore di sanità) non viene riconosciuto dal sistema italia-

no che permette l'emissione del green pass. Questo anche se Frigerio ha fatto le prime due dosi in Italia e sempre con il vaccino Pfizer.

NON SI TRATTA certo di un caso isolato. Capita a tutti quelli che arrivano dagli Usa, nonostante Pfizer sia autorizzato anche in Europa dall'Ema, l'Agenzia europea del farmaco. Capita a chi arriva dal Regno Unito (la Brexit ha complicato le procedure). Poi a chi proviene da altri Paesi non Ue e si è immunizzato con vaccini non riconosciuti dall'ente regolatore europeo. A Vimercate Frigerio è stato sballottato dall'hub vaccinale all'ospedale. Si è trovato di fronte a un muro. "Mi sono anche rivolto - spiega -, all'azienda sanitaria di Lecco, dove mi hanno detto di inviare la documentazione necessa-

ria a registrare la terza dose. Dicendomi che dovrò aspettare almeno tre settimane: perché tutti i giorni ricevono una media di 700 richieste di riconoscimento. E senza green pass non posso fare nulla. Non sono riuscito nemmeno a ritirare due raccomandate all'ufficio postale e a fare alcune operazioni in banca". Potenzialmente potrebbero essere centinaia di migliaia le persone che si trovano in questa condizione. Basti considerare che gli italiani residenti all'estero iscritti all'Aire, l'apposita anagrafe, sono 5,6 milioni. E che il problema riguarda anche i turisti extra Ue.

L'ITALIA RICONOSCE solo i vaccini autorizzati dall'Ema e considera equivalenti quelli prodotti su licenza da AstraZeneca (Covishield, R-Covi, Fiocruz). Così per registrare una somministrazione effettuata in un Paese

non Ue chiede la certificazione rilasciata all'interessato (che deve essere redatta in inglese, francese, spagnolo o tedesco e accompagnata da una traduzione giurata se in una lingua diversa). Poi è necessario indicare, insieme al tipo di vaccino, il lotto da cui proviene. "Così ora - aggiunge Frigerio -, o faccio un tampone ogni 48 ore o faccio una quarta dose. Ma cosa ci vuole per fare una circolare ministeriale che risolva il problema?"

Qr Code Il sistema italiano non riconosce quello rilasciato in Paesi fuori dall'Ue, quindi anche Usa e Uk

IL BOLLETTINO

76.260

CONTAGI Nuovi casi nelle ultime 24 ore, +5% rispetto a mercoledì 16 marzo. Tasso di positività su 513.744 tamponi al 14,84% (14,79 sette giorni fa)

153

MORTI Le vittime denunciate nelle ultime 24 ore. Sette giorni fa erano state 137

55

TERAPIE INTENSIVE I nuovi ricoveri, 7 giorni fa erano stati 31

Storie kafkiane
Il problema burocratico può riguardare fino a 5,6 milioni di persone
FOTO ANSA



Il green-pass è stato un grande successo? Chiediamolo ai dati

DI LUIGI CURINI

È passata poco meno di una settimana dalla conferenza stampa di **Mario Draghi** in cui da un lato si facevano i complimenti al ministro della Salute **Roberto Speranza** per lo «straordinario lavoro» e dall'altro si ritornava sugli effetti positivi delle politiche di contenimento della pandemia portate avanti dal governo, a partire dal green-pass (in tutte le sue varianti) che è «stato un grande successo». Affermazioni importanti, che però un po' stridono se confrontate con i dati.

In particolare se consideriamo quelli pubblicati il 10 marzo su una delle più importanti riviste scientifiche di medicina (*Lancet*), e che riportano per la prima volta in un articolo *peer-reviewed* (ovvero in un articolo che ha passato il giudizio di revisori esterni) le stime globali della cosiddetta «mortalità in eccesso», che rappresenta una misura affidabile per confrontare i morti da Covid tra paesi diversi. La «mortalità in eccesso» rinvia infatti al numero di decessi durante un determinato periodo al di sopra del numero previsto in condizioni di «normalità». Questo «al di sopra» (laddove presente) mostra in modo chiaro l'effetto di un evento esogeno come per l'appunto il dipanarsi di una pandemia.

Cosa ci dice questo articolo di importante? Primo: tra il 1 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2021, l'Italia presenta il peggiore tasso di mortalità di tutta l'Europa occidentale: in media 227 «morti in eccesso» ogni 100 mila abitanti, rispetto ad una media continentale

di 140. Tra gli altri grandi paesi, la Francia si ferma a 124 morti in eccesso, la Germania a 120 e la tanto criticata Gran Bretagna a 127. Se poi consideriamo i paesi nordici, l'altrettanto chiacchierata Svezia, per la sua politica percepita come «troppo permissiva» in tema di Covid, registra il dato di 91. Il disastro italiano non cambia neanche quando consideriamo il numero complessivo di morti in eccesso dovuti alla pandemia (un dato che ovviamente è influenzato dal numero di abitanti dei vari paesi): l'Italia qua tocca i 259 mila morti in eccesso, ben sopra la Germania (203 mila), Gran Bretagna (169 mila) e Francia (155 mila).

A rendere le cose più complicate, rispetto ad una certa narrazione che è andata per la maggiore dalle nostre parti, è che questi dati non mostrano alcuna chiara relazione tra i livelli di mortalità e la «durezza delle politiche di restrizione anti-Covid adottate dai vari paesi europei (e che vedono l'Italia primeggiare senza eguali anche da questo lato), una volta che controlliamo per i tassi di vaccinazione ivi registrati. Insomma, la giuria è ancora in seduta per una valutazione complessiva di quanto fatto dal governo Conte 2 e Draghi in fatto di Covid. Ma più di un punto interrogativo persiste.

— © Riproduzione riservata — ■



IL CASO

Potranno esercitare in Italia per un anno. «Ma ci sono problemi di lingua e requisiti»

La deroga agli infermieri ucraini non piace ai sindacati

ANTONIO SBRAGA

••• La deroga concessa dal governo a medici e infermieri ucraini, ai quali per un anno sarà «consentito l'esercizio temporaneo delle qualifiche professionali» in Italia, lascia «alquanto perplessi» i sindacalisti del Nursing Up. Perplessità legate a tre diversi fattori: l'idoneità dei requisiti, la conoscenza della lingua e il tipo di vaccinazione degli operatori sanitari ucraini.

«Siamo di fronte a una situazione alquanto paradossale - commenta Antonio De Palma, presidente nazionale del Nursing Up - perché potranno esercitare la loro professione senza bisogno di nessuna integrazione di idoneità dei propri requisiti, come dovrebbe avvenire per legge per professionisti della sanità appartenenti a paesi che non rientrano nella comunità europea».

Il presidente del sindacato infermieristico avverte anche sulle possibili conse-

guenze di un'altra «deroga, rispetto al previsto e preliminare accertamento della conoscenza della lingua Italiana da parte degli Ordini Professionali. Come se in ospedale fosse possibile curare od assistere i pazienti senza avere la possibilità di comunicare con loro. Ma - aggiunge De Palma - stiamo parlando di persone con diversi alfabeti e con un sistema di scrittura che nulla ha a che vedere con il nostro. Insomma, lo sa un infermiere ucraino qual è il nome commerciale Italiano di quei farmaci oggetto delle sue conoscenze ed esperienze pratiche quotidiane in Ucraina?».

Per il Nursing Up, poi, «è necessario affrontare anche il discorso spinoso della sicurezza sanitaria. Il comunicato non specifica se i sanitari ucraini saranno debitamente vaccinati prima di lavorare all'interno delle nostre strutture ospedaliere. Ricordiamo che in Ucraina oltre metà della popolazione è in netto ritardo con le somministrazioni. Se anche gli

operatori sanitari ucraini fossero vaccinati, immaginiamo che non risulteranno essere stati immunizzati mediante uno dei vaccini riconosciuti in Italia (Pfizer, Moderna etc), ergo si porrebbe il problema della efficacia e validità di una vaccinazione fatta con prodotti differenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Roberto Speranza
Ministro della
Salute del
governo guidato
dal Presidente
del Consiglio
Mario Draghi
(LaPresse)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

La bioetica «a lezione» dal Covid

Accesso alle cure, strategie sanitarie, ricerca, vaccini: così la pandemia ha messo alla prova i criteri di giudizio su cura e salute



LAURA PALAZZANI

Sono molte le tematiche e problematiche emerse in pandemia. Uno dei temi subito emersi nella prima ondata, e ritornato nelle successive, è stato il problema – a fronte di una crescente domanda per la velocissima diffusione del contagio – della distribuzione di risorse scarse (posti letto in terapia intensiva, ventilatori), con la conseguente, drammatica scelta tra chi curare e chi non curare. Nell'ambito di alcuni documenti di società scientifiche di anestesisti e rianimatori è emerso un approccio utilitarista, con la proposta del criterio di qualità di vita, e la conseguente emarginazione dei soggetti più deboli (anziani, persone con disabilità). Molti i pareri di Comitati di Bioetica in Europa che, appellandosi ai principi di giustizia, equità e solidarietà, hanno criticato tale approccio come discriminatorio, proponendo il criterio clinico di valutazione caso per caso, basato sulla condizione del paziente con riferimento a gravità, efficacia del trattamento e proporzionalità, nel quadro dei diritti umani fondamentali, dei principi costituzionali e della deontologia medica. Data l'impreparazione del sistema sanitario ad affrontare la pandemia, arrivata in modo improvviso, la scelta dei governi, nell'ambito delle politiche pubbliche, si è trovata di fronte a due possibilità, che partono da differenti visioni antropologiche. La proposta biopolitica dell'immunità di gregge naturale, ispirata a una visione individualistica a difesa della libertà, ha lasciato la libera circolazione del

virus con la conseguente, prevedibile "selezione naturale" delle persone più fragili, obiettivo l'immunizzazione nei guariti. In contrapposizione, la scelta del lockdown si è proposta l'obiettivo di tutelare la salute di tutti, in specie dei più vulnerabili, seppur nella consapevolezza dei rischi economici e psico-sociali della restrizione della libertà, che comunque deve essere giustificata, risultare efficace, proporzionata e temporanea.

La pandemia ha inoltre fortemente sollecitato la ricerca biomedica a sperimentare trattamenti, al fine di trovare cure sicure ed efficaci. In questo contesto la bioetica ha richiamato l'importanza dell'investimento nella ricerca, rispettando i criteri etici generali della sperimentazione clinica: la giustificazione scientifica, il bilanciamento ri-

schi/benefici e il consenso informato. Le categorie particolarmente vulnerabili, quali i bambini, le donne in gravidanza o allattamento, gli anziani, le minoranze etniche, non devono essere escluse. Farlo significa non offrire un'opportunità di cura e non sperimentare farmaci anche a loro destinati. Anche nell'ambito delle vaccinazioni sono emersi ulteriori aspetti etici. In relazione al costo è emersa la discussione sull'accesso ai vaccini per tutti, in quanto bene comune globale, con l'esigenza di limitare il mercato e promuovere una responsabilità sociale delle aziende farmaceutiche e dei governi per una cooperazione internazionale nei confronti dei Paesi a basso reddito. Problematicità bioetiche sono state sollevate nella distribuzione dei vaccini. Nell'orizzonte di uguaglianza, giustizia ed equità la priorità nella distribuzione deve partire da una considerazione medica dei rischi diretti per la salute, successivamente dei rischi indi-

retti della trasmissione del contagio e dei rischi psicologici e socio-economici.

