



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

31 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



Policlinico “Giaccone”, prorogati oltre 400 contratti Covid

La scadenza del 31 marzo viene posticipata al 31 dicembre 2022, così come previsto da un atto d'indirizzo regionale emanato nei giorni scorsi dall'assessorato alla Salute.

31 Marzo 2022 - di [Redazione](#)



PALERMO. Via libera dal **Policlinico “Giaccone”** alla proroga di 424 contratti Covid. La scadenza del 31 marzo viene posticipata al 31 dicembre 2022, così come previsto da un [atto d'indirizzo](#) regionale emanato nei giorni scorsi dall'assessorato alla Salute. In particolare una delibera del 30 marzo- di cui ha preso visione Insanitas- riguarda **355** contratti di lavoro a tempo pieno e determinato stipulati per fronteggiare l’Emergenza COVID 19 e i LEA con il personale del Comparto, con varie qualifiche, appartenenti alle categoria “D” e “BS”. La stessa decisione è stata presa per **28** contratti di collaborazione coordinata e continuativa,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

affidati a medici Specialisti e/o specializzandi nelle varie discipline, e farmacisti individuati dall'elenco formulato dall'AOU Policlinico G. Martino di Messina per l'Emergenza COVID 19. Inoltre scadranno a fine 2022 i **29** contratti CO.CO.CO. affidati a medici Specialisti e/o specializzandi nelle varie discipline e medici laureati in Medicina e Chirurgia, anche in questo caso individuati dall'elenco formulato dal Policlinico di Messina. Infine, la proroga varrà pure per **4** assistenti amministrativi, **7** assistenti tecnici periti informatici e **1** collaboratore amministrativo.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano sanità
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Isolamento e quarantena. Cosa cambia dal 1 aprile: nel primo caso nessuna novità rispetto ad oggi, mentre per la quarantena stesse regole per vaccinati e no vax. Per i sanitari obbligo test quotidiano per 5 giorni dopo contatto con positivo. La nuova circolare del ministero

A seguito delle nuove disposizioni del [decreto legge "riaperture"](#) in vigore da domani, il ministero della Salute ha diramato una circolare che aggiorna le sue precedenti indicazioni. In sostanza nulla cambia per i soggetti positivi che sono tenuti all'isolamento (10 o 7 giorni a seconda del loro stato di vaccinazione) con test finale di verifica, mentre per la quarantena le misure oggi in vigore per i soli vaccinati con booster o ciclo completo entro i 120 giorni varranno per tutti.



31 MAR - Con la fine dello stato di emergenza (da domani 1 aprile) cambiano le disposizioni per l'isolamento dei soggetti positivi al Covid e per le misure di quarantena cui sono tenuti coloro che hanno avuto contatti con persone positive senza aver contratto il virus.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Per chiarire come comportarsi il ministero della Salute ha diramato una nuova circolare che aggiorna le precedenti e integra le nuove disposizioni previste dal [decreto legge "riaperture" del 24 marzo scorso](#).

Soggetti positivi al COVID-19

Le persone risultate positive al test diagnostico (molecolare o antigenico) per SARS-CoV-2 sono sottoposte alla misura dell'isolamento. Valgono in proposito le stesse indicazioni contenute nella Circolare del ministero della Salute diramata il 30 dicembre 2021 che prevede che per i soggetti contagiati che abbiano precedentemente ricevuto la dose booster, o che abbiano completato il ciclo vaccinale da meno di 120 giorni, l'isolamento può essere ridotto da 10 a 7 giorni, purché i medesimi siano sempre stati asintomatici, o risultino asintomatici da almeno 3 giorni e alla condizione che, al termine di tale periodo, risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo.

Contatti stretti con soggetti positivi

In questo caso le misure sono state uniformate per vaccinati e non vaccinati prevedendo che, per coloro che hanno avuto contatti stretti con soggetti confermati positivi al SARS-CoV-2, sia applicato il regime dell'autosorveglianza, consistente nell'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2, al chiuso o in presenza di assembramenti, fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto. Se durante il periodo di autosorveglianza si manifestano sintomi suggestivi di possibile infezione da Sars-Cov-2, è raccomandata l'esecuzione immediata di un test antigenico o molecolare per la rilevazione di SARS-CoV-2 che in caso di risultato negativo va ripetuto, se ancora sono presenti sintomi, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto.

Test per operatori sanitari

Gli operatori sanitari devono eseguire un test antigenico o molecolare su base giornaliera fino al quinto giorno dall'ultimo contatto con un soggetto contagiato.

LA NUOVA STRATEGIA

Così l'Italia è alla ricerca di organi

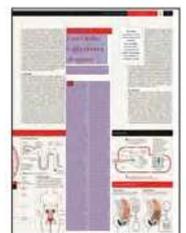
Un documento del Centro nazionale trapianti propone strumenti e azioni per uniformare e incentivare la donazione

Una carenza cronica, quella degli organi disponibili per il trapianto. In Italia le liste di attesa sono spesso molto lunghe, anche se il 2021 ha fatto segnare una ripresa sia sul fronte delle donazioni (+12,1%) sia su quello dei trapianti (+9,9%). L'ultimo Report del Centro nazionale trapianti (Cnt) fa ben sperare anche se il paragone è con l'anno della pandemia, il 2020, quando l'impatto del Covid aveva fatto scendere del 10% l'attività legata ai trapianti. L'ottimismo viene anche guardando alla riduzione significativa delle opposizioni alla donazione in rianimazione e al maggior numero assoluto di consensi mai raccolto in un anno: ben 2,2 milioni. Anche i dati sul rene sono in risalita: nel 2021 ne sono stati donati 2051, di cui 326 da donatore vivente, +14,7% rispetto all'anno precedente. La regione con il più alto numero di trapianti da donatore vivente è stata il Veneto, con 74 operazioni, seguita da Emilia-Romagna e Piemonte, mentre Umbria, Calabria e Sardegna non ne hanno fatto registrare neanche uno. Il trapianto da vivente, ancor più se eseguito prima di iniziare il trattamento dialitico, è la

migliore opzione terapeutica dell'insufficienza renale terminale. Vi sono molte evidenze scientifiche che dimostrano che non solo assicura la migliore sopravvivenza del paziente e dell'organo, ma garantisce anche migliori indici di funzionalità dell'organo trapiantato e migliore qualità di vita. Per cercare di uniformare e incentivare questa pratica su tutto il territorio nazionale, ad agosto 2021 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il documento del Cnt in cui si suggeriscono strumenti e azioni per superare le barriere e le difficoltà attuali. La nuova strategia prevede la creazione di ambulatori di pre-dialisi in tutte i dipartimenti di nefrologia con medici, infermieri e psicologi specificamente formati sul percorso di informazione, selezione e valutazione delle coppie candidate al trapianto da vivente. Le regioni dovranno studiare meccanismi di incentivazione per i centri nefrologici, valorizzando quelli che iscriveranno quote significative di coppie di pazienti alle liste di attesa, mentre l'esperienza specifica nella valutazione dei candidati al trapianto da vivente e nel follow-up dei trapiantati sarà richiesta come requisito ai futuri primari delle nefro-

logie degli ospedali, sedi di centri di trapianto di rene. Infine, corsie preferenziali per le indagini diagnostiche necessarie alla valutazione di idoneità alla donazione e al trapianto, oggi troppo lente. Concludono il piano d'azione attività di formazione professionale specifica e campagne di informazione dedicate ai nefrologi e a tutto il personale impegnato nel trattamento dei pazienti con insufficienza renale pre-terminale e terminale. Parallelamente alla sanità corre però anche la ricerca scientifica. È di alcuni mesi fa la notizia del primo trapianto di rene da maiale Ogm. Lo xenotrapianto, come è stato descritto sull'*American Journal of Transplantation*, è stato eseguito su un uomo in morte cerebrale. Non quindi una vera operazione salvavita quanto una prova generale di quello che potrebbe accadere nel giro di qualche anno. Una volta trapiantati, i reni sono entrati in funzione perfettamente. «Il nostro esperimento ha dimostrato che abbiamo i mezzi tecnici per poter eseguire questo tipo di trapianto», ha dichiarato Jayme Locke, chirurgo dell'Università dell'Alabama a Birmingham che ha coordinato lo studio. Il maiale ha subito

10 modifiche genetiche che lo hanno reso più simile all'essere umano abbassando il rischio di rigetto d'organo. Un'operazione perfettamente riuscita che non sarebbe stata possibile senza la generosità di Jim Parsons, la persona in morte cerebrale, come scrivono gli stessi autori. A settembre scorso dopo un incidente stradale, le sue condizioni sono apparse disperate; una volta informata della possibilità di partecipare allo studio, la famiglia ha dato il consenso. Così l'uomo, da sempre iscritto alle liste dei donatori di organi, ha comunque "donato" il suo corpo alla ricerca scientifica.



DA DOMANI

QUASI LIBERI

Il virus è in ritirata ma non è sconfitto

Ieri ultima riunione del Comitato tecnico-scientifico. Timori per la crescita delle infezioni nell'Est Europa, sulla quarta dose di vaccino l'Aifa e gli esperti frenano

ALESSANDRO GONZATO

■ Evviva: domani finalmente si volta pagina. Oggi termina lo stato d'emergenza, espressione piombata due anni fa nelle nostre vite, prima paralizzante, poi fortemente condizionata dalla pandemia, e tuttora influenzate.

Sarà così ancora per alcune settimane, visto che la data del primo aprile, liberatoria per molti aspetti, comunque non segna un liberi tutti, si tratta di una libertà condizionata, una buona dose di libertà, certo, ma per niente totale. La "road map" del governo prevede ancora del tempo prima del ritorno alla normalità pre-Covid. Addio alle inutili zone a colori, addio al Comitato tecnico-scientifico (ieri c'è stata l'ultima riunione) che nei momenti più difficili aveva anche una sua utilità ma negli ultimi mesi era diventato obsoleto. Il commissario Francesco Figliuolo il quale ha svolto un gran lavoro verrà sostituito dal generale dell'Esercito Tommaso Petroni il cui compito sarà il completamento della campagna vaccinale e l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia. Adelante con juicio, insomma.

Avanti con giudizio. E d'altronde la risalita dei contagi registrata negli ultimi giorni non va presa sottogamba, anche se 9 italiani su 10 ormai sono vaccinati e la percentuale di pazienti che si ammalano gravemente non è minimamente paragonabile al passato. L'ultimo bollettino conferma un aumento, pur leggero (+2%), dei casi settimanali. Il tasso di positività sostanzialmente rimane costante (14,8% contro il 15 di mercoledì) ed è superiore del 30-40% rispetto a poche settimane fa.

OMICRON

Nell'Est Europa, dove la percentuale di vaccinati è decisamente inferiore rispetto all'Italia e ad altri Paesi, la variante Omicron si sta diffondendo con maggior velocità, con inevitabili conseguenze sul funzionamento degli ospedali. Intanto ieri pomeriggio davanti al ministero della Salute e in contemporanea davanti alle prefetture di Milano, Firenze e Torino, un gruppo di parenti di pazienti delle Rsa e delle Rsd (residenze sanitarie per disabili) hanno protestato per ottenere l'allentamento delle misure sa-

nitare ancora in vigore nelle strutture e che restringono la possibilità di visite. Bisogna tenere in considerazione i sentimenti dei familiari, certo, non è facile rimanere ancora lontani dai propri cari: ma bisogna pensare anche alla salute degli anziani e delle persone fragili, e soprattutto in questi casi non ci possiamo permettere passi falsi. I tempi bui sono alle spalle e devono rimanerci.

Il dibattito resta acceso sulla quarta dose: ieri la Fda, l'agenzia americana della Salute, ha approvato la quarta dose a tutti gli over 50 e a tutti i soggetti immunodepressi over 12. Nel caso della quarta dose, questa verrà effettuata a 4 mesi di distanza dal primo richiamo. Secondo l'ente regolatore Usa «le evidenze suggeriscono che una seconda dose booster migliora la protezione contro Covid grave e non è associata a nuovi problemi di sicurezza». In Italia, invece, l'Aifa ha rinviato il verdetto sulla possibilità di introdurre un se-



condo richiamo: «Servono ulteriori approfondimenti».

LINEE DIVERSE

Il ministro della Salute Roberto Speranza ieri ha confermato la fase di attesa: «Le nostre agenzie europee si stanno confrontando in queste ore, anche con i dati che hanno portato le agenzie americane a fare questa scelta. L'auspicio è che anche noi possiamo avere una linea condivisa. Il fatto nuovo è di avere una sola linea su questo tema».

Chi si schiera apertamente contro la quarta dose con i vaccini esistenti è Arnaldo Caruso, presidente della Società italiana di virologia: «Ho sempre detto, e lo continuo a dire, che una quarta dose anti-Covid fatta ora con lo stesso vaccino, vecchio e di almeno 2 anni e mirato contro un ceppo virale ormai non più presente nel mondo, è un assurdo proprio dal punto di vista teorico». Secondo Caruso, «Con questi vaccini - ricorda Caruso, ordinario di microbiologia e microbiologia cli-

nica all'università di Brescia, «noi abbiamo la possibilità di aggiornare velocemente la formulazione alle nuove varianti virali circolanti. È quello che facciamo ogni anno contro l'influenza. Invece non siamo riusciti a farlo per Covid-19 e allora mi chiedo se dobbiamo attribuirlo a un momento di difficoltà dell'industria farmaceutica oppure, in maniera più cattiva, se dobbiamo immaginare che ci siano depositi da svuotare».



Covid. che cosa cambia da domani

Stop alla quarantena per i contatti stretti: test quotidiani solo per i sanitari. Il generale Petroni al posto di Figliuolo

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

Da domani si applicano le nuove regole per il contenimento del Covid 19. In molti luoghi si potrà entrare senza green pass, in altri servirà solo quello base. Non cambiano le regole per l'isolamento di chi è positivo: 7 giorni se si è vaccinati, 10 se non si è immunizzati o se l'ultima dose è stata fatta da più di 120 giorni. Cambia invece la quarantena

per chi ha avuto contatti stretti con contagiati: l'autosorveglianza, «con l'obbligo di indossare Ffp2, al chiuso o in presenza di assembramenti, fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto» vale per chi è vaccinato e per chi non lo è. Gli operatori sanitari devono eseguire un test antigenico o molecolare per 5 giorni dall'ultimo contatto con un positivo. Il generale Tommaso Petroni è stato nominato dal premier Mario Draghi succes-

sore di Francesco Paolo Figliuolo per dirigere il completamento della campagna vaccinale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carta verde rafforzata

Il super green pass per l'ingresso in ospedali e cinema

Dal 1° al 30 aprile il green pass rafforzato — che si ottiene se si è vaccinati da meno di 120 giorni oppure guariti — sarà obbligatorio per:

- piscine, centri natatori, palestre, sport di squadra e di contatto, centri benessere (anche all'interno di strutture ricettive) al chiuso
- spogliatoi e docce
- convegni e congressi
- centri culturali, centri sociali e ricreativi al chiuso
- feste, comprese quelle dopo

le cerimonie

- sale gioco, sale scommesse, sale bingo e casinò
- sale da ballo e discoteche
- cinema, teatri, palazzetti dello sport
- strutture sanitarie

Dal 1° maggio non servirà più la certificazione verde.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Carta verde semplice

Dagli aerei agli stadi Dove è richiesto il certificato base

Dal 1° al 30 aprile il green pass base, che si ottiene con certificato di vaccinazione, di guarigione, oppure con tampone antigenico (valido 48 ore) o molecolare (valido 72 ore) sarà obbligatorio per accedere a:

- bar e ristoranti al chiuso
- concorsi pubblici, corsi di formazione pubblici e privati
- colloqui in carcere
- spettacoli all'aperto
- stadi
- aerei
- treni
- navi e traghetti (esclusi i collegamenti nello Stretto di Messina e con le Isole Tremiti)
- pullman turistici oppure che effettuano i collegamenti tra regioni.

Dal 1° maggio non servirà più la certificazione verde per nessuno di questi luoghi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mascherine

**Quando servono le chirurgiche
L'obbligo di Ffp2**

In tutti i luoghi al chiuso dal 1° al 30 aprile è obbligatoria la mascherina chirurgica. In discoteca la mascherina può essere tolta al momento del ballo. Nei bar e ristoranti deve essere indossata quando non si è al tavolo. Nei seguenti luoghi è invece obbligatorio indossare la Ffp2:

- aerei
- navi e traghetti adibiti a servizi di trasporto interregionale
- treni
- pullman turistici oppure per il collegamento di regioni diverse
- autobus, metropolitane, tram, scuolabus
- funivie, cabinovie e seggiovie con cupola paravento
- cinema, teatri, sale da concerto, competizioni sportive all'interno dei palazzetti dello sport.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scuola

**In dad i contagiati
Autosorveglianza
per gli altri studenti**

Se nelle classi ci sono quattro casi «le attività proseguono in presenza e docenti, educatori e bambini che abbiano superato i sei anni utilizzano le mascherine Ffp2 per dieci giorni dall'ultimo contatto con un soggetto positivo. In caso di comparsa di sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo all'ultimo contatto, va effettuato un test».



Gli alunni «in isolamento per infezione da Covid, possono seguire l'attività scolastica nella modalità di didattica digitale integrata accompagnata da specifica certificazione medica che attesti le condizioni di salute dell'alunno». Si può tornare in classe «dimostrando di aver effettuato un test antigenico rapido o molecolare con esito negativo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Categorie professionali

**Sul luogo di lavoro
basta il tampone
anche per gli over 50**

Fino al 15 giugno 2022 rimane l'obbligo vaccinale per alcune categorie professionali — personale scolastico e forze dell'ordine — e per gli over 50 ma per andare al lavoro sarà sufficiente esibire il green pass base, che si ottiene con il tampone. E quindi non è più prevista la sospensione da funzioni e stipendio per chi non è vaccinato.



Per gli over 50 che non sono vaccinati rimane la sanzione da 100 euro che sarà erogata dall'Agenzia delle Entrate. Per il personale sanitario e i dipendenti delle Rsa l'obbligo vaccinale rimane fino al 31 dicembre 2022. Chi non è in regola deve essere sospeso da funzioni e stipendio fino a quando non risulta in regola con le vaccinazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Turismo

**Hotel, per i clienti
accesso libero
a ristoranti e piscine**

Dal 1° aprile sarà possibile soggiornare negli alberghi e nelle altre strutture senza avere il green pass. I clienti che alloggiano negli alberghi e nelle strutture possono accedere ai bar e ai ristoranti, alle palestre e alle piscine, ai centri benessere senza il green pass base.



Chi non alloggia negli alberghi e delle strutture deve invece esibire il green pass base per tutti i servizi che si trovano all'interno. Sarà libero anche l'accesso a:
- negozi
- uffici pubblici
- uffici postali
- banche
In tutti questi luoghi bisognerà però indossare la mascherina ed evitare gli assembramenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



A Roma Un momento della movida a Trastevere (foto LaPresse)



Intervista al virologo e docente della Statale di Milano

Pregliasco "A Pasqua più casi ne saremo fuori a fine maggio"

«Non siamo in una quinta ondata, ma il virus è ancora tra noi e ha rialzato la testa. I contagi saliranno ancora per un po', Pasqua sarà il banco di prova, ma entro fine maggio ne saremo fuori». La previsione, con i margini di errore che l'arrivo di nuove varianti potrebbe provocare («ma non voglio fare il menagramo», dice) è del virologo Fabrizio Pregliasco, docente alla Statale di Milano e direttore sanitario dell'Irccs Galeazzi.

Professore, i contagi sono più che raddoppiati in un mese. Cosa sta succedendo?

