



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**07 APRILE 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



## Agopuntura per i pazienti oncologici, al Sant'Antonio Abate già oltre 500 trattamenti

*L'intervista a Vincenzo Garaffa, unico medico agopuntore in Sicilia a lavorare per la sanità pubblica: «Dallo studio osservazionale che stiamo effettuando con il primario del reparto, il dottore Zerilli, abbiamo appurato che il riscontro è estremamente positivo».*

7 Aprile 2022 - di **Rosalba Virone**

TRAPANI. Il dottore **Vincenzo Garaffa** (nella foto) parla del suo lavoro con un entusiasmo contagioso e con un comprensibile orgoglio, unico medico **agopuntore** in Sicilia a lavorare per la sanità pubblica. Oltre all'ambulatorio, dove opera da più di vent'anni, collabora da qualche tempo anche con il reparto di **oncologia** dell'ospedale **Sant'Antonio Abate** di Trapani.

### Quali trattamenti vengono offerti nel suo ambulatorio e di cosa invece si occupa nel reparto oncologico?

«L'idea di lavorare con i malati oncologici mi venne quando, circa cinque anni fa, incontrai ad un congresso a Milano il direttore del centro oncologico dell'ospedale **Sloan Kettering** di New York, dove da molti anni i pazienti vengono trattati con l'agopuntura per attenuare gli effetti collaterali sia della chemioterapia che della radioterapia, vomito, nausea, astenia, insonnia, cistiti, stati ansiosi, tutto il **corredo di disturbi** che purtroppo si accompagnano a questi trattamenti. Dopo questo incontro e un ulteriore confronto con il professore **Truong Tan Trung**, il medico alla cui scuola mi sono formato e che vanta una doppia laurea in medicina occidentale, in anestesia e cardiologia, e in quella cinese, ho intrapreso questo percorso terapeutico all'interno del reparto di oncologia del nostro ospedale, grazie anche alla lungimiranza della **direzione sanitaria** che mi ha supportato in questa sfida e naturalmente dei pazienti che si sono prestati con fiducia a questa nuova terapia che integra e supporta quelle tradizionali».

### Può farci un bilancio di questa attività?

«Ad oggi abbiamo effettuato **più di 500 sedute** di agopuntura e dallo studio osservazionale



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

che stiamo effettuando con il primario del reparto, il dottore Zerilli, abbiamo appurato che il riscontro è estremamente positivo. Al distretto sanitario, dove opero da quasi venticinque anni, il nostro **ambulatorio** ha finora effettuato più di ventimila sedute, vengono trattate una molteplicità di patologie, con una prevalenza di quelle di natura algica, lombosciatalgie, cefalee, cervicalgie, ma anche insonnie, sindromi ansiose, depressive, ed anche esofagiti da reflusso, insomma lo spettro dei possibili interventi terapeutici è molto ampio. Il grande vantaggio dell'agopuntura è che agisce in maniera assolutamente **non tossica**, in alcuni casi riesce a sostituire il fabbisogno di farmaci o a ridurlo, **è una medicina "ecologica"**, non ha effetti collaterali e può essere effettuata a tutte le età. Ad esempio è estremamente efficace nel trattamento delle **emicranie**, riesce a ridurre sensibilmente l'utilizzo degli analgesici e questo è un indubbio vantaggio per la salute del paziente e per l'economia dell'azienda».

### **Come è maturata questa passione? Che tipo di formazione ha seguito per arrivare a poter integrare questa specializzazione alla sua laurea in medicina?**

«Dopo la specializzazione in Medicina generale ho conosciuto il mio maestro, **Nguyen Van Nghi**, che è stato il maestro di tutti gli agopuntori europei, lui ha esercitato per un periodo di quasi dieci anni a Trapani, questo mi ha consentito di sviluppare una collaborazione e un approfondimento delle terapie con agopuntura. Con mia moglie, anche lei medico agopuntore, abbiamo tradotto tre dei più importanti testi sull'argomento della medicina cinese. Comprendere ed esercitare questa pratica medica è un percorso molto lungo, che dura per una intera vita, lo studio e le conoscenze a riguardo vanno sempre aggiornate e approfondite. Il mio maestro diceva che per diventare un bravo agopuntore ci vogliono almeno trenta anni».

### **Alla luce della sua esperienza e visti i vantaggi che l'agopuntura potrebbe avere per molti pazienti, come mai non è maggiormente diffusa nella sanità pubblica? È per la difficoltà di avere un'adeguata formazione o per diffidenza per tutto quanto non è medicina tradizionale?**

«Innanzitutto è un problema culturale. Per avvicinarmi a questa disciplina medica io ho studiato molto **la cultura orientale**, alla base c'è stata anche la curiosità di conoscere altri approcci e questo costituisce sempre un arricchimento del proprio bagaglio professionale e umano. Per potere praticare l'agopuntura è necessario avere una adeguata formazione e quindi gli incontri, e la ricerca di **importanti figure** in grado di dare un insegnamento d'eccellenza, sono molto importanti. **In Sicilia ci sono due scuole** che formano gli agopuntori, una a **Palermo** ed una a **Catania**, sono studi lunghi, che vanno continuamente approfonditi, e alla fine del percorso di studi diventa chiaro quanto la medicina tradizionale **occidentale** e quella **orientale** siano complementari. Studiare anche



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

l'agopuntura offre al medico uno **strumento clinico terapeutico in più**, quindi sarebbe auspicabile che venissero implementate le scuole, ma soprattutto che l'agopuntura entrasse finalmente nelle **Università**, che ci fosse un'adeguata offerta accademica, considerato che ad oggi sono, appunto, solo le scuole private, per quanto i loro titoli vengano riconosciuti, a formare gli agopuntori. Ci tengo a sottolineare quanto pionieristiche ed encomiabili siano **le scelte fatte dall'azienda sanitaria trapanese** e dal primario del reparto di oncologia, in Italia si contano sulle dita di una mano le strutture che offrono anche questa terapia ai malati oncologici, lo IEO di Milano, Il Bellaria di Bologna, il Gemelli di Roma e pochi altri, credo sia un motivo di vanto per la nostra provincia essere fra loro».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Fondazione Giglio, ecco il componente del C.d.A. in quota Asp di Palermo

*Antonino Purpura, classe 1959, è stato designato dall'Azienda sanitaria provinciale con un incarico non oneroso. Si aggiunge a Giovanni Albano e Salvatore Curcio.*

7 Aprile 2022 - di [Redazione](#)



PALERMO. **Antonino Purpura**, classe 1959, è stato designato come terzo componente del **Cda** della **Fondazione Giglio di Cefalù** che si è insediato il 24 novembre del 2021. La sua nomina è in quota Asp di Palermo, **tra i soci fondatori** della Fondazione insieme alla Regione Siciliana e al Comune di Cefalù, per i quali già figurano nel Cda rispettivamente Giovanni Albano e Salvatore Curcio. **Nella delibera** della direzione generale dell'Asp, datata primo aprile e di cui ha avuto visione Insanitas, è sottolineato che l'incarico di Purpura **non è a titolo oneroso**.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**LIVESICILIA**  
FONDATO DA FRANCESCO FORESTA

## Palermo, quanto è costato il Covid e cosa accadrà ai precari



*Contratti rinnovati ma non ci sarà posto per tutti*

di [Riccardo Lo Verso](#) | 7 APRILE 2022

PALERMO – Il Covid è costato nel 2021 all'Azienda sanitaria provinciale di Palermo circa **75 milioni di euro**. Per il 2022 l'Asp ha preventivato di spenderne la metà, compresi i soldi per rinnovare i contratti di un migliaio di precari.

Dalla conferenza Stato-Regioni è arrivata l'indicazione dal governo nazionale di alleggerire, e di parecchio, la macchina Covid, [senza però correre il rischio di farsi trovare impreparati](#) nel caso in cui il Coronavirus dovesse ripresentarsi con forza.

[Nel passaggio dalla fine dello stato di emergenza alla normalità](#) (si spera presto definitiva), accogliendo l'indirizzo della Regione, il direttore generale dell'Asp palermitana, Daniela Faraoni, ha fatto una ricognizione e ha deciso di rinnovare tutti i contratti scaduti



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

il 31 marzo, ma con una forte riduzione delle ore di lavoro dei precari. Spulciando le delibere pubblicate sul portale si ha una fotografia completa.

## Contratti a tempo determinato

I contratti a tempo determinato del personale sanitario – 180 profili professionali – **sono stati prorogati fino al 31 dicembre 2022**. Si tratta di 78 infermieri, 101 operatori socio-sanitari e un dirigente medico. Nel loro caso è stato mantenuto anche il tetto massimo di 140 ore mensili.

**Alla scadenza si profila la stabilizzazione.** Per colmare i buchi nelle piante organiche indipendentemente dall'emergenza Covid, infatti, servono medici, infermieri, operatori socio sanitari, tecnici di laboratorio e di radiologia, biologici, farmacisti.