Anche l'obbligo vaccinale, sul piano etico, deontologico e giuridico, è stato al centro della discussione, per un bilanciamento tra la libertà individuale e la

responsabilità rispetto a sé e agli altri, con riferimento sia ad alcune categorie professionali che ai cittadini, a fronte di situazioni di emergenza e di non sostenibilità della pandemia sul piano sociale ed economico.

Il volume che ho appena pubblicato (*Bioetica e pandemia. Dilemmi e lezioni da non dimenticare*, Scholé, 208 pagine, 20 euro) offre uno sguardo complessivo sui temi centrali della bioetica della pandemia Covid-19, nell'ambito della discussione interdisciplinare e pluralista che si è svolta nel nostro Paese, e inevitabilmente in ogni Paese del mondo, evidenziando gli interrogativi e i tentativi di risposta dell'etica o delle etiche ai dilemmi emersi ed emergenti nella prassi. Questi vanno affrontati sul piano filosofico per giustificare linee di azioni possibili, al fine di comprendere quali sono le "lezioni da apprendere". In tutta la sua tragicità la pandemia ci costringe a pensare nuovi percorsi per evitare gli errori commessi e proteggere la salute individuale e dell'intera comunità globale: la bioetica può offrire un contributo critico e propositivo in questa direzione.

Vicepresidente Comitato nazionale per la Bioetica





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LE NUOVE LINEE GUIDA

Libero e autogestito: l'aborto per l'Oms

ANGELA NAPOLETANO

Le nuove linee guida sull'aborto dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sono qualcosa in più di un semplice aggiornamento periodico. Il documento in 170 pagine diffuso il 9 marzo blindava l'idea dell'interruzione volontaria di gravidanza come diritto imprescindibile. In 54 raccomandazioni sono sistematizzati e rilanciati tutti gli obiettivi che l'agenzia Onu ha perseguito negli ultimi 10 anni sull'aborto «di qualità»: la sua «piena depenalizzazione», la facilitazione della via farmacologica, la rimozione delle «barriere dell'obiezione di coscienza».

I passaggi più vistosi sono quelli di pertinenza politica e legislativa, disciplinati dai singoli Stati. Le raccomandazioni che ricadono in questi ambiti riguardano, per esempio, l'abolizione delle leggi che limitano il ricorso all'aborto sulla base dell'età gestazionale o che impongono periodi di riflessione, come pure quelle tese a garantire l'accesso delle

donne all'Ivg senza l'autorizzazione di soggetti terzi (come partner o familiari). L'idea di arrivare alla totale depenalizzazione dell'aborto passa anche attraverso l'abbattimento delle resistenze opposte dagli obiettori di coscienza. Diritto, quest'ultimo, che «può diventare indifendibile», precisa il documento, se incompatibile con la necessità di «garantire accesso e continuità alle cure abortive di qualità». Passaggio delicato, che secondo Elyssa Koren, dell'associazione Adf International, tradisce l'aspirazione dell'Oms a influenzare «a tempo debito» un cambiamento radicale delle norme di diritto internazionale a tutela dell'obiezione di coscienza.

Non meno densi sono i capitoli sulla facilitazione dell'aborto farmacologico. In particolare, quelli sulla telemedicina – alternativa («se appropriata») alle consultazioni in persona –, per la prima volta citata nelle linee guida, e sull'auto-gestione di ogni sua fase: auto-verifica dei criteri di ammissibilità al processo, auto-somministrazione dei farmaci e auto-monitoraggio dei

risultati. I motivi di questo approccio derivano – si legge tra le righe della premessa – dall'esperienza della pandemia che avrebbe causato interruzioni dei servizi di assistenza sanitaria materno-infantile esponendo a «rischi prevenibili».

Le linee guida non inseguono solo il principio dell'aborto sicuro. Invitano a «esplorare modalità innovative di erogazione dei servizi abortivi», come App e hotline, anche nell'ambito delle «strategie di risparmio dei sistemi sanitari nazionali». Anche in questo caso le direttive Oms rischiano di depotenziare le decisioni dei singoli Stati. L'aborto farmacologico «fai da te», autorizzato per esempio dall'esecutivo britannico durante la pandemia, è possibile fino al prossimo agosto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I NUMERI DELL'EPIDEMIA

Covid, ricoveri in risalita Aifa studia la quarta dose per i grandi anziani

A salire ora non sono più solo i contagi: ieri 76mila nuovi casi con una crescita negli ultimi sette giorni di oltre il 30% anche se a un ritmo meno rapido. Dopo settimane di continua discesa, anche negli ospedali si vedono i primi segnali in controtendenza: per ora si tratta di un sussulto che riguarda solo i reparti ordinari - le terapie intensive sono ancora stabili -, ma l'inversione c'è stata: in sette giorni i ricoverati per Covid sono diventati 8.939, 542 in più. Un primo piccolo segnale di allarme che conferma come l'uscita dalla pandemia ancora non sia avvenuta. A confermare il nuovo trend è anche il monitoraggio della Fiaso (la federazione dei manager delle Asl) che nei suoi ospedali sentinella registra un +10,7% di ricoveri in aree Covid, ma anche un calo del 20% nelle terapie intensive. Un numero quest'ultimo che potrebbe confermare l'impatto molto più leggero in termini di malattie gravi della variante Omicron e della sua sottovariante Omicron 2, ma va anche ricordato che gli effetti sulle rianimazioni si vedono sempre con qualche giorno di ritardo rispetto ai ricoveri negli altri reparti: sarà quindi necessario aspettare ancora qualche giorno per capirlo.

Intanto oggi l'Aifa e la sua Cts, la Commissione tecnico scientifica, apre l'esame del possibile amplia-

mento della platea della quarta dose che oggi è somministrata in Italia alle persone immunocompromesse e trapiantati (circa 800-900mila persone). L'EmA, l'Agenzia europea del farmaco, ha ribadito che non ci sono ancora prove che serva una quarta dose di vaccino per tutti. Ma l'uso mirato in popolazioni anziane selezionate è stato già preso in considerazione da alcuni Paesi (Inghilterra, Francia, Germania) sulla base di alcuni risultati preliminari di efficacia nel mondo reale provenienti da Israele. Da qui l'ipotesi di cominciare a suggerire una nuova iniezione agli over 75-80. Ma gli stessi esperti sono divisi sul vaccino "giusto" da somministrare perché per molti sarebbe meglio aspettare un nuovo antidoto aggiornato alle ultime varianti, in particolare Omicron. Una ipotesi, quest'ultima, che farebbe slittare la quarta dose a dopo l'estate.

— **Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La quarta dose subito agli over 70 oggi il verdetto Aifa

Contagi in risalita, l'Agenzia si riunisce per rispondere al governo. Scienziati divisi. Ricciardi: "Bisogna partire". Bassetti: "Non serve"

di **Michele Bocci**

Il governo accelera sulla quarta dose agli anziani. Oggi Aifa si riunisce per dare una risposta al ministero alla Salute, che vuole sapere se partire con la nuova somministrazione dopo il booster e quali categorie di persone coinvolgere. L'altra settimana Roberto Speranza, presentando il decreto legge sul rilascio delle misure anti Covid (non ancora uscito in Gazzetta ufficiale), aveva parlato di una valutazione in corso sulla «estensione della quarta dose per le fasce generazionali più avanzate». Fino ad ora però non erano stati fatti passi formali, perché gli esperti non erano stati coinvolti. Con l'ingresso nella partita dell'agenzia regolatoria, in un periodo nel quale i casi sono di nuovo in aumento, le cose cambiano. Aifa ha sempre avallato le richieste dell'esecutivo, con rarissime eccezioni, e c'è da aspettarsi che anche questa volta si arriverà a un via libera, i dettagli del quale si capiranno nel giro di qualche giorno.

Sulla somministrazione della

quarta dose però non c'è unanimità tra gli esperti. Tutti sono d'accordo sul fatto che venga fatta a chi ha problemi del sistema immunitario, come avviene già da alcune settimane anche nel nostro Paese. Sull'allargamento invece qualcuno ha dubbi, anche perché non ci sono studi scientifici randomizzati che ne dimostrino l'utilità nell'evitare infezione e malattia ma solo dati sull'aumento degli anticorpi nei vaccinati.

Tra i fortemente favorevoli alla quarta dose agli anziani, magari dai 75 anni in su, è il consigliere del ministro Speranza Walter Ricciardi, che ha più volte sostenuto come sia arrivato il momento di proteggere le persone fragili per motivi di età: «Bisogna partire prima possibile». Sul fronte opposto c'è, ad esempio, l'infettivologo di Genova Matteo Bassetti: «Con questo vaccino non ha senso fare la quarta dose, dovrebbe essere modificato per eventuali nuove varianti. Se il ministero pensa di spingere sulla quarta dose agli over 75 sappia che la comunità scientifica è contro. Non basta che una persona sia anziana perché ne-

cessiti adesso di una quarta dose, deve essere fragile per problemi al sistema immunitario. E chi è in questa situazione è già stato coinvolto nella campagna». Secondo Bassetti c'è anche un rischio. «Se facciamo le quarte dosi adesso, va a finire che saremo obbligati alle quinte, con un vaccino diverso, a settembre, quando potrebbero arrivare nuove varianti». Bassetti dice di essere più preoccupato, piuttosto, dal fatto che molte persone («circa 10 milioni») non hanno fatto ancora la terza dose.

In Italia gli ultra settantenni sono un po' più di 9 milioni. Secondo Giovanni Sebastiani dell'Istituto "M. Piconi" del Cnr circa la metà degli over 80 ha ricevuto la terza dose da meno di quattro mesi e la percentuale sale all'80% tra i settantenni. Sebastiani suggerisce così di «valutare il periodo di tempo massimo in cui la terza dose garantisce un'alta protezione dalle forme gravi della malattia e dalla morte nelle fasce d'età considerate».

Il numero

9,2 milioni

La platea

Sono gli ultra settantenni che hanno già ricevuto il booster



▲ Soggetti fragili

L'hub Bicocca di Milano: sono 48.944 gli immunodepressi che hanno ricevuto la quarta dose



Il flop di Novavax

Il vaccino che doveva convincere i No Vax è un fallimento somministrate meno del 2% delle dosi costate 20 milioni. E la campagna si è arenata: prime iniezioni in forte calo

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

Doveva essere il vaccino «che piace ai No Vax», ma - a un mese esatto dal suo sbarco in Italia - Novavax è un flop totale. Appena atterrato nel nostro Paese, il generale Figliuolo ne ha distribuite un milione e 23 mila dosi, ma ad oggi ne sono state somministrate poco più di 16 mila, un misero 1,6% del totale. Il «Nuvaxovid», questo il nome commerciale del vaccino, è stato autorizzato dall'EmA per chi ha più di 18 anni. E la nostra Aifa ha specificato che le fiale vanno utilizzate esclusivamente per chi di punture non ne ha fatta nemmeno una. Condizione nella quale si trovano in questo momento 4 milioni e 39 mila over 18, che hanno girato le spalle anche all'ultimo arrivato della Novavax, società di biotecnologie americana, che ha venduto all'Italia una prima trince di un milione di dosi, per una spe-

sa intorno ai 20 milioni. Soldi finiti al macero, vista l'accoglienza che gli irriducibili tra i No Vax hanno riservato al vaccino che si sperava avrebbe convinto chi, non si sa sulla base di quali conoscenze scientifiche, aveva detto a chiare lettere di non fidarsi dei prodotti a mRNA, temendo chissà quali mutazioni genetiche, considerate fantascienza dai ricercatori più accreditati.