«Qualcosa di relativamente atteso: la variante Omicron 2 è molto più contagiosa, anche più del morbillo e della varicella, e ha una grande

capacità di colpire i giovani e i bambini: nella fascia di età tra 5 e 11 anni abbiamo solo il 34% di vaccinati con due dosi. Gli sbalzi termici di questo periodo ci espongono maggiormente ai virus. E a completare il quadro si è aggiunto un abbassamento comprensibile del livello di attenzione».

Siamo davanti a una nuova ondata?

«No, è solo un rialzo dei casi. Ne vedremo la fine entro il 31 maggio».

A Pasqua i contagi saliranno ancora?

«Sarà il banco di prova perché ci si sposta di più, ci si incontra. Ci sarà ancora una crescita e poi andranno a scemare».

E l'estate? Come sarà?

«Avremo una tregua con meno contagi prima di una ripresa autunnale scontata. La variabile da considerare, ma non vorrei fare il menagramo, è l'arrivo di un'ulteriore variante che però, volendo essere ottimisti, potrebbe essere estremamente trasmissibile ma benevola. Vale la pena ricordare che il minore affollamento degli ospedali dipende soprattutto dai vaccini».

Anche i ricoveri però stanno risalendo. Dobbiamo preoccuparci?

«È un fenomeno che purtroppo ormai conosciamo, conseguente all'aumento dei casi. Il numero dei contagi peggiora e migliora per primo, le ospedalizzazioni peggiorano e migliorano in ritardo. Il virus non si è rabbonito o "raffreddorizzato", per i fragili è ancora presente».

Ci vorrà una quarta dose?

«È un destino: il virus resterà endemico con un andamento ciclico. E dunque rimarrà la necessità di proteggere i fragili. Ma io non parlerei di quarta dose, quanto di richiami annuali. E mi auguro che stavolta l'Europa non ripeta l'errore di AstraZeneca e abbia un approccio comune. Anche sui tempi».

In che senso?

«Il via libera non significa per forza vaccino subito. Bisogna organizzare una campagna mirata per ottenere il massimo rendimento contro il coronavirus: non ha senso anticipare troppo l'intervallo tra una dose e l'altra».

Con l'aumento dei casi l'Italia fa bene a ridurre le restrizioni?

«Non si può andare avanti in emergenza, si deve passare a una fase graduale di convivenza con il virus. Quando facciamo la doccia non apriamo l'acqua calda tutta insieme, la regoliamo un po': lo stesso è con il virus. Ad esempio le mascherine al chiuso le terrei: sono una norma di buon senso che va accettata».

Con l'abolizione delle quarantene da contatto non rischiamo di far correre troppo il virus?

«Credo che ci siano le condizioni per provarci. Spero che la maggioranza degli italiani mantenga un comportamento intermedio tra l'era pre-pandemia e quella da pandemia, tra l'assoluta mancanza di valutazione del rischio quando andavamo al lavoro anche con la febbre e le attuali precauzioni».

- v.gian.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

77.621

I nuovi casi

In Italia ieri ci sono stati 77.621 nuovi casi di Covid-19 contro i 99.457 del giorno precedente. In tasso di positività scende dal 15% al 14,8%

170

I morti

I decessi, invece, sono stati 170 contro i 177 di martedì: le vittime totali dall'inizio della pandemia sono 159.224



ACCADEMICO
FABRIZIO
PREGLIASCO,
62 ANNI

In autunno ci sarà una ripresa. Meglio i richiami annuali della quarta iniezione



LA PANDEMIA

Smobilita anche il Cts l'emergenza è finita via Figliuolo, c'è Petroni

PAOLO RUSSO

I contagi ancora galoppiano ma da domani finisce un'era. Quella dello stato di emergenza, che durava da oltre due anni e due mesi. Va in pensione il Cts, smobilita la struttura commissariale, guida-

ta fino a oggi dal generale Figliuolo, e arriva un altro generale. Si tratta di Tommaso Petroni, 60 anni, che nella struttura di Figliuolo era responsabile della logistica.

- PAGINE 18-19 GRAZIA LONGO - PAGINA 18



Covid il cambio della guardia

Oggi finisce un'era: stop a commissario e Cts
la gestione delle immunizzazioni a un altro militare
al via (con prudenza) il ritorno alla normalità

ROMA

I contagi ancora galoppiano ma da domani finisce un'era. Quella dello stato di emergenza, che durava da oltre due anni e due mesi. Quindi si spegne il semaforo che a seconda dell'andamento di contagi e ricoveri faceva scattare le restrizioni, va in pensione il Cts, smobilita la struttura commissariale, guidata fino a oggi dal generale Figliuolo e che sotto le mentite spoglie dell'«Unità per il completamento della campagna vaccinale e per l'adozione di altre misure in contrasto alla pandemia» passa ora nelle mani di un altro generale. Si tratta di Tommaso Petroni, maggior generale dell'esercito, 60 anni, pugliese, che nella struttura di Figliuolo c'era già in qualità di responsabile della logistica. Una nomina all'insegna della continuità, quella decisa ieri dal premier Draghi. Come lo è del resto tutto il decreto che disegna la road map

del ritorno alla normalità, in vigore da domani. E che nella gestione della pandemia cambia in realtà poco o niente. Tanto per cominciare perché il neo nominato Petroni, specifica il decreto, fino al 31 dicembre prossimo «agisce con i poteri attribuiti al Commissario straordinario».

Certo, l'esecutivo non potrà più emanare i Dpcm, che sotto il governo Conte hanno permesso di proclamare lockdown e restrizioni di ogni sorta senza passare per il Parlamento. Ma quella era l'epoca in cui si combatteva il virus a mani nude, mentre già nell'ultimo anno Draghi aveva fatto un uso più che morigerato dei Dpcm. Del resto, che la fine dello stato di emergenza sia più lessicale che sostanziale lo testimonia l'articolo 3 del provvedimento, che continua ad as-

segnare al ministro della Salute un ampio potere di emanare ordinanze per «introdurre limitazioni agli spostamenti da e per l'estero», «misure sanitarie in dipendenza dei medesimi spostamenti», linee guida e protocolli «per lo svolgimento in sicurezza dei servizi e delle attività economiche, produttive e sociali». In altri termini, anche se di concerto con gli altri ministri competenti e con la Conferenza delle Regioni, il titolare della Salute potrà ordinare chiusure e limitazioni dei movimenti se la situazione dovesse richiederlo. E lo farà su



LA STAMPA

considerazioni sue e dei suoi esperti, senza gli automatismi del meccanismo a semaforo. Spento una volta per tutte a partire da domani.

I super esperti del Cts dal canto loro torneranno a tempo pieno alle loro attività. Magari senza risparmiarsi qualche intervista o apparizione tv a commento delle decisioni prese o di quelle non adottate dal governo, ma senza più doversi riunire in conclave per suggerire al premier e ai suoi le misure da prendere. Anche se in verità da parecchi mesi a questa parte il Comitato è stato chiamato a dire la sua su decisioni già prese altrove. Tra l'altro allineandosi puntualmente a queste. Anche in questo caso però non cambierà molto rispetto all'era emergenziale. Prima di tutto

perché, come hanno spiegato sia Draghi sia Speranza nella presentazione della road map, l'attuale coordinatore del Cts, Franco Locatelli, e il portavoce del comitato, nonché presidente dell'Iss, Silvio Brusaferrò, continueranno a svolgere la loro funzione di consulenti del governo. E non busseranno alla porta di Palazzo Chigi a mani vuote, ma portando con sé tutti gli indicatori della pandemia contenuti nel monitoraggio settimanale a cura dell'Iss. Lo stesso che faceva scattare le luci del semaforo delle restrizioni. Insomma, almeno fino al 31 dicembre, data del passaggio delle consegne tra il generale Petroni e il ministro della Salute, cambierà poco o niente.

Una scelta fatta all'insegna

della prudenza, perché due anni e passa di pandemia hanno insegnato a politici e tecnici che con questo virus è difficile se non impossibile fare previsioni. Come dimostra il bollettino degli ultimi due giorni, che dopo una momentanea discesa ha visto lunedì la curva impennarsi fino alla soglia dei 100 mila casi, prima di ridiscendere ieri a 77.621. Che sono però sempre un poco superiori a quelli conteggiati una settimana fa. E per questo Petroni e Speranza potranno continuare ad agire più o meno come prima. PA. RU. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL BOLLETTINO

77.621

I nuovi contagi di ieri su 524.899 tamponi con tasso di positività che scende al 14,8%

170

Le vittime nelle ultime 24 ore, 481 i ricoverati in terapia intensiva (6 in meno in un giorno)



CLAUDIO PERI/LAPRESSE

Francesco Paolo Figliuolo, 60 anni, sostituisce Domenico Arcuri



SILVIO BRUSAFERRO
PRESIDENTE DELL'ISS
E PORTAVOCE DEL CTS



La pandemia non è finita, prosegue la rete di sorveglianza che coinvolge le istituzioni



FRANCO LOCATELLI
PRESIDENTE DEL CTS
E COORDINATORE DEL CTS



Termina qui l'attività del Comitato tecnico scientifico, servire il Paese è stato un onore per tutti noi



Il responsabile della nuova unità avrà a disposizione un organico più snello

Petroni, il generale della logistica per completare la missione vaccini

IL PERSONAGGIO

Grazia Longo / ROMA

Da domani addio, dopo oltre due anni, allo stato di emergenza proclamato dal governo Conte il 31 gennaio 2020. Stop quindi sia al Comitato tecnico scientifico sia alla struttura del commissario straordinario Francesco Figliuolo.

Al suo posto, un'unità per il completamento della campagna vaccinale e l'adozione di altre misure anti-virus. A dirigerla sarà il maggior generale dell'Esercito Tommaso Petroni. Sessanta anni, pugliese, sposato con la signora Marina, due figli (Luca ed Elena), da circa un anno è capo dell'area logistico-operativa della stessa

struttura commissariale. L'avvicendamento al vertice della macchina che si deve occupare di vaccinazioni e strategie anti Covid avviene quindi nel nome della continuità.

In passato Petroni ha ricoperto vari incarichi di comando ed ha prestato servizio in missioni in Kurdistan, Somalia e Kosovo oltre che al quartier generale della Nato a Valencia. Dall'ottobre 2018 ad aprile 2021, ha

svolto a Roma gli incarichi di capo reparto Trasporti e capo reparto Materiali occupandosi della gestione di tutti i trasporti nazionali ed internazionali a supporto di Enti e Reparti dell'Esercito italiano.

Nominato anche cavaliere della Repubblica, ha ricevuto diverse onorificenze per le missioni di pace. Si è arruolato nel 1981, ha frequentato il 163esimo Cor-

so dell'Accademia Militare e si è laureato in Tecnologie industriali applicate con un Master di II livello in "Management dei materiali complessi" alla Sapienza di Roma.

Nel suo curriculum anche un corso di perfezionamento dopo la laurea in Management della Logistica sempre presso la Sapienza e un Master in Studi internazionali strategico militari presso il Centro alti studi della Difesa di Roma, Università Luiss e Università degli studi di Milano.

Il nuovo ruolo del maggior generale Tommaso Petroni durerà nove mesi (fino al 31 dicembre 2022) e ha l'obiettivo di portare a termine quella che viene considerata la road map verso la fine dell'emergenza sanitaria. L'unità di cui è nominato direttore avrà un organico più snello della struttu-

ra di Figliuolo, anche in ragione della flessione della domanda di vaccini. Sarà composta da una parte del personale della struttura di supporto alle attività del Commissario straordinario per l'emergenza Covid e da personale in servizio al Ministero della Salute.

L'unità subentra in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo al commissario straordinario e curerà «la definizione e, ove possibile, la conclusione delle attività amministrative, contabili e giuridiche ancora in corso» attribuite finora alla competenza di Figliuolo.

Perché è vero che finisce lo stato d'emergenza, ma le insidie del Covid sono ancora quanto mai presenti. —



Il maggior generale dell'Esercito Tommaso Petroni, 60 anni



Da domani le nuove regole

La fine dell'emergenza cosa ci resta del Covid

ROMA Si conclude oggi lo stato d'emergenza Covid. Due anni che, oltre a tanta sofferenza, lasciano una esperienza della quale, in prospettiva futura, c'è

da salvare qualcosa. Si conclude il lavoro del Cts, il Comitato tecnico scientifico, che ha dettato la linea della battaglia contro il coronavirus. Da domani scatteran-

no le nuove regole. Un nuovo generale per i vaccini.

Alle pag. 12 e 13



L'EREDITÀ POSITIVA

Quella voglia di ritorno alla normalità

►Dopo due anni, oggi finisce lo stato d'emergenza. Il Covid ci ha dato lezioni importanti, ma anche opportunità non colte

Che cosa resterà di questi due anni di stato d'emergenza? Non è una canzone di Raf, ma quello che in molti di noi - guardando il calendario - ci stiamo chiedendo: 31 marzo 2022, stop allo stato emergenziale, con tutto ciò che ne consegue. Stop, graduale certo, al Green pass rafforzato per andare al lavoro (ma anche al cinema, al ristorante, al bar, in aereo o in treno), via - con ogni probabilità - le mascherine al chiuso entro l'estate, stop alla struttura guidata dal generale Figliuolo (di ieri la notizia della sua sostituzione), stop al Cts

formato dai tecnici che per due anni ha scandito le nostre vite con le sue decisioni o comunque con i suoi indirizzi. In generale, soffia forte il vento di una nuova "normalità", di una vita da vivere, di abbracci da recuperare, di posti da visitare. Certo, in gran parte molte "barriere" sono cadute da un pezzo: le zone rosse, gli isolamenti in casa per chi ha avuto un contatto con un positivo, l'utilizzo delle mascherine all'aperto. Frutto, in gran parte, della vaccinazione, sulla quale gli italiani hanno dato comunque una grande prova di responsabilità: nonostante il rallenta-

mento delle ultime settimane, circa l'84% della popolazione ha completato il ciclo vaccinale, il 65% ha fatto anche la terza dose. Due anni fa, quando è partita questa lunga "guerra" (dirlo oggi che il conflitto è "reale" e alle porte dell'Europa fa effetto, ma questo è stato il Covid), sembra un miraggio.

LE TAPPE

Poi, piano piano, da quel 27 dicembre 2020, dal vaccino-day con le prime somministrazioni ai medici in prima linea, la macchina è partita, il virus si è fatto da una parte sempre più conta-



gioso ma dall'altra parte sempre meno letale (il bilancio dei morti, per fortuna, è crollato di quasi la metà), tanto che anche la ripresa dei contagi di quest'ultimo periodo – che pure c'è stata – non ha fatto rivedere i piani del governo. Si va incontro all'estate, tra meno di tre settimane sarà Pasqua e, dopo le ultime due passate in lockdown o in zona rossa, torneranno anche le adunate familiari, la braciolata di Pasquetta o la gita "fuori porta". Quello che ci resta, e che non dobbiamo dimenticare, intanto è il ricordo di chi non c'è più, e ognuno ha la sua spoon river personale e privata. E poi che, anche in una pandemia come questa, in una crisi mondiale che ci lascia addosso insicurezza verso il futuro, paura per i nostri figli, tra diverse occasioni perse (dalla riorganizzazione dei trasporti alle carenze del sistema scolastico e di quello della medicina di base), il Covid lascia anche qualcosa che prima non sapevamo di avere, o a cui avevamo dato meno importanza: il ruolo della tecnologia per lo studio e per il lavoro, la riscoperta degli affetti familiari che ci sono mancati, la gioia di stare all'aria aperta, l'utilità (a volte) delle mascherine. Lezioni, anche queste, da non dimenticare.

Ernesto Menicucci

L'ULTIMA RIUNIONE DEL CTS: «MODELLO CHE RIMARRÀ»

Si è svolta ieri l'ultima riunione del Cts, il Comitato tecnico scientifico che in due anni ha scandito la vita del Paese con le sue decisioni. Secondo Franco Locatelli (Consiglio superiore di sanità) «è un modello che

1

LE PROTEZIONI

Con le mascherine meno raffreddori

Senza le mascherine, combattere il virus non sarebbe stato possibile, anche se la certezza che fosse indispensabile usarle non è stata chiara subito, neanche per gli esperti. I primi dati dell'epidemia che arrivavano dalla Cina erano spesso ritenuti non attendibili e così la raccomandazione a utilizzarle sembrava addirittura eccessiva. Poi, finalmente, la decisione di renderle obbligatorie. Ma l'approvvigionamento non è stato facile: dai primi modelli non a norma, distribuiti



anche nelle scuole, solo a pandemia in corso è stato possibile acquistarle ovunque con facilità. All'aperto, ormai, se ne può fare a meno, mentre invece al chiuso presto potrebbe cadere l'obbligatorietà. Gli esperti fanno muro: finché circola il virus, oltre alla vaccinazione, le mascherine rappresentano l'unico dispositivo di sicurezza in grado di salvarci dal contagio. Non solo. Grazie alle mascherine, nei due anni passati sembrano quasi scomparsi i virus influenzali. A trarre beneficio da questo semplice dispositivo di sicurezza, sono stati anche i soggetti che soffrono di allergie: negli ultimi due anni sono riusciti a evitare le consuete reazioni causate dai pollini. I benefici, insomma, sono palesi. Per molti sarà difficile smettere di usarle.

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2

LA TECNOLOGIA

Smart working e Dad il computer è amico

Prima del faticoso marzo 2020 in cui iniziò il lockdown, quando ci capitava – raramente – di effettuare una videochiamata, molti di noi erano imbarazzati.

Guardarsi attraverso lo schermo di uno smartphone o di un pc sembrava una cosa innaturale e anche un po' buffa. Poi, d'un tratto, è diventato tutto normale, anzi di più: le videochiamate, e le videoconferenze, si sono rivelate irrinunciabili. Lo sapevamo nella teoria ma lo abbiamo anche



toccato con mano: i dispositivi tecnologici, connessi, e soprattutto trasportabili, possono essere utilizzati per adattare i nostri ritmi forsennati alle nostre vite, per dare più valore al tempo. Smart working e Dad sono realtà: adesso sappiamo che è il lavoro, o la scuola, che deve seguire noi, e non il contrario. Sappiamo che nel prendere un treno per partecipare a una riunione di mezz'ora si sprecano tempo ed energie che potrebbero essere dedicate al lavoro stesso, o alla famiglia. Sappiamo anche che nessuna piattaforma può sostituire la vicinanza fisica, ma dovremmo sapere che gli strumenti digitali possono affiancare quelli tradizionali: avere dei mezzi che ci aiutano a lavorare e a vivere meglio, è un'occasione imperdibile. Sprecarla sarebbe davvero poco smart.

Andrea Andrei

© RIPRODUZIONE RISERVATA



3

IL TEMPO LIBERO

L'amore per la natura e le attività all'aperto

Il Covid ci ha cambiati e qualcuno dice in peggio ma possiamo almeno concordare su un cambiamento positivo per tutti: la riscoperta del piacere, anzi del bisogno, di stare fuori.

All'aperto. Per respirare dopo aver temuto di finire intubati o addirittura dopo aver sperimentato che cosa questo significhi.

Ovunque le strade sono state invase dai tavoli dei ristoranti perché ritrovarsi e cenare insieme è stato il primo passo verso la normalità. Chi non aveva mai praticato sport all'aria aperta



ha scoperto di aver bisogno della passeggiata anche dopo la fine del lockdown e molti che pensavano di non poter vivere lontani dal centro della città hanno scoperto di non volervi tornare.

Manhattan per esempio è divisa a metà. Nel Village e a SoHo, dove i residenti sono più giovani, quasi tutti i locali hanno riaperto.

Nell'Upper East Side, invece, area super benestante, tutto è molto più rallentato: chi ha figli piccoli e col

Covid aveva iscritto i bambini nelle scuole degli Hamptons o in campagna è rimasto a vivere fuori con lo smart working. Forse torneremo indietro su molte cose, ma non sulla riscoperta di quanto vale vivere all'aria aperta, con meno auto e più sorrisi. Se non fosse così perché tanti, soprattutto Millennial, rifiutano di tornare alla vita di prima, in città e in ufficio?