Di questo personale c'è bisogno da tempo e il posto fisso sembra una concreta possibilità nelle strutture che fanno parte dell'Asp, compresi gli **ospedali Ingrassia di Palermo, Civico di Partinico, Cimino di Termini Imerese, dei Bianchi di Corleone e SS. Madonna dell'alto a Petralia Sottana.**

Ci sono anche profili sanitari coperti per l'emergenza **Covid con contratti di collaborazione coordinata e continuativa**. Questi sono stati prorogati fino al 30 giugno, ma con una riduzione dell'orario di lavoro a 20 ore settimanali con un taglio del 40%.

Dei contratti a carico dell'Asp fa parte la grossa fetta dei lavoratori distaccati **nell'hub della Fiera del Mediterraneo** gestito dall'ufficio del Commissario per l'emergenza, dove lavorano 93 medici e 27 biologi.

## I contratti Co.Co.Co

Nettamente diversa in chiave di prospettiva futura è la questione degli amministrativi e degli altri profili non sanitari. **I contratti Co.Co.Co sono stati rinnovati fino al 30 giugno**, con la riduzione delle ore e senza prospettiva di stabilizzazione. **Il reclutamento è avvenuto con il click day**, dunque senza selezione, e non è questa la procedura per essere arruolato nella pubblica amministrazione, dove si accede solo ed esclusivamente con un concorso pubblico.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**Si tratta di 714 assunti** fra cui assistenti tecnici, coadiutori, periti informatici e ingegneri. Più della metà – 498 – è in servizio alla Fiera del Mediterraneo, ma con una riduzione a venti ore settimanali. L'ufficio del Commissario per l'emergenza Covid a Palermo, guidato per scelta del governo Musumeci da Renato Costa, aveva chiesto all'Asp di mantenere tutti in servizio e con riduzione a 110 ore mensili (il massimo è stato 140).

## Amministrativi, 19 posti e 221 contratti a termine

Un solo esempio per fotografare la situazione: nella pianta organica dell'Asp, anche a seguito delle tantissime stabilizzazioni attuate nell'ultimo triennio sotto la direzione Faraoni, **ci sono solo 19 posti di assistente amministrativo disponibili a fronte dei 221 attualmente assoldati**. Insomma, non c'è e non ci sarà posto per tutti.

## I conti sono quadrati

**Dei 75 milioni di euro, su un bilancio da 1,9 miliardi** (comprese le convenzioni con le strutture sanitarie private), spesi nel 2021 per fronteggiare la pandemia l'Asp di Palermo ne ha coperto poco più di 40 con i fondi per l'emergenza stanziati dal governo nazionale che ha attinto anche a fondi comunitari.

**Altri 35 milioni** l'Asp li ha "recuperati" perché la pandemia ha bloccato la "mobilità sanitaria". Gli ammalati non sono andati altrove e hanno scelto di farsi curare negli ospedali di Palermo e provincia. O peggio, sono stati costretti a rinviare le cure, visto le riconversioni di interi reparti in Covid hospital. Dunque l'Azienda ha fatto quadrare i conti.

## Fine emergenza, fine fondi nazionali

**Dal 31 marzo, almeno per il momento poi chissà**, il rubinetto dei fondi nazionali però è stato chiuso. Le Regioni e le Asp devono contare solo sulle proprie risorse. Ciò significa che tra i 35 milioni che si prevede di spendere per il 2022 e i 35 che l'Asp dovrà sborsare per la mobilità sanitaria che, si presume riprenderà, il bilancio parte da meno 70 milioni di euro rispetto al 2021. Più o meno va così ovunque. La Regione e le Asp hanno la necessità di fare quadrare i conti.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

È sottilissimo l'equilibrio fra il dovere di fronteggiare un'eventuale nuova ondata Covid e la necessità di garantire i servizi sanitari per tutte le altre patologie.

## Non c'è solo il Coronavirus

**Non c'è solo il Coronavirus.** La gente si ammala e va curata con la migliore assistenza. Ecco perché la macchina Covid sarà ridimensionata. Non subito, però. Nel frattempo, seppure con orari ridotti, la stragrande maggioranza dei 9 mila precari ha ottenuto la proroga del contratto. Per molti sarà avviato il percorso verso la stabilizzazione. Per gli altri, tutti o quasi gli amministrativi, il lavoro è a termine.

## Un italiano su quattro ha avuto il Covid

Superati i 15 milioni di casi. Resta la mascherina in ufficio. E il governo rende più facile prescrivere gli antivirali

In ufficio come in fabbrica, dietro il bancone di un negozio così come battendo alla cassa, le mascherine continueranno a dover coprire naso e bocca anche dopo il 30 aprile, quando scadrebbe l'obbligo di proteggersi con l'ultimo baluardo rimasto contro il virus. Questo a meno che da qui a fine mese non si verifichi un crollo dei contagi al momento difficile da ipotizzare, perché la curva epidemica è in discesa, ma siamo ben lontani dalle soglie di sicurezza.

A decidere che al lavoro si sta ancora a volto coperto sono stati ieri i Ministeri del Lavoro, della Salute e dello Sviluppo economico, d'intesa con Inail e parti sociali. Un incontro che aveva come oggetto il protocollo di sicurezza anti-Covid, sottoscritto il 24 aprile del 2020 e aggiornato poi esattamente un anno fa, lasciando a protezione dei

contagi tanto l'obbligo di mascherina chirurgica che, dove possibile, il distanziamento di un metro. La nota congiunta dei ministeri specifica però che «si è infine convenuto di aggiornare il tavolo di confronto alla fine di aprile, per verificare l'andamento dei contagi e quali misure mettere in campo per l'aggiornamento dello strumento». Come dire che l'obbligo di mascherina nei luoghi di lavoro anche dopo il primo maggio non è scritto sulla pietra.

Al momento la situazione dei contagi induce sì all'ottimismo, ma non a tal punto da far sparire del tutto ogni misura di contenimento. Ieri i casi sono scesi da 88.173 a 69.278, che hanno comunque consentito di superare l'asticella dei 15 milioni di contagi da inizio pandemia. In pratica un italiano su quattro «ha fatto il Covid». Ossia in qualche misura si è immuniz-

zato. Il che non significa essere al riparo dal pericolo di reinfezzarsi, ma da quello di non ammalarsi gravemente in larga parte sì. L'incidenza dei casi settimanali ogni 100 mila abitanti in sette giorni è scesa da 840 a 789, ma siamo lontani da quella «quota 50» che gli esperti considerano la soglia sotto la quale il contact tracing funziona al 100% e il virus resta confinato in qualche focolaio sparso qua e là.

Ma pur senza raggiungere quei valori, che con la contagiosità di Omicron appaiono utopistici, un calo deciso dei contagi e soprattutto dei ricoverati potrebbe indurre ad allentare un po' la presa sulla mascherina. Non al punto da toglierle ovunque. Ma magari facendone a meno quando non si è seduti al bar o al ristorante, in palestra mentre ci si allena o facendo compere in negozi e supermarket. Mentre difficilmente le tireremo

giù così presto al cinema, a teatro, nelle sale da concerto e nei mezzi di trasporto, dove al massimo si potrebbe passare dalle ffp2 alle più economiche chirurgiche.

Ieri in audizione Speranza ha annunciato che «l'Aifa ha iniziato a lavorare per consentire attraverso i medici di famiglia un accesso più diretto agli antivirali». Un passo avanti rispetto alla corsa a ostacoli dei fragili per l'accesso alle nuove terapie denunciato proprio ieri da La Stampa. PA.RU.—



**ROBERTO SPERANZA**  
MINISTRO DELLA SALUTE



La circolazione del virus è alta. La fine dell'emergenza non significa la fine della pandemia

**64.000**

Le quarte dosi somministrate in Italia pari al 7,1% degli ultrafragili

**120**

La somministrazione della quarta dose è consentita a partire da 120 giorni dopo la terza

**160.000**

Il numero delle vittime nel nostro Paese per Covid dall'inizio della pandemia





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LE MISURE DOPO L'EMERGENZA

# Mascherina al chiuso, dipenderà dai contagi

ENRICO NEGROTTI

**L**e misure per accompagnare l'auspicata "uscita" dalla pandemia continuano a far discutere gli esperti, in particolare i tempi per togliere l'obbligo di mascherina al chiuso. Ieri il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha ribadito in un *question time* alla Camera che la pandemia non è finita, ed è tornato a snocciolare le cifre più che positive dei vaccinati nel nostro Paese: «Oltre il 91% ha fatto la prima dose, quasi il 90% la seconda e circa 39 milioni la terza». Il ministro ha annunciato che ai medici di medicina generale sarà possibile in futuro prescrivere gli antivirali: una previsione che trova concordi i medici di famiglia, che invece sono contrari a dover certificare – per gli studenti positivi al Covid-19 – l'idoneità a seguire la Didattica digitale integrata (Ddi). «È auspicabile che dal primo maggio non ci sia più la mascherina al chiuso – ha detto il sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Sileri –, perché questo vorrebbe dire che la curva dei contagi è calata. Nel frattempo, però, in considerazione del fatto che la circolazione virale è sostenuta in questo momento da Omicron 2 molto diffusiva, il suggerimento è di utilizzare le Ffp2, anche

laddove non sono obbligatorie». E invita ad attendere qualche settimana: «Non avrebbe senso ipotizzare eventuali modulazioni dell'uso della mascherina senza sapere in che quadro epidemiologico ci troveremo a fine aprile». Ipotizza un calo della curva di contagi l'epidemiologo Pier Luigi Lopalco: «A maggio la situazione della circolazione virale potrebbe essere medio-bassa» e quindi «una rimodulazione sull'uso della mascherina è ragionevole». Purché non ci siano «alleggerimenti» sul Green pass: «Avere locali al chiuso dove non si controlla il Green pass e si toglie anche la mascherina non va bene». Meno ottimista il consigliere del ministro Speranza, Walter Ricciardi, che ritiene irrinunciabile per ora la mascherina negli ambienti chiusi: «Il 20 aprile il Governo deciderà quali saranno le indicazioni a maggio, in base ai dati epidemici. Vedremo. Ma mi sembra difficile che ci possa essere un radicale miglioramento della curva epidemica».