«Nuvaxovid» è infatti un vaccino a base di proteine, ingegnerizzato dalla sequenza del ceppo originale di Wuhan del Sars-Cov-2. Creato grazie alla tecnologia delle nanoparticelle ricombinanti, genera l'antigene derivato dalla proteina spike ed è formulato con l'adiuvante Matrix-M, brevettato da Novavax per migliorare la risposta immunitaria e stimolare alti livelli di anticorpi neutralizzanti. Dopo l'inoculazione, il sistema immunitario identifica la proteina e inizia a produrre difese naturali come anticorpi e cellule T, quelle che alzano un muro difensivo davanti all'attacco del virus anche quando gli anticorpi non ci sono più.

I risultati della sperimentazione di fase 3, quella allargata

sull'uomo, hanno dato risultati comparabili a quelli dei vaccini di Pfizer e Moderna a base di mRNA, mostrando un'efficacia complessiva dell'82,7%, che sfiora il 100% contro le forme gravi di malattia. Risultati che avrebbero dovuto far porgere il braccio a dubbiosi e campioni della «genetica fai da te», ma così non è stato. Ma che si tratti di Novavax o Pfizer o Moderna, oramai a fare la prima dose non si presenta più nessuno. Martedì sono stati appena 989. Il giorno prima era andata un po' meglio: 2.037. Ma con questi ritmi è come pretendere di svuotare l'oceano con un bicchiere, visto che senza alcuna protezione dai 5 anni in su sono ancora in 6 milioni e 961 mila.

Ma anche con le terze dosi si procede a passo di lumaca. Martedì se ne sono fatte 39.200, il giorno prima poche centinaia di più. Briciole rispetto al mezzo milione e passa che ogni giorno si facevano avanti a metà gennaio. Compresi quelli poco convinti, ma che oborto collo finivano per mostrare il braccio sapendo che senza puntura avrebbero dovuto rinunciare anche al Super Green

Pass. Ovvero a ristoranti, bar e svago in generale. O allo stipendio, nel caso dei lavoratori over 50. Tutti divieti che il nuovo decreto approvato la scorsa settimana manda in soffitta a partire dal 1° aprile. E anche questo sta contribuendo non poco a tenere alla larga dagli hub vaccinali chi ci si era avvicinato più per necessità che per convinzione. Non a caso all'appello mancano circa tre milioni di italiani, che passati più di 4 mesi dalla seconda dose, potrebbero ora fare la terza ma scelgono di non presentarsi. Male per loro, visto che dopo 120 giorni con Omicron la protezione dal contagio con due sole dosi scende sotto il 40%, mentre il rischio di morte sale di cinque volte rispetto a chi il booster lo ha fatto. Male però anche per chi, pur vaccinato, rischia per negligenza altrui di ammalarsi comunque seriamente, per via di un sistema immunitario malconcio che male risponde alle stimolazioni degli stessi vaccini. Persone da proteggere facendo circolare meno virus possibile. Se i No Vax lo capissero. —



Italia-Russia

Addio Reithera, c'è Sputnik il giallo dello Spallanzani

Le pressioni di Mosca sull'Istituto nazionale per le malattie infettive
La virologa Viola: «Il loro vaccino non era efficace, ricevetti strane telefonate»

JACOPO IACOBONI
IL RETROSCENA

Il 14 maggio 2020, neanche due mesi dopo l'ormai famosa telefonata tra Giuseppe Conte e Vladimir Putin che varla la missione di «aiuti russi in Italia per il Covid», Kirill Dmitriev – il capo del Fondo sovrano russo, potentissimo oligarca della prima cerchia di Putin – viene insignito di una delle più alte onorificenze della Repubblica, l'Ordine della Stella d'Italia, «a titolo di riconoscimento del supporto del Fondo sovrano russo nella lotta contro la pandemia. Grazie alle azioni congiunte del Fondo e del ministero della Difesa della Federazione Russa sono stati recapitati tempestivamente in Italia i sistemi di test mobili Emg ad alta precisione prodotti con il supporto del Fondo e utilizzati dal gruppo di specialisti inviati dalla Difesa russa in Italia». Veniamo poi informati che il Fondo «sviluppa partnership» con varie importanti aziende e istituti italiani, e «sta collaborando ai fini della ricerca dei nuovi strumenti di lotta contro il coronavirus». Undici mesi dopo, l'8 aprile 2021, Dmitriev firma di suo pugno, per la parte russa, un «Memorandum d'intesa per la collaborazione scientifica» tra l'Istituto Spallanzani, il Centro russo «Gamaleya», e il Fondo russo. Il 4 marzo, appena un mese prima, gli Usa avevano già sanzionato 14 entità russe e tra queste tutti i principali centri di ricerca chimico-biologici russi, compreso il 48o Centro, che ha collabora-

to con il Gamaleya, e l'accademia di Kirov, da cui vennero tanti dei medici militari arrivati in Italia. Secondo Tesoro e Commercio Usa, questi centri hanno relazioni di diverso tipo con il dispiegamento di armi chimiche come il Novichok che ha avvelenato Alexey Navalny.

Ma riavvolgiamo il filo ancora all'indietro. A metà febbraio 2021 un «Gruppo di Lavoro Sperimentazione Vaccini e Terapie Innovative» dello Spallanzani, di cui diversi ricercatori interni dicono a La Stampa di non aver mai sentito parlare prima, produce un «parere tecnico scientifico sul vaccino Sputnik V», su carta intestata della direzione sanitaria (di solito per queste cose parla la direzione scientifica), primo firmatario il direttore sanitario Francesco Vaia. Il «parere» riproduce contenuti di uno studio iniziale di Lancet su Sputnik V, e si chiude così: «In base a tali considerazioni si ritiene che il vaccino Sputnik V possa avere un ruolo importante nei programmi vaccinali contro la SARS-CoV-2». Poco dopo, italiani e russi firmano il Memorandum. Perché lo Spallanzani abbandona

Reithera, un molto promettente vaccino adenovirale italiano che era stato annunciato un mese prima proprio all'Istituto, per abbracciare la sperimentazione di un vaccino adenovirale russo?

In quella fase alcuni scienziati italiani non tacciono. Rischiano. Enrico Bucci muove

rilievi molto seri e tecnici all'articolo di Lancet che pubblicava i risultati della fase 1 di Sputnik. E parla Antonella Viola, che oggi denuncia: «Quando sul vaccino Sputnik venne pubblicato il lavoro, insieme a Enrico Bucci e ad altri colleghi a livello internazionale scrivemmo su Lancet un commento per dire che il vaccino effettivamente non funzionava. In quei giorni, a parte che il mio telefono cominciò a dare dei seri problemi, ricevetti una telefonata molto strana, di una persona che disse di essere del ministero degli Interni, della sicurezza, non ricordo. E mi disse che voleva informazioni: voleva sapere se io sapessi di più sul vaccino Sputnik. Una strana telefonata, mi chiedeva dati».

Un importante dirigente dello Spallanzani «nel giugno 2020, due mesi prima che Putin annunciasse l'approvazione di Sputnik, viene avvicinato – ci viene messo per iscritto da una fonte, e confermato da altra fonte – da funzionari di stato russi che gli offrono parecchi soldi (circa 250 mila euro), ma lui prima ancora di farli



finire, chiama i carabinieri e infatti qualche giorno dopo si presentano all'Istituto due signori dei Servizi per parlare con lui».

Le pressioni russe sono vaste. I modi duri. Agostino Miozzo, allora coordinatore del Comitato tecnico scientifico, che partecipò a una riunione con il generale Luciano Portolano e il generale russo Sergey Kikot nei primissimi giorni della missione degli aiuti russi in Italia, ricorda: «Kikot voleva avere accesso a tutti i luoghi dell'amministrazione, e riteneva di essere stato autorizzato al massimo livello a farlo (noi lo impedimmo). Allora avevamo tutti rapporti ottimi coi russi. Tuttavia so per certo che le antenne si erano

alzate alla Difesa italiana, che tirò un compasso di trenta chilometri per tenere i russi lontano da obiettivi sensibili militari in Italia». Proprio la topa confermava l'esistenza del buco. Il Copasir, oggi in plenaria per la programmazione dei lavori, convocherà molto probabilmente l'allora premier Giuseppe Conte. Al Comitato, il Dis riferì che la missione-aiuti russi si era svolta in ambito sanitario, ma nella relazione annuale il Copasir scrisse poi che la vicenda dell'arresto di Walter Biot, il capitano di marina accusato (in un'altra storia) di spionaggio per i russi, non era affatto isolata: «Un chiaro esempio del metodo di avvicinamento a soggetti appetibili operato dai servizi russi, caratterizzato soprattutto

nello status degli officer presenti nei vari Paesi occidentali, i quali sono tutti o quasi tutti coperti da status diplomatico e in genere tendono a infiltrare le istituzioni. Cercano anche aspetti economici». —

A un dirigente furono offerti dai russi 250 mila euro, chiamò subito i carabinieri Miozzo (ex Cts) "I generali del Cremlino volevano accesso a tutti gli uffici"

Le tappe della vicenda

1

Marzo 2020

A inizio pandemia dopo un accordo Putin-Conte arriva in Italia una delegazione russa guidata dal generale Kikot

2

Maggio 2020

Kirill Dmitriev, oligarca vicino a Putin, viene insignito di una onorificenza italiana per l'impegno contro il Covid

3

Febbraio 2021

Lo Spallanzani firma un parere sul vaccino Sputnik attribuendo "un ruolo importante contro la Sars Cov-2"



La missione nel nostro Paese

Soldati russi impegnati nella sanificazione di una residenza per anziani ad Albino, nel Bergamasco. La missione iniziò il 23 marzo del 2020: ufficialmente con scopi sanitari, ma Mosca potrebbe averla utilizzata anche per fini militari e politici

LAPRESSE



ACQUISTI PER 400 MLN

Gli anti-Covid abbondano ma la burocrazia ne blocca l'uso

Boeris a pagina 7

L'Italia ne ha comprate da Pfizer per 400 milioni ma causa l'iter burocratico le ha somministrate solo a 2 mila pazienti
Le pillole anti-Covid abbondano ma sono inutilizzate

DI ANDREA BOERIS

Al di là dei vaccini, contro il Covid c'è anche un'altra arma a disposizione. O per meglio dire, ci sarebbe, dal momento che viene sottoutilizzata rispetto al suo potenziale. È la pillola antivirale, di cui l'Italia ha ordinato le due versioni che l'Aifa, l'agenzia del farmaco italiana, ha finora approvato: quella prodotta dal colosso mondiale del pharma Merck, che riduce del 30% il rischio di ricovero in ospedale, e quella di un altro gigante come Pfizer, che in fase di sperimentazione ha dimostrato di ridurre il tasso di ospedalizzazione di quasi il 90%.