Maria Latella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4

LA SFERA PIÙ INTIMA

Famiglia e amici, i beni irrinunciabili

La fugacità dei soliti rapporti ha ceduto il posto alla riscoperta dei cosiddetti «affetti stabili». In due anni di stato d'emergenza, tra lockdown e smart working, quarantene e

condizioni del morbo, la famiglia - data troppe volte frettolosamente per morta - ha ripreso fiato e ruolo. Almeno nelle case in cui in fondo ci si è sempre voluti bene. Più pranzi e cene domestiche e meno ristoranti con i colleghi e cocktailini frou frou. S'è perfino scoperto che papà sa sbucciare una mela e



sa addirittura cucinare. La convivenza con quella rompiscatole di mia sorella mi ha costretto ad ascoltarla. E c'è il genitore che ha cominciato a non credere alle proprie orecchie: pensavo che mia figlia sa pesse solo grugnire e invece mi parla!

Oddio, magari questa estasi della riscoperta dei sentimenti più prossimi svanirà ma non sarà facile liberarsene perché quando assaggi la novità e la gusti per un po' finisce

per diventare una nuova normalità, anche se cambiano le condizioni esterne. Il fatto è che, nell'emergenza, abbiamo imparato a selezionare le cose importanti, e la famiglia lo è eccome, rispetto alle altre. E questo vale anche per le amicizie e per le frequentazioni. Siamo diventati ancora più amici dei nostri veri amici. L'essenziale s'è impadronito di noi. Ed evviva.

Mario Ajello

© RIPRODUZIONE RISERVATA

5

L'IGIENE PERSONALE

Lavarsi mani e viso, attenzioni ritrovate

Ma come in questi due anni siamo stati così attenti a igienizzare noi stessi e le nostre case. La pandemia, infatti, ci ha insegnato e ricordato che i virus e i batteri non si diffondono solo nell'aria, ma che possono depositarsi e sopravvivere più o meno a lungo anche sulle superfici. Ad esempio, sulle mani che utilizziamo per coprire la bocca da uno starnuto o da un colpo di tosse. Oppure sugli abiti che indossiamo, sulle maniglie degli armadi, sul tavolo della cucina, sul telecomando della tv.



L'emergenza Covid-19 ci ha costretti a rivedere le nostre abitudini sia nel lavaggio delle mani che nella pulizia domestica. E anche quando la pandemia sarà finita, queste buone abitudini rimarranno o almeno così si spera. Secondo uno studio dell'Osservatorio Europeo dell'Igiene, da quando è scoppiata la pandemia gli italiani che hanno imparato a lavarsi le mani, spesso e a lungo, sono aumentati. I numeri

sono eloquenti: oggi l'83% dei nostri connazionali si lava le mani dopo essere andato in bagno. Meglio di noi fanno solo i tedeschi. E siamo primi nel lavaggio delle mani prima dei pasti, dopo aver usufruito dei trasporti pubblici, quando si rientra a casa. Facciamo più attenzione anche all'igiene in casa: il tempo per le pulizie è aumentato, sia tra i single che nelle coppie.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1 LA DIDATTICA

Nessun intervento sulle aule scolastiche

La scuola in presenza, quest'anno, è stata garantita dai vaccini. Altrimenti sarebbe stato impossibile riportare tutti in classe, al 100%. Come avvenuto del resto lo scorso anno. Il motivo? Il distanziamento di un metro, tra i ragazzi, non è stato garantito. E chi sperava, due anni fa, di poter cogliere l'occasione per veder arrivare nuove aule per gli studenti, contando sullo sdoppiamento delle classi, è rimasto decisamente deluso. Lo scorso anno, infatti, le poche aule



aggiuntive sono arrivate, in maggior parte, dalle parrocchie. Negli istituti sono stati sfruttati spazi già esistenti come palestre, laboratori e corridoi. Strutture (sottratte alle attività quotidiane) trasformate in aule e che prima o poi, dovranno tornare nella loro funzione originale. Nuove strutture, quindi, non ce ne sono state. Durante l'intero anno scolastico 2020-2021, quando i vaccini ancora non avevano raggiunto buona parte

della popolazione, si è andati avanti con la Dad soprattutto nelle scuole superiori, prima al 100% poi con rientri al 50% o al 40%. Poi il problema è stato "superato" togliendo il vincolo del metro di distanziamento tra i banchi: chi non può garantirlo, può non rispettarlo. Un'ammissione di impotenza. E le classi pollaio? Restano, tali e quali a prima.

Loirena Loiacono

© RIPRODUZIONE RISERVATA

3 LE DIFFICOLTÀ PSICOLOGICHE

Il senso di precarietà che ci resta addosso

La pandemia ha alimentato le nostre insicurezze, ci ha ingannato e illuso ogni volta che la curva dei contagi è scesa per poi risalire. Anche in queste ore c'è chi sta combattendo con il Covid, con sintomi dolorosi, dopo che per due anni era riuscito a schivare il contagio. Questo alimenta un senso di precarietà che negli ultimi decenni, in una società e in un'epoca tra le più sicure della storia dell'umanità, si era invece diradato. La data che segna la fine



dello stato di emergenza non può fissare la fine del pericolo causato dal Covid. La pandemia non terminerà dall'oggi al domani, semplicemente con i vaccini e una progressiva immunità naturale vediamo ridurre l'aggressività delle infezioni e ampliare le nostre possibilità di convivere con una nuova malattia. Ma tra nero e bianco, c'è un grigio che faticiamo ad accettare. Ci portiamo sulle spalle il fardello della paura dei

luoghi affollati, dei viaggi in metropolitana, su un treno o su un aereo. E il Covid ha aumentato le distanze, ben oltre i due metri suggeriti come misura sanitaria: faticiamo a essere tolleranti con una porzione di italiani che non pensavamo esistesse, prima negazionisti del Covid, dei morti, delle bare di Bergamo, poi sabotatori delle scialuppe che ci hanno salvato, i vaccini.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2 IL NODO TRASPORTI

Pochi bus in più e linee affollate

La pandemia lascia un'eredità magra, anzi magrissima, sul fronte del trasporto pubblico. In questi due anni poco è cambiato per uno dei settori più arretrati del sistema italiano nonostante una pioggia di stanziamenti non indifferente: fra il 2020 e il 2021, infatti, sono stati distribuiti ben 2 miliardi e 390 milioni per i trasporti locali. Denaro necessario da una parte per evitare il fallimento delle società di gestione causato dal crollo delle entrate e dall'altro per



aumentare i bus sulle strade nel tentativo di garantire il distanziamento a studenti e pendolari. Quest'ultimo obiettivo non è stato raggiunto ma un risultato tangibile è l'ingresso in servizio di un migliaio di nuovi autobus in tutto il Paese.

In ogni caso non sono stati sciolti i nodi di fondo: l'eccessivo numero di società municipali e regionali che li gestiscono (circa 900) e la carenza cronica di infrastrutture come le

metropolitane, problema maggiormente sentito nelle grandi città. Ora qualcosa si muove: per il "Trasporto rapido di massa" sono in cantiere o finanziati 116 km di metropolitane (a Roma, Milano, Torino, Genova, Napoli e Catania), 235 chilometri di tranvie (a Roma, Milano, Bergamo, Brescia, Padova, Bologna, Firenze, Napoli, Palermo, Cagliari e Sassari) e 103 km di filobus.

Diodato Pirone



5

LA FIBRA OTTICA

I divari mai colmati tra città e province

Mentre il mondo corre verso il 5G e il Wi-Fi 7, la connessione a 40 Gbps che arriverà nel 2024, per connessioni sempre più veloci, l'Italia rincorre. Già, rincorre lo sviluppo della banda larga (e ultralarga) e la possibilità di connettersi a Internet o effettuare una chiamata al telefonino, con il gap tra città e province che in due anni di pandemia è divenuto più marcato. Perché sono sempre di più le zone della provincia italiana servite a singhiozzo o addirittura



per nulla dalla possibilità di connessione. In diversi casi si tratta delle cosiddette "aree bianche", quei luoghi che i gestori della telefonia giudicano meno remunerativi, perché difficili da cablare, come le zone montane. Ecco, in questi due anni di pandemia si poteva cercare di ridurre questo gap per venire incontro alle esigenze delle fasce di persone delle province e delle zone montane, anche se non sono in un numero paragonabile a quelle di

una città. Una pezza ha provato a metterla il governo, approvando pochi giorni fa il disegno di legge sulla montagna. E si parte dai servizi di telefonia mobile e accesso a internet, incentivando banda ultralarga e infrastrutture per garantire la continuità dei servizi di telefonia mobile. Un passo per riavvicinare la provincia (e la montagna), alla città.

Gianluca De Rossi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

4

I MEDICI DI FAMIGLIA

Carenze non risolte nella sanità di base

La pandemia ha scoperto il vaso di pandora del sistema sanitario. L'assistenza pubblica, che già prima dell'emergenza sanitaria mostrava numerose falle, ha rischiato il collasso. E se la rete ospedaliera ha retto e ha fornito le cure necessarie ai malati di covid, lasciando però spesso a casa gli altri malati non urgenti, la medicina territoriale ha annaspato. Se all'inizio della pandemia l'incertezza delle cure da fornire ai malati covid e la paura del



contagio hanno spinto molti medici di famiglia a fornire assistenza solo telefonica, col passare del tempo la pressione sulla medicina territoriale è stata insostenibile. Numerosi medici, soprattutto nella prima fase della pandemia, si sono contagiati, altri purtroppo sono morti, altri ancora hanno scelto di andare in pensione. A farne le spese, i pazienti cronici, gli oncologici, gli anziani, rimasti privi di punti di riferimento. Le liste di attesa per le

visite e gli esami si sono allungate e riuscire a ottenere dal proprio medico anche solo una prescrizione per una terapia non è stato affatto semplice. Nel frattempo, al carico di lavoro che si accumulava durante l'emergenza si è aggiunto pure quello burocratico: dal green pass, alle certificazioni per la quarantena. E la situazione non è ancora sotto controllo.

Gr. Mel.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



l'intervista » Giuseppe Remuzzi

«I nostri due rimpianti sul virus Salvati da lockdown e vaccini»

Lo scienziato: «Nel 2020 ignorato uno studio cruciale. Le scuole chiuse troppo. Entro giugno zero infezioni e ricoveri»

Maria Sorbi

■ **Professor Giuseppe Remuzzi, la fine delle misure emergenziali arriva mentre i numeri dei contagi sono in lieve ripresa. Possiamo comunque stare tranquilli?**

«La fine dello stato di emergenza non deve essere interpretata come un segnale di fine pandemia. Quindi evitiamo comportamenti che ormai sappiamo tutti facilitare la diffusione del virus e non smettiamo di vaccinarsi».

Cosa ci dobbiamo aspettare nei prossimi mesi?

«L'Institute for Health Metrics and Evaluation ha pubblicato il lavoro di un gruppo coordinato da ricercatori di Seattle. Sono le previsioni relative all'Italia su infezioni, ospedalizzazioni e morti di Covid da dicembre ad agosto. Per tutti e tre i parametri c'è un picco fra gennaio e febbraio, segue una riduzione a marzo, una ripresa di contagi tra marzo e aprile e una discesa che dovrebbe cominciare a maggio. Questa analisi prevede che tra giugno e luglio, almeno per chi ha fatto la terza dose e assumendo che l'80% delle persone utilizzi le mascherine nei luoghi chiusi, si arriverà vicini a zero nuove infezioni giornaliere, zero ricoveri in ospedale e zero morti per 100mila. Salvo nuove varianti rilevanti».

Mascherina sì o mascherina no?

«Mascherina FFP2 nei luoghi chiusi sempre, all'aperto quando si trovano molte persone vicine tra loro e a scuola in ambienti non areati. I dati del Center for Disease Control dimostrano come nelle scuole, dove il numero di contagi tendeva a salire, introdurre di nuovo le mascherine ha contribuito a ridurre le infezioni».

Ha senso continuare a fare tamponi?

«Dopo aver avuto un contatto stretto con un positivo, un tampone, compreso quelli fai-da-te, può dare indicazioni utili. Vale per questi test quello che vale per tutto in medicina: non abusiamone».

A molte persone sta scadendo l'effetto terza dose. D'ora in avanti avranno le stesse possibilità di ammalarsi di una persona non vaccinata?

«No, chi si è vaccinato, anche dopo molti mesi, conserva una certa protezione, anche se può comunque infettarsi e infettare soprattutto con varianti nuove come Omicron BA.2. La protezio-

ne non è necessariamente fornita dagli anticorpi, che dopo 6 mesi dall'ultima dose tendono a ridursi o addirittura a scomparire, ma dalle cellule della memoria B e T che tendono a fornire una protezione più duratura».

Tra un mese i non vaccinati circoleranno liberamente: questo può rappresentare un rischio di ripresa dei contagi?

«Dipende dalla variante con cui avremo a che fare tra un mese. Se Omicron BA.2 avrà sostituito, come penso, tutte le altre varianti - è già successo con la Delta - dato che ha un indice di trasmissione altissimo, che per fortuna non si associa a malattia grave e ricoveri, il rischio di ripresa dei contagi potrebbe non essere così preoccupante».

Abbiamo vissuto due anni assolutamente anomali: quale è stato l'errore peggiore fatto nella gestione della pandemia?

«Lo sbaglio più grosso è stato non prendere sul serio il lavoro del Lancet del 24 gennaio 2020 fatto da un gruppo di ricercatori cinesi che ci spiegava tutto del virus; in quel lavoro c'erano le caratteristiche dei pazienti, tutti i possibili esami di laboratorio, il quadro radiologico e il quadro alla Tac, la necessità di ospedalizzazione e di ricorso alla terapia intensiva. Se non l'avessimo trascurato, avremmo avuto almeno quattro settimane per prepararci. Un altro errore forse è stato quello di aver tenuto chiuse le scuole troppo a lungo».

E quale è stata invece la mossa vincente?

«Le mosse vincenti: il primo lockdown, la campagna vaccinale del generale Figliuolo che ha portato al 91% di italiani sopra i 12 anni vaccinati almeno con una dose e al 89% che hanno completato il ciclo vaccinale, l'insistere sulla vaccinazione eterologa, il green pass (quando serviva davvero) e l'obbligo vaccinale alle persone con più di 50 anni».

In autunno ci aspetta la quarta dose?



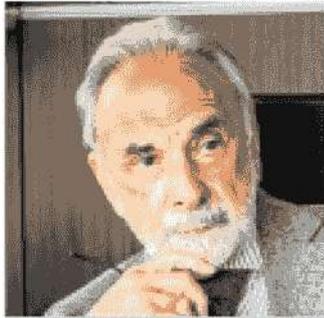
il Giornale

«Non possiamo escluderlo. Dobbiamo guardare con grande attenzione ai dati che vengono da Israele: gli adulti di più di 60 anni che hanno avuto una quarta dose hanno avuto una riduzione del rischio di morte quasi dell'80%. Certo, se dovessimo avere nel prossimo futuro un vaccino adatto a generare anticorpi neutralizzanti le varianti nuove, quello sarebbe certamente ancora più utile».

Qual è l'esigenza più grande degli ospedali del post covid?

«Gli ospedali, specialmente gli ospedali pub-

blici, hanno bisogno di personale e risorse per far fronte a tutto quello che non è stato possibile fare durante il periodo peggiore del Covid e lo devono poter fare in tempi rapidi. Se non riusciamo a farlo nelle strutture pubbliche finiremo presto o tardi che chi paga può curarsi subito e gli altri devono aspettare».



LA PRIMA ONDATA

Avremmo potuto prepararci all'epidemia con un mese di anticipo

LA SFIDA

Gli ospedali assumano e recuperino in fretta ciò che il Covid ha bloccato



Nota del ministero della salute sui professionisti sanitari non vaccinati

Ssn, vaccini anticipati

Obbligo entro 90 giorni per i lavoratori guariti

DI PASQUALE QUARANTA

I professionisti sanitari non vaccinati che contraggono il Covid una volta guariti non saranno più soggetti a sospensione per mancato rispetto delle norme sull'obbligo vaccinale sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute. Quindi il professionista sanitario, sia nell'ipotesi che abbia contratto l'infezione da non vaccinato ma anche in quella che l'abbia contratta entro 14 giorni dalla somministrazione della prima dose di vaccino, sarà inadempiente all'obbligo vaccinale qualora non effettui la dose in questione trascorsi 90 giorni dall'infezione. È quanto chiarisce il Ministero della salute in una nota inviata, nella giornata di ieri, agli ordini professionali titolari dei provvedimenti di sospensione dei propri iscritti non in regola con l'obbligo vaccinale anti Covid.

Nello specifico, il dicastero guidato da Roberto Speranza, ha chiarito che per quanto riguarda i termini dai quali decorre l'obbligo di somministrazione della dose di richiamo, i professionisti sanitari risulteranno inadempienti qualora, allo scadere dei 120 giorni dalla conclusione del ciclo vac-

nale primario, non abbiano effettuato la dose di richiamo.

Invece per i soggetti mai vaccinati che hanno contratto l'infezione da Sars-Cov-2, è indicata la vaccinazione a partire da tre mesi dalla data del test diagnostico positivo, con possibilità di somministrare un'unica dose di vaccino bidose in caso di soggetti non immunocompromessi, sempre che non siano trascorsi più di dodici mesi dalla guarigione. Oltre i dodici mesi dalla avvenuta guarigione, è raccomandata la somministrazione di un ciclo completo primario: a due dosi per i vaccini bidose o singola dose di vaccino monodose.

Inoltre, il documento spiega che nel caso di infezione da Sars-Cov-2 entro 14 giorni dalla somministrazione della prima dose di vaccino bidose, per completare il ciclo primario occorre la somministrazione di una seconda dose; la prima data utile è individuata considerando 3 mesi dalla data del test diagnostico positivo mentre la l'inoculazione dovrà comunque avvenire preferibilmente entro sei mesi, cioè 180 giorni, dalla data del medesimo test. In questo caso, vale l'indicazione di tre mesi come prima data utile per effettuare la vaccinazione, in quanto tali sog-

getti vengono equiparati a coloro che hanno avuto la sola infezione.

Infine, la nota chiarisce che nei soggetti che hanno contratto un'infezione da Sars-Cov-2 successivamente al completamento del ciclo primario, è comunque raccomandata la dose di richiamo booster a distanza di almeno quattro mesi dalla data in cui è stato effettuato il test diagnostico che è risultato positivo.

Resta inteso che, una volta effettuata la vaccinazione, per evitare la sospensione, il professionista dovrà fornire all'ordine, immediatamente e comunque non oltre tre giorni, la certificazione attestante l'adempimento dell'obbligo vaccinale. Invece per i soggetti già sospesi, in quanto precedentemente inadempienti, in caso di intervenuta guarigione, l'ordine professionale territorialmente competente, su istanza dell'interessato, disporrà la cessazione temporanea della sospensione ma, in ogni caso, il professionista dovrà ugualmente trasmettere il certificato di vaccinazione entro i termini previsti per evitare un nuovo intervento sospensivo.