Auspica una svolta Matteo Bassetti (ospedale San Martino di Genova): «È più di un anno e mezzo che in Italia c'è l'obbligo della mascherina al chiuso e non vedo tutto questo impatto sui contagi». Quindi chiede di evitare «un atteggiamento ideologico» rimandando il comportamento non a un obbligo, ma alla responsabilità individuale: «Ho 80 anni e sono fragile, metto la mascherina; sono giovane e ho fatto 3 dosi, posso anche non metterla». Viceversa il virologo Fabrizio Pregliasco (Università di Milano) ritiene «utile una progressione nel rimuovere gli obblighi sulle mascherine, che si sono di-





mostrate efficaci», anche se «non risolutive». Pregliasco ritiene che «vadano portate con sé e indossate all'occorrenza con buon senso, come si fa con gli occhiali da sole».

Al *question time*, Speranza ha detto che il consumo degli antivirali contro il Covid tra il 17 e il 23 marzo è cresciuto del 31% rispetto alla settimana precedente e ha annunciato che la Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha iniziato il lavoro per consentirne la prescrizione ai medici di

medicina generale. Un'idea ritenuta «un atto dovuto» dai diretti interessati, come spiega infatti Silvestro Scotti (segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale, Fimmg): «Abbiamo chiuso la fase dell'emergenza. È evidente che la possibilità di avere una terapia ci fa giocare una partita diversa con i nostri assistiti più fragili». Gli stessi medici di famiglia, però, insieme con i pediatri di libera scelta (Fimp), hanno chiesto allo stesso ministro Speranza e al suo collega dell'Istruzione, Patrizio Bianchi, una revisione della norma – prevista dal decreto legge del 24 marzo – che li obbliga a certificare l'idoneità degli alunni positivi al Covid a partecipare alle lezioni

con la Ddi. Lamentano di correre il rischio di contagio «per adempiere un atto burocratico peraltro inutile». «Difficile comprendere la ratio» del provvedimento, se non «giustificare l'assenza dello studente».

Il ministro della Salute, Speranza:  
«La pandemia non è finita. L'Aifa studia la possibilità di far prescrivere gli antivirali dai medici di medicina generale»



# Ema: quarta dose per gli over 80 Mascherine, l'ipotesi della proroga

Sul booster ora decisione dell'Aifa. L'idea di protezioni al chiuso per trasporti e supermercati

**ROMA** L'indicazione unica europea è arrivata, la quarta dose non sarà consigliata a tutta la popolazione adulta: «È troppo presto per prendere in considerazione l'utilizzo di un secondo richiamo dei vaccini anti Covid a mRNA nella popolazione generale», che tuttavia «può essere somministrato agli adulti di età pari o superiore a 80 anni dopo aver esaminato i dati sul rischio più elevato di Covid grave in questa fascia di età e sulla protezione fornita da una quarta dose». Lo scrivono gli esperti di Ecdc (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) e di Ema (Agenzia europea per i medicinali) nelle raccomandazioni emesse ieri. A breve si esprimerà l'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco). Qualche giorno fa, il ministro della Salute, Roberto Speranza, aveva chiesto una indicazione unitaria in sede europea sulla quarta dose, per evitare deci-

sioni differenziate poco comprensibili per l'opinione pubblica. E ieri infatti ha ringraziato la commissaria alla Salute, Stella Kyriakides, «per l'importante lavoro di offrire indicazioni sul seguito della campagna nei Paesi Ue».

Nel loro documento, gli scienziati rilevano che non ci sono prove utili per suggerirla ai sani sotto i 60 anni. Quindi assicurano che «le autorità nazionali dell'Unione europea prenderanno le decisioni finali tenendo conto della diffusione dell'infezione, degli effetti nelle diverse popolazioni e dell'emergere di nuove varianti». Le raccomandazioni, a quel punto, potrebbero essere «aggiornate».

Proprio sul fronte dei ceppi variati del Covid, l'ultima mappa disponibile, fornita dall'Oms a livello globale, rileva una predominanza di Omicron 2, nel 90% dei campioni esaminati. In Europa sono presenti Delta e Omicron. Per la situazione in Italia, si atten-

de, forse per domani, l'esito dell'ultima survey dell'Istituto superiore di Sanità.

Come ribadito anche ieri da Speranza, alla Camera, nel Paese «la circolazione virale rimane molto alta». Nella prosecuzione della lotta contro il virus, il ministro ha annunciato che Aifa è al lavoro per consentire ai medici di medicina generale di prescrivere il farmaco antivirale Paxlovid. «La fine dello stato di emergenza non significa fine della pandemia», ha concluso Speranza. Ieri è ricominciata la discussione sull'obbligo di indossare le mascherine al chiuso, nell'ambito di una riunione con i tecnici del ministero del Lavoro. L'ultimo decreto legge ha fissato il termine di questa prescrizione per fine aprile, ma già al momento dell'approvazione in Consiglio dei ministri, Speranza aveva chiarito che non si escludevano proroghe nel solco della gradualità degli al-

lamenti adoperata fin qui. Le mascherine, dal 1° maggio, potrebbero rimanere obbligatorie sui mezzi pubblici, al cinema e in altri luoghi a rischio assembramento come uffici aperti al pubblico e supermercati. Una decisione sarà assunta intorno al 20 aprile.

Con 69.278 nuovi contagiati rilevati ieri, tasso di positività al 15% e ricoveri in calo, la curva si conferma stabile. Ancora alto il numero delle vittime: 150, 44 in meno del giorno precedente.

**Adriana Logroscino**

**-9,5**

**Per cento**  
Il calo dei nuovi positivi in Italia nei primi tre giorni di questa settimana (188.081) rispetto allo stesso periodo di quella precedente (207.788)

## Le pillole

Si sta valutando di consentire anche ai medici di base di prescrivere gli antivirali

**+6,1**

**Per cento**  
L'incremento dei decessi causati dal Covid-19 nei primi tre giorni di questa settimana (469) rispetto ai morti di quella precedente (442)



**LA LOTTA AL COVID**

# L'Ue: la quarta dose solo agli over 80

## Per tutti in autunno i vaccini aggiornati

**di Michele Bocci**

La quarta dose va bene per gli over 80, al resto della popolazione al momento non serve. Ieri è arrivato il parere di Ema, l'agenzia del farmaco europea, e di Ecdc, Centri europei per il controllo delle malattie, sul quale dovrà basarsi la posizione dell'Europa riguardo al secondo booster. È stato il ministro alla Salute italiano, Roberto Speranza, a convincere la settimana scorsa gli altri Stati ad aspettare di avere una strategia comune prima di partire con la quarta dose. La Germania era già indirizzata sugli over 70 e la Francia proprio sugli over 80.

Intanto però qualcuno si è mosso. La Svezia ha dato il via alla somministrazione agli over 65, la Grecia ieri ha coinvolto chi ha più di 60 anni. Oggi comunque ci dovrebbe essere la presa di posizione della Ue. «Ringrazio la commissaria alla Salute, Stella Kyriakides, per l'importante lavoro fatto al fine di offrire indicazioni sul seguito della campagna vaccinale nei paesi dell'Unione europea», ha detto Speranza. Da noi si dovrà esprimere l'Aifa ma comunque sarà difficile che l'Italia si discosti da quanto suggerito dalle due autorità europee, anche se il loro non è un parere vincolante.

La spiegazione della posizione presa dalle due agenzie è abbastanza articolata. Intanto le indicazioni non sono legate a una eventuale pericolosità della quarta dose ma solo alla sua efficacia. Dagli studi non sono sorti infatti problemi di sicurezza per i booster aggiuntivi. Intanto si dice che «è troppo presto per utilizzare la quarta dose sulla popolazione generale. Può però essere data agli over 80». Riguardo alla fascia tra i 60 e i 79 anni, «al momento non ci sono prove chiare che supportino l'immediato utilizzo della quarta dose». Questo perché l'effetto della protezione in questa fascia di età in Europa non si sta riducendo.