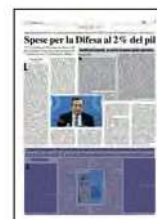
Nelle ultime settimane i casi di Covid in Italia sono tornati a crescere fino alla quota dei 100 mila quotidiani. Dietro a questa nuova risalita c'è la nuova variante Omicron 2, che sembra essere ancora più contagiosa della precedente. L'utilizzo degli antivirali potrebbe, perciò, rivelarsi determinante nell'impedire un nuovo sovraffollamento degli ospedali, ma l'Italia li sta impiegando

in maniera molto limitata, rischiando di sprecare non soltanto armi che possono salvare vite umane ma anche le risorse impiegate per acquistarle. Perché le pillole antivirali all'Italia sono costate e non po-

co. Il governo, attraverso la struttura commissariale guidata dal generale Francesco Figliuolo ha ordinato per il 2022 circa 600 mila cicli di trattamento di Paxlovid (la pillola Pfizer), ma da gennaio a marzo, secondo i dati dell'ultimo report dell'Aifa che monitora le cure anti-Covid, in Italia ne sono stati prescritti soltanto 2.072. Il prezzo di ciascun ciclo di trattamento negli Usa, che ne hanno acquistati 10 milioni, è di 530 dollari come si legge nel contratto che è stato reso pubblico. La struttura commissariale in Italia ha invece rigettato la richie-

sta di accesso agli atti sull'accordo con Pfizer, ma da più fonti è emerso che il governo avrebbe pagato la pillola di Pfizer circa 660 euro a ciclo di trattamento, per una spesa totale di 400 milioni di euro.

La situazione non è molto migliore per quanto riguarda l'antivirale di Merck, il Molnupiravir: l'Italia ne ha ordinati per quest'anno oltre 50 mila cicli a un prezzo di circa 610 euro a trattamento, per una spesa complessiva superiore ai 30 milioni di euro, ma, sempre secondo i dati dell'ultimo



report Aifa, anche la cura Merck è stata somministrata soltanto a poco più di 9 mila persone.

A rallentare l'utilizzo delle pillole antivirali è il lungo iter burocratico necessario per arrivare alla prescrizione. Innanzitutto il medico di famiglia deve

fare l'anamnesi e già questo procedimento può arrivare a impiegare fino a due giorni. Poi lo stesso medico deve inviare i moduli necessari per la richiesta e soltanto dopo aver ricevuto l'autorizzazione può andare a ritirare il farmaco, che viene custodito nelle farmacie ospedaliere. Il problema è che la pillola antivirale è efficace soltanto se assunta entro cinque giorni dalla comparsa dei primi sintomi e, vista la trafila, il farmaco in questo modo è utilizzato soltanto nel 10% dei casi nei quali sa-

rebbe necessario.

Nel frattempo sul fronte vaccini, Moderna ha annunciato che il suo antidoto ha indotto una risposta immunitaria forte nei bambini di età compresa tra i 6 mesi e i cinque anni, nonostante un'efficacia modesta contro la variante Omicron. I risultati sono il frutto di un nuovo studio clinico condotto sulla popolazione pediatrica. Nello specifico, il vaccino di Moderna ha mostrato un'efficacia contro la malattia sintomatica del 43,7% nei neonati da 6 mesi a 2 anni e del 37,5% tra i 2 e 5 anni. (riproduzione riservata)



La (grave) crisi degli antibiotici

SE NON COMINCIAMO
A USARLI COME SI DEVE
RISCHIAMO DI «PERDERLI»

Dossier a cura di **Elena Meli**

a pagina **04**

Il problema è ben noto in tutto il mondo, e nel nostro Paese è particolarmente allarmante
Un fenomeno che rischia di riportare le lancette dell'orologio a un secolo fa, a prima
della scoperta della penicillina, quando bastava si infettasse una ferita per morire

Batteri sempre più «resistenti»

In crescita preoccupante
quelli su cui i farmaci
sono ormai inefficaci

di **Elena Meli**



Dobbiamo cambiare marcia e provare a stare un passo avanti all'emergenza sanitaria, senza essere costretti a doverla solo rincorrere. No, non stiamo parlando delle varianti di Sars-CoV-2 e della pandemia di Covid-19, ma di un altro guaio all'orizzonte che promette di rivelarsi forse perfino più temibile, almeno stando alle stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: le resistenze dei batteri agli antibiotici conosciuti corrono, molto più di quanto faccia la ricerca scientifica e lo sviluppo di nuovi farmaci. Tradotto, significa che sempre più spesso oggi e ancora di più nel prossimo futuro gli antibiotici ai germi «faranno un baffo», così curare le infezioni diventerà sempre più difficile. Tanto arduo al punto che gli esperti non esitano a prevedere una situazione catastrofica entro il 2050, con 10 milioni di vittime ogni anno nel mondo per colpa di infezioni batteriche un tempo curabilissime: oggi i morti sono oltre 700 mila l'anno, ma le prospettive sono drammatiche.

L'allarme

Durante l'ultimo European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases gli specialisti si sono chiesti quanti «allarmi finali» dovranno ancora suonare prima che ci si decida ad affrontare la «crisi degli antibiotici» e il problema delle resistenze; non sembra ci sia ancora grande attenzione al tema, come sottolinea Francesco Scaglione, responsabile della Farmacologia Clinica all'Ospedale Niguarda di Milano e membro della Società Italiana di Farmacologia: «La consapevolezza del problema delle resistenze antibiotiche c'è, ma non si fa granché per arginarle. Con la pandemia, poi, è sceso un velo su tutto. E dire che in ospedale tanti pazienti sono morti anche a causa della contemporanea infezione da batteri multiresistenti».

Sono questi super-batteri il vero incubo: non rispondono a molti dei farmaci noti e riportano le lancette dell'orologio a un secolo fa, a prima della scoperta della penicillina quando per morire bastava che si infettasse una ferita da poco. Il timore è che si sviluppino batteri resistenti a tutti gli antibiotici (casi di resistenza pressoché totale sono stati già segnalati anche in Italia), ma per avere conseguenze gravi basta che un germe ne tolleri soltanto uno: in alcune infezioni le seconde o terze linee di terapia provocano

effetti avversi irreversibili nel lungo termine, in altre non ci sono ulteriori opzioni di cura e le complicanze possibili sono tante, serie e arrivano fino al decesso. La comparsa di resistenze però è un fenomeno ineluttabile, «Insito nel-

l'uso stesso degli antibiotici, che uccidono i germi sensibili ma selezionano microrganismi che casualmente «si salvano» grazie alle loro caratteristiche, continuando a riprodursi e producendo così nuovi ceppi che non rispondono al medicinale impiegato inizialmente», spiega il farmacologo. Sviluppare una resistenza per il germe è come alzare una linea di difesa di fronte al nemico: i batteri lo fanno impedendo all'antibiotico di entrare grazie a modifiche della membrana cellulare, rendendolo inefficace grazie a minuscole «pompe» che lo rimuovono appena entra, creando enzimi che lo eliminano oppure trovando modi per ovviare agli effetti del farmaco. I metodi sono tanti ma tutte le resistenze sono scritte nei geni; il problema è che nel caso dei batteri questi non vengono solo trasferiti alla prole, come accade con il Dna umano che passa dai genitori ai figli, ma anche scam-

biati fra microrganismi di specie differenti.

Questo trasferimento genico fra batteri è frequente e avviene spesso nel nostro intestino o in animali domestici trattati con antibiotici, luoghi prediletti per l'evoluzione delle resistenze. Lo ha scoperto Joakim Larsson del Centre for Antibiotic Resistance Research dell'Università di Göteborg, in Svezia, confrontando migliaia di genomi batterici: i geni delle resistenze, la cui origine è ignota per il 95 per cento dei casi, arrivano spesso da batteri che provocano malattie e che li passano ad altre specie che si trovano vicino, perciò quando cresce la possibilità di incontri fra batteri, come appunto nel nostro

affollato intestino o negli allevamenti intensivi, il rischio di un rimescolamento che diffonda resistenze sale.

«Non solo» aggiunge Scaglione, che è anche ordinario di Farmacologia all'Università degli Studi di Milano: «gran parte dei geni che conferiscono resistenza agli antibiotici arriva da batteri che non conosciamo: il microbiota ambientale, meno noto di quello intestinale, è una riserva consistente di resistenze. Il corollario è che oltre a usare con criterio gli antibiotici per le malattie umane e animali dovremmo anche fare molta attenzione a non disperdere gli antibiotici nelle acque di scarico o nell'ambiente in generale, per esempio evitando di gettare i medicinali avanzati nel wc o nella spazzatura normale».

Alcune semplici regole aiuterebbero infatti a ridurre le resistenze e molto si può fare in prima persona (si veda alle pagine seguenti), tuttavia prenderci maggior cura dell'ecosistema sembra un passo necessario per poter convivere con i batteri senza che aumenti troppo il numero delle specie invincibili: uno studio recente del-



Il problema è ben noto in tutto il mondo, e nel nostro Paese è particolarmente allarmante
Un fenomeno che rischia di riportare le lancette dell'orologio a un secolo fa, a prima
della scoperta della penicillina, quando bastava si infettasse una ferita per morire

Batteri sempre più «resistenti»

In crescita preoccupante quelli su cui i farmaci sono ormai inefficaci

di **Elena Meli**

Dobbiamo cambiare marcia e provare a stare un passo avanti all'emergenza sanitaria, senza essere costretti a doverla solo rincorrere. No, non stiamo parlando delle varianti di Sars-CoV-2 e della pandemia di Covid-19, ma di un altro guaio all'orizzonte che promette di rivelarsi forse perfino più temibile, almeno stando alle stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: le resistenze dei batteri agli antibiotici conosciuti corrono, molto più di quanto faccia la ricerca scientifica e lo sviluppo di nuovi farmaci. Tradotto, significa che sempre più spesso oggi e ancora di più nel prossimo futuro gli antibiotici ai germi «faranno un baffo», così curare le infezioni diventerà sempre più difficile. Tanto arduo al punto che gli esperti non esitano a prevedere una situazione catastrofica entro il 2050, con 10 milioni di vittime ogni anno nel mondo per colpa di infezioni batteriche un tempo curabilissime: oggi i morti sono oltre 700 mila l'anno, ma le prospettive sono drammatiche.

L'allarme

Durante l'ultimo European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases gli specialisti si sono chiesti quanti «allarmi finali» dovranno ancora suonare prima che ci si decida ad affrontare la «crisi degli antibiotici» e il problema delle resistenze; non sembra ci sia ancora grande attenzione al tema, come sottolinea Francesco Scaglione, responsabile della Farmacologia Clinica all'Ospedale Niguarda di Milano e membro della Società Italiana di Farmacologia: «La consapevolezza del problema delle resistenze antibiotiche c'è, ma non si fa granché per arginarle. Con la pandemia, poi, è sceso un velo su tutto. E dire che in ospedale tanti pazienti sono morti anche a causa della contemporanea infezione da batteri multiresistenti».

Sono questi super-batteri il vero incubo: non rispondono a molti dei farmaci noti e riportano le lancette dell'orologio a un secolo fa, a prima



della scoperta della penicillina quando per morire bastava che si infettasse una ferita da poco. Il timore è che si sviluppino batteri resistenti a tutti gli antibiotici (casi di resistenza pressoché totale sono stati già segnalati anche in Italia), ma per avere conseguenze gravi basta che un germe ne tolleri soltanto uno: in alcune infezioni le seconde o terze linee di terapia provocano

effetti avversi irreversibili nel lungo termine, in altre non ci sono ulteriori opzioni di cura e le complicanze possibili sono tante, serie e arrivano fino al decesso. La comparsa di resistenze però è un fenomeno ineluttabile, «Insito nell'uso stesso degli antibiotici, che uccidono i germi sensibili ma selezionano microrganismi che casualmente "si salvano" grazie alle loro caratteristiche, continuando a riprodursi e producendo così nuovi ceppi che non rispondono al medicinale impiegato inizialmente», spiega il farmacologo. Sviluppare una resistenza per il germe è come alzare una linea di difesa di fronte al nemico: i batteri lo fanno impedendo all'antibiotico di entrare grazie a modifiche della membrana cellulare, rendendolo inefficace grazie a minuscole "pompe" che lo rimuovono appena entra, creando enzimi che lo eliminano oppure trovando modi per ovviare agli effetti del farmaco. I metodi sono tanti ma tutte le resistenze sono scritte nei geni; il problema è che nel caso dei batteri questi non vengono solo trasferiti alla prole, come accade con il Dna umano che passa dai genitori ai figli, ma anche scam-

biati fra microrganismi di specie differenti.