SIT-IN DAVANTI AL MINISTERO DELLA SALUTE

Anziani nelle Rsa come carcerati, la protesta di sindacati e associazioni

ANDREA CAPOCCI
Roma

Lo stato di emergenza non finirà domani per gli ospiti delle Rsa (anziani) e Rsd (disabili). La possibilità di incontro per i ricoverati sarà ancora fortemente limitata per minimizzare il rischio di contagio. Senza interazione sociale però viene meno la funzione riabilitativa di queste residenze. Così, al grido di «Tutto riapre, noi rimaniamo in carcere», i comitati dei familiari degli ospiti delle Rsa, sindacati e associazioni hanno manifestato al ministero della Salute a Roma e davanti alle prefetture di Torino, Milano e Firenze. Il cartello riunito sotto la sigla del Comitato Nazionale Parenti Associazioni Lavoratrici/lavoratori (Conpal) ha denunciato l'isolamento delle Rsa. «Le dirigenze sanitarie a cui il governo ha concesso completa discrezionalità - denuncia in un comunicato - hanno deciso di tagliare fuori volontari e ostacolare le visite dei parenti».

Una delle organizzatrici ha raccontato che le visite si svolgono «attraverso vetri, pannelli divisorii», senza «nessun tipo di contatto fisico» e tempi molto stretti: «Una ventina di minuti solo con prenotazione in fasce orarie impossibili per chi lavora». «Il contatto umano è e deve essere parte integrante della cura dei malati» sottolinea un'altra attivista.

Per limitare la discrezionalità ai direttori sanitari, il Conpal ha chiesto al ministro Speranza di rivedere le procedure di accreditamento delle strutture private (l'80% del totale). «Vogliamo che sia accreditate strutture piccole dove la logica di benessere prevalga su quella del profitto come invece è purtroppo oggi. Bisogna dire basta al business del fine vita», racconta la figlia di un'altra ricoverata.

Alla vigilia del sit-in, il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale Mauro Palma ha incontrato il Comitato e criticato un model-

lo che «ha mostrato tutti i suoi limiti nella fase della pandemia, quando la vita delle persone ospitate è rimasta circoscritta alla stanza e spesso al solo letto al suo interno». «Non è accettabile la determinazione del minutaggio massimo previsto di presenza dell'operatore presso ogni persona ospitata» ha sostenuto il Garante. «Una modalità che non tiene conto delle diverse situazioni ed esigenze delle persone assistite a favore di una sorta di 'catena di montaggio' delle cure, più attenta all'ottimizzazione delle risorse, spesso insufficienti, che non alle reali necessità delle persone fragili a esse affidate».

Anche l'estrema precarietà del personale contribuisce a peggiorare le situazioni dei degenti, perché la ricattabilità impedisce di denunciare le irregolarità. Lo ha denunciato anche il sindacato Fp Cgil in un rapporto secondo cui «nel corso degli ultimi dieci anni vi è stata una proliferazio-

ne di contratti applicabili» in un settore che occupa circa 300 mila addetti tra Rsa e Rsd. In una sola struttura possono convivere anche 8 contratti diversi mentre molti comuni «esternalizzano servizi di assistenza a cooperative che applicano contratti pirata e che proprio in ragione di questo 'risparmio' riescono ad aggiudicarsi appalti».



La protesta a Roma foto Ansa



PARTENZA IN SALITA

Strappo della Conferenza delle Regioni niente sì alla riforma della sanità di base

Parte in salita l'attesa riforma dell'assistenza territoriale. Ieri per l'opposizione della Campania la Conferenza delle Regioni non ha dato il suo benestare al decreto ministeriale che istituisce 2.564 case di comunità, maxi ambulatori con medici di famiglia, specialisti e infermieri, attrezzati anche per eseguire accertamenti diagnostici e analisi di primo livello 24 ore su 24, weekend compresi. A queste si affiancherebbero 381 ospedali di comunità per l'assistenza di chi non ha più motivo di oc-

cupare un letto in reparto, ma non è in grado di andare a casa. Una rivoluzione che però secondo il governatore campano De Luca partirebbe zoppa, avendo in budget i soldi per costruire le nuove strutture ma non per assumere chi dovrà lavorarci. Il governo proverà ora a ricucire lo strappo, ma il decreto verrà comunque alla luce a breve, perché se entro l'estate non verranno presentati i contratti con i piani esecutivi dovremo dire addio a 7 miliardi di Pnrr. Anche se, sen-

za l'avallo delle Regioni, vere titolari della sanità, il pericolo di una falsa partenza è dietro l'angolo. PA.RU. —



Dopo la mobilitazione dei sindacati l'Aran apre ad alcune richieste su incarichi, straordinari e infortuni

Contratto sanità Passi avanti nella trattativa

Passi avanti nella trattativa sul contratto della sanità, dopo la mobilitazione sindacale del 25 marzo. L'Aran ha incontrato i sindacati, anticipando alcune possibili aperture. Sul fronte degli incarichi di base per l'area dei professionisti della salute e dei funzionari, si confermerebbe il valore di base a 930 euro per tutti. Per quanto riguarda lo straordinario, Aran ha abbandonato la proposta di un valore dell'ora unico per ciascuna area professionale. Anche sulla banca delle ore si torna alla formulazione vigente, che prevede che le maggiorazioni dello straordinario siano comunque pagate. Si torna al testo vigente anche sugli infortuni professionali. Per quanto riguarda la formazione si propone di prevedere specifiche attività sulla prevenzione di aggressioni sul lavoro. L'Aran ipotizza inoltre un valore unico, pari a 40 euro al mese, a titolo di anticipo, per la nuova indennità di pronto soccorso. Ci saranno poi conguagli in base alle risorse attribuite alle regioni proporzionalmente al monte salari. Sugli incarichi professionali di media ed alta complessità, Aran propone di assorbire, all'interno del range di valori degli incarichi, quello dell'indennità di coordi-

namiento e per turno unico. Sulla proposta di un valore di incarico base uguale per tutta l'area, i sindacati hanno ribadito la necessità di stabilire un range di riferimento che possa dare valore alle differenze organizzative. Più in generale sul nuovo sistema degli incarichi, restano "ampi spazi di miglioramento". Come resta aperta per i sindacati, la necessità di valorizzare maggiormente la parte indennitaria del contratto. Giudizio positivo sulla proposta di una formazione specifica sulle aggressioni, da unire ad "altre azioni e iniziative condivise per prevenire e contrastare il fenomeno". Sulla nuova indennità di pronto soccorso, le sigle sindacali chiedono di "trovare altri criteri sia per individuare il campo di applicazione, lasciando spazio al confronto regionale e alla contrattazione integrativa aziendale, sia per determinarne il valore". Infine, i sindacati hanno posto ad Aran alcune questioni centrali. In particolare sui nuovi differenziali economici di professionalità, che sostituiranno le fasce economiche, l'attuale proposta di Aran non è giudicata "condivisibile". Servono miglioramenti nei "criteri di attribu-

zione, dando maggior peso all'esperienza professionale". Su questo specifico punto Aran si è riservata una valutazione.

Sempre in tema di nuovo ordinamento professionale, le sigle chiedono di prevedere, per gli operatori socio sanitari, gli autisti soccorritori e gli operatori tecnici specializzati senior, "una collocazione specifica, anche in ingresso, che possa consentire loro uno sviluppo in termini professionali anche nell'area superiore".

I sindacati hanno infine bocciato la proposta di un Fondo unico per produttività e condizioni di lavoro. Aran, su questo punto specifico, si è riservata una rivalutazione della questione.

Piccoli passi avanti, dunque, ma ancora molte distanze tra le parti, che torneranno a incontrarsi fra il 13 e il 14 aprile.

Ilaria Storti





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Cure palliative oltre il «fine vita»

Nate per i pazienti oncologici terminali, diventano una risorsa decisiva per la medicina che si prende cura di tutta la persona. Ecco come

DANILO POGGIO

«**L**e cure palliative sono in continua evoluzione. Nate per rispondere ai bisogni dei malati oncologici terminali, oggi sono considerate utili per molte altre patologie, soprattutto se praticate non soltanto nelle ultime settimane di vita». **Maria Grazia De Marinis** dirige il Centro cure palliative «Insieme nella cura» della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma, uno dei più avanzati in Italia, ed è tra gli organizzatori del convegno

«Dai luoghi ai modelli di cura» domani a Roma. «È sbagliato associare le cure palliative alla morte – osserva – perché dovrebbero essere invece collegate al concetto di qualità di vita. Gli orientamenti scientifici a livello internazionale sollecitano gli operatori ad agire precocemente, lavorando in équipe con tutti gli specialisti, proprio per garantire alti standard di assistenza. E per questo è necessaria una formazione specifica. Anche se sono stati fatti molti passi avanti, dalla scuola di specializzazione per i medici ai master per infermieri, psicologi e fisioterapisti, restano ancora molte lacune. La sofferenza c'è anche quando si ferma il dolore, intorno al paziente devono lavorare molte figure differenti. Una formazione avanzata interdisciplinare è fondamentale».

Alla luce della recente attivazione del Centro di Cure palliative «Insieme nella Cura» della Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico, l'incontro di domani intende riflettere sull'attualità e l'evoluzione della palliazione perché i pazienti possano continuare a esercitare il loro diritto a una vita degna di essere vissuta fino alla fine.

«I pazienti arrivano troppo spesso in fase tardiva – commenta



Giuseppe Casale, responsabile clinico del Centro cure palliative e fondatore di Antea –, abbiamo molte difficoltà a garantire in quei casi l'assistenza più appropriata per il paziente e la sua famiglia.

Prima avviene l'intervento delle cure palliative, maggiori sono le possibilità di migliorare la sua vita». La sopravvivenza media in hospice è di circa quindici giorni, spesso molto meno, a volte persino poche ore. «È doveroso – continua Casale – che inizi un percorso culturale sul tema, in grado di coinvolgere gli operatori ma anche tutti i cittadini. L'hospice non è il luogo dove si porta la gente a morire ma in cui ci si prende cura dei pazienti e delle loro famiglie per garantire la migliore qualità di vita possibile fino all'ultimo momento. È difficile trasmettere questo concetto perché anche noi medici non abbiamo ricevuto una formazione adatta. Probabil-

mente abbiamo difficoltà ad accettare la morte come elemento naturale, e a volte rischiamo di rendere il paziente una sorta di campo di battaglia. È necessario invece mettere al centro la persona: basta visitare un hospice per capirne il valore e l'importanza».

Un aspetto forse ancora poco noto è la ricerca nelle cure palliative: un'intensa attività scientifica, che si estende nei vari rami di una disciplina con numerose prospettive. Come spiega **Chiara Mastroianni**, della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medicom, nell'ambito farmacologico c'è ancora molto da fare, perché spesso vengono impiegati farmaci *off-label*, cioè già registrati ma usati in maniera diversa rispetto a quanto previsto dal riassunto delle caratteristiche del prodotto: «La ricerca riguarda anche tutte le altre dimensioni delle cure palliative, come la qualità della vita, le *simultaneous care* fino al profilo psicologico e spirituale, ancora poco esplorato ma molto promettente. In questo momento è importante raccogliere elementi per studiare e comprendere i tanti aspetti di una situazione complessa di fragilità. Spesso facciamo riferimento alle ricerche internazionali, perché in Italia finora sono stati raccol-

ti pochissimi dati».

Il riferimento è sempre la legge 38 del 2010, una delle più avanzate al mondo sul tema. Purtroppo, fino ad ora, non è ancora concretamente applicata in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. «Dal punto di vista normativo – riflette **Pierangelo Lora Aprile**, già presidente e ora membro del Tavolo tecnico del Ministero della Salute per l'applicazione della legge – possiamo dire che ora c'è tutto. È necessario che sia concretizzata, con la consapevolezza dei cambiamenti durante gli anni. Quando l'operatore si accorge che il malato ha ormai un'attesa di vita limitata deve cambiare gli occhiali, adottare una prospettiva diversa e multidimensionale, per poter accompagnare il paziente a quello che Antonio Autiero definisce confine alto della vita». Ogni 100mila abitanti, tra gli 850 e i 1.100 hanno bisogno di cure palliative. Ma la rete di cure palliative specialistiche riesce a prendere in carico meno di 500 di loro. «Gli altri, se non sono malati complessi, possono essere accompagnati da un'altra rete di assistenza da potenziare – conclude Lora Aprile – costituita da figure già esistenti, come medici di famiglia, assistenti sociali e psicologi del territorio, anche con l'apporto della telemedicina. E poi è necessario incrementare la presenza degli hospice anche all'interno degli ospedali. Non è necessariamente un problema di carenza di risorse, ma di allocazione e di utilizzo corretto delle strutture».

Attorno agli hospice cresce un nuovo modello di assistenza clinica non solo per accompagnare alla morte. Domani il convegno scientifico del Policlinico universitario Campus Bio-Medico di Roma

In sintesi

1

Le cure palliative sconfiggono il radicato pregiudizio di una definizione, ormai superata, che le vede riservate a pazienti ormai avviati alla morte

2

Ma è ormai nozione condivisa che anche se non si può guarire si può sempre curare. Un concetto che allarga la cura ad aspetti non solo biologici

3

Si includono anche aspetti psicologici e spirituali coinvolgendo la famiglia del paziente ed estendendo il tempo della presa in carico come persona



L'ALTRA FACCIA DEL CONFLITTO

Negli ospedali colpiti, tra malati e farmaci che mancano

DORELLA CIANCI
Ismail (Ucraina)

In corsia, lavorando giorno e notte. Pavlov Kovtonyuk, attualmente responsabile degli ospedali in Ucraina ed ex ministro della Sanità fino al 2019, spiega l'altra faccia dell'emergenza nel suo Paese: pazienti e profughi dimenticati nelle strutture sanitarie. «Mi sono chiesto: com'è oggi la vita di chi ha un tumore a Kherson o a Kiev? Di certo i tempi delle terapie oncologiche non si preoccupano né delle bombe né dei trattati... Così, iniziando da questa domanda e lavorando giorno e notte, sto cercando, con il mio team, di recuperare medicinali primari in particolare per l'oncologia, dove mancano anche alcuni reagenti, e per le terapie intensive». Le associazioni umanitarie, sottolinea, «sia sul nostro territorio che dai confini, stanno facendo il possibile per curare chi resta: chi decide di farlo o chi è troppo debole per lasciare un letto d'ospedale». I medici stanno costruendo delle piccole fortezze per preservare le rianimazioni e i reparti dove si effettua, con molti stenti, la chemioterapia dei tanti pazienti con tumori al polmone. «La foto dell'ospedale di Kramatorsk – dice Kov-

tonyuk – credo sia un pugno allo sto-

maco del mondo intero e spero lo sia, in particolare, per l'Europa più vicina, che deve continuare ad aiutarci soprattutto nei rifornimenti sanitari. Non mi compete pensare alle armi; io penso agli ospedali e dovrebbe allarmare tutti la notizia su possibili contagi di poliomielite e morbillo». Kovtonyuk ci racconta che, all'inizio di questa tragedia, un mese fa, fu svegliato da una fortissima esplosione, mentre era a casa con la sua famiglia. «È la guerra, mi sono detto. Si sta per concretizzare la minaccia che temevamo da anni. E da allora ho iniziato il giro degli ospedali, regione per regione». Nella testa di questo ex ministro, fra le tante scene, resta il volto intubato della piccola Milena di Zaporizhzhia, portata lì dopo l'evacuazione dell'ospedale pediatrico di Mariupol. «Non potrò mai dimenticare la corsa di una notte di circa dieci giorni fa per reperire una bombola di ossigeno. Non potrò neanche dimenticare come un medico in pensione, Igor Lukin, di famiglia russa, l'abbia portata al centro raccolta del paese, privandosene, nonostante la sua asma cronica e l'età avanzata».

In questi giorni si è anche creata una solidarietà sotterranea nelle forniture ospedaliere, che spesso na-

scondiamo, senza sapere perché. Il ministero della Sanità e l'Unicef hanno chiesto un dossier completo sulle necessità rispetto ai farmaci, ma non è facile monitorare zona per zona e, come potete immaginare, ci sono aree da cui non abbiamo più alcuna notizia. «Certamente non si tiene il conto di quanti ospedali siano al collasso: ho visto, in prima persona, la situazione nei reparti pediatrici di Luhansk, dove manca perfino il personale, carente già prima della guerra per difficoltà economiche». L'indignazione nei suoi occhi è palese quando ci chiede di segnalare le crudeltà, inutilmente provocatorie, sugli ospedali. Kovtonyuk ci racconta infine che ha aiutato in prima persona una famiglia sfollata con una bambina gravemente malata di Sla, peraltro colpita, in maniera pesante, anche dall'infezione del coronavirus. «L'abbiamo portata subito all'ospedale di Bucarest e, da lì, in Italia, a Genova».

Per Pavlov Kovtonyuk, ex ministro della Sanità, è in atto un'altra corsa contro il tempo: quella per salvare pazienti oncologici e tanti piccoli dimenticati. «Non c'è più personale e servono medicinali primari»



Un reparto ospedaliero a Kharkiv, in Ucraina



LO SCONTRO IN EUROPA

La 4^a dose serve
a smaltire Pfizer

◉ MANTOVANI A PAG. 15



COVID-19 • Francia e Germania a favore, gli altri frenano

L'Ue divisa sulla 4^a dose “Fiale Pfizer in eccesso”

» **Alessandro Mantovani**

Dice Guido Rasi, che è stato direttore dell'Agenzia europea del farmaco Ema: “Per una quarta dose sopra i 50 o 60 anni generalizzata non ci sono evidenze che dia benefici, soprattutto non ci sono dati su Omicron 2 e se i dati sono su Delta o Omicron 1 non possiamo prendere decisioni”.

È una conferma indiretta di come i tecnici, in Europa, in questo momento siano un po' tirati per la giacca. Sottolinea uno di loro che “la quarta dose ti fa fare un piccolo picco di anticorpi che per tre mesi ti protegge dal contagio. Se avessimo a che fare con la variante Delta - spiega - in vista dell'autunno la farei fare a tutti in agosto, ma con Omicron 2 quel picco dà solo un 3-4-5 per cento di riduzione delle infezioni: non è detto che aiuti nella prevenzione della malattia grave, come vediamo in Israele, mentre gli

studi dicono che la protezione dalla malattia grave dura fino a 12-15 mesi. Bisogna invece insistere sugli over 50 che non

hanno fatto la terza dose e sui bambini”.

Dall'altra parte c'è la Germania, che ha accumulato scorte considerevoli soprattutto del vaccino tedesco-americano Pfizer/Biontech e sta già allargando la platea del *booster* addizionale - previsto al momento in Italia solo per meno di 800 mila persone immunocompromesse - agli operatori della sanità e agli over 70 che vivono nelle case di riposo, nella prospettiva di somministrarla a tutti sopra quell'età e magari oltre. La Francia per ora fa la quarta iniezione agli over 80. La Danimarca si è fermata, il Portogallo potrebbe farlo a breve, Spagna, Belgio e Olanda attendono.

È questa la partita che si è aperta nell'Ue con i tecnici dell'Ema piuttosto dubbiosi e

la commissaria Stella Kyriakides più sensibile alla posizione tedesca. Un via libera è arrivato ieri l'altro negli Stati Uniti, dove la Food and drug administration (Fda) ha autorizzato la quarta dose sopra i 50 anni, sia pure senza raccomandarla. Quale sia la posizione del governo Usa l'ha chiarito ieri Joe Biden, facendosi riprendere mentre si fa somministrare il *booster* addizionale.