Se poi cambierà la situazione epidemiologica «potrebbe essere necessario considerare di fare un nuovo vaccino a queste fasce d'età. Nel frattempo, le autorità nazionali valutano i dati locali, per decidere se usare la quarta dose in chi ha maggior rischio». Sugli under 60, infine, non ci sono prove che il nuovo booster sia in grado di aggiungere una maggiore protezione. Piuttosto si invita a portare in fondo le vaccinazioni già iniziate. In Italia in questa settimana si è toccato il minimo storico, con 27 mila somministrazioni al giorno in tutto. E gli over 60 senza terza dose sono qua-

si un milione e mezzo.

Ema e Ecdc aggiungono anche un passaggio importante sull'autunno. Più avanti, quando si avvicinerà questa stagione «potrà partire una campagna di rivaccinazione, magari utilizzando vaccini aggiornati». Saranno le varie autorità a indicare il momento migliore per fare queste somministrazioni.

E riguardo alle cure per il Covid, ieri Speranza ha detto che «la Cts dell'Aifa ha appena iniziato a lavorare nella direzione di consentire attraverso i medici di medicina generale un accesso più diretto agli antivirali, Molnupiravir e Paxlovid». Al momento è molto difficile impiegarli perché vanno usati su persone a rischio quando l'infezione si presenta, ossia prima che le condizioni peggiorino. Devono essere prescritti da centri specialistici ospedalieri e farli utilizzare ai medici di famiglia potrebbe sveltire i tempi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Quarta dose l'Europa frena

Ema dà via libera solo per gli over 80  
"Niente evidenze dai 60 ai 79 anni"

I ministri Ue oggi cercano una linea comune per evitare il caos

**IL CASO**  
**PAOLORUSSO**  
ROMA

**V**ia libera da subito alla quarta dose per gli over 80 a distanza di almeno 120 giorni dalla terza. Il parere sollecitato dal nostro ministro della Salute, Roberto Speranza e dai suoi colleghi europei è arrivato ieri con la doppia firma di Ema, l'Agenzia europea del farmaco e dell'Ecdc, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Oggi dovrebbe toccare ai ministri della Salute dell'Ue prendere una decisione unanime per evitare di procedere in ordine sparso, come già di fatto sta avvenendo. La Grecia proprio ieri ha infatti autorizzato il secondo booster per gli over 60, la Svezia pochi giorni fa ha acceso il semaforo verde per chi ne ha compiuti 65, la Germania l'ha raccomandato per gli ultrasessantenni e la Francia per gli over 80, mentre la Gran Bretagna ha fissato l'asticella da 75 anni in su,

ma Oltremanica com'è noto non è più Ue. Un modo di procedere che secondo Speranza finisce per disorientare l'opinione pubblica, allontanandola dalla campagna vaccinale.

Nonostante il parere congiunto di Ema ed Ecdc non sarà facile per i ministri della Salute europei trovare una quadra, visto che ognuno ha puntato su una fascia di età diversa, ma alla fine difficilmente ci si discosterà dalle indicazioni dei due organismi tecnici. Fermo restando che, come annunciato dal nostro ministro della Salute, la parola ultima spetterà alle agenzie nazionali del farmaco, nel nostro caso l'Aifa. E se pure non si arriverà a una decisione unanime tra i Ministri Ue l'Italia sia atterrà quasi sicuramente all'indicazione di Ema ed Ecdc, limitandosi per ora a somministrare il secondo booster a chi ha compiuto 80 anni.

Senza dimenticare però per strada gli anziani che ancora devono rispondere all'appello per la terza dose, che in Italia sono circa un milione e mezzo. Fatto che li espone a non pochi rischi, visto che secondo i dati dell'Iss nell'ultimo mese il 70% dei mor-

ti aveva compiuto 80 anni e il 50% aveva fatto il booster. Segno appunto che per i grandi vecchi è ora di porgere nuovamente il braccio.

Tutti gli altri, invece, possono attendere. Sia per l'Ecdc che secondo l'Ema infatti, «non ci sono prove chiare nell'Ue che la protezione vaccinale contro le malattie gravi stia diminuendo o che vi sia un valore aggiunto nella quarta dose. Tuttavia poiché le campagne di vaccinazione potrebbero riprendere in autunno, le autorità valuteranno se quello è il momento migliore per somministrare anche alla popolazione adulta con meno di sessant'anni il secondo booster, possibilmente sfruttando i vaccini aggiornati su omicron e le sue sorelle, che dovrebbero essere approvati ad ottobre. Insomma se estendere a tutti o quasi il secondo booster si vedrà dopo l'estate, in base all'andamento dei contagi e alla presenza o meno di varianti più insidiose. Anche se finora, notano sia l'Ecdc che l'Ema, non sono emersi problemi di sicurezza dagli studi sui booster aggiuntivi.

Intanto per chi ha tra i 60 e i 79 anni, «si continueranno a monitorare i dati per determinare se vi è un rischio crescente di malattia grave tra coloro che sono vaccinati. Se la situazione epidemiologica attuale cambia e emergono nuovi segnali, potrebbe essere necessario prendere in considerazione una quarta dose in questa fascia di età», specificano Ema ed Ecdc. Le autorità nazionali esamineranno anche i dati locali per decidere se utilizzare una quarta dose nelle persone

sotto i 60, ma con fattori di rischio più elevati.

Per chi non ha compiuto i sessanta e ha un sistema immunitario normale, invece, non vi sono attualmente prove conclusive che la protezione vaccinale contro le malattie gravi stia diminuendo o che vi sia un valore aggiunto nella quarta dose. Tuttavia poiché le campagne di vaccinazione potrebbero riprendere in autunno, le autorità valuteranno se quello è il momento migliore per somministrare anche alla popolazione adulta con meno di sessant'anni il secondo booster, possibilmente sfruttando i vaccini aggiornati su omicron e le sue sorelle, che dovrebbero essere approvati ad ottobre. Insomma se estendere a tutti o quasi il secondo booster si vedrà dopo l'estate, in base all'andamento dei contagi e alla presenza o meno di varianti più insidiose. Anche se finora, notano sia l'Ecdc che l'Ema, non sono emersi problemi di sicurezza dagli studi sui booster aggiuntivi.

Come dire che fare l'ennesima puntura comunque male non fa. Anche se sarebbe più urgente prima proteggere chi ha saltato l'appuntamento con la terza. —

**Gli esperti prevedono che la nuova vaccinazione andrà fatta in autunno. Nell'ultimo mese il 70% dei morti aveva 80 anni e il 50% aveva fatto il booster**



Iniziata presso il centro vaccini di Rieti la somministrazione della quarta dose alle persone fragili



# L'origine del ceppo «Xe» da due sottotipi di Omicron Dove è stato riscontrato e quanto è più contagioso

di **Margherita De Bac**

## 1 Che cos'è la XE?

È la combinazione di due sotto-varianti del virus Sars-CoV-2. In genetica la lettera X indica un *crossing-over*, cioè uno scambio di materiale genetico avvenuto per ricombinazione tra due virus diversi che hanno infettato la stessa cellula. Anche nella classificazione dell'Agenzia europea per il controllo delle malattie infettive (l'Ecdc, con sede a Stoccolma) la X sta proprio per ricombinante: tra quelle sotto monitoraggio nell'aggiornamento del 31 marzo comparivano la XF e la XD, ricombinanti tra Delta e Omicron, ma non ancora la XE.

## 2 Che differenza c'è tra variante e ricombinante?

La ricombinante non contiene nuove mutazioni, è semplicemente il riassortimento (la ricombinazione, appunto) di due virus già circolanti che nel replicarsi al-

l'interno di una stessa cellula infettata si «ricompongono» prendendo frammenti genici di ambedue i virus (in questo caso le sotto-varianti Omicron BA1 e Omicron BA2). Il risultato è una sorta di «chimera». La variante invece è un nuovo virus che presenta mutazioni in alcune sue parti. Le mutazioni più insidiose per l'uomo sono avvenute nel gene della proteina Spike, utilizzata dal virus della pandemia per agganciarsi alla cellula umana. BA1 ha nella Spike due nuove mutazioni, BA2 ne ha quattro in più rispetto alla variante precedente.

## 3 Cosa sappiamo di XE?

Nel Regno Unito, dove l'attività di sequenziamento dei virus è molto intensa, sono state individuate oltre 600 forme ricombinate, meno dello 0,1% dei virus sequenziati (nel mondo ne sono state isolate oltre 700). In Italia è appena partita una flash-survey, ovvero un'indagine lampo, dell'Istituto superiore di Sanità per accertare quanto XE stia circolando. La sua presenza nel nostro Paese non è stata ancora provata.

## 4 È vero che, come ha annunciato l'Organizzazione mondiale della Sanità, XE potrebbe essere più contagiosa del 10% rispetto a Omicron 2?

Questa ricombinazione presenta le stesse caratteristiche dei virus da cui si è sviluppata e non è escluso che la nuova mescolanza possa essere più trasmissibile, sebbene per il momento non ci sia un riscontro epidemiologico. Gli organismi sanitari che stanno conducendo studi specifici — tra cui l'agenzia britannica Ukhsa — si sono limitate a fornire delle stime, per ora non ci sono evidenze. Sembra che XE non sia causa di forme di malattia più gravi.

## 5 Ci sono precedenti?

Sì, possiamo ricordare la «mescolanza» Delta più Omicron che però non ha determinato problemi. Le ricombinazioni non sono eventi insoliti specie per i coronavirus, la famiglia alla quale appartiene il Sars-CoV-2.