Questo trasferimento genico fra batteri è frequente e avviene spesso nel nostro intestino o in animali domestici trattati con antibiotici, luoghi prediletti per l'evoluzione delle resistenze. Lo ha scoperto Joakim Larsson del Centre for Antibiotic Resistance Research dell'Università di Göteborg, in Svezia, confrontando migliaia di genomi batterici: i geni delle resistenze, la cui origine è ignota per il 95 per cento dei casi, arrivano spesso da batteri che provocano malattie e che li passano ad altre specie che si trovano vicino, perciò quando cresce la possibilità di incontri fra batteri, come appunto nel nostro affollato intestino o negli allevamenti intensivi, il rischio di un rimescolamento che diffonda resistenze sale.

«Non solo» aggiunge Scaglione, che è anche ordinario di Farmacologia all'Università degli Studi di Milano: «gran parte dei geni che conferiscono resistenza agli antibiotici arriva da batteri che non conosciamo: il microbiota am-

bientale, meno noto di quello intestinale, è una riserva consistente di resistenze. Il corollario è che oltre a usare con criterio gli antibiotici per le malattie umane e animali dovremmo anche fare molta attenzione a non disperdere gli antibiotici nelle acque di scarico o nell'ambiente in generale, per esempio evitando di gettare i medicinali avanzati nel wc o nella spazzatura normale».

Alcune semplici regole aiuterebbero infatti a ridurre le resistenze e molto si può fare in prima persona (si veda alle pagine seguenti), tuttavia prenderci maggior cura dell'ecosistema sembra un passo necessario per poter convivere con i batteri senza che aumenti troppo il numero delle specie invincibili: uno studio recente della

Chalmers University of Technology svedese ha rilevato che la velocità di acquisizione della resistenza agli antibiotici da parte di batteri dannosi per l'uomo è oggi molto più alta rispetto al passato proprio a causa del trasferimento delle resistenze da specie presenti nell'acqua, nel suolo, negli animali, negli impianti industriali.

Le barriere

«I geni per le resistenze emergono naturalmente in tutti questi ambienti e per il loro passaggio alle specie che possono infettare l'uomo ci sono assai meno barriere di quel che pensavamo», ha spiegato il coordinatore dell'indagine, Jan Zrimec. Una buona parte del problema deriva dall'utilizzo ampio e indiscriminato degli antibiotici in agricoltura e allevamento: «Per farne capire l'impatto, noi farmacologi diciamo che con duecento grammi di salmone si potrebbe curare una cistite», commenta Scaglione.

«Una provocazione ma non troppo: le regole sono migliorate negli ultimi anni, ma servono più controlli per assicurarsi che nell'industria alimentare l'impiego di antibiotici sia ridotto al minimo indispensabile. Da parte nostra, noi consumatori possiamo preferire carne e pesce di provenienza italiana, visto che le regole del nostro Paese sono molto più stringenti rispetto ad altrove».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il trasferimento di resistenze da specie presenti nell'acqua, nel suolo, negli animali, negli impianti industriali gioca un ruolo molto importante



Usati troppo e male

Vanno rispettati tempi e modi

Fondamentale anche prendere gli antibiotici solo quando servono e alla giusta dose: se è troppo bassa può risultare inefficace

Ridurre le resistenze agli antibiotici passa dalle scelte oculate dei medici al momento della prescrizione, ma è anche una nostra responsabilità. Perché quando abbiamo un'infezione, piccola o grande, il pensiero corre subito all'antibiotico ed è difficile convincerci del contrario: una ricerca condotta dalla Bond University nel Queensland, in Australia, ha dimostrato di recente che un'attenta condivisione della decisione terapeutica, con il medico che spiega con cura tutti i pro e i contro della terapia con antibiotici o senza, non riesce a tagliare in maniera drastica le prescrizioni.

Scelta oculata

I pazienti vogliono l'antibiotico e i medici a volte cedono perché, come spiega il farmacologo dell'Ospedale Niguarda di Milano Francesco Scaglione, «Non si fa abbastanza formazione sull'impiego di questi come di altri farmaci di uso comune, così si perde lentamente la cultura e la consapevolezza per un loro impiego adeguato. Vale in parte per i medici, ma soprattutto per i pazienti che, non sapendo davvero a che cosa servano gli antibiotici o quali possano essere i rischi di un uso scorretto, li vogliono appena hanno un raffreddore o se non passa in tre giorni, oppure prendono quelli avanzati da

una terapia precedente o li prestano all'amico». Se per esempio tutti avessero ben compreso che gli antibiotici non servono a niente contro le infezioni virali, responsabili dei raffreddori, le mamme non correrebbero dal pediatra al primo starnuto chiedendo un antibiotico per i figli. Certo, in tanti casi servono eccome e non dobbiamo demonizzarne l'impiego perché come osserva Scaglione: «Non è la quantità di antibiotici a fare i danni maggiori, quanto piuttosto come vengono usati: si stima che il consumo eccessivo sia responsabile soltanto del 28 per cento delle differenze nella resistenza agli antibiotici fra i diversi Paesi, che fra l'Italia e il resto d'Europa sono talvolta schiacciati (si veda sotto). Il resto dipende da un impiego sbagliato.

La regola d'oro? Usare gli antibiotici quando servono, dopo un'attenta diagnosi, e soprattutto alle concentrazioni più alte e per la durata di tempo giusta», raccomanda l'esperto. «Il dosag-



CORRIERE SALUTE

gio andrebbe adattato al singolo paziente ma in generale è bene usare il più elevato; occorre poi seguire attentamente la posologia indicata dal medico, rispettando con scrupolo orari e modalità di assunzione, e proseguen-

do la cura per il tempo necessario. In ospedale spesso gli antibiotici vengono presi per quindici, venti giorni anche se l'infezione si è risolta dopo una settimana, ma è un errore. Anche al di fuori delle cliniche terapie antibiotiche più lunghe di una settimana non hanno quasi mai senso, se si è scelto l'antibiotico giusto: una tonsillite si può ri-

solvere in cinque giorni con il farmaco più adatto, ma il tempo può raddoppiare col principio attivo sbagliato».

Vietato interrompere

Anche per questo il fai da te è vietato, perché solo il medico può decidere quale prodotto è più opportuno in ciascuna situazione e indicare le modalità di cura più corrette. Vietato però anche interrompere la terapia prima di quanto stabilito dal dottore, se i sintomi sono scomparsi: la durata della cura è decisa in modo da evitare che possano restare batteri vivi in circolazione che, ri-

cominciando a proliferare, potrebbero dare una recidiva e aumentare il rischio che si sviluppi una resistenza. «I tempi devono essere brevi ma certo l'infezione deve essere scomparsa prima di smettere l'antibiotico», puntualizza Scaglione. «Se si seguono con scrupolo le indicazioni del medico non si corrono rischi».

Elena Meli

giorni la durata media di una terapia antibiotica a domicilio, per la maggioranza delle infezioni. Fondamentale che sia scelto il farmaco più adatto e che vengano seguite correttamente le indicazioni date dal medico nella sua prescrizione



Prevenzione

Un semplice esame
per battere
sul tempo
il tumore al colon

di **Vera Martinella****10**

Il test che evita il tumore del colon

I casi di tumore del colon retto in Italia erano in diminuzione, ma con oltre un milione di esami di controllo saltati a causa della pandemia Covid i successi ottenuti dopo decenni di prevenzione rischiano di essere seriamente compromessi. Nove carcinomi su dieci, infatti, potrebbero essere evitati perché c'è un metodo efficace, gratis (in Italia) e del tutto indolore per scoprire ed eliminare le lesioni pre-cancerose prima che si trasformino in una neoplasia vera e propria: il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. L'esame viene offerto dal Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini fra i 50 e i 70 anni che ricevono, ogni due anni, una lettera da parte della propria Asl con l'invito ad andare nella farmacia più vicina a ritirare un piccolo contenitore nel quale raccogliere un campione di feci, per poi restituirlo e ricevere la lettera con il referto a casa nell'arco di un paio di settimane.

«Quanto sia utile partecipare allo screening lo dimostrano i numeri — sottolinea Roberto Persiani, presidente di EuropaColon Italia Onlus, associazione che nel mese europeo dedicato alla prevenzione del carcinoma colon rettale ha lanciato una campagna di sensibilizzazione sugli screening per la diagnosi precoce —: lo screening riduce del 30% la mortalità e del 20% il numero di nuovi casi. È uno dei pochi tipi di cancro in calo nel nostro Paese, infatti, perché con il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (Sof) vengono individuati e asportati polipi e adenomi quando ancora non sono evoluti in carcinoma: impiegano anni, (tra 7 e 15, in media) per trasformarsi in forme maligne. E cresce il numero di malati che sopravvivono a lungo, anche grazie alle nuove terapie disponibili».

Effetto Covid

Le più recenti statistiche, infatti, mostrano che la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi dei pazienti italiani è aumentata dal 52% degli anni Novanta al 65% attuale. Un miglioramento importante, anche in considerazione del fatto che con quasi 43.700 nuovi casi registrati nel 2020 il tumore del colon-retto è il secondo tipo di cancro più frequente nel nostro Paese ed è anche il secondo nella poco ambita classifica dei più letali. A marzo e aprile 2020 però gli esami di screening sono stati sospesi (anche se in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale) per poi gradualmente ripartire a maggio, sempre con tempistiche diverse fra le varie regioni e fra le molte difficoltà causate da Covid a tutta l'organizzazione sanitaria.

Le conseguenze sono riportate nell'ultimo rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening, datato febbraio 2022 e contenente i numeri aggiornati al 31 maggio 2021: nei 17 mesi relativi a gennaio 2020-maggio 2021 sono oltre un milione (1.195.987) in meno gli uomini e le donne che hanno eseguito il test di screening Sof. In pratica, si è verificata una riduzione del 34,3% con un ritardo medio di sei mesi.



Il numero di carcinomi coloretali che si stima essere stato diagnosticato in meno ammonta a 1.376 casi e 7.763 sono gli adenomi avanzati persi.

Il prezzo dei ritardi

«Questo significa che troveremo, come già sta accadendo, neoplasie in stadio più avanzato, che sono più difficili da curare e richiedono interventi chirurgici più impegnativi — spiega Persiani, che è responsabile della Chirurgia oncologica mini-invasiva alla Fondazione Policlinico Universitario Gemelli di Roma —. Stiamo cercando di recuperare i ritardi accumulati, ma occorre un grande sforzo per rimettersi in pari. Ed è fondamentale anche la partecipazione di tutti i cittadini, perché le statistiche hanno anche rilevato che (rispetto allo stesso periodo di riferimento stimato del 2019) nel 2020-2021 si è ridotta del 13% la propensione all'adesione: ovvero, chi riceve l'invito a effettuare gratis un test che potrebbe salvargli la vita è meno predisposto ad accettarlo».