Martedì Roberto Speranza, al Consiglio dei ministri Ue della Salute, ha ottenuto larghi consensi



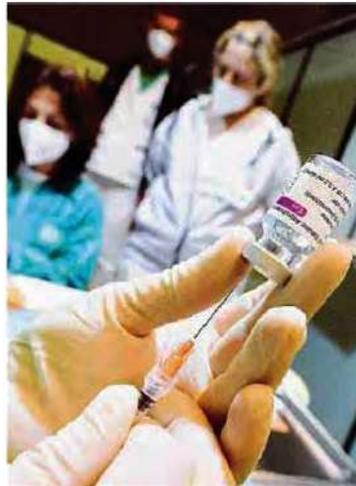
sulla necessità di dare messaggi univoci anziché procedere in ordine sparso come su AstraZeneca o sul mix vaccinale, autorizzato dall'Ema solo dopo che era stato praticato per mesi da quasi tutti gli Stati dell'Unione europea. Ai suoi colleghi più freddi sulla quarta dose Speranza ha detto che "se serve a ridurre i decessi anche di poco bisogna farla". L'accordo è che Kyriadiakes farà una proposta unitaria sulle fasce d'età di popolazione da sottoporre al boo-

ster aggiuntivo dopo aver sentito l'Ema e l'Ecdc, il Centro europeo per il controllo delle malattie. Qualcuno ha interpretato la mossa italiana come un sostegno a Berlino e quindi all'industria farmaceutica, che peraltro aveva promesso vaccini aggiornati in primavera ma invece, se va bene, li avremo in autunno.

Anche in Italia la scelta Usa non convince. Dal presidente dei viro-

logi Arnaldo Caruso all'immunologa Antonella Viola, all'infettivologo Matteo Bassetti e a molti altri, vedono una quarta dose solo per i più anziani.

**IN ITALIA
SCIENZIATI IN
CORO: "CON
OMICRON
NON SERVE"**



Il ministro Speranza: decisione in una settimana. L'ultima parola all'Em

Berlino spinge, Parigi frena la quarta dose divide l'Europa

di **Elena Dusi**

Gli Stati Uniti marcano spediti sulla strada della quarta dose. Dopo l'approvazione della Food and Drug Administration, martedì, il presidente Joe Biden si è subito arrotolato la manica per la quarta iniezione in diretta tv. L'Europa invece fatica a schiarirsi le idee. La Francia pensa a una quarta dose per chi ha più di 80 anni, la Gran Bretagna di 75, la Germania di 70. Martedì però lo stesso ministro della Salute tedesco Karl Lauterbach, durante un Consiglio a Bruxelles, ricordava che i dati israeliani mostrano una riduzione della mortalità del 78% già dai 60 anni, auspicando un allineamento dell'Europa su questa età. Lauterbach ha portato sulla sua posizione l'italiano Roberto Speranza. Anche lui ha chiesto che il continente trovi una posizione comune, entro una settimana.

All'Europa i politici chiedono di togliere le castagne dal fuoco. Difficilmente però il continente troverà una posizione comune, e per due buone ragioni. La prima è che non esiste un consenso scientifico sulla

quarta dose. Nessuno è sicuro che una nuova iniezione oggi, con la bella stagione che si avvicina, sia opportuna. E l'indecisione rischia di minare il consenso della futura campagna di richiami. Una scelta calata da Bruxelles farebbe comodo a tutti.

La seconda ragione è che l'Europa è divisa da quando esistono i vaccini contro il Covid. Da un lato c'è la Germania, che con la sua BioNTech ha messo a punto insieme a Pfizer il prodotto più usato in occidente, ma ha un tasso di vaccinazione non stellare: 76% con due dosi e 59% con tre, e punta sulla quarta dose per far calare i contagi. Dall'altro la Francia, il cui vaccino di Sanofi è in grande ritardo: solo ieri l'Agenzia europea per i medicinali, l'Em, ha avviato la valutazione. Non a caso, Parigi è scettica sul richiamo di primavera che vada al di là degli immunodepressi (che già ricevono la quarta dose anche in Italia e per i quali non c'è dubbio che il richiamo sia utile).

A finire col cerino in mano è l'Em, cui spetta leggere i dati scientifici, valutare l'utilità del richiamo e fornire la raccomandazione destina-

ta a diventare la «linea comune europea» auspicata da Lauterbach e Speranza. L'Agenzia di Amsterdam però si è sempre mostrata poco entusiasta. Ha già detto più volte che le evidenze scientifiche non indicano l'utilità oggi della nuova iniezione. Né sembra avere fretta di riunirsi prima che la settimana indicata da Speranza scada. Anche perché nei prossimi mesi dovrebbero arrivare i risultati dei test di Pfizer e Moderna sul vaccino aggiornato per la variante Omicron. Se fossero positivi, sarebbe invece davvero chiara l'utilità di una nuova immunizzazione in autunno: con il vaccino nuovo e alla vigilia della brutta stagione.



CORSA FUORI TEMPO

Difficile riuscire a iniettarle. Dell'altro siero Novavax utilizzato solo il 3% delle fiale

Ema valuta l'ok alle dosi di Sanofi L'Italia ne ha prenotate 10 milioni

••• L'Agenzia europea del farmaco (Ema) ha iniziato a valutare la domanda di autorizzazione all'immissione in commercio condizionata per Vidprevtyn, il vaccino anti-Covid sviluppato da Sanofi, società francese specializzata nella ricerca e produzione di vaccini.

Questa decisione «fa seguito a una revisione continua», spiega l'Ema, «iniziata a luglio 2021». Qual è il meccanismo d'azione previsto del siero? «Si tratta di un vaccino a base di proteine che contiene una versione prodotta in laboratorio della proteina spike presente sulla superficie del coronavirus SARS-CoV-2», spiega l'Aifa che rilanciò lo scorso luglio la decisione del comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'EMA di avviare la revisione ciclica (rolling review) di Vidprevtyn. Questo vaccino contiene anche un «adiuvante», una sostanza che contribuisce a

rafforzare le risposte immunitarie. Una volta iniettato il vaccino, «il sistema immunitario della persona vaccinata riconoscerà la proteina spike come estranea e risponderà producendo anticorpi. Qualora, in un momento successivo, la persona vaccinata dovesse entrare in contatto con il SARS-CoV-2», conclude l'Aifa, «il suo sistema immunitario riconoscerà la proteina virale e sarà pronto a difendere l'organismo contro il virus».

Se l'Ema concederà l'immissione in commercio del siero Sanofi, tra i primi beneficiari ci sarà l'Italia. Il nostro Paese, infatti, ha già prenotato 10 milioni di dosi. Per la precisione sono 9.964.800, al prezzo di 41,5 milioni di euro (9,7 milioni già liquidati). Il commissario Figliuolo, che oggi lascia l'incarico ricoperto per tredici mesi, ha inserito l'acquisto di questo vaccino nella lista degli affidamen-

ti di forniture per l'anno 2021. La procedura è europea, infatti rientra tra gli ordinativi previsti a seguito degli accordi sottoscritti dalla Commissione Ue con gli Stati membri.

L'acquisto del vaccino ancora non autorizzato, sebbene abbia per l'Italia certamente degli aspetti positivi (Sanofi ha scelto i laboratori di Anagni per una parte consistente della produzione) desta anche alcune perplessità. Quando il nuovo prodotto sarà a disposizione per l'utilizzo di massa sarà forse troppo tardi.

Ne è una dimostrazione cosa sta accadendo con Novavax, l'ultimo vaccino arrivato in Italia un mese fa. Finora sono state somministrate solo 30mila dosi, appena il 3% di quelle disponibili.

La campagna vaccinale ha raggiunto il 90% delle persone con più di 12 anni. Presumibilmente la richiesta tornerà a crescere il prossimo au-

tunno. Ma per quella data il virus potrebbe aver subito ulteriori mutazioni e i vaccini potrebbero richiedere degli

«aggiustamenti». Senza contare che un big del settore come la Pfizer ha già annunciato il lancio di un siero "universale", in grado di proteggere con una sola iniezione tanto dal Covid che dalla "vecchia" influenza. Serviranno, in quel contesto, le dieci milioni di dosi di Sanofi/Gsk in parte già pagate? Il direttore dell'Aifa ha già avuto modo di spiegare che, nel caso, saranno donate.

DAR. MAR.

41,5

Milioni di euro
Il costo delle dieci milioni di dosi del siero Sanofi già prenotate dall'Italia



Ema
L'Autorità europea per i medicinali
(LaPresse)



Tamponi dimezzati l'allarme dell'Oms E l'Italia dice addio al prezzo calmierato

“Con il virus fuori controllo rischiamo di avere più ricoveri e morti”
Test a 15 euro in farmacia, domani la scadenza: pressing per prorogarla

di Viola Giannoli

ROMA – Crollano i tamponi e l'Oms lancia l'allarme: «Rischiando più ricoveri e decessi». In Italia le file chilometriche davanti alle farmacie di dicembre e gennaio sono un ricordo, così come il milione e mezzo di test: due mesi dopo si contano un terzo degli antigenici e dei molecolari. Una discesa verticale, non solo italiana, che certo viaggia in parallelo all'andamento dei casi ma di cui l'Organizzazione mondiale della Sanità è preoccupata: «I dati stanno diventando progressivamente meno rappresentativi, meno tempestivi e meno solidi. Questo – ammonisce l'Oms – inibisce la capacità collettiva di tracciare il virus», «di rilevare precocemente nuove varianti» e può «tradursi in un aumento di ricoveri e decessi».

Mentre l'autorità sanitaria mondiale parla così, da noi con la fine dello stato di emergenza e il tramonto della struttura commissariale guidata dal generale Francesco Figliuolo e sostituita da un'Unità capeggiata da un altro militare, Tommaso Petroni, decade anche il protocollo che aveva imposto prezzi calmierati ai tamponi. Le interlocuzioni tra Regioni, Federfarma e ministero della Salute sono in corso ma salvo novità di giornata le farmacie non saranno

più tenute a offrire i test a 15 euro per gli adulti e a 8 euro per i ragazzi tra i 12 e i 18 anni.

Proprio mentre i contagi risalgono (negli ultimi giorni c'è stata una ripresa del 20-25% degli antigenici rapidi) e il Green Pass base resta valido ancora al lavoro, nei ristoranti al chiuso, sugli aerei, le farmacie potranno in autonomia decidere il prezzo e, ad esempio, in Lombardia si parla già di 15 euro per tutti. «Invieremo una lettera a tutte le farmacie (14 mila quelle che effettuano test, ndr) – fa sapere il presidente di Federfarma, Marco Cossolo – per raccomandare di mantenere un prezzo basso. Noi siamo disponibili a reiterare il protocollo, stiamo cercando lo strumento per farlo». Il rischio è che si possa tornare a prezzi che viaggiavano tra i 22 e i 35 euro prima della norma nazionale. Eccezion fatta per i fai-da-te, che si trovano anche a 5 euro.

Si è mossa per ora la sola Regione Friuli Venezia Giulia che ha deciso di prorogare i rimborsi per i tamponi fino al 30 aprile. Una scelta, spiega il vice governatore con delega alla Salute, Riccardo Riccardi, «assunta dal momento che è previsto il perdurare della validità della Certificazione verde fino alla fine del prossimo mese per l'accesso a determinati servizi e attività». In particolare l'ab-

battimento del costo riguarderà gli esenti da vaccinazione per motivi di salute, i minorenni e chi frequenta tirocini professionalizzanti».

Da domani sarà pure sdoganato l'uso dei test fai-da-te per accertare lo stato di salute di un alunno con sintomi: se il tampone casalingo è negativo basterà l'autocertificazione dei genitori per frequentare le lezioni. «Ma – avverte Cossolo – bisogna saperli usare per avere un risultato attendibile». E resta il problema del tracciamento e della fiducia: «Gli autotest sono certamente causa di una sottostima dei contagi. I positivi non vengono automaticamente registrati e il contagio resta invisibile – spiega Maurizio Sanguinetti, docente di microbiologia alla Cattolica – In questi casi tutto, anche l'isolamento, è affidato alla responsabilità personale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Da aprile saranno validi anche gli esami fai-da-te per attestare lo stato di negatività di un alunno



PANDEMIA

FARMACI SONO PRESCRITTI ESCLUSIVAMENTE IN OSPEDALE E "SCADONO" DOPO POCHI GIORNI

Il flop degli antivirali: solo 108 mila terapie per oltre 8,2 milioni di casi

» **Natascia Ronchetti**

È stato il primo a ottenere il via libera. Il Remdesivir (nome commerciale Veklury) prodotto da Gilead Sciences è stato autorizzato nel giugno del 2020. Da allora è stato utilizzato come terapia contro il Covid quasi 88 mila volte in ospedale, 5.100, invece, su pazienti non ricoverati. Di primo acchito possono sembrare numeri importanti. Ma non è così. Anzi: siamo di fronte a un flop. Basti considerare che da allora i contagi sono stati oltre 14 milioni. Il Remdesivir è un antivirale contro il Covid. Deve essere somministrato entro 10 giorni dall'insorgenza dei sintomi per fermare evoluzioni in forma grave della malattia. Al pari di Paxlovid (il principio attivo è costituito da nirme-

trevir e ritonavir), prodotto da Pfizer e di Lagevrio (molnupiravir), della casa farmaceutica Merk Sharp&Dohme. Questi ultimi due devono essere somministrati però entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi. Altrimenti sono inutili, inefficaci. E l'iter previsto per somministrarli è troppo tortuoso.

E INFATTI i trattamenti con questi antivirali finora sono stati pochissimi. Negli ultimi tre mesi - da quando sono stati autorizzati Paxlovid e Lagevrio, tra la fine del 2021 e febbraio di quest'anno - le terapie con i tre antivirali (compreso quindi il Remdesivir) non sono state nemmeno 108 mila, mentre i nuovi casi di contagio nello stesso periodo hanno superato quota 8,2 milioni. Non perché sia stata messa in dubbio l'efficacia dei trattamenti, destinati prima di tutto ai pazienti più fragili

per scongiurare il rischio dell'ospedalizzazione o del decesso. Quanto per il sistema di erogazione del farmaco messo a punto da Aifa, l'agenzia nazionale del farmaco. Gli antivirali non possono essere venduti nelle farmacie né prescritti dai medici di famiglia. A questi ultimi è affidato il compito di segnalare i pazienti da trattare con gli antivirali agli specialisti ospedalieri, quali infettivologi e pneumologi, che a loro volta li prescrivono. I farmaci vengono poi distribuiti solo dalle farmacie ospedaliere. Un percorso che ne complica l'effettiva erogazione. Se ne è accorto anche Guido Rasi, ex direttore esecutivo di Ema, l'Agenzia del farmaco europea. Sottolineando come sia necessario "un più largo uso di antivirali". Finora ne sono arrivate circa 600 mila dosi. Sono ancora quasi tutte in frigorifero.

"In una settimana - ha aggiunto ieri Rasi -, ne prescriviamo quasi 3.300 a fronte di una media di oltre 500 mila nuovi infetti".

DAL 17 AL 23 marzo, a fronte di quasi 496 mila nuovi casi di contagio le prescrizioni sono state appena 2.081. Ma c'è chi aveva previsto tutto: i medici di famiglia. "Fin dall'inizio abbiamo detto che il meccanismo non avrebbe funzionato", dice Filippo Anelli, presidente di Fnomceo, la federazione degli ordini dei medici, che ha chiesto un confronto con Aifa. "Gli antivirali dovrebbero essere distribuiti a domicilio, con la prescrizione del medico di base e nel caso la convalida dello specialista. Avrebbero dovuto essere gestiti da subito direttamente sul territorio".

PS, CONTINUA LA FUGA DEI MEDICI

EMERGENZA De Iaco (Simeu): "I Pronto soccorso si stanno spopolando di camici bianchi. Servizi non garantiti"



Non solo vaccini

I farmaci antivirali funzionano contro il Covid, ma vanno somministrati in fretta

FOTO LAPRESSE



ANTIVIRUS



TUTTI GLI ERRORI SUGLI ANTIVIRALI

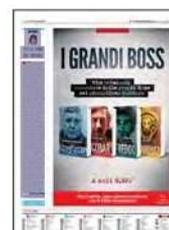
*** SOLO** un paziente positivo su quattro riesce a essere trattato con la terapia anti-Covid, perché a tuttoggi, malgrado le segnalazioni, le promesse, il tempo necessario per superare tutti gli ostacoli, dalla prescrizione del medico di base fino al letto del paziente è di molto superiore ai cinque giorni che, al massimo, possono trascorrere dalla positività alla somministrazione. Guido Rasi, ex direttore Ema, ha dichiarato (finalmente!) che gli antivirali potrebbero essere prescritti dal medico di base e poi ritirati dal paziente direttamente in farmacia. Questa modalità è già seguita da altri Paesi, Usa compresi. In Italia, non si sa per quale motivo, non è così. Pare che gli antivirali, la terapia, in genere, non abbiano mai entusiasmato nessuno dei nostri "ge-

stori" della salute. In un primo momento ne sono stati ordinati un numero ridicolo. Solo pochi fortunati li hanno utilizzati. A gennaio, finalmente, sono arrivati gli agognati rifornimenti. A complicare la possibilità del loro utilizzo, non solo i tempi necessari per la trafila prescrittiva, ma anche gli strettissimi parametri d'ammissione. Le condizioni del paziente avrebbero dovuto essere così complicate che solo pochi potevano superare l'esame preliminare di arruolamento. Probabilmente anche quando saranno adottati schemi d'accesso alla terapia più rapidi, non ci saranno sensibili cambiamenti. Esiste anche un problema fondamentale, quello culturale. I medici di base non hanno ricevuto adeguata formazione. I messaggi che sono arrivati sono stati tutti pro-vacci-

no con la netta esclusione di indicazioni terapeutiche. Il 4 febbraio, Aifa ha pubblicato che sono stati consegnati 11.200 cicli di Paxlovid in tutti gli hub italiani. Per il 2022 sono stati pre-acquistati 600.000 cicli. Quanti andranno al macero? Se dovesse continuare questo ritmo di consumi, basterebbero per 20 anni! Con il parere favorevole dell'Ema all'immissione in commercio della combinazione di anticorpi monoclonali, sviluppata da AstraZeneca che previene l'infezione da SarsCoV2 per almeno sei mesi avremo un'arma preventiva. Riusciremo a usarla?

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*



Quando Covid è per sempre

di AGNESE CODIGNOLA

illustrazione di MARIA CORTE

Il suo nome ufficiale è Pasc, Post-Acute Sequelae of Sars-CoV 2, ma per tutti è il Long Covid, la sindrome post virale che si manifesta dopo l'infezione acuta in decine di modi diversi, che colpisce almeno un malato su tre tra gli adulti e uno su dieci tra i bambini e i ragazzi e che, secondo diversi esperti, e non poche autorità sanitarie, costituirà l'emergenza dei prossimi anni. Ma che cosa è veramente il Long Covid?

LA SINDROME

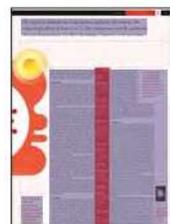
Le difficoltà nel riconoscere una malattia che si può manifestare con centinaia di sintomi differenti, riuniti in costellazioni mutevoli, che sfuggono alle classificazioni, è evidente. Secondo la maggior parte degli studi ve ne sono più di 200, valore che arriva addirittura a 500 in una delle analisi che stanno arrivando dai dati dei veterani militari statunitensi, il cui circuito di ospedali è un'autentica miniera di informazioni. Anche se in quel caso si tratta probabilmente di un'esagerazione, quei numeri restituiscono la dimensione del problema. Tra i più comuni, e molto tipici, vi sono l'affaticamento estremo o fatigue, la depressione, la tachicardia con dolore al petto, la difficoltà di respirazione, le distorsioni olfattive, la difficoltà di concentrazione o brain fog, i disturbi gastrointestinali. Esistono ormai decine di studi che descrivono ciascuno di questi disturbi, e l'impatto che possono avere sulla vita di tutti i giorni; nel libro ho raccolto diverse testimonianze dirette, che aiutano a capire quanto possa essere difficile la situazione di chi, spesso

nel pieno della vita lavorativa e familiare, si ritrova a essere quasi un invalido, una persona incapace di svolgere la maggior parte delle normali attività, oltretutto quasi sempre senza che gli sia prospettata una diagnosi certa, una terapia e, di conseguenza, una possibile guarigione.