## 6 Quali sono state le varianti più pericolose?

Secondo la classificazione formulata dall'agenzia Ecdc, sono comparse finora due varianti del virus originario — quello identificato a Wuhan, in Cina, che si è diffuso a partire dall'autunno del 2019 in

tutto il mondo — considerate «preoccupanti» e che hanno determinato picchi epidemici a livello globale. Il ceppo Delta, sequenziato per la prima volta in India nel dicembre del 2020, e il ceppo Omicron, isolato in Botswana e in Sudafrica nel novembre 2021. Queste due varianti hanno avuto «un significativo impatto sulla trasmissione e sulla severità» del virus ma anche sulla capacità di aggirare le difese immunitarie.

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## 2

### Varianti

Quante sono quelle del coronavirus classificate come «di preoccupazione» per l'Ecdc europeo: la variante Delta e la variante Omicron

## 80

Per cento  
Il tasso di presenza della variante Omicron 2 in Italia sul totale dei tamponi positivi al Covid analizzati. L'altro 20% è costituito dalla variante Omicron 1



# «Una nuova variante nasce ogni quattro mesi. Dobbiamo agire ora»

Il capo dell'alleanza globale per i vaccini: raggiunto il 42% nei Paesi poveri

di **Alessandra Muglia**

**U**n numero di casi basso e stanchezza per il virus alta. Così la pandemia è passata in secondo piano rispetto ad altre emergenze. «Il calo di attenzione nei governi e tra la gente è un problema enorme in questo momento. Con una nuova variante ogni quattro mesi, non possiamo farci trovare impreparati all'arrivo della prossima ondata». Va dritto al punto Seth Berkley, ceo di Gavi, partnership pubblico-privata alla testa di Covax, l'iniziativa globale che guida gli sforzi per garantire un accesso equo ai vaccini anti Covid-19 nei Paesi a basso e medio reddito. Un'idea nata nel gennaio 2020 davanti a un tavolino dell'Hard Rock Hotel di Davos. Berkley era con un'altra figura di spicco della salute globale, Richard Hatchett, direttore di Cepi, il programma di distribuzione mondiale del farmaco. E mentre da Trump in giù buona parte del mondo minimizzava la sfida contro il coronavirus, ancora ai suoi esordi, questi due epidemiologi lanciavano l'allarme: servivano dei vaccini e un sistema di acquisti comune, per ridurne i costi e distribuirli in modo equo. Lo stesso modello cooperativo già adottato contro la difterite, per esempio. Ma questa volta non si trattava di

un'epidemia limitata ad aree remote. «C'è stata la corsa all'accaparramento delle dosi da parte dei Paesi ricchi e Covax si è trovata a competere con loro: occorre evitare che Paesi a basso reddito si ritrovino di nuovo in fondo alla coda», sostiene Berkley.

**Sono 44 i Paesi con tassi di vaccinazione sotto il 20%, un terreno fertile per l'imporre di nuovi ceppi. Per alcuni la prova che buona volontà e cooperazione non bastano.**

«Siamo partiti due anni fa senza personale e denaro, con la consapevolezza che nessun altro era pronto a farsi avanti. Sapevamo che il nostro lavoro non sarebbe stato facile. Finora abbiamo consegnato 1,4 miliardi di dosi e il tasso di vaccinazione medio nei 92 Paesi Covax è salito al 42%. La verità è che il mondo avrebbe dovuto avere un piano prima della pandemia. Invece ci siamo ritrovati a raccogliere i fondi per acquistare le dosi mentre il virus dilagava. Poi abbiamo recuperato: a gennaio erano 34 i Paesi con meno del 10% della popolazione vaccinata, tre mesi dopo sono scesi a 19. È facile criticare questi sforzi, più difficile è trovare un'altra soluzione».

**Domani ci sarà il summit di Covax ospitato dal governo tedesco, per stare un passo davanti al virus. In che modo contate di riuscirci?**

«Puntiamo a raccogliere almeno 5,2 miliardi di dollari. Con tre obiettivi: aiutare i Paesi più indietro nella protezione vaccinale prima che scoppi

una nuova ondata; coprire i costi accessori legati alle dosi donate, per esempio quelli per le siringhe; metterci in grado di poter acquistare fiale appena ce ne fosse bisogno».

**Più che la scarsità di dosi, è stata l'esitazione vaccinale a rallentare le somministrazioni. Che cosa state facendo per assicurarvi che ogni vaccino si trasformi in vaccinazione?**

«L'esitazione vaccinale continua a essere più alta nei Paesi ad alto reddito rispetto a quelli a medio. La principale causa è la politicizzazione del vaccino, con i social che amplificano il messaggio. "Se negli Usa e in Europa dicono che il vaccino aumenta l'infertilità qualcosa di vero ci sarà", considerano molti nel Sud del mondo, per esempio. Prevediamo finanziamenti per coinvolgere i leader delle comunità africane. Insieme con i nostri partner, Unicef e Oms, stiamo lavorando con società di social media e sviluppatori di contenuti per fare in modo che quando qualcuno cerca un'informazione non finisca subito su qualche sito di teorie cospirative: in questo stiamo investendo tra i 50 e i 100 milioni di dollari. I Paesi a basso reddito hanno ricevuto finora un miliardo di dollari per consegnare le dosi, istruire il personale sanitario e rafforzare la sensibilizzazione delle comunità».



**Quale è l'impatto della guerra in Ucraina?**

«Vorrei esprimere al popolo ucraino la mia solidarietà. Sosteniamo questo Paese da anni. Non è un periodo facile per raccogliere fondi. Dall'Europa agli Usa l'emergenza ora è diventata la guerra. E il Covid, così come il clima, sono passati in secondo piano, ma non sono problemi risolti. I leader non possono venire meno all'impegno di porre fine a una pandemia costata finora 12 trilioni di dollari, che ha ucciso oltre sei milioni di persone. Non è il momento di

fermarsi, occorre anzi raddoppiare gli sforzi».

**Come valuta il contributo dell'Italia a Covax?**

«Guardiamo all'Italia per un ruolo di leadership in questa fase. L'Italia è stata una forte sostenitrice di Covax nel 2021, quando ha ricoperto la presidenza del G20. Negli ultimi due anni, il suo contributo di 470 milioni di dollari e oltre 38 milioni di dosi donate ci hanno permesso di raggiungere tappe importanti».

**La sfida**

**Dopo la corsa alle dosi dei Paesi ricchi gli altri non possono ritrovarsi ancora ultimi**

**La parola**

**GAVI**

Acronimo di Global alliance for vaccines and immunisation. Chiamata anche Vaccine Alliance, è una partnership pubblico-privata nata nel 2000 e impegnata a vaccinare i bambini contro alcune delle malattie più letali al mondo. Tra i donatori Unicef, Banca Mondiale e Fondazione Gates. Dal 2021 insieme a Cepi (Coalition for epidemic preparedness innovations) e all'Oms è alla testa di Covax, l'iniziativa globale per garantire un accesso equo ai vaccini anti Covid-19

**L'appello ai leader**

**La pandemia è passata in secondo piano ma non è il momento di fermarsi, serve uno sforzo doppio**

**Chi è**



● Seth Berkley (foto), 65 anni, di New York, è l'epidemiologo che dal 2011 guida Gavi. Prima dirigeva la International Aids Vaccine Initiative



## «Antivirali, li prescriverà il medico»

*Speranza apre all'ipotesi di snellire l'iter sui farmaci. Mascherine fino a maggio*

**Maria Sorbi**

■ Niente quarta dose per tutti. Almeno per ora. Il tavolo di tecnici dell'Ema ha stabilito che è troppo presto per decidere di estenderla a tutta la popolazione. Ma ha convenuto che una quarta dose (o un secondo richiamo) può essere somministrata agli anziani con più di 80 anni, quelli che più velocemente esauriscono l'effetto del vaccino.

La priorità per ora è che tutti completino il ciclo vaccinale: «Alla fine di marzo - rileva Ema - l'83% degli adulti aveva completato il ciclo primario di vaccinazione e solo il 64% aveva ricevuto una dose di richiamo». Lo stesso discorso vale per l'Italia dove, a conti fatti, il Covid ha colpito 15 milioni di persone, un italiano su quattro.

A proteggere la popolazione dalle forme gravi di Covid ci sarà anche un sistema (finalmente) più snello nella prescrizione degli antivirali:

fino ad oggi sono stati usati a fatica perchè per prescriverli erano necessari troppi passaggi e si sforava largamente sui tempi della loro efficacia (i primissimi giorni della malattia).

Ora il ministro alla salute Roberto Speranza, durante il question time alla Camera, ha aperto sull'ipotesi che a firmare le ricette per i farmaci anti Covid siano i medici di famiglia, evitando il coinvolgimento dei reparti ospedalieri e quindi abbreviando la catena di passaggi. «La Cts dell'Aifa - ha dichiarato - martedì ha cominciato a lavorare nella direzione di consentire attraverso i medici di medicina generale un accesso più diretto agli antivirali».