Con alcune Regioni come Campania, Calabria, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sicilia e Valle D'Aosta che registrano riduzioni superiori al 20%.

L'obiettivo della campagna di EuropaColon Italia Onlus è quindi proprio quello di informare l'opinione pubblica sui vantaggi della

diagnosi precoce e sull'importanza di rivolgersi al proprio medico per conoscere e riconoscere i sintomi, avere informazioni sullo screening e come comportarsi in caso di familiarità.

Campanelli d'allarme

L'iniziativa è online sul sito dell'associazione e sui social media Facebook e Twitter, con diversi poster e un video informativo incentrati sulle domande chiave sul tumore al colon retto e le risposte che è bene tutti conoscano.

Oltre ai controlli di screening, per avere maggiori probabilità di guarire è decisivo anche non trascurare i principali campanelli d'allarme che devono essere segnalati al medico, soprattutto dopo i 50 anni: presenza di sangue rosso vivo, talvolta misto a muco, nelle feci, senso di incompleta evacuazione, perdita di peso senza causa evidente.

Una particolare attenzione a segnali sospetti e agli esami di prevenzione devono poi averla le persone che hanno maggiori probabilità di sviluppare questo tumore: ad esempio, chi soffre di malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa oppure di sindromi ereditarie quali la poli-

posi adenomatosa familiare (FAP) e la sindrome di Lynch.

Rischio maggiore

Una minima parte dei casi (tra il 2 e il 5%) è inoltre dovuta a mutazioni del Dna ereditarie per cui i membri di un nucleo familiare «a rischio» dovrebbero essere indirizzati verso una consulenza genetica (si veda il box in basso).

«Per le persone che rientrano tra le categorie considerate più in pericolo, parlandone con il proprio medico, si stabiliscono controlli personalizzati che possono iniziare prima ed essere più ravvicinati nel tempo — conclude Persiani —. Ci sono programmi di screening specifici in cui si opta per la colonscopia come tecnica di esame e si inizia prima dei 50 anni. Infine non dimentichiamo che a far salire le possibilità di ammalarsi sono anche gli stili di vita scorretti, come l'elevato consumo di carni rosse e insaccati, di farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso e la sedentarietà, il fumo e l'eccesso di alcol».

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di questa neoplasia nei pazienti italiani è aumentata dal 52% degli anni Novanta al 65% attuale

Con la ricerca di sangue occulto si possono individuare le lesioni pre-cancerose. Grazie a questo esame l'incidenza della malattia è diminuita nel nostro Paese, un successo che la pandemia rischia di compromettere





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Cure palliative, spazio ai bambini

Cresce la sensibilità per l'assistenza pediatrica, in un ambiente a misura di famiglia. Parla il direttore del nuovo Hospice del Bambino Gesù

ALESSIA GUERRIERI

Nelle cure palliative pediatriche «la vera sfida è sapersi prendere cura della vita», stando accanto al bambino malato e alla sua famiglia, ognuno per il suo ruolo «garantendo la migliore qualità di vita possibile» in tutte le fasi della malattia, fino ai momenti finali. E per farlo un tassello importante, come «ponte tra ospedale e territorio» e «facilitatore» – ne è convinto Michele Salata responsabile del Centro di Cure palliative pediatriche dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma – sono proprio i centri di cure palliative pediatriche come quello inaugurato martedì a Passoscuro (Fiumicino) proprio dall'ospedale del Papa.

Qual è la situazione della rete di cure palliative pediatriche in Italia?

Su questo fronte l'Italia è un po' a macchia di leopardo. Siamo di fronte a una quadro legislativo eccellente e dall'indagine conoscitiva di Agenas del 2021 è emerso che sono state attivate 13 reti regionali di cure palliative pediatriche, ma sarebbe interessante sapere in quante di queste corrisponde una delibera regionale che rende operative le strutture. In Italia ci sono 307 hospice, di cui 9 pediatriche per 26 posti letto complessivi. Negli ultimi tre anni il mondo delle cure palliative pediatriche sta facendo passi da gigante con la previsione di apertura di nuovi centri in Emilia, Toscana, Friuli, Trentino, e annunciati in Puglia e nelle Marche. Negli ospedali pediatrici siamo in grado di dare risposte su diagnosi di malattia rara, cura e terapia all'avanguardia, tuttavia manca in alcune realtà una risposta globale di bisogni del bambino e della sua famiglia, quello che l'Oms ci chiede di fare: identificare i bisogni per il corpo senza dimenticare l'aspetto psicologico e spirituale come momenti fondanti della persona-bambina, le relazioni del bambino e della sua famiglia. La visione

d'insieme è davvero sfidante per

il medico e gli operatori sanitari in genere perché richiama alla metodologia di lavoro d'équipe dove si mette al centro il bambino e la sua famiglia per una cura globale della persona e dell'intero nucleo familiare.

Cos'è mancato in questi anni?

Sicuramente la formazione professionale specifica, pur essendo definite le competenze che devono avere il medico, l'infermiere, lo psicologo. Un vulnus colmato con la legge 34 del 19 maggio 2020 che istituisce la Scuola di specializzazione in Medicina e cure palliative e rende il corso di cure palliative pediatriche obbligatorio nella Scuola di specializzazione in pediatria. Altra cosa che può mancare è sicuramente chi si occupi di questi bambini, perché sono pazienti che spesso hanno bisogno di assistenza complessa. L'obiettivo delle cure palliative pediatriche è avere una rete all'interno della regione, ma che comunichi anche con la rete degli ospedali pediatrici.

Qual è il valore aggiunto del nuovo centro di Passoscuro del Bambino Gesù?

Uno degli obiettivi fondamentali è di essere contattabile anche dal domicilio e di essere anche un punto di riferimento sia per le famiglie sia per il pediatra di famiglia, che è protagonista delle reti delle cure palliative pediatriche essendo la prima figura di riferimento specialistica vicina alla famiglia e all'ambiente in cui vive. Anche perché l'obiettivo resta tornare a casa, dove si sta meglio. Questo è un processo che però richiede che ospedale e territorio si parlino per definire insieme un piano assistenziale integrato, e organizzarlo al meglio. Le cure palliative pediatriche sono un po' il collante tra questi due mondi molto complessi. Negli ultimi anni le famiglie hanno subito la poca capacità di comunicazione tra questi sistemi, e il desiderio del nostro centro è quello di essere il facilitatore di





comunicazione sin dalle piccole cose, come un certificato da consegnare alla Asl senza che il genitore si assenti dal lavoro per farlo.

Qual è il ruolo della famiglia?

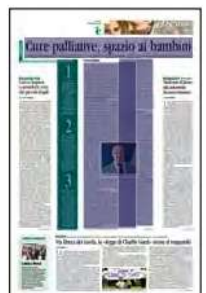
È fondamentale, perché la vita del bambino si fonda sull'amore dei due genitori, di fratelli e sorelle, e la qualità di vita di un bambino trova pienezza all'interno dell'amore di chi lo ha generato o accolto. Per cui tutti gli interventi socio-sanitari devono girare attorno al nucleo familiare e cucirsi quasi in maniera sartoriale a esso, sapendo adattare linee guida e protocolli su quella famiglia e contestualizzarli alla realtà in cui vive. La famiglia è punto di partenza e arrivo. Siamo chiamati a essere fondamentali su cui i genitori si possono appoggiare per vivere il percorso di malattia con il minor disagio possibile, nella coscienza di aver vissuto e amato in pienezza

il bambino e di aver garantito la minor sofferenza possibile. Lì dove il sistema delle cure palliative pediatriche funziona, la testimonianza è che questo è possibile. È la nostra grande sfida e il grande impegno per il futuro.

Quale "modello" va messo in campo per affrontare la sofferenza dei più piccoli?

La vera sfida per tutti noi è saper accogliere e saper prendersi cura della vita. Per farlo dobbiamo riconoscere che ci sono malattie che sono inguaribili, mentre tutti i bambini sono sempre curabili. Nell'ambito pediatrico quello che dobbiamo fare è condividere il percorso di cura con le famiglie e i bambini che sanno comunicare a chi gli sta attorno qual è il loro

pensiero. Per noi operatori sanitari è una rivoluzione, perché dobbiamo un po' modificare il modo di prenderci cura in alleanza con la famiglia e il paziente. Troppo spesso infatti siamo stati concentrati sulla patologia, fondamentale per la ricerca e il progredire della scienza, e meno sulla persona. È una cosa che dobbiamo imparare a fare di più, e ci riusciremo se sapremo stare accanto al letto del bambino malato, come dice papa Francesco, e alla famiglia quando il bimbo torna a casa.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

OASI DI TROINA Primi test

Sindrome di Down più autonomia da nuovo farmaco

ENRICO NEGROTTI

Un approccio innovativo per giungere a un farmaco che migliori il funzionamento cognitivo delle persone con Sindrome di Down (Sd) è stato presentato al convegno internazionale all'Oasi di Troina (Enna, struttura legata alla diocesi di Nicosia) che è Irccs per il ritardo mentale e l'involutione cerebrale senile. A illustrare il progetto Icod (*Improving cognition in Down syndrome*), il primo di questo tipo finanziato dall'Unione Europea, tutti i principali partner: il coordinatore Rafael De la Torre dell'Imim (Istituto per la ricerca medica Ospedale del Mare di Barcellona), PierVincenzo Piazza (amministratore delegato di Aelis Farma, l'azienda francese che sta sviluppando il farmaco), Sophie

Durand (Istituto Lejeune di Parigi), Renaud Touraine (Centro ospedaliero universitario di Saint Etienne), Diego Real de Asua (Ospedale universitario de la Princesa di Madrid) e il referente italiano, Filippo Caraci, docente di Farmacologia all'Università di Catania e responsabile dell'Unità operativa di ricerca di Neurofarmacologia all'Oasi di Troina. Al primo simposio Icod, lunedì 21 nella Giornata della Sindrome di Down, hanno partecipato anche le associazioni delle persone con Sd e dei loro familiari: Aipd, Coor-Down e Anffas.

Spiega Filippo Caraci: «Il team guidato da PierVincenzo Piazza ha scoperto un farmaco (AEF0217) con innovativo meccanismo d'azione, che va a ridurre l'iperattività del recettore CB1 per i cannabinoidi con una azione molto selettiva» nel sistema nervoso. Non bisogna creare false aspettative, ma «nei modelli preclinici il farmaco si è mostrato capace di migliorare il funzionamento della memoria di

lavoro e della flessibilità cognitiva», due deficit che caratterizzano le persone con Sindrome di Down. «Migliorare questa dimensione cognitiva nelle persone con la Sindrome di Down – osserva Caraci – potrebbe aumentare le loro capacità di apprendimento e quindi migliorare la loro autonomia e qualità della vita». «In Spagna – conclude Caraci – è stata effettuata la fase 1 di sperimentazione clinica su volontari sani per la verifica del profilo farmacocinetico e di sicurezza del farmaco, che verrà ripetuta sulle persone con Sindrome di Down. L'anno prossimo partirà il trial di fase 2 sempre nelle persone con la Sindrome di Down: studio multicentrico randomizzato in doppio cieco, che coinvolgerà i diversi partner del progetto europeo, in Spagna, Francia e Italia».