Il Long Covid, inoltre, colpisce in misura prevalente persone che non hanno avuto forme gravi di infezione acuta, comprese quelle che ne hanno avuta una asintomatica: per questo, ancora oggi, non tutti i medici sono in grado di fare la giusta diagnosi e anzi, non pochi tendono a sottovalutare la condizione. L'incredulità e la sufficienza con cui molti pazienti riferiscono di essere accolti è poi aggravata da un fatto: a differenza del Covid acuto, la sindrome post Covid si accanisce in modo particolare sulle donne, e viene spesso bollata, superficialmente, come manifestazione di un disagio o di una patologia di altra natura.

Proprio per questo stigma e per questi pregiudizi, però, fin dai primi mesi, soprattutto nei paesi che hanno una consolidata tradizione in tal senso, i pazienti hanno iniziato molto presto a fare fronte comune, e a chiedere di essere ascoltati. E questo ha fatto la differenza, anche rispetto a malattie del passato, facendo nascere un'inedita collaborazione che ha già dato e continua a dare i suoi frutti, orientando e sostenendo le ricerche.

Nel frattempo, alcuni studi hanno permesso di individuare qualche fattore che espone chi si infetta con Sars-CoV 2 al rischio di sviluppare il Long Covid: oltre all'obesità, emersa da subito come con-



REPUBBLICA SALUTE

dizione aggravante, è più a rischio chi ha già una malattia autoimmune, chi soffre di asma e chi, subito dopo l'infezione, sviluppa specifici anticorpi IgM e IgG3 che restano in concentrazioni elevate (mentre di solito tendono a ridursi dopo qualche giorno).

I PRECEDENTI

Anche se è ancora oggetto di moltissimi studi, e lontano da un'interpretazione chiara e univoca, il Long Covid, in realtà, secondo molti - tra i quali lo stesso Anthony Fauci - non è un perfetto sconosciuto, anzi. Ci sono molte infezioni che lasciano dietro di sé una coda velenosa, tra le quali Ebola (la prima malattia il cui nome è stato associato all'aggettivo Long, tuttora sotto osservazione per questo), le epatiti virali, la borreliosi (o malattia di Lyme, veicolata dalle zecche) e diverse malattie da herpesvirus come la mononucleosi, per citare solo i casi più noti. E non è tutto.

Le grandi pandemie ed epidemie del passato hanno spesso lasciato eredità del tutto simili. Uno dei casi tuttora più misteriosi e sconvolgenti è quello dell'encefalite letargica che insorse improvvisamente pochi mesi prima della Spagnola, e i cui malati furono curati da Oliver Sacks decenni dopo. Ma tra gli episodi più interessanti, rispetto al Long Covid, c'è sicuramente quello della cosiddetta Russa, un'ondata pandemica attribuita a un virus influenzale che però oggi molti pensano sia stata causata da un coronavirus al suo spillover, nel frattempo diventato uno dei quattro noti per causare un raffreddore: OC43. La pandemia invase l'Europa e il Nord America tra il 1889 e il 1895, con continue ondate. In seguito, per anni, molti paesi dovettero fare i conti con i postumi di una sindrome praticamente identica al Long Covid, al punto che, in Italia, la Regina Elena creò interi reparti dedicati solo a questi malati, e rese obbligatoria una cura a base di atropina. Come già diversi esperti (tra i quali lo stesso Sacks) hanno notato ricostruendo la storia delle pandemie, sembra esserci insomma un filo rosso che lega ciò che accade dopo un'infezione, per lo più virale, ma anche batterica (la *Borrelia* è un batterio).

Come racconto nel libro, la stessa analogia esiste anche con malattie del presente, per esempio con patologie endemiche come la mononucleosi, che può avere strascichi che durano anni, o con sindromi come quella da affaticamento o fatigue cronica (detta anche encefalomielite mialgica, secondo la sigla anglosassone che racchiude entrambe le denominazioni: Cfs/MeE) e la fibromialgia, per anni misconosciute e oggi considerate a tutti gli effetti patologie, quasi sicuramente di origine infettiva, cioè sindromi post virali.

Secondo diversi esperti, l'interesse (e il denaro) attorno al Long Covid potrebbe avere questa ricaduta positiva: imprimere agli studi l'accelerazione che è mancata finora, favorirne la sistematizzazione e la razionalizzazione fino a ottenere finalmente una visione condivisa sulle sindromi post virali, e quindi iniziare a mettere a punto le necessarie strategie terapeutiche.

LE IPOTESI

Grazie alle decine di teorie formulate e di ricerche

che si stanno conducendo, inizia a farsi più chiaro il quadro delle ipotesi sulle cause di questa misteriosa sindrome: le principali sono quattro, e non sono mutualmente esclusive. La più accreditata è quella che chiama in causa l'autoimmunità, che sarebbe scatenata dal caos indotto dal contatto con un virus sconosciuto, che si diffonde in tutto l'organismo e i cui danni sono molto estesi. Per questo, il sistema immunitario, dopo lo shock iniziale, non riuscirebbe più a tornare perfettamente funzionante. Molte delle manifestazioni del Long Covid possono essere attribuite a reazioni autoimmuni e del resto la presenza di specifici anticorpi sembra suffragare questa idea, così come lo confermerebbe il fatto che in una certa percentuale di pazienti il vaccino ha un effetto terapeutico. Lo stimolo al sistema immunitario, in quel caso, riporterebbe infatti tutto in uno stato più ordinato.

In alternativa, l'autoimmunità sarebbe indotta da tracce di particelle virali o anche solo di detriti, non rilevabili con i test, ma presenti, che terrebbero sempre attivo uno stato infiammatorio e genererebbero una reazione autoimmune. Anche questa teoria potrebbe essere suffragata dall'effetto del vaccino: neutralizzando i virus residui con una nuova ondata di anticorpi sparirebbe anche il Long Covid. La terza ipotesi, meno seguita, pone l'accento sui danni dell'infezione acuta: gli strascichi genererebbero i disturbi successivi. Infine, come già accade per altre infezioni, anche quella da Sars-CoV 2 potrebbe risvegliare altri virus presenti nell'organismo ma dormienti, tra i quali, soprattutto, alcuni herpesvirus.

LE TERAPIE

L'ambito delle terapie è forse il più delicato perché, di fatto, per ora, non ne esistono di ufficiali. Per capire come procedere, l'amministrazione Biden ha stanziato oltre 1,5 miliardi di dollari, dando vita al grande progetto chiamato Recover che sta già dando frutti importanti. Non solo perché diversi centri stanno conducendo ricerche su numerosissimi aspetti del Long Covid, ma anche perché il piano prevede l'apertura di cliniche dedicate in cui i pazienti ricevono una diagnosi accurata in base al "loro" Long Covid e, in seguito, un programma personalizzato di terapie riabilitative e, quando è il caso, farmacologiche. Lo stesso approccio è stato utilizzato dal



governo britannico, che ha stanziato qualche decina di milioni di sterline e previsto l'apertura di non meno di un centinaio di ambulatori dedicati, dove i pazienti di tutte le età possono trovare team multidisciplinari che analizzano la situazione del singolo. In Italia non esiste un programma organico, anche se i grandi ospedali che hanno curato i pazienti con Covid acuto e che molto presto hanno aperto centri per la riabilitazione di coloro che erano stati in terapia intensiva, in molti casi hanno aperto (o lo stanno facendo) centri per il Long Covid: tutti sono sommersi da centinaia di richieste.

In parallelo, però, sta nascendo in tutto il mondo un florido mercato rivolto ai pazienti più facoltosi, con cliniche che propongono trattamenti la cui efficacia non è quasi mai dimostrata, al costo di migliaia di euro a settimana. Dal punto di vista dei farmaci, ce ne sono diversi in sperimentazione, ma è del tutto evidente che una malattia con così tante manifestazioni possibili non avrà probabilmente mai un unico farmaco: di certo non fino a quando non si sarà capito con esattezza che cosa succede nel singolo paziente.

Accanto alle terapie farmacologiche, poi, si stan-

no studiando molti rimedi complementari, da quelli quali lo yoga, rivolti agli aspetti psicologici, a quelli più specificamente clinici quali i cicli in camera iperbarica per le difficoltà di respirazione o la riduzione all'olfatto per sconfiggere la parosmia, cioè le distorsioni olfattive molto invalidanti che colpiscono i malati. Ma, anche in questo caso, per il momento, accanto a studi condotti da medici e ricercatori competenti, c'è la giungla dei rimedi più vari (e di non dimostrata efficacia) proposti da soggetti senza credenziali, sempre a pagamento. Anche per questo è urgente giungere a percorsi di cura convalidati e sicuri, possibilmente nell'ambito dei servizi sanitari nazionali.

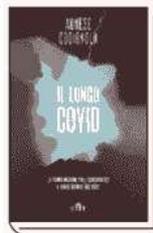
Più esposti gli obesi, chi soffre di asma o di una malattia autoimmune. E le donne. Non risparmia chi ha avuto l'infezione senza sintomi

Gli esperti la definiscono l'emergenza sanitaria che resterà. Per colpa degli effetti di Sars-CoV 2. Che colpiscono cervello, polmoni, sistema immunitario. Un libro la indaga e l'autrice ce lo racconta

Si sperimentano diversi farmaci. Ma la difficoltà sta nel fatto che una patologia con tanti sintomi così diversi non potrà mai essere curata con uno solo

Non è la prima volta che un'epidemia lascia strascichi. Dall'encefalite letargica, eredità della Spagnola, a Ebola fino all'herpesvirus

IL LIBRO



Il lungo Covid. La prima indagine sulle conseguenze a lungo termine del virus
di Agnese Codignola

Utet, 2022,
231 pagine, 18 €

I NUMERI

2%

Regno Unito
Si stima che il 2% della popolazione stia vivendo un lungo periodo di post Covid

64%

Quotidianità
Nuovi sintomi hanno avuto peso sul 64% delle persone con Long Covid

20%

Autonomia
Uno su 5 lamenta una limitazione dell'autonomia nelle attività quotidiane

50%

Spossatezza
È sempre il sintomo più comune riportato dalla metà dei rispondenti

37%

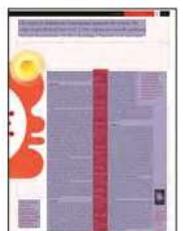
Olfatto e gusto
Percentuale di chi presenta, ancora dopo mesi, parosmia e anosmia/ageusia

28%

Brain fog
il 28% ha problemi a concentrarsi e il 36% ha difficoltà respiratorie o costrizione toracica

35-69

Età
I sintomi riguardano soprattutto persone tra 35 e 69 anni



In Italia duemila casi l'anno

La droga in gravidanza: neonati già in astinenza

ROMA È nato piangendo, come tutti. Poi però ha iniziato a tremare, con nessuna voglia di mangiare. Così per giorni. Ma è bastata la confessione della madre

per capire la verità: in gravidanza lei non ha mai smesso di sniffare cocaina. La diagnosi allora diventa inquietante ma purtroppo ovvia: il neonato è in crisi di astinenza.

za. Duemila i casi segnalati in Italia in un anno.

Priolo a pag. 15



La droga in gravidanza: in astinenza 2mila neonati

► Sempre più donne continuano a usare gli stupefacenti durante la gestazione ► In aumento i piccoli ricoverati subito dopo il parto: si rischia anche la morte

L'EMERGENZA

ROMA È nato piangendo, come tutti. Ma a consolare le sue lacrime non sono serviti latte e abbracci. Poi ha iniziato a tremare, senza fermarsi, con nessuna voglia di mangiare. Così, per giorni. Ma è bastata una confessione della madre per capire la verità: in gravidanza, lei, non ha mai smesso di sniffare cocaina. La diagnosi allora diventa inquietante ma per i medici purtroppo ovvia: i tremori e il pianto inconsolabile del suo bambino sono una crisi d'astinenza da droga. Che il piccolo ha assunto da feto per 9 mesi e che potrebbe portarlo fino alla morte in culla, senza una terapia di morfina o metadone. Il destino di questo bambino - nato in un ospedale umbro e dopo un lungo ricovero affidato ai nonni, mentre la madre è finita in comunità a disintossicarsi e il padre è stato arrestato per droga - è purtroppo identico a quello di circa 2.000 neonati a cui ogni anno in Italia si diagnostica la Sindrome da astinenza neonatale (San), un insieme di sintomi e segni clinici anormali,

che si possono manifestare nei figli delle donne che hanno assunto sostanze stupefacenti o psicotrope durante la gravidanza. Quando, con il parto e la nascita, l'assunzione - che passa la barriera placentare - viene interrotta, si causa una sintomatologia multiorgano che interessa il sistema nervoso centrale e autonomo e l'apparato gastroenterico. Come spiegano i responsabili della Società italiana di Neonatologia, «l'esposizione materna a sostanze tossiche durante la gravidanza può esporre il feto all'insorgenza di malformazioni congenite, ritardo di crescita intrauterino, microcefalia, emorragie o infarti cerebrali. Oltre a questi danni, che insorgono già in epoca prenatale, c'è poi la San. L'insorgenza della sintomatologia dipende dalla sostanza stupefacente assunta, ma generalmente compare tra le 24 e le 72 ore di vita. Raramente l'esordio può essere più tardivo, a 5 o 7 giorni dalla nascita».

LE CONSEGUENZE

Gli esperti spiegano come le conseguenze sulla salute e sullo sviluppo del bambino si evidenzino sia a breve che a lungo termine, con i sintomi che non si limitano ai primi mesi di vita. Possibili i disturbi neuro-comportamentali, come ritardo del linguaggio, disturbi dell'attenzione, iperattività, comportamento aggressivo e impulsivo, disturbi di apprendimento e pure depressione. L'abuso di cannabinoidi, per esempio, non induce una vera e propria crisi di astinenza neonatale, ma ha però «effetti neuro comportamentali a breve e lungo termine e incide negativamente sullo svi-



luppo cognitivo, comportamentale e fisico. Gli oppiacei hanno un forte impatto sullo sviluppo neurocomportamentale del bambino a lungo termine, così come la cocaina».

ICASI

Secondo i dati forniti dal Bambino Gesù di Roma, si stima che «possa essere affetto da San dal 3 al 50% dei neonati» le cui madri hanno fatto uso di stupefacenti mentre erano incinte. Ma in Italia ancora non esiste una statistica ufficiale, perché nonostante i tanti casi – compresi i boom in qualche regione, nel Lazio il primo fu circa 6 anni fa – il fenomeno è più ridimensionato rispetto agli Stati Uniti e varia per territori. In base agli ultimi dati disponibili, all'ospedale Fatebenefratelli di Roma ultimamente non ci sono

stati casi, ma ne sono stati registrati anche 4 in un mese al Casilino e sei a Milano. In tutta l'Umbria sono circa 20 all'anno, e all'ospedale della Misericordia di Grosseto tempo fa ce ne sono stati 2 in due settimane. Dieci bimbi con la San sono nati in pochi mesi a Palermo, più una neonata arrivata in overdose all'ospedale di Licata, in provincia di Agrigento.

LA PREVENZIONE

Una soluzione c'è e arriva da due fattori, come spiega il presidente della Società italiana di Neonatologia Luigi Orfeo, direttore di Neonatologia e Terapia intensiva neonatale dell'ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli di Roma: «Una maggiore consapevolezza delle donne sugli effetti che le sostanze stupefacenti producono ai loro bambini, che le

spinge a diminuire o rinunciare all'assunzione, e l'aumento dei servizi territoriali di prevenzione e assistenza, come i Sert, che riescono a intervenire con programmi mirati e seguire meglio le donne tossicodipendenti durante la gravidanza. Ma ancora non basta: che il miglior modo per abbassare ulteriormente la casistica sia quello di puntare sempre di più sulla comunicazione sociale e la sensibilizzazione delle giovani generazioni, coinvolgendo anche i ragazzi, non solo le donne, e parlando loro direttamente anche attraverso i social network».

Egle Priolo

**DAI DATI FORNITI
DAL BAMBINO GESÙ,
EMERGONO 4 CASI
REGISTRATI
IN UN MESE
AL CASILINO DI ROMA**



Il medico Andrea Dotta

«Le mamme negano tutto per paura ma i sintomi dei bimbi non mentono»

«L'uso di sostanze stupefacenti, anche leggere, durante la gravidanza o anche prima del concepimento - mette in guardia Andrea Dotta, responsabile della Terapia intensiva neonatale dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma - può dar luogo non soltanto a interruzioni di gravidanza, ma anche a malformazioni e a danni che il bambino poi si trascinerà nel tempo». **In cosa consiste la sindrome di astinenza neonatale?**

«Questa sindrome San si può manifestare per un'esposizione alla droga da parte materna in fase sia prenatale che tardiva. Si rischia l'aborto, o anomalie morfologiche e si possono aggiungere anche ritardo di crescita intrauterino e dismorfie».

Quali sostanze possono cau-

sarla?

«Tutte le droghe e anche il tabagismo. Poi, tutto quello che riguarda i cannabinoidi e la cocaina».

Anche le sigarette sono così pericolose?

«Il fumo è un fattore di rischio. Basta fumare una sola sigaretta, anche di quelle elettroniche».

Quali sintomi ha il bambino se si assumono droghe durante la gravidanza o prima del concepimento?

«Capita che la mamma non lo ammetta per paura che poi intervengano i servizi sociali. Tuttavia, ci sono sintomi che possono ricondurre alla sindrome San, come alcune caratteristiche fetali, il ritardo di accrescimento, dismorfie, già nel grembo e anche alla nascita. Il neona-

to ha tremori, irritabilità, un pianto particolarmente acuto. Oppure, non riesce a tollerare l'alimentazione, con implicazioni cardiologiche».

Di quali cure hanno bisogno?

«A seconda del livello di astinenza del neonato, si può decidere un approccio non farmacologico. Se la situazione lo richiede, si ricorre a un trattamento a base di antiepilettici, o anche di sostanze come il metadone».

E i bambini poi guariscono?

«Possono rimanere esiti a distanza, danni soprattutto a livello neurologico».

Graziella Melina



Andrea Dotta



Psicologia

Qual è il vero
ruolo
dello stress
nei tumori

di **Danilo di Diodoro****11**

Il ruolo dello stress nei tumori

Non ci sono prove solide che promuova l'avvio
del cancro, ma ce ne sono di robuste a favore
del fatto possa facilitarne la progressione
attraverso una modulazione di diversi
suoi elementi costitutivi caratteristici

di **Danilo di Diodoro**

Studi recenti indicano che lo stress potrebbe facilitare la crescita di alcuni tipi di cancro e anche lo sviluppo di metastasi. Si tratta soprattutto di studi su animali che hanno anche consentito di individuare diversi meccanismi endocrini, cellulari e molecolari che potrebbero essere alla base di tali processi. Il punto è stato fatto da una recente revisione, realizzata da Anabel Eckerling e dai suoi collaboratori della Sagol School of Neuroscience and School of Psychological Sciences della Tel Aviv University, e pubblicata sulla rivista *Nature*.

«I modelli animali hanno messo in evidenza che i fattori stressanti possono favorire molti elementi caratteristici del cancro» dicono gli autori della revisione. «Inoltre la risposta di stress può facilitare la crescita del cancro e di metastasi attraverso un'azione diretta sulle caratteristiche molecolari del tessuto maligno, sul suo microambiente, sull'attività immunitaria antitumorale e su altri modulatori indiretti della progressione del cancro».

D'altra parte, se si passa dal livello della ricerca su animali a quella clinica sugli esseri umani, sia studi epidemiologici sia trial clinici hanno generato risultati alquanto incerti, indicando solo un eventuale piccolo effetto, non necessariamente significativo, dello stress sulla progressione del cancro. «Di con-

sequenza la routine medica attuale non include misure destinate a prevenire le risposte di stress come mezzo per migliorare la sopravvivenza al cancro» dicono ancora gli autori della revisione. «All'interno della comunità medica questo atteggiamento sembra riflettere un certo scetticismo sul fatto che lo stress sia un fattore biologico significativo nel causare il cancro e la sua progressione».