Un po' fuori tempo massimo ma «è un atto dovuto per la gestione di una pandemia che sta evolvendo verso un'endemia - commenta Silvestro Scotti, segretario generale del sindacato dei medici di famiglia Fimmg - Un intervento terapeutico immediato potrebbe cambiare la storia del paziente». «Abbiamo chiuso la fase di emergenza.

E il quadro è quello di un calo della copertura immunitaria legata al vaccino. È evidente che la possibilità di avere una terapia, in questa situazione, ci fa giocare una partita diversa con i nostri assistiti più fragili».

Nonostante nell'ultima settimana i contagi (ma anche i test) siano calati del 16%, gli esperti cominciano a porsi dubbi sull'addio o meno alle mascherine. Tenerle o non tenerle al chiuso da aprile? Il Governo è cauto e lascerà le mascherine al chiuso anche ad aprile. «È auspicabile che dal primo maggio non ci sia più la mascherina al chiuso, perché questo vorrebbe dire che la curva dei contagi è calata - spiega il sottosegretario alla salute Pierpaolo Sileri - Nel frattempo, però, in considerazione del fatto che la circolazione virale di Omicron 2 è molto sostenuta, il suggerimento è di utilizzare le Ffp2, anche laddove non sono obbligatorie. Se potremo togliere la mascherina al chiuso, ce lo diranno i dati tra qualche settimana».

«È più di un anno e mezzo che in Italia c'è l'obbligo del-

la mascherina al chiuso e non vedo tutto questo impatto sui contagi - contesta Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova - Anzi, molti di quelli che si contagiano hanno usato il dispositivo in maniera maniacale. Forse ha un senso indossarla anche a maggio sui trasporti pubblici, ma non al cinema, a teatro e allo stadio».

### QUARTA DOSE

La decisione di Ema:  
«Sarà somministrata solo agli over 80»

**CAUTELA**  
Il governo decide di far portare le mascherine al chiuso anche ad aprile. Il sottosegretario Sileri: «Saranno i dati delle prossime settimane a dirci se potremo levarle». Dibattito tra gli infettivologi



## **Covid, creati 'mini polmoni' per testare nuovi farmaci, studio italiano**

'Mini polmoni' creati in laboratorio per testare l'efficacia di nuove terapie anti Covid, quali anticorpi monoclonali e peptidi. E' quanto realizzato in uno studio, pubblicato online sulla rivista 'Cell', condotto da un team di ricerca italiano dell'università di Roma Tor Vergata, coordinato da Giuseppe Novelli, il Cnr, in collaborazione con l'Università di Toronto e il Renown Health di Reno (Usa). Nella ricerca sono stati impiegati organoidi, ovvero aggregati di cellule creati in laboratorio da cellule staminali non embrionali che assumono spontaneamente una precisa conformazione tridimensionale, e assomigliano a organi in miniatura, grazie ai quali è stato possibile misurare il grado di risposta di nuovi monoclonali e peptidi.

Entrambi i farmaci si sono rivelati efficienti nell'impedire l'ingresso del virus nel 'mini-polmone' dimostrando una diminuzione significativa nella produzione delle citochine e chemochine indotta dall'infezione da SarS-CoV-2. In breve: una buona barriera capace di proteggere dalle forme più gravi dell'infezione, capace di garantire elevata efficienza, specificità e tollerabilità.

“È importante sottolineare – spiega Novelli – che nonostante lo stato di emergenza sia stato dichiarato concluso, la pandemia è ancora in atto. Il virus circola largamente in svariate parti del mondo, e come abbiamo imparato, più circola, più muta. Dobbiamo predisporci, senza allarmismi ma con valutazioni attente e basate su solide evidenze scientifiche, a considerare possibile, anche in futuro, l'attacco da parte di nuovi agenti virali, siano essi collegati o no a quello attuale. Non dobbiamo abbassare la guardia, e soprattutto non dobbiamo fermare la ricerca in questo campo. Nuove tecnologie, nuovi

approcci e nuove scoperte possono aiutare nelle cure e possono rivelarsi un'arma strategica in futuro”.

“Lo studio dei virus con gli organoidi – continua Novelli - è ancora una nuova ricerca, ma è considerato un modello entusiasmante per esplorare le interazioni tra cellule umane e virus e la tecnologia potrebbe rendere la risposta alla prossima pandemia molto più veloce. Inoltre, i risultati ottenuti dimostrano che gli organoidi sono un buon sistema per studiare e testare molecole contro le infezioni virali”.

Di solito i virus vengono studiati su colture di cellule animali coltivate su piastra. Questi sistemi, però - sottolineano i ricercatori in una nota - non sono buoni modelli dell'infezione da SarS-CoV-2, perché non rappresentano ciò che accade nel corpo. Gli organoidi invece evidenziano meglio ciò che il virus fa ai polmoni umani, inducendo morte cellulare e la produzione di chemochine e altre citochine, che possono scatenare una massiccia risposta immunitaria che può essere letale.

Nello studio - realizzato grazie ai finanziamenti della Fondazione Roma e del ministero dell'Università e Ricerca - gli scienziati hanno utilizzato organoidi di polmone creati in laboratorio e infettati con SarS-CoV-2 e le sue varianti per studiare gli effetti inibitori di anticorpi monoclonali e peptidi identificati dallo stesso gruppo. In particolare, hanno utilizzato un anticorpo tetravalente sintetico, mirato alla proteina spike di SarS-CoV-2 e un peptide, che agisce contro uno dei co-recettori del virus. Questi risultati migliorano la nostra comprensione della patogenesi della malattia Covid-19, evidenziando potenziali trattamenti terapeutici incentrati sulla neutralizzazione del virus in grado di prevenire il caricamento del virus e ridurre l'infiammazione e il danno polmonare.

## I RICERCATORI DI LOSANNA

# Le riattivano il midollo spinale con elettrodi: una donna torna a camminare dopo 18 mesi

*È la prima volta su un paziente affetto da malattia neurodegenerativa*

### Gianluca Grossi

■ Una delle sfide più importanti della medicina moderna punta a curare il midollo spinale per poter restituire la capacità di camminare, in pazienti vittime di incidenti o patologie neurodegenerative. Un ottimo risultato è stato ottenuto in questi giorni in Svizzera, presso l'Ospedale Universitario di Losanna. Dove, una donna affetta da una rara patologia del sistema nervoso, allettata da diciotto mesi, è riuscita di nuovo a camminare.

Parte del sistema nervoso centrale, il midollo spinale governa la trasmissione degli impulsi nervosi ed è fondamentale per il regolare funzionamento degli arti, braccia e gambe; per l'equilibrio e il controllo della pressione arteriosa, direttamente connessa alla capacità di reggersi in piedi. Questo sofisticato sistema fisiologico ha però smesso di funzio-

nare in Nirina, la donna in cura nel centro elvetico, soggetta a una atrofia multisistemica di tipo parkinsoniano. Fino a pochi giorni fa. Quando, finalmente, grazie a un avveniristico intervento medico, è riuscita a deambulare dopo quasi due anni di immobilità; e a percorrere più di 250 metri. Per arrivare a questo risultato gli specialisti elvetici hanno impiantato degli elettrodi nei nervi del midollo spinale della donna, restituendo alla massa nervosa le capacità origina-

rie. La stessa paziente ha potuto pigiare sui tasti di un telecomando per poter regolare l'intensità dello stimolo, parafasando un marchingegno già testato

per ridurre il dolore cronico. Con la sollecitazione nervosa, anche la pressione arteriosa è tornata ai valori standard, ovviando a problemi relativi a imprevedibili crolli pressori e svenimenti. A febbraio la procedura era stata collaudata con successo su pazienti tetraplegici colpiti da paralisi sensomotoria, vittime di incidenti stradali. Questa è invece la prima volta che si agisce su un soggetto colpito da una malattia neurodegenerativa. Mali che affliggono milioni di persone, progressivi e senza possibilità di

cura. Le patologie come quella di Nirina, oltre alle difficoltà deambulatorie, provocano rigidità nei movimenti, disordini cardiaci, movimenti rallentati.

Non c'è solo il morbo di Parkinson, ma anche rare forme neurodegenerative come la paralisi sopranucleare progressiva, addirittura più grave del primo. In questo caso rigidità e deficit deambulatori insorgono prima, rendendo davvero difficile la conduzione di una vita anche solo vagamente normale. Le cure attuali sono solo dei palliativi. Si interviene con farmaci antidepressivi, e tramite la somministrazione di amantadina, principio attivo che facilita la produzione di dopamina, neurotrasmettitore di cui sono carenti i malati di Parkinson e simili. Da domani però una speranza in più: il software svizzero capace di stimolare i neuroni che hanno smesso di funzionare.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# «Così siamo in campo per l'autismo»

*Gli specialisti e le strutture cattoliche del Tavolo Cei: si deve puntare su famiglie, inclusione sociale e cura delle persone per un'azione efficace*

**L'**autismo è una condizione che, quando presente, caratterizza la persona per tutta la vita con manifestazioni a intensità variabile e che nei primi anni, in pochi casi, possono evolvere in forme così lievi da non essere più clinicamente significative. Si caratterizza per una peculiare modalità di comunicazione sociale e inter-personale e per una specifica organizzazione di interessi e attività che rende complessa e a volte molto difficile una piena inclusione sociale delle persone che presentano una simile condizione.