Medicina

Davvero lo stress
o un grande dolore
possono spezzare
il cuore?

di **Danilo di Diodoro**

8



Di recente è stato redatto un documento internazionale di consenso su questa evenienza, pubblicato sull'European Heart Journal, che ne fissa chiaramente caratteristiche cliniche e aspetti epidemiologici. Tecnicamente si chiama sindrome di Tako-Tsubo dal nome di un vaso giapponese usato nella pesca

Il crepacuore esiste e ora è «classificato»

di **Danilo di Diodoro**

Un contrasto familiare in un cinquantenne ricoverato in ospedale per problemi gastrointestinali e sofferente di ansia cronica scatena una reazione spropositata: in breve l'uomo sviluppa uno stato di stress emotivo acuto al quale seguono shock cardiogeno e una fibrillazione ventricolare che nel giro di pochi giorni lo porta a morte.

Un caso segnalato da medici cinesi sulla rivista Cardiovascular Innovations and Applications, che riporta l'attenzione sulla *sindrome di Tako-*

Tsubo, chiamata anche *sindrome dal cuore infranto*, o, secondo la visione popolare, «crepacuore».

Si presenta con uno stato di affaticamento al quale si associano respiro corto e difficoltoso, dolore al torace, spesso seguito da perdita di coscienza. Sintomi che fanno pensare all'infarto, anche perché spesso l'elettrocardiogramma sembra confermarlo, e anche nel sangue se ne rilevano le alterazioni tipiche. Ma se si effettua una coronarografia - l'osservazione diretta delle coronarie, le arterie che irrorano il cuore e che quando si chi-

dono provocano l'infarto - si scopre che sono prive di ostruzioni che possano giustificare sintomi tanto eclatanti. Gli studi effettuati su pazienti colpiti da questa sindrome, spesso



non riconosciuta perché confusa con l'infarto del miocardio, mostrano che il loro cuore inizia a contrarsi in maniera alterata e scoordinata, soprattutto a livello della punta, così che non riesce più a pompare il sangue nelle arterie.

Trappole di pescatori

Ne deriva anche una modifica della forma del ventricolo sinistro del cuore, che finisce per somigliare a quella di un vaso. Il nome Tako-Tsubo deriva proprio dalla similitudine della forma assunta dal cuore con quella di certe trappole usate dai pescatori giapponesi per catturare i polpi, chiamate appunto con questo nome.

Di recente è stato redatto un documento internazionale di consenso su questa sindrome, pubblicato sull'European Heart Journal, che ne fissa chiaramente caratteristiche cliniche e aspetti epidemiologici.

Oggi si sa che è una condizione abbastanza rara, che colpisce più le donne degli uomini, soprattutto attorno ai 65-70 anni, e comunque in genere oltre i 50. A monte di questa improvvisa tempesta cardiologica sembra esserci un rapido aumento della stimolazione del sistema nervoso autonomo simpatico, con eccesso di produzione di catecolamine, come la

noradrenalina, evidentemente avviato proprio dalla stimolazione emotiva. Dato però che solo in una minima percentuale di casi di shock emotivo si scatena la sindrome del cuore infranto, evidentemente in alcune persone deve esserci anche una qualche predisposizione che le rende suscettibili. Per quanto riguarda le donne, un ruolo sembra essere giocato dalla riduzione del livello di estrogeni causato dalla menopausa, ma esiste probabilmente anche una predisposizione genetica, come è dimostrato da alcuni casi in cui diversi membri della stessa famiglia sono andati incontro a questa grave sindrome. Alla predisposizione contribuiscono anche alcuni disturbi psichici, soprattutto la depressione e gli stati d'ansia cronica. È noto che chi soffre di questi disturbi tende ad avere un'esagerata produzione

di noradrenalina in risposta allo stress emotivo. Ma talvolta la sindrome può manifestarsi anche in conseguenza di improvvisi disturbi fisici, come dopo un'ictus, un'emorragia subaracnoidea o anche una crisi epilettica. Può anche presentarsi per una combinazione di stimoli fisici e psichici, come accade quando la sindrome si manifesta in chi è già ricoverato in ospedale, come nel caso del paziente riportato dai medici cinesi. Nella stragrande maggioranza dei ca-

si è però lo shock emotivo a scatenare la tempesta.

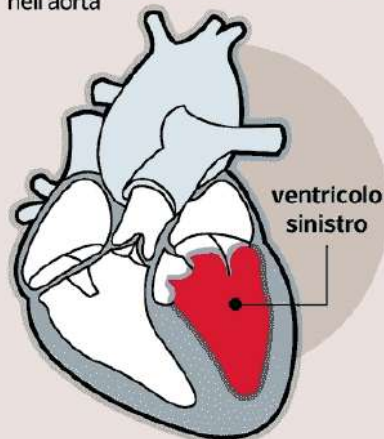
Conflitti e gioie eccessive

È stato anche compilato un elenco degli shock più frequentemente associati alla sindrome di Tako-Tsubo: ad esempio l'esposizione ad acuti conflitti interpersonali o a episodi di violenza personale, ma anche tracolli economici, perdita del lavoro, importanti perdite al gioco d'azzardo, arresto. Anche i grandi eventi catastrofici possono scatenare la sindrome in chi è predisposto, come terremoti, inondazioni e crolli. Ed esiste perfino quella che viene chiamata «sindrome del cuore allegro»: una forte emozione positiva, come una grossa vincita alla lotteria o perfino una festa di compleanno a sorpresa, possono trasformarsi, in chi è predisposto, in una tempesta che sopraffà il cuore.

Che cosa è la sindrome di Tako Tsubo

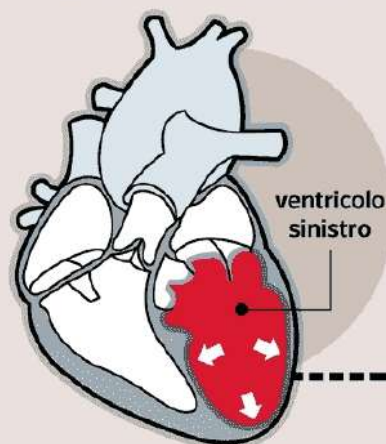
Cuore sano

La forma del ventricolo sinistro dopo che si contrae per pompare il sangue nell'aorta



Cuore «infranto»

Il ventricolo sinistro dilatato pompa il sangue in maniera meno efficiente



Il ventricolo sinistro osservato ai raggi X somiglia a una tipica trappola giapponese per polpi, chiamata «Tako Tsubo», da cui prende il nome



L'esperto risponde alle domande dei lettori all'indirizzo forumcorriere.corriere.it/cardiologia

Corriere della Sera



Droni pacifici per portare le medicine dove è più difficile

L'utilizzo di questi velivoli si sta rivelando prezioso, ad esempio aiuta a raggiungere gli abitanti di alcune isole e a superare altri problemi sanitari. Anche se rimangono diversi aspetti da affrontare

di **Ruggiero Corcella**

Nove italiani su dieci ritengono utile un servizio di consegna di materiale medico (farmaci, dispositivi, organi, sangue) effettuato con l'utilizzo dei droni.

È quanto emerge dall'ultima ricerca «Droni: tra Tradizione e Innovazione» dell'Osservatorio Droni della School of Management del Politecnico di Milano.

Dalla stessa indagine risulta che il gradimento scende all'80 per cento se si parla di trasporto merci con droni per ridurre il traffico cittadino (43%) o migliorare i servizi offerti ai cittadini e ridurre i tempi di consegna (entrambi al 36%).

«I nostri dati confermano come l'oggetto del trasporto influenzi in modo significativo l'accettazione sociale della tecnologia. La quota di coloro che affermano di ritenere utile un servizio di trasporto di materiale sanitario è di 11 punti

percentuali superiore rispetto a quanti reputano utile un servizio di trasporto di beni di altra natura. La possibilità di salvare vite con trasporti più rapidi ed efficienti porta, infatti, i cittadini a reputare maggiormente importante un servizio di questo tipo» sottolinea

Paola Olivares, direttore dell'Osservatorio Droni.

E proprio l'accettazione sociale è stata da tempo individuata come una delle maggiori criticità di un servizio di trasporto con i droni, insieme alla carenza di un quadro normativo preciso e ai limiti tecnologici legati alla capacità di trasportare carichi pesanti.

La survey ha inoltre evidenziato come ci sia ancor meno entusiasmo verso il trasporto di persone: solo il 57% della popolazione ne vede l'utilità.

Il 34% degli intervistati afferma di essere più propenso a servirsi di un'automobile a guida autonoma rispetto a un drone senza pilota a bordo, che sarebbe la prima scelta solamente per il 7%. Un italiano su 4 reputa indifferente l'utilizzo dei due mezzi, mentre il restante 35% non si sente sicuro nell'utilizzo di nessuno dei due.

Insomma se da un lato è ancora presto per le ambulanze senza autista (ne esistono di prototipi), la medicina «che viene dal cielo» sembra aver guadagnato punti.

I droni possono già oggi trasportare medicinali, campioni biologici e altri materiali in ambito sanitario, riducendo i tempi necessari a trasferirli via terra, dove

si deve fare sempre i conti con il traffico, e riuscendo a raggiungere con facilità e a costi ridotti luoghi non ben collegati.

E non è un caso se il Piano Strategico Nazionale 2021-2030 per lo sviluppo della Mobilità aerea avanzata dell'Enac (Ente nazionale aviazione civile) individua nel trasporto di materiale biomedicale una delle quattro principali applicazioni sulle quali puntare.

I casi applicativi censiti a livello mondiale dall'Osservatorio Droni sono 205 tra il 2019 e il 2021, di cui il 93% riguarda il trasporto di merci con droni e il restante 7% il trasporto di persone. La nazione che registra un numero maggiore sono gli Stati Uniti con 57 applicazioni, seguita dall'Italia che ne conta 21, l'Australia con 9 e la Cina con 8.

Nel trasporto merci con droni sono 190 i casi a livello mondiale: 61 riguardano la consegna di materiale medico, 33 si occupano di cibo, 23 di pacchi postali, mentre solamente 4 riguardano carichi pesanti. Le principali tipologie di



CORRIERE SALUTE

trasporto sono le consegne «last-mile» (ultimo miglio) di piccoli pacchi a singoli clienti (36%), seguite dalle consegne presso strutture sanitarie (18%). Meno diffuso, il trasporto di carichi pesanti.

Come scrive Bertalan Meskó, direttore del Medical Futurist Institute di Budapest, «c'è ancora una lunga lista di problemi da risolvere prima che i droni possano diventare parte della nostra vita».

Questo è vero, ma la strada ormai è tracciata. In Italia, Enac finora ha autorizzato solo alcune spe-

rimentazioni che hanno simulato il trasporto con droni di materiale sanitario biologico, in operazioni VLOS (Visual Line of Sight, volo a vista) e BVLOS (Beyond Visual of

Sight, volo oltre la linea di vista).

Tuttavia le richieste non mancano. A Venezia, l'Aulss 3 Serenissima ha lanciato un programma sperimentale per la consegna di farmaci ai pazienti cronici residenti nelle isole veneziane di Sant'Erasmus e delle Vignole, dove non sono presenti farmacie.

Ridurre tempi e costi di trasporto con l'utilizzo di droni nel trasferimento di organi e materiali biologici, è invece quanto si propone a Torino il progetto Indoor (usING Drones fOr Organ tRansplantation) promosso da Fondazione D.O.T (Donazione Organi e Trapianti), in collaborazione con Politecnico della Città della Salute e dell'Università.