Meccanismi

Ma quali sono i meccanismi attraverso i quali lo stress potrebbe indurre lo sviluppo o la crescita di alcune forme di cancro? Per quanto concerne la trasformazione iniziale di tessuto normale in cancro, lo stress è chiamato in causa, ad esempio, per l'induzione di una minore efficacia dei processi naturali di riparazione cellulare. Inoltre lo stress può ridurre la resistenza dell'organismo ad alcuni tipi di virus, detti oncogeni, che oggi si sa sono coinvolti in maniera significativa nell'avvio di circa il 15 per cento dei casi di cancro. Il Papillomavirus umano, il virus di Epstein-Barr, l'Herpesvirus di Kaposi associato al sarcoma e i virus dell'epatite C e B possono essere riatti-



vati sia dalle catecolamine sia dai glucocorticoidi, tipici ormoni dello stress. Per quel che riguarda invece la velocità di progressione di un cancro già presente, è oggi accettato che le catecolamine siano in grado di promuovere la proliferazione delle cellule tumorali, la loro sopravvivenza e la migrazione in altri tessuti. In particolare, è stata studiata in tal senso l'azione di alcuni «stressor» sociali, come il conflitto con altre persone e la solitudine. Alti livelli circolanti di noradrenalina (una catecolamina) possono anche stimolare la crescita dell'innervazione del tumore, che a sua volta

potrà fargli giungere altra noradrenalina, in un pericoloso circolo vizioso. Allo stesso modo, le catecolamine possono facilitare lo sviluppo di vasi sanguigni all'interno del cancro, un fattore decisivo per la sua crescita ulteriore. Un fenomeno osservato ad esempio nel cancro dell'ovaio, della mammella, del pancreas e del colon-retto.

Stimoli

Un altro meccanismo attraverso il quale lo stress promuove la progressione del cancro è lo stimolo ai processi infiammatori e l'inibizione di alcuni snodi fondamentali del sistema immunitario.

Un altro ambito di ricerca che sta tentando di cogliere eventuali correlazioni tra stress e cancro è quello degli studi su grandi popolazioni. È stato studiato l'effetto dello stress sulla sopravvivenza dei malati, sia lo stress dipendente da fattori individuali, come depressione, isolamento, mancanza di supporto sociale, sia quello dipendente da fattori non direttamente collegati all'individuo, come guerre e cambiamenti climatici. «Considerando gli effetti discordanti o di piccola entità emersi dagli studi osservazionali, e tenendo presente l'eterogeneità delle metodologie di ricerca, delle popolazioni studiate e del tipo di stressor preso in considerazione, resta incerto se lo stress possa aumentare l'incidenza del cancro e fino a che punto possa davvero facilitare la sua progressione» dicono gli autori della revisione a proposito dei risultati

provenienti dagli studi epidemiologici.

Infine, gli autori della revisione hanno anche preso in esame gli studi clinici che hanno valutato l'eventuale effetto sull'andamento dei casi di cancro di interventi psicosociali o psicofarmacologici, ad esempio l'uso di ansiolitici e antidepressivi. Anche in questo caso non si è riusciti a trarre conclusioni definitive, per le difficoltà metodologiche connesse a questo tipo di indagini.

Situazioni critiche

In conclusione? «Sebbene le prove del fatto che lo stress promuova l'avvio del cancro sono inconsistenti, ci sono invece robuste prove a favore del fatto lo stress possa facilitare la progressione del cancro attraverso una modulazione di diversi suoi elementi costitutivi caratteristici» dicono gli autori della revisione. «Meccanismi molecolari e sistemici che mediano tali effetti sono stati identificati in studi animali e molti di essi sono stati riconosciuti anche in pazienti affetti da cancro».

E per quanto riguarda l'opportunità di avviare programmi di sostegno per la riduzione dello stress nei pazienti affetti da cancro, Anabel Eckerling e i suoi collaboratori affermano che «gli interventi di gestione dello stress dovrebbero essere testati nei periodi critici che influenzano la progressione del cancro, specialmente nel breve periodo post-operatorio e dei trattamenti adiuvanti, effettuando confronti con altri periodi e accompagnandoli con interventi farmacologici finalizzati a contrastare lo stress e le risposte infiammatorie inevitabilmente innescati dalle procedure mediche». Ci vorranno ulteriori studi sperimentali multicentrici per valutare gli effetti dei trattamenti sulla lunga distanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Alti livelli circolanti di noradrenalina possono anche stimolare l'innervazione delle cellule malate



SISTEMA IMMUNITARIO

Misuriamo la risposta T

Questi linfociti possono avere un ruolo importante nella diagnosi di molte malattie. Dal Covid alla tubercolosi

di MARIA TERESA BRADASCIO

Le cellule T sono fondamentali per il nostro sistema immunitario. E potrebbero svolgere un ruolo cruciale nella diagnostica. Per malattie diverse tra loro, come la tubercolosi o il Covid. In che modo? L'argomento è stato approfondito durante il 49° Congresso nazionale dell'associazione microbiologi clinici italiani. Come sappiamo, il sistema immunitario è un sistema complesso: in particolare le cellule T riconoscono le cellule dell'organismo come proprie evitando di aggredirle. Si attivano quando i recettori presenti sulla loro superficie riconoscono degli antigeni (agenti estranei) specifici per quel recettore. Mentre le cellule T naïve impiegano in media due giorni per rispondere all'antigene perché non l'hanno mai incontrato, le cellule T della memoria reagiscono in sole due ore e, in caso di esposizioni ripetute allo stesso antigene, garantiscono un potenziamento della risposta. Ma perché possono

essere importanti nella diagnostica? Perché permettono di analizzare diversi composti come le citochine che oggi sappiamo, per esempio, essere implicate nel Sars-CoV 2. «Questo virus - spiega Oscar Matteo Gagliardi, Università di Milano, Scuola di Farmacologia e Tossicologia Clinica - è geneticamente simile a Sars-CoV 1, cioè il virus della Sars. Diversi studi condotti su Sars-CoV 1 per indagare le risposte immunitarie dei soggetti che lo avevano contratto, hanno evidenziato come, nella maggior parte dei casi, la risposta T sia rilevante a fronte di una risposta degli anticorpi e dei linfociti B nulla. Questi, infatti, sono presenti dopo l'infezione, ma durano solo 4 anni, mentre la risposta T permane anche dopo 11-17 anni. Perciò - afferma l'esperto - si potrebbe ipotizzare che la risposta T possa durare a lungo anche nel caso di Sars-CoV 2». Gran parte degli studi oggi in corso sul virus valutano l'andamento degli anticorpi nel tempo, ma in realtà la risposta T potrebbe essere un

parametro complementare per indagare la protezione in quei soggetti vaccinati che hanno livelli di anticorpi non rilevabili. Inoltre, sappiamo che diverse cellule T della memoria sono presenti in vari punti. Per esempio, nella tubercolosi abbiamo una risposta di queste cellule nel polmone. «Probabilmente - conclude Gagliardi - in futuro la diagnostica a cellule T potrà essere applicata a tutte le malattie in cui queste cellule rivestono un ruolo importante, come quelle autoimmuni, tra cui il diabete, la celiachia e il lupus».



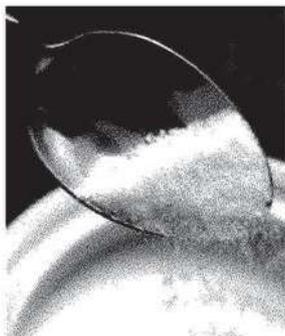
UNO STUDIO RILANCIA IL DIBATTITO

Cancro, aspartame di nuovo sotto la lente

DI ANDREA BRENTA

Il suo potere dolcificante è 200 volte superiore a quello dello zucchero, pur essendo molto meno calorico. L'aspartame, il più noto tra i dolcificanti, è presente in centinaia di prodotti alimentari (bevande, pasticceria e confetteria, prodotti lattieri, gomme da masticare, prodotti dietetici). E centinaia sono gli studi che hanno avuto per oggetto la sua presunta cancerogenicità. Nel 2013 l'Efsa, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare, ha pubblicato la sua prima valutazione integrale dei rischi associati all'aspartame, concludendo che l'edulcorante e i suoi prodotti di degradazione sono innocui per la popolazione in genere (compresi neonati, bambini e donne in gravidanza). Ora, tuttavia, un nuovo studio francese, pubblicato sulla rivista *Plos Medicine*, riaccende il dibattito e conclude, in accordo con «numerose ricerche *in vivo* e *in vitro*», che gli edulcoranti, in particolare l'aspartame e l'acesulfame-K, potrebbero rappresentare un fattore di rischio accresciuto per il cancro. I ricercatori hanno analizzato i dati sulla salute e il consumo di edulcoranti di oltre 102 mila adulti francesi. I partecipanti allo studio sono stati classificati in tre gruppi: i non consumatori di dolcificanti, i consumatori più «deboli» e i consumatori più «forti» (in media 79 grammi al giorno). È stato quindi osservato che tra questi ultimi e i non consumatori c'era il 13% di rischio supplementare di cancro. Gli stessi autori dello studio hanno riconosciuto che si tratta di una prima tappa che non permette, da sola, di concludere che gli edulcoranti siano cancerogeni. Il rischio, sempre in agguato, sarebbe quello di opporre i dolcificanti allo zucchero naturale, lasciando credere che il secondo sia migliore. Cosa che è lungi dall'essere garantita.

© Riproduzione riservata

**Aspartame nel mirino**

Trova l'embrione Nature suona l'allarme contro le nuove tecniche di selezione prenatale

Roma. "Test genetici avanzati sugli embrioni. Scegli il tuo embrione più sano". Questo è lo slogan di Genome Prediction, una società americana che vende analisi di embrioni con punteggi di "rischio poligenico" a potenziali genitori. La tecnologia viene già utilizzata in 37 paesi, racconta Bioedge. I test di Genome Prediction possono predire non solo le più comuni malattie genetiche, ma anche il rischio di sviluppare diabete, cancro al seno e alla prostata, malattia coronarica e infarto, ipercolesterolemia, ipertensione e schizofrenia, e quindi scegliere un embrione potenzialmente più sano. Un'altra società californiana, spiega la Cnn, ha appena annunciato di essere in grado di decifrare tutto il codice del Dna di un embrione di un solo giorno creato attraverso la fecondazione in vitro, un'impresa mai realizzata a causa dello scarso volume di materiale genetico disponibile per l'analisi. Ma c'è chi suona l'allarme sui rischi etici e scientifici.

Nature, la "bibbia" dell'establishment medico, ha appena pubblicato un corposo dossier sul "rischio poligenico", la nuova tecnica predittiva delle malattie che un embrione potrà sviluppare. L'obiettivo: valutare il rischio malattia nel

bambino che sarà e selezionare di conseguenza l'embrione da impiantare. Ma questi test genetici non sono ancora scientificamente convalidati e secondo Nature aprono la strada a profondi sconvolgimenti sociali. "L'emergere di aziende che offrono ai potenziali genitori test genetici complessi sugli embrioni ha allarmato allo stesso modo genetisti e bioeticisti", scrive Nature. Alle persone sottoposte a fecondazione in vitro viene quindi offerta la possibilità di selezionare un embrione con un rischio relativo percepito basso di sviluppare tali malattie. "I ricercatori hanno ragione a essere preoccupati. La selezione degli embrioni sulla base di queste previsioni non è ancora supportata dalla scienza. Inoltre, le implicazioni sociali dell'utilizzo di test genetici complessi per scegliere gli embrioni non sono state ancora completamente considerate".

L'obiettivo di questi test è ridurre le possibilità che un genitore trasmetta una malattia ereditaria al nascituro. "Questo in genere succede nel caso di condizioni rare e gravi causate da mutazioni in un singolo gene". Nel Regno Unito, ad esempio, sono stati approvati test dalla Human Fertilization and Embryology Authority per oltre 600 malattie ereditarie, tra cui la ma-

lattia di Tay-Sachs e i tumori al seno causati da mutazioni genetiche. "Ma le malattie più comuni, come il diabete di tipo due, sono associate a mutazioni non in un singolo gene, ma in molti, potenzialmente migliaia". Le aziende che forniscono questi test dicono di essere in grado di calcolare i punteggi di rischio poligenico anche per il diabete, alcuni tipi di malattie cardiache e diverse forme di cancro e malattie autoimmuni". Nel frattempo, scrive Nature, la fecondazione in vitro è un grande affare: "Il mercato globale era di 14 miliardi di dollari nel 2020 e si prevede che raddoppierà, a 34 miliardi di dollari, entro il 2028, secondo Grand View Research, una società di ricerche di mercato con sede a San Francisco". E il governo americano finanzia la ricerca. I National Institutes of Health hanno stanziato 38 milioni per il rischio poligenico. Nature infine chiede: "Apriremo alla selezione di tratti come l'altezza o l'intelligen-

Giulio Meotti



LA MEDICINA NON È FEMMINA

Studi e ricerche su farmaci e malattie sono ancora a misura di maschio

Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche
"Mario Negri", Milano — lettereoggi@oggi.it

Nonostante i grandi progressi della medicina dovuti alla prevenzione, al miglioramento delle terapie e alla miglior comprensione dei trattamenti di riabilitazione, la medicina è ancora sostanzialmente impostata su modelli maschilisti, quando le malattie non siano strettamente "genere" specifiche. Non è ancora ben studiato l'esito delle malattie in rapporto al genere. Per esempio, sappiamo che la mortalità cardiovascolare in soggetti diabetici è più alta nella femmina rispetto al maschio, ma per tante altre malattie le conoscenze sono molto più frammentarie. Ancora più problematiche e incomplete sono le conoscenze terapeutiche. Fin dagli studi sulle cellule "in vitro" non si pone molta attenzione sul fatto che siano di origine maschile o femminile. Come pure negli studi preclinici sugli animali il genere più utilizzato è quello maschile.

La ricerca clinica non migliora la situazione. Nella fase I, che mira a stabilire le dosi tollerate di un nuovo farmaco, non si tiene conto di recenti conoscenze che indicano differenze fra uomini e donne nell'assorbimento per via orale e nel trasporto ematico che informano come, a seconda dei farmaci, il legame alle proteine del sangue sia minore o maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. Anche il metabolismo epatico è differente perché gli enzimi, detti citocromi P 450, sono differenti a seconda del genere. Non tenendo conto di questi fattori si arriva alla fase finale della ricerca clinica con dosi stabilite nel maschio e in aggiunta le femmine sono poco presenti negli studi clinici controllati cosicché in oltre il 70% dei casi è impossibile differenziare l'efficacia di un farmaco nel maschio rispetto alla femmina. Questa penalizzazione

è ancora più evidente per quanto riguarda gli effetti tossici delle medicine. Uno studio negli Stati Uniti ha stabilito che, per ogni 1,3 milioni di effetti avversi nel maschio, ve ne sono ben 2 milioni nelle femmine. Ben 8 su 10 farmaci ritirati dal commercio per tossicità dipendono da fenomeni riscontrati nelle donne.

Sono dati molto preoccupanti e richiedono maggiore attenzione da parte delle Autorità regolatorie che dovrebbero obbligare le industrie farmaceutiche a differenziare in tutto l'iter sperimentale gli studi per maschi e femmine.

PIU VALORE

ALLA PREVENZIONE

Almeno il 50% delle malattie croniche quali infarto, malattie cardiovascolari, diabete, malattie polmonari e insufficienza renale sono evitabili. Il 70% dei tumori è evitabile eppure ne muoiono 187 mila persone l'anno in Italia. I grandi progressi della

medicina hanno fatto dimenticare una parola fondamentale per la nostra salute: prevenzione. Un termine che significa anzitutto buone abitudini di vita: non fumare, non assumere alcolici o droghe, evitare l'obesità, abituarsi a una dieta varia e moderata, effettuare ogni giorno un buon esercizio fisico, mantenere interessi culturali e una adeguata durata di sonno. Si tratta di regole che hanno bisogno di tutta la società e anche delle istituzioni che devono facilitare attraverso la legislazione le buone abitudini di vita.



MANIFESTO DELLA SALUTE MENTALE

Nessuno è invulnerabile al dolore altrui, «sedarlo» soltanto crea un malessere sordo

■ Qualche giorno fa, è stato presentato alla stampa online il *Manifesto della salute mentale*, cui - oltre ai promotori - aderiscono esponenti della società civile, società scientifiche e associazioni di operatori del servizio pubblico e del terzo settore.

IL DOCUMENTO sottolinea la regressione culturale e politica nel modo con cui la Polis affronta la questione della sofferenza psichica. I muri manicomiali sono scomparsi, ma la linea di demarcazione tra «sani» e «malati» persiste nella sua immaterialità pervasiva. La separazione non è solo tra «noi» e «loro», ci attraversa internamente: divide, creando incommunicabilità, la parte di noi che sta bene dalla parte che sta male. Si pensa che la sedazione pura della sofferenza degli altri ci renda invulnerabili al loro dolore. In realtà, la «malattia mentale» sedata diventa malessere sordo, squallore esistenziale che avvelena la vita di tutti.

LA SOCIETÀ senza dolore, anestetizzata, è una società malata, depressa e impulsiva. Da una parte depriva i bambini e gli adolescenti dei loro spazi di esperienza; dall'altra, produce un malessere esistenziale vischioso e asintomatico che, degenerando nella sua solitudine, arriva a produrre automi contratti psichicamente, normotipi della quotidianità distratta da se stessa, che improvvisamente implodono/ esplodono spargendo la morte.

La cura farmacologica del dolore dissociata dal lavoro psicoterapeutico (nei servizi pubblici le psicoterapie rappresentano un 6% delle cure erogate) e dal complesso lavoro di inserimento socioculturale e lavorativo nella comunità in cui si vive, lascia inevasa la domanda di soggettivazione della propria esperienza e di rivendicazione del diritto di cittadinanza (negato di fatto al soggetto che ha perso il suo posto nel mondo).

IL FARMACO È CHIAMATO a una funzione impropria rispetto alla sua reale capacità di alleviare, rendere tollerabile il dolore e il suo uso diventa abusivo e abusante. Nella misura in cui il modello biomedico che insegue questa prospettiva, incurante del dialogo con gli altri saperi, pretende di costituirsi anche come paradigma dei modi di prendere cura dei nostri sentimenti, diventa un pericolo per la libertà e per la democrazia.

Il rinnovamento della salute mentale nel Ssn, sin dalla riforma psichiatrica del 1978, che il Manifesto persegue, si fonda su pochi ma essenziali principi: senza un servizio pubblico ben funzionante l'intero sistema della cura psichica va in crisi; la persona sofferente deve essere presa in cura all'interno della comunità in cui vive; la terapia non è assistenza, ma un prendersi cura che include i desideri di operatori e soggetti sofferenti.

LO STRUMENTO della cura è l'equipe territoriale che ha un approccio multidisciplinare all'interno del quale le diverse professionalità e prospettive scientifiche dialogano e collaborano tra di loro e con le associazioni degli utenti e dei loro familiari.

Il progetto di un ripensamento della salute mentale (per potenziarla) non è un'operazione nostalgica. Intende, tuttavia, recuperare tutte le acquisizioni della legge 180, oggi largamente disattese, il pluralismo scientifico che per molti anni ha consentito un approccio alla sofferenza umanizzante e non tecnicistico e una civiltà della cura che aveva accantonato tutte le pratiche di contenzione violenta, oggi incredibilmente riammesse. Scuotere le coscienze è necessario per uscire dalla spersonalizzazione dei dispositivi terapeutici, ma, al tempo stesso, la validità dei trattamenti sotto il profilo della qualità della vita e la loro capacità di farsi carico del dialogo tra il singolo e la collettività, fanno respirare i sentimenti e i pensieri di tutti.