Queste peculiarità trovano origine in condizioni neurobiologiche tuttora non del tutto note, in cui sono coinvolti sia aspetti genetici che complesse influenze epigenetiche su cui la ricerca sta indagando per trovare possibili meccanismi patogenetici, premessa per futuri interventi terapeutici. È una condizione che si presenta con fenomeni, segni e sintomi molto differenti tra loro, con differenti gradazioni di intensità che determinano gravità cliniche diverse, in tutte le età della vita. Non raramente sono associate condizioni patologiche co-occorrenti: quadri sindromici, disabilità dello sviluppo intellettivo, disturbi del neurosviluppo, epilessia, disturbi del sonno e gastrointestinali, solo per citare i più frequenti, che in alcuni casi concorrono a determinare condizioni cliniche molto gravi e complesse. Anche le intercorrenti patologie internistiche, quando sopraggiungono nei quadri più gravi, sono di non semplice gestione e mettono in difficoltà famiglie e strutture sanitarie.

L'insorgenza è precocissima, anche se nelle forme più sfumate l'evidenza clinica si raggiunge solo nel corso dello sviluppo, in quanto tuttora la diagnosi è solo clinica e non ci sono esami strumentali in grado di identificare questa condizione: l'età media della prima diagnosi supera ancora i 3 anni di età, quando sarebbe invece auspicabile riuscire a individuare questa condizione entro i 24 mesi, e comunque prima dei 3 anni.

L'autismo, in quanto condizione che abbraccia tutte le dimensioni del vivere, è una sfida complessa che deve coinvolgere tutta la società e che vede coinvolti in prima linea e per molti e peculiari aspetti i servizi sanitari e socio-sanitari:





è necessaria una competenza clinica molto specifica e specialistica per arrivare con sicurezza a una diagnosi precoce così da poter iniziare rapidamente i percorsi di presa in carico e i necessari interventi abilitativi coinvolgendo tempestivamente e precocemente la famiglia.

Per quanto riguarda le modalità di presa in carico e gli interventi abilitativi è necessario fare riferimento a modelli *evidence based*, ossia a interventi che abbiano una evidenza di efficacia scientificamente dimostrata: devono essere interventi precoci, rispettosi della naturale evoluzione del bambino, specifici e intensivi, specie nelle prime fasi della crescita, o quando si manifestano situazioni problematiche in particolare nella fase adolescenziale, e che rispettino anche i valori di riferimento che ogni famiglia possiede: aspetto molto importante, anche se difficile, in un contesto sempre più multiculturale e multi-etnico.

Il Tavolo di coordinamento delle strutture che si occupano di autismo tra istituzioni che fanno riferimento alla Chiesa cattolica, costituitosi all'interno dell'Ufficio della pastorale della salute della Cei e che dà risposte competenti a parecchie migliaia di persone con autismo in Italia, sta lavorando per migliorare sempre più il livello già molto elevato di competenze messe a disposizione, per una adeguata presa in carico che deve essere differenziata rispetto sia all'età sia ai diversi *setting* di intervento.

Il riferimento adottato dal coordinamento sono le linee guida nazionali e internazionali, lo sforzo continuo è quello di agire sulla formazione specifica dei propri operatori, sapendo che al proprio interno già è presente quella forte spinta motivazionale che caratterizza tutte le strutture private degli enti del terzo settore che fanno riferimento alla Chiesa.

Purtroppo, la sofferenza e la solitudine in cui ancora troppe famiglie sono lasciate è elemento di grave preoccupazione: da troppi anni il Servizio sanitario italiano ha trascurato i servizi socio-sanitari per disabili e i centri di riabilitazione dell'età evolutiva. Trascuratezza che deriva non solo da mancanze di risorse economiche ma anche da un modello organizzativo sviluppato per rispondere ai bisogni di cura delle patologie acute e che ha trascurato i territori e i bisogni complessi che proprio una condizione come l'autismo evidenzia.

L'autismo deve diventare il paradigma di un moderno sistema di welfare *family centered*, dove tutti i servizi sono interconnessi a rete attorno al bisogno della persona e della famiglia e dove nessuno opera da solo. Sono però necessarie risorse adeguate e modelli organizzativi sviluppati appositamente per il complesso mondo delle persone con autismo, specie in età evolutiva: requisiti che continuano a essere carenti da molto tempo, incomprensibilmente, specie nei modelli organizzativi, ostinatamente sempre più burocratizzati e trascuran-



ti le realtà del terzo settore.

Proprio in una situazione di difficoltà dovrebbero essere valorizzate tutte le risorse presenti sul territorio e nei servizi, dando pari dignità anche ai servizi del privato accreditato e chiamandoli a co-progettare modelli di risposta al bisogno, assieme ai servizi pubblici.

Proprio chi coniuga competenza – come la *survey* effettuata sui nostri centri prima della pandemia aveva inequivocabilmente dimostrato – e passione per la persona che soffre (specifica qualità che è all'origine dell'impegno delle strutture cattoliche che partecipano al Tavolo autismo) può contribuire a dare risposte concrete ai bisogni di queste famiglie e a individuare assieme modelli di risposta incarnati nelle esperienze vissute nei territori.

Abilitare le persone con autismo, sostenere e accompagnare i genitori, costruire assieme contesti territoriali disponibili all'inclusione e a farsi provocare dalle ricchezze che le persone con autismo sanno offrire e donare agli altri, in una logica di welfare inclusivo e circolare, dovrebbe essere la sfida cui le istituzioni andrebbero chiamate: così non è.

I nostri centri si stanno impegnando a sviluppare risposte adeguate ai bisogni delle persone con autismo, con attività ambulatoriali, domiciliari, di piccolo gruppo o in ciclo diurno: quando serve, anche di tipo resi-

denziale, specie nelle situazioni più complesse, o quando le famiglie e i contesti non sanno più far fronte alla situazione: anche in

questi casi, non solo con la necessaria competenza specifica ma anche con una modalità aperta alla piena integrazione e inclusione nei territori, per essere assieme parte di un tessuto sociale accogliente.

Nella recente Giornata della consapevolezza (2 aprile) il Tavolo di coordinamento autismo della Cei vuole essere accanto alle tante persone con autismo e alle loro famiglie, per testimoniare una volta di più la vicinanza e la nostra sollecita solidarietà, e anche la nostra sofferenza nel vedere trascurati i loro bisogni, soffocati da una burocrazia opprimente che, mentre toglie risorse preziose in formalismi inutili, ambisce a farsi riconoscere come "custode della giustizia e del bene". Assieme a pediatri, servizi di Npia, scuola, realtà sociali e territoriali, siamo pronti a dare il nostro contributo, con entusiasmo e competenza, nella convinzione che se insieme saremo capaci di offrire risposte migliori alle persone con autismo, partendo dai bambini e da quelli più piccoli, con nuovi modelli di welfare inclusivo, colorati di blu, avremo servizi migliori per tutti.

**Tavolo sull'autismo presso l'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della Cei**

«Una condizione come questa, che abbraccia ogni dimensione del vivere, è una sfida complessa che riguarda tutta la società e vede coinvolti in prima linea i servizi socio-sanitari»

«L'assistenza dei pazienti deve diventare il paradigma di un moderno sistema di welfare centrato sulla realtà familiare, con tutti i servizi in rete attorno alle necessità personali»



Una delle immagini simbolo diffuse nella Giornata per l'autismo

**In sintesi**

**1** Presso l'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute è attivo da tempo un Tavolo sull'autismo composto da medici e scienziati di realtà cattoliche

**2** Dalla loro riflessione nasce un documento pubblicato a ridosso della Giornata di sensibilizzazione del 2 aprile

**3** Nell'agenda degli esperti Cei una serie di priorità cliniche, assistenziali e umane che hanno come perno la famiglia, oggi troppo spesso sola



## **Sclerosi multipla, nuovi dati su terapie Biogen e digitale per predire evoluzione**

Nuovi dati sul portafoglio di terapie Biogen contro la sclerosi multipla (Sm) vengono annunciati dal gruppo Usa al Congresso annuale dell'American Academy of Neurology (Asn) in corso a Seattle. Le presentazioni includono nuovi risultati real-world a lungo termine su natalizumab e nuove evidenze di persistenza e aderenza per diroximel fumarato. Altre presentazioni riguardano l'uso di strumenti digitali potenzialmente in grado di prevedere l'evoluzione della Sm.

I dati dello studio Nova - riassume Biogen - dimostrano ulteriormente l'efficacia e la sicurezza di natalizumab per via endovenosa quando somministrato ogni 6 settimane rispetto alla somministrazione approvata ogni 4 settimane. Ulteriori dati real-world confermano le percentuali elevate di persistenza e aderenza per la terapia con diroximel fumarato. Infine, ricerche preliminari hanno indagato le potenzialità del Machine Learning nel prevedere la progressione della sclerosi multipla a partire dalle scansioni Mri del cervello.