Nell'ambito del progetto europeo «Corus-Xuam», il Distretto tecnologico aerospaziale di Brindisi sperimenterà invece il trasporto urgente di vaccini con droni tra l'aeroporto di Grottaglie e l'ospedale di Manduria (Taranto).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nove italiani su dieci approvano il servizio secondo una ricerca del Politecnico di Milano

Fra le criticità maggiori segnalate, la mancanza a oggi di un quadro normativo preciso



LA PROPOSTA DEL GOVERNO: INSERIRE L'EDUCAZIONE ALIMENTARE COME MATERIA A SCUOLA

I CONSIGLI DEGLI ESPERTI CIBO E SALUTE

Perché è importante riconoscere l'obesità come una malattia

Causa ogni anno la morte di 53 mila persone. Preoccupa l'incidenza tra i più piccoli. Per questo è fondamentale promuovere corretti stili di vita

E assolutamente necessario, da parte del nostro Parlamento, riconoscere l'obesità come una malattia, perché è la madre di tutte le patologie metaboliche. Se ne parla da tempo ma ora c'è la proposta fatta in Parlamento dal ministro per la Pubblica amministrazione Renato Brunetta, coadiuvato scientificamente da chi scrive, e firmata da tutti i gruppi parlamentari. Ha lo scopo di inserire già nel prossimo anno scolastico come materia di insegnamento l'educazione alimentare nelle scuole di ogni ordine e grado, dall'asilo nido fino all'università. L'idea è quella di introdurre il meglio dei cibi nelle scuole e utilizzare la dieta mediterranea nelle mense.

Con gli stessi obiettivi c'è anche l'interessante proposta della senatrice Anna Maria Bernini, che invita il ministero dell'Istruzione a decidere criteri e orari per l'insegnamento dell'educazione alimentare nelle scuole primarie, alle medie e nei licei. Una nuova materia a costo zero per le casse dello Stato e con gli organici oggi a disposizione. Sarà necessario solo prevedere corsi di aggiornamento per il corpo docente.

Pochi giorni fa, inoltre, l'intergruppo parlamentare Obesità e Diabete, tramite il suo presidente Daniela Sbrollini, ha fatto una giusta richiesta al ministro della Salute Roberto Speranza, durante la Conferenza stampa di presentazione del World Obesity Day al Senato. C'è la necessità di un adeguato supporto professionale per **di Caterina e Giorgio Calabrese,**

le terapie, la copertura sanitaria e/o assicurativa per i trattamenti dell'obesità, per inserire l'obesità nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), garantendo percorsi assistenziali chiari per le persone affette da questa patologia e il conseguente accesso ai trattamenti farmaceutici e ai dispositivi medici in base alle esigenze individuali.

IL SOVRAPPESO FA MALE ANCHE AL PIL

I dati riportati sono preoccupanti: in Italia il 10,4% della popolazione soffre di obesità che è causa di morte per 53 mila persone l'anno; gli italiani vivono in media 2,7 anni in meno a causa del sovrappeso. Le cure per questa patologia rappresentano il 9% della spesa sanitaria, una cifra superiore alla media europea. La produzione del mercato del lavoro è inferiore a causa del sovrappeso in misura equivalente a 571 mila lavoratori a tempo pieno all'anno: ciò significa che il sovrappeso riduce il Pil italiano del 2,8%.

Per coprire tali costi, ogni italiano paga 289 euro in più all'anno di tasse. Questo vuol dire che il problema tocca tutti, obesi e normopeso. Bisogna creare delle reti regionali di assistenza per la persona con obesità che coinvolgano centri specialistici per l'adulto e per il bambino, con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

In età pediatrica la situazione è ancora più preoccupante dato che 1/3 dei bambini sotto gli otto anni è in sovrappeso od obeso, una percentuale superiore alla media europea, che colloca l'Italia al quarto posto in Europa dopo Cipro, Grecia e Spagna. Se non si interverrà per tempo, i bambini di oggi diventeranno adulti in sovrappeso: per questo è necessario promuovere stili di vita corretti fin dalla più tenera età. ●

13/2022 **FC** 91

Sanità

“Covid, casi raddoppiati: servono posti letto”

Dal 7 febbraio non si parla più di riduzione ma di fase conservativa dello scenario di rischio

di Arianna Di Cori

Prima arrivano i contagi. Poi, 10, 15 giorni dopo, i ricoveri. E davanti al nuovo boom di casi – più che raddoppiati dall’inizio di marzo – la Regione si prepara al contraccolpo. Tanto che la direzione Sanità è stata costretta a un cambio di passo. Per la prima volta, dal 7 febbraio, il report settimanale firmato da Massimo Annicchiarico – direttore regionale Sanità – parla di «fase conservativa dello scenario di rischio» e non più di «riduzione». Cosa vuol dire? Che gli ospedali, per l’ennesima volta, ricominciano col balletto della riconversione dei posti letto: da non-Covid a Covid, con le solite ripercussioni – in termini di liste di attesa e di erogazione dei servizi – per i malati di altre patologie.

Si parte gradualmente, con solo 50 postazioni in più, e finora solo in tre strutture. Due private convenzionate – l’Istituto clinico Casal Palocco, votato ai ricoveri Covid, e il Policlinico di Liegro a Roma – e il polo unificato degli ospedali di Rieti. Complessivamente i posti ordinari per positivi passano da 1329 a 1379 (di cui 1097 attualmente occupati), mentre restano stabili le terapie intensive con 142 posti letto (che in questo momento sono piene solo per metà, con 73 ricoverati).

Un segnale di avvertimento. Un monito a non perdere di vista il problema a cui nessuno vuole più pensare, la pandemia, che invece ha ripreso a galoppare proprio mentre si avvicina la data della fine dello stato di emergenza e, gradualmente, di tutte le restrizioni che hanno segnato le vite in oltre due anni. Ma i numeri non mentono, e non possono nemmeno essere ignorati.

Tre settimane fa, il 7 marzo, dopo i picchi di gennaio con fino a 13mila casi al giorno nel Lazio, la media quotidiana di nuovi positivi era drasticamente scesa, attestandosi a 3.661 contagi. Sette giorni dopo, il contatore arrivava a 5.791. Ora, riporta il monitoraggio della direzione Sanità, ogni giorno contraggono il virus almeno 8.376 persone, di cui oltre la metà a Roma: un aumento del 130% nel giro di nemmeno 20 giorni.

Secondo Antonello Maruotti, ordinario di statistica alla Lumsa e membro del gruppo di osservazione epidemiologica StatGroup-19 «il Lazio sta entrando nella fase di picco». «È plausibile pensare che la prossima settimana nel Lazio si toccherà il record di casi – spiega il professore – almeno in questo periodo, perché nonostante i numeri in aumento, la curva di crescita sta lentamente rallentando».

La partita ora si gioca tutta sulla

tenuta della rete ospedaliera. «Il contraltare di questa situazione è che mentre i contagi salgono e scendono anche molto rapidamente, le ospedalizzazioni hanno smesso di calare – prosegue Maruotti – anzi, stanno lentamente risalendo».

Perché la situazioni resti gestibile i casi giornalieri dovranno davvero – e in fretta – mostrare un nuovo, brusco rallentamento. «Se si torna alle cifre di gennaio, i ricoveri torneranno a pesare», conclude il professore. Ma mentre la pandemia si avvicina alla sua “fine” (per decreto), restano tante incognite: prima tra tutte l’effettiva durata dell’azione protettiva del booster sulla malattia grave. Stavolta, il rischio non può essere calcolato.



Un reparto per il ricovero e la cura di pazienti Covid



De Luca rilancia: serve obbligo di mascherina su bus e metro

IL CASO
Mariagiovanna Capone

Quarta dose, mascherine obbligatorie e Green Pass sui mezzi pubblici. Il governatore della Campania Vincenzo De Luca conferma la linea dura per la lotta al Covid-19. Anche se il tasso di incidenza ieri è leggermente calato (dal 18,92% di martedì e sceso al 17,02%) i contagi galoppino a briglie sciolte in tutta la Campania: 8.093 i nuovi positivi, 9 le vittime (5 nei giorni precedenti) mentre i posti letto occupati in terapia intensiva sono 34 e quelli in degenza salgono a quota 620. In Italia si registra una risalita dei contagi, anche a causa di un aumento della circolazione della sub variante BA.2 di Omicron (ovvero la cosiddetta Omicron 2) che sarebbe più contagiosa dell'originale, ma non causerebbe una malattia più grave. Lo conferma anche l'Oms che nell'ultimo report settimanale avverte che la variante Omicron 2 è diventata dominante nel mondo ed è aumentato il numero di nuovi casi di Covid-19 a livello globale (+7%), mentre sono in calo le vittime con un -23% negli ultimi 7 giorni.

L'ALLARME

La Campania è la terza regione con il maggior numero di casi, al

primo posto troviamo la Lombardia con 9.206 contagi, seguita da Lazio con 8.340, quarta la Puglia con 7.270 e quinta la Sicilia con 6.481. Le Unità di crisi regionali sono tutte in agitazione proprio per questa nuova impennata anche se per Marco Cavaleri, capo della task force Ema sui vaccini, ammette che «è ancora prematuro parlare di quinta ondata» pur confermando che «in Italia, specialmente in alcune aree del Paese, si registra una risalita dei casi Covid». Per Massimo Galli, ex direttore di Maltie infettive all'ospedale Sacco di Milano, «i contagi in Italia sono in salita, ma i numeri dichiarati sono minori di quelli reali». Secondo il direttore dell'Ircs Galeazzi di Milano, Fabrizio Pregliasco, «Omicron 2 è il 30% più contagiosa di Omicron, ma chi ha la tripla dose è protetto dalle forme gravi».

Tuttavia «chi ha avuto il Covid con l'ondata Omicron di dicembre oggi può reinfettarsi, parliamo di una quota di un 10%».

LE RICHIESTE

Basandosi su questi dati, l'Unità di Crisi della Campania potrebbe aver messo in allarme il governatore De Luca che ieri si è lasciato sfuggire una serie di richieste che il governo dovrebbe attuare per «qualche decisione un po' avventata» presa nelle ultime settimane. «Veniamo da 2 anni di calvario e siamo stremati. Vogliamo torna-

re a una vita normale e per sempre, altrimenti ci illudiamo e poi si riaccende il contagio. E si ricomincia con le chiusure. Serve vaccinarsi», ha detto. «In Italia ci sono 100mila contagi, non servono atti di eroismo per cose semplici, serve la mascherina anche se vaccinati. Va tenuta sempre perché il contagio può arrivare comunque. Prendiamo il caso delle scuole, dove abbiamo ragazzi che quando stanno in classe hanno la mascherina, ma appena fuori in strada abbassano la guardia con assembramenti e cominciano a ricontagiare le persone anziane rendendo inutili tutte le precauzioni precedenti. Almeno nei luoghi di assembramento, portiamo la mascherina, al di là di quello che decide il Governo». E ancora: «Passati 4 mesi dalla vaccinazione il livello di protezione contro il Covid diminuisce: serve la quarta dose». Infine: «Il green pass sui mezzi pubblici va mantenuto. Non è che sulle metropolitane e gli altri mezzi di trasporto rompiamo le righe perché è evidente che se è così tra un mese dovremo richiudere l'Italia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL GOVERNATORE DELLA CAMPANIA CONTRO IL GOVERNO: «RESTRIZIONI ALLENATE RISCHIAMO DI DOVER CHIUDERE ANCORA TUTTO»



CAMPANIA Il presidente della Regione Vincenzo De Luca