La formazione degli operatori deve essere eccellente: questo significa renderla più rigorosa e soprattutto intervenire sulla preparazione accademica, oggi molto influenzata da interessi di parte, da rendite di posizione poco scientifiche. Il sostegno reciproco tra le equipe territoriali e le comunità in cui esse lavorano è

molto importante ed è il miglior modo per evitare di precipitare negli anfratti di una società malata. La cura della società, nell'ambito del servizio pubblico, non passa attraverso le linee guida di un astratto «benessere psicologico», una sorta di fitness psichica. Deve farsi carico delle situazioni concretamente e potenzialmente patologiche, agendo in senso preventivo, ed è necessaria la collaborazione con prassi creative e saperi esterni alla salute mentale. La collaborazione sul piano clinico e della ricerca tra i dipartimenti della salute mentale, le università e le società scientifiche, alcune delle quali hanno attivato servizi di consultazione e di terapia rivolti al disagio sociale, è altrettanto necessaria.

(a cura di Sarantis Thanopoulos)

I promotori del documento

Il «Manifesto della salute mentale» vede fra i suoi promotori Angelo Barbato (Istituto farmacologico Mario Negri), Antonello D'Elia (Presidente della Psichiatria democratica), Pierluigi Politi (ordinario di Psichiatria, Università di Pavia), Fabrizio Starace (Presidente della Società italiana di epidemiologia psichiatrica), Sarantis Thanopoulos (presidente della Società psicoanalitica italiana)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL 2 APRILE LA GIORNATA MONDIALE

Autismo, la svolta da diagnosi precoci

GRAZIELLA MELINA

Sostegno alle famiglie, maggiore inclusione sociale e fondi per la ricerca. Per sabato 2 aprile, Giornata mondiale della consapevolezza dell'autismo, istituita nel 2007 dall'Onu, scuole, associazioni, istituzioni scientifiche, fanno il punto sulle esigenze di chi si prende cura di una persona con disturbi dello spettro autistico e sullo stato della ricerca. «L'intervento sempre più precoce» spiega Magda Di Renzo, responsabile del Servizio di psicoterapia dell'Istituto di ortofonologia di Roma – sta permettendo di avere risulta-

ti assolutamente diversi da quelli cui eravamo abituati. È importante che i pediatri e tutti gli specialisti possano riconoscere al più presto i segni di rischio per fare prevenzione». Fondamentale è saper riconoscere i primi segnali. «Se iniziamo entro i due anni – precisa Di Renzo – otteniamo in due anni

di terapia quello che prima raggiungevamo in quattro, quando iniziavamo a seguirli a 3-4 anni. Fa una differenza enorme». Sono diversi gli studi che indicano i segnali più significativi. «Per esempio, il fatto che il bambino non mostri il sorriso sociale, l'attenzione condivi-

sa, quindi non guardi l'adulto. Oppure alcune posture: se non usa la gestualità in senso comunicativo, o non risponde ai vocalizzi giocosi degli adulti. In passato veniva data poca attenzione a questi aspetti – aggiunge Di Renzo – ma negli ultimi anni i segni predittivi del disturbo autistico sono stati sempre più studiati sempre. Lavoriamo insieme alle mamme per aiutarle a decifrare i messaggi del bambino e a stimolarlo nella maniera adeguata. Abbiamo anche svolto vari corsi per i pediatri, predisponendo una scheda di valutazione da zero a due anni con cui evidenziare questi segni».



Ospedali in tilt causa «positivi»

Il Lazio ha il più alto
numero di ricoverati
Caos Pronto soccorso

Sbraga a pagina 22

IL COVID FA ANCORA PAURA

Tagliati i posti per i contagiati e i Pronto soccorso scoppiano

I positivi intasano gli ospedali

Il Lazio ha il più alto tasso di ricoverati

ANTONIO SBRAGA

••• I positivi asintomatici stanno finendo di sovrappollare i Pronto Soccorso del Lazio, la Regione con il più alto numero di ricoverati, sia in area medica (1.199)

che in Terapia intensiva (81). «Stiamo assistendo a un aumento di pazienti che arrivano in Pronto soccorso per altri sintomi e altre patologie che poi scopriamo essere positivi al Covid. Questo - spiega il presidente della Società italiana della medicina di emergenza-urgenza (Simeu), Fabio De Iaco - crea un problema organizzativo enorme, perché in questo momento è previsto che i pazienti Covid vengano ricoverati, indipendentemente dalla patologia, nei reparti dedicati al Covid». Nei quali, però, sono stati progressivamente ridotti nelle ultime settimane i posti letto disponibili: dopo il primo taglio del 4 marzo (-459 letti), l'11 la Regione ha ridotto di ulteriori 264 posti la Rete-Covid, che è passata da 1610 letti ordinari a 1367 e dai 167 di Terapia intensiva a 146. Ieri nel Lazio so-

no stati registrati 8.957 (-2.473 rispetto a martedì) nuovi casi positivi (di cui 4.247 a Roma) con un rapporto tra positivi e tamponi al 15,5% e 10 decessi.

E sin dal primo mattino i 48 Pronto Soccorso del Lazio scoppiano: alle ore 10 di ieri c'erano già ben «729 pazienti in attesa di ricovero», calati a 649 alle 18. A partire dai 72 in stand-by al Pertini, il Pronto soccorso che quasi ogni giorno risulta il più sovrappollato. Come ha mostrato anche la trasmissione Rai «Preso Diretta», che ha documentato con le telecamere la straripante presenza di pazienti in barella, sulle carrozzine e lungo i corridoi. «Noi potremmo trattare 60 pazienti, ma spesso abbiamo all'interno del Pronto Soccorso una media di 100-120 pazienti, e a volte anche un po' più del doppio dei pazienti che potremmo trattare ed ospitare. Il problema non è tanto dove poter mettere le barelle, ma il problema è la capacità assistenziale da dare a queste persone», ha detto il medico Cristina Magliocco. Puntando il dito contro il cosiddetto boarding, il tempo d'attesa per il ricovero: secondo le linee guida ministeriali il paziente

dovrebbe essere trasferito entro le 2 ore dall'ordine di ricovero. Invece al Pertini «a volte rimangono anche 7 giorni, quindi alla fine vengono dimessi direttamente da qui. Fanno l'intero iter assistenziale nel Pronto Soccorso», ha aggiunto Magliocco. «Certo, sono tempi inaccettabili - ha ammesso il direttore del PS del Pertini, Francesco Rocco Pugliese - il paziente noi talvolta dopo 10 minuti sappiamo che deve essere ricoverato».

E di turno nell'area rossa Covid c'è un solo medico per oltre 30 pazienti: «Qui è una trincea - ha concluso il dottor Ashi Alasow - come negli ospedali da campo dove c'è la guerra».

La protesta dei medici

«Siamo in trincea, come negli ospedali da campo dove c'è la guerra. C'è un solo dottore per oltre trenta pazienti»

Pazienti in aumento

In attesa di un posto ieri in mattinata più di settecento nelle 48 strutture laziali. Il più affollato il Pertini



L'inchiesta

Spallanzani, l'intesa con Mosca spinse all'addio due alti dirigenti

di **Giuliano Foschini**
Clemente Pistilli

ROMA – Lo «scambio di conoscenze» non è mai avvenuto: i ricercatori di Mosca sono stati in Italia, quelli dello Spallanzani non hanno mai messo piede al Gameleya. Pur non avendo alcuna autorizzazione, né da Ema né da Aifa, si era immaginata una somministrazione di Sputnik in Italia, «al fine – si legge nel memorandum – di dimostrare l'efficacia e la sicurezza» del vaccino russo finanziato dal Fondo russo per gli investimenti diretti. Infine, ma non per ultima, una strana coincidenza: subito dopo l'avvio del protocollo due dei più importanti dirigenti dello Spallanzani, la professoressa Maria Capobianchi, la donna che per prima ha isolato il Covid in Italia, e Nicola Petrosillo, l'infettivologo che ha curato i primi pazienti Covid, sono andati via. Anticipando la loro pensione. In polemica per la questione Sputnik, dicono alcuni. «Nessun commento», rispondono loro.

La storia della sperimentazione – che poi sperimentazione non era – dello Sputnik in Italia, sulla base di un accordo firmato l'8 aprile del 2021 tra l'istituto Spallanzani di Roma e l'istituto Gamaleya di Mosca diventa sempre più un caso politico. Perché se l'assessore alla Sanità, Alessio D'Amato, che ieri ha visto Franco Gabrielli, autorità delegata per la sicurezza in Italia, e che di quell'accordo è stato sponsor e firmatario, oggi rassicura tutti parlando di compattezza all'interno dell'i-

stituto, «e della massima fiducia nel più importante Istituto di Malattie Infettive italiano», in realtà i punti ancora da chiarire sono molti. Tanto che al Copasir non escludono che sia necessario occuparsene. Ieri *Repubblica* ha raccontato come il memorandum prevedesse, tra le altre cose, che i russi potessero accedere «alle banche biologiche dell'Unione europea per gli agenti virali», che lo Spallanzani conserva. E come all'interno di quelle banche dati ci fosse anche materiale delicato per i paesi Nato, con gli studi su eventuali sieri contro le armi batteriologiche. I russi hanno avuto accesso a quei dati?

«Nulla di riservato è stato condiviso», assicura il direttore sanitario, Francesco Vaia, che nelle prossime ore dovrebbe essere nominato dalla Regione direttore generale nonostante la bufera. Ma non ci sono registri delle attività o documenti che possano testimoniare l'attività dei russi. Nessuno sa cosa hanno visto. E cosa hanno preso. C'è altro, però. Nel memorandum era previsto un rapporto di reciprocità di informazioni. Che invece non c'è stato. Nessuno dello Spallanzani è stato a Mosca, nonostante fosse espressamente previsto. Di più: a leggere il memorandum appare chiaro che era stata prevista anche la possibilità di sperimentare lo Sputnik in Italia, con tre pianificazioni di studi clinici previste. Su campioni prima di 50-100 persone, poi di tremila fino a «grandi numeri». Tutto questo nonostante gli enti che avrebbero dovuto rilasciare le autorizzazioni non hanno

mai aperto allo Sputnik. «Se non lo farà l'Europa, lo farà l'Italia. E sono non lo farà l'Italia lo farà il Lazio» diceva l'8 marzo l'assessore D'Amato, un mese prima di firmare il memorandum con Kirill Dmitriev, il direttore generale del Fmi, oggi in black list europea.

E proprio la velocità con cui i dirigenti dello Spallanzani, meglio alcuni di essi, hanno avviato la collaborazione con Mosca ha colto di sorpresa molti all'interno dello stesso istituto. Ieri si è detto della pensione anticipata della professoressa Capobianchi. Che gestiva i laboratori dove, a un certo punto, Vaia fece arrivare dosi di Sputnik da analizzare prese a San Marino. Stessa scelta fatta un anno fa, proprio nello stesso periodo, dal professor Petrosillo. L'infettivologo che aveva curato i primi malati. Perché professore ha scelto di andare in pensione un anno prima? Ha influito la vicenda Sputnik? «Sulla collaborazione con i russi non sono mai stato consultato. Leggevo sui giornali, mi dicevano che c'erano russi in istituto, ma nonostante fossi un capo dipartimento nessuno aveva ritenuto opportuno informarmi. Né mi è stato chiesto di condividere dati sui pazienti. Tutto nella regola, sia chiaro». È andato via per questo? «Non ho altro da dire».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“



Chiederemo le dimissioni di Raggi dalla presidenza della Commissione speciale Expo 2030. Raggi va sfiduciata e cacciata da quella commissione

Carlo Calenda Leader di Azione



Francesco Vaia: “Soldi dai russi? Non ne ho mai saputo nulla”

L'intervista

Vaia “I soldi russi? Non so nulla Con Razov un incontro pubblico”

di **Clemente Pistilli**

«L'incontro cui si fa riferimento non fu un incontro privato con l'ambasciatore russo ma un incontro pubblico, aperto ai giornalisti, diffuso anche su canali social». Risponde così Francesco Vaia, direttore generale facente funzioni dell'Istituto Spallanzani, sul convegno a cui prese parte il 23 marzo 2021, relativo al vaccino russo Sputnik-V, dove a fare gli onori di casa c'era l'ambasciatore russo Sergey Razov, che la settimana scorsa ha denunciato La Stampa e attaccato l'Italia.

Dottor Vaia, per quale ragione lo Spallanzani e la Regione Lazio hanno deciso di investire su Sputnik, sperimentandolo, sostenendo che fosse uno strumento valido nella campagna vaccinale, nonostante non sia mai stato autorizzato dall'EmA, e proponendone anche la produzione nelle aziende del territorio?

«Qui vorrei precisare quello che è un grande equivoco. Lo Spallanzani non ha mai effettuato sperimentazioni sul vaccino Sputnik-V, nessun paziente è stato mai arruolato nel nostro Istituto in studi su questo vaccino. Nell'ambito della collaborazione con l'Istituto Gamaleya, è stato effettuato uno studio di laboratorio, condotto su sieri di soggetti vaccinati in Russia con il vaccino Sputnik-V, regolarmente importati secondo le procedure autorizzative del

Ministero della Salute, sull'effetto neutralizzante in vitro di Sputnik-V contro la variante Omicron. Studio concluso ben prima degli eventi bellici e per il quale i costi sostenuti dall'Istituto ammontano a poche migliaia di euro, essendo stati i costi relativi alle trasferte delle tre colleghe russe sostenuti dalle istituzioni russe».

Perché quell'interesse dopo che l'Italia ha abbandonato i vaccini adenovirali come quello russo e soprattutto perché concentrarsi su Sputnik e abbandonare ReiThera, il vaccino italiano?

«I nostri ricercatori hanno sempre condotto ricerche su diversi tipi di vaccini, anche non ancora approvati dalle Agenzie regolatorie, come da missione propria della ricerca, che, in maniera indipendente, fornisce strumenti a chi deve decidere. Lo Spallanzani non ha mai abbandonato il vaccino di ReiThera per concentrarsi su Sputnik-V. Sono stati due percorsi di ricerca totalmente distinti».

Perché, durante la sperimentazione, non siete poi andati in Russia come avevate detto?

«La recrudescenza dell'epidemia ed i nostri impegni assistenziali ci hanno indotto a limitare le trasferte internazionali».

Pensa ci sia il rischio che i russi abbiano acquisito dati sensibili che magari ora potrebbero essere usati contro l'Italia?

«Per quanto ci riguarda, il rischio di trasferimento di dati sensibili e pari

a zero».

Da tempo si parla della guerra ibrida portata avanti da Mosca, non ritiene che sia stato un azzardo quell'intesa con il Fondo Sovrano e che sia stato dato spazio alle politiche antioccidentali di Putin?

«Ribadisco che tutte le nostre azioni sono sempre state portate all'attenzione delle Autorità di Governo e di Sicurezza competenti».

Si parla di personale dello Spallanzani avvicinato dai russi, che avrebbero anche proposto del denaro, e di una richiesta di intervento fatta ai carabinieri. Ne fu informato ed eventualmente cosa fece o cosa intende fare ora dopo che sono emerse tali indiscrezioni?

«Per quanto mi risulta, attraverso le informazioni acquisite, non fu sporta alcuna denuncia. Ho informato su questo l'Autorità Giudiziaria e ove emergessero elementi anche di solo sospetto, non esiterei ad intraprendere tutte le azioni legali a tutela dell'Istituto».

Il siero di Mosca non l'abbiamo mai sperimentato facemmo solamente uno studio di laboratorio. ReiThera è un'altra storia



Covid, il caso Campania regione con meno morti

- Superata la barriera con 10.008 decessi ma solo lo 0,72% per cento dei positivi
- In Italia l'1,10% e in Lombardia 1,56% Il 75% quando non c'erano i vaccini

LO SCENARIO

Gianni Molinari

La Campania ha superato ieri la barriera dei 10mila morti a causa del Covid: per la precisione 10.008. Il primo morto è del 13 marzo del 2020 quando il lockdown era appena cominciato da 4 giorni, c'erano «solo» 174 positivi e 27 nuovi casi giornalieri.

Diecimila storie di sofferenza, diecimila famiglie nel dolore: un numero enorme, come fosse sparita Procida (che ha 10.091 abitanti)!

E, tuttavia, nonostante questa gravità, la Campania è la regione che in Italia - rispetto al numero di contagiati - ha avuto la percentuale minore di decessi: lo 0,72 per cento, rispetto all'1,06% del Paese e all'1,55% della Lombardia (che di morti ne ha avuti 39.241, il 25% di tutto il Paese ancorché la sua popolazione sia il 17% di quella italiana). Caso a parte è la piccola Valle d'Aosta con l'1,61%!

Se in Campania ci fosse stata la stessa letalità media italiana ci sarebbero stati 5.300 morti in più, 11.700 in più se il parametro fosse stato quello lombardo e 15.300 con quello valdostano!.

LE RESTRIZIONI

La regione - che dopo la Lombardia e il Lazio - è la terza più popolosa del Paese, è solo settima per numero di decessi e la sua quota, il 6,3 per cento del to-

tale, è di gran lunga inferiore al suo peso demografico (il 9,6%). «Le nostre misure restrittive anticipate, spesso oggetto di sberleffi - ricorda Alessandro Perrella, infettivologo del Cotugno e "stratega" dell'unità di crisi della Regione Campania - hanno funzionato. Quando agli inizi di marzo del 2020 abbiamo subito chiuso - continua - 4/5 giorni prima delle decisioni nazionali abbiamo guadagnato

esattamente il tempo di incubazione del virus, sostanzialmente bloccandone la circolazione. Così come avere tenuto più a lungo di tutti l'obbligo delle mascherine, anche questo deriso, è stato determinante per limitare la circolazione del virus perché le mascherine sono il miglior mezzo per evitare il contagio». «Abbiamo fatto - prosegue - un grande sforzo per portare ovunque il vaccino e anche lì i risultati confermano che abbiamo agito bene».

I VACCINI

Proprio i vaccini spiegano un'altra caratteristica di questa resistenza campana al virus: il 75 per cento dei decessi è avvenuto entro giugno 2021, quando la campagna vaccinale pur partita a gennaio ancora non aveva raggiunto la gran parte della popolazione. Con l'espansione dei vaccinati, prima con la prima dose, poi con la seconda e ancora con il richiamo la percentuale di morti rispetto ai contagiati si è abbattuta drasticamente. Basti pensare che a marzo 2020 ogni cento positivi ne morivano

4, per salire a 14 a maggio 2020, scendere durante l'estate, risalire durante l'autunno 2020 fino a 3 ogni 100 di dicembre 2020, toccare i 5 a giugno 2021, avere un ultimo picco a settembre a quota 2 e poi stare stabilmente sotto uno fino allo 0,14 dei primi 30 giorni di marzo 2022! Malattia feroce e lunga, fastidiosa per l'isolamento dei positivi asintomatici, ma finalmente meno letale!

I TERRITORI

Eppure il virus è penetrato enormemente nei territori: calcolando la densità per chilometro quadrato (per tutta la regione) ci sono stati 102 casi per chilometro quadrato, con 0,6 morti, contro 47,7 casi e 0,5 morti a livello nazionale: cioè con un virus che ha girato di più ci sono stati meno decessi (in Lombardia 106 casi e 1,6 morti). «Proprio questo - spiega Perrella - la correttezza delle misure di prevenzione adottate: sapevamo come avrebbe girato il virus sulla base dei modelli previsionali che usiamo da anni per l'epatite A, molto diffusa da noi, e sapevamo che bisognava essere molto cauti e restrittivi. Que-