"Grazie alla nostra collaborazione con la comunità Sm - dichiara Maha Radhakrishnan, Chief Medical Officer di Biogen - abbiamo acquisito una profonda comprensione delle diverse esigenze delle persone che convivono con la sclerosi multipla e continuiamo a promuovere ricerche in linea con i bisogni dei pazienti, come questi nuovi dati su natalizumab e diroximel fumarato. Le altre presentazioni al congresso AAN mostrano il nostro impegno costante nel far avanzare la ricerca neuroscientifica nel suo complesso, un compito ambizioso che abbiamo intrapreso con Biogen Digital Health, per individuare soluzioni digitali per la medicina, volte a migliorare la diagnosi e il



trattamento delle malattie neurologiche".

"E' un momento straordinario per la ricerca sulla Sm - afferma Shibeshih Belachew, direttore ricerca scientifica in Biogen Digital Health - poiché stiamo assistendo all'incontro tra scienza medica e scienza computazionale. Queste presentazioni sui nuovi strumenti di elaborazione delle immagini mediche e sulle soluzioni algoritmiche avanzate consentono di prevedere in tempi brevi la progressione della malattia, aprendo la strada a un'assistenza più precisa e personalizzata per le persone che convivono con la sclerosi multipla".





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**L'HOSPICE PERINATALE DEL POLICLINICO GEMELLI**

# Accanto alle vite più fragili Cominciando dalla gravidanza

**L**e donne con gravidanze ad alto rischio d'ora in poi potranno contare su un supporto multidisciplinare in un unico centro. Il nuovo «Percorso clinico assistenziale» (Pca), dedicato alla maternità con patologie fetali ad alto rischio e terminali, è nato grazie all'esperienza dei medici del Policlinico Gemelli di Roma che da decenni si occupano della cura e dell'accompagnamento delle gravidanze con patologie prenatali. Oltre alle cure specialistiche, il Pca dà un supporto spirituale, psicologico e anche logistico. «Alla luce delle complessità e variabilità delle patologie incluse – ha spiegato durante la presentazione Antonio Giulio de Belvis, responsabile Percorsi e Valutazione Outcome Clinici del Gemelli – è fondamentale che il percorso assistenziale sia integrato, multidisciplinare e interdisciplinare e finalizzato a offrire la migliore assistenza specialistica perinatale, pre e post-natale, a pazienti e famiglie». Attualmente sono circa 30 le donne assistite ogni anno per gravidanze ad alto rischio; in molti casi arrivano da fuori regione. «La definizione del Pca per maternità con patologie fetali ad alto rischio e terminali – ha ricordato Giuseppe Noia, responsabile dell'Hospice Perinatale, Centro per le cure palliative prenatali e post-natali, Santa Madre Teresa di Calcutta del Gemelli e presidente della Fondazione il Cuore in una Goccia – è un risultato di grande valore per il nostro Policlinico perché istituzionalizza un impegno che da oltre 40 anni ci caratterizza; un'opera di servizio alla vita nascente

e soprattutto di accoglienza delle fragilità prenatali. Un impegno trasformatosi, negli anni, in un'esperienza clinica eccezionale che ci configura oggi tra i centri di riferimento in Italia per la cura e l'accompagnamento delle gravidanze con patologie prenatali». L'approccio elaborato e realizzato in collaborazione con la Fondazione «Il Cuore in una Goccia», come ha rimarcato l'assistente ecclesiastico generale dell'Università Cattolica, monsignor Claudio Giuliodori, «rappresenta a livello nazionale e internazionale una delle prime e più concrete attuazioni di quanto indicato nella Lettera della Congregazione per la Dottrina della Fede *Samaritanus bonus* (14 luglio 2020), dove si affronta, per la prima volta e in modo ampio in un documento del Magistero, il tema dell'accompagnamento e della cura in età prenatale e pediatrica». Alla presentazione del Pca sono intervenuti, tra gli altri, Gabriella Gambino, sottosegretario del Dicastero vaticano per Laici, Famiglia e Vita, i direttori degli Uffici Cei per la Pastorale della salute e della Famiglia, don Massimo Angelelli e padre Marco Vianelli, e il presidente del Policlinico Gemelli, Carlo Fratta Pasini. (G.Mel.)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Cure palliative anche per i neonati

*Vale sempre la pena accompagnare oltre la nascita una vita senza speranze di guarire. Al «Gemelli» se ne prende cura Patrizia Papacci*

GRAZIELLA MELINA

**L**e cure palliative non sono cure terminali. Patrizia Papacci, neonatologa e palliativista neonatale del Policlinico Gemelli di Roma, lo chiarisce subito: «Esiste una definizione ufficiale dell'Oms (Organizzazione mondiale della Sanità), che indica le cure palliative come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente, dello spirito del paziente, e quindi nel nostro caso del bambino, e il supporto attivo alla famiglia».

**Spesso però, nell'accezione comune, si pensa che le cure palliative servano quando ormai non ci sia più nulla da fare...**

Esistono condizioni patologiche in generale da cui è difficile guarire. Un paziente che nasce con una trisomia 21, cioè con la sindrome di Down, oppure un paziente affetto dalla Sla, o che ha un danno ischemico del cervello, difficilmente guarirà. In questi casi, però, è possibile una cura sui sintomi, rendendo l'esistenza del paziente vivibile e con le caratteristiche di una vita ben vissuta.

**L'obiettivo è la qualità di vita?**

Esatto. Le cure palliative non agiscono sulla causa della malattia. Non si tratta di una terapia "eziologica", ma sono mirate a garantire alla persona e alla famiglia la migliore qualità della vita e il sollievo dalla sofferenza. Dunque variano, vanno cioè sostanzialmente costruite su ciascun singolo paziente e sul nucleo familiare.

**E allora quelle terminali?**

Nell'ambito delle cure palliative è possibile che si inserisca un momento in cui c'è una degenerazione della patologia. Vale per l'oncologia e per qualsiasi altra malattia per la quale non c'è più nulla da fare in termini assistenziali complessi.

**Quali sono le cure palliative perinatali?**

Sono tutte quelle cure che possono essere effettuate in condizioni di diagnosi prenatale di una patologia fetale: quelle situazioni, per esempio, per cui è già noto, per le conoscenze scientifiche attuali, che la sopravvivenza non è possibile. In questo caso si parla di feto terminale. Ci riferiamo per esempio alle acranie, oppure alla sindrome di Potter, ossia a tutte quelle malattie per le quali si ha una prognosi con una sopravvivenza a brevissimo-breve termine. Oppure quando la condizione patologica non è curabile, riduce le aspettative di vita, ma non sappiamo quanto questa vita può durare. Per esempio, nel caso della trisomia 18, fino a 10 anni fa era considerata incompatibile con la vita, quindi la maggior parte delle donne venivano inviate all'aborto. Si è visto invece che



i bambini possono sopravvivere anche per diversi anni.

**Esistono condizioni che si possono curare anche in utero?**

Certo. Si tratta di quelle situazioni di diagnosi incerta, sulle quali si può agire a livello di interventi palliativi intra-utero che possono anche cambiare il decorso successivo. La maggior parte delle situazioni che ci troviamo a seguire sono casi per i quali spesso, in maniera rapida, i ginecologi o i consultori inviano i pazienti all'interruzione di gravidanza senza fare approfondimenti diagnostici con alta scientificità.

**Manca la conoscenza da parte di alcuni medici?**

Difficile dirlo. Sappiamo che molte donne non ricevono l'assistenza e nemmeno una chiarificazione. Ed è doppiamente scorretto. Perché per avere chiarezza devi avere la maggiore sicurezza con i mezzi noti, che vanno dalla risonanza magnetica fetale a studi di genetica intrauterina, a ecografie mirate. E poi deve esserci la possibilità di accedere a interventi prenatali che possono anche cambiare il decorso e la prognosi.

**In che modo riuscite a intervenire?**

Il nostro hospice è strutturato con un team interdisciplinare di medici neurochirurghi, cardiologi, nefrologi, chirurghi, pediatri, neonatologi, anestesisti. Un team multi-specialistico

che accoglie il caso che deve essere studiato e sviscerato, per poter capire qual è la diagnosi più probabile, e quindi stabilire successivamente il tipo di assistenza. E qui si inserisce la novità del percorso clinico assistenziale.

**In cosa consiste?**

È l'equivalente del Pdta, il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale, un processo assistenziale che può essere proposto ai bisogni di salute dei pazienti, soprattutto per ridur-

re la variabilità non necessaria e aumentare la qualità dell'assistenza del servizio offerto alla famiglia. Per esempio, si valuta il tipo di situazione familiare dal punto di vista genetico, il tipo di prognosi, e alla fine si offre al bambino e alla sua famiglia la più verosimile verità sul suo stato di salute, o un percorso di assistenza alla risoluzione, nel caso sia risolvibile, o alle cure palliative più indicate.

**Quando si interviene invece con la cure palliative neonatali?**

Queste cure possono coinvolgere per esempio un neonato prematuro che subisce un danno cerebrale da cui non guarirà più. Interessano una fetta di neonati di esiti della grande prematurità. Una volta usciti dall'ambito ospedaliero, i bambini riceveranno le cure palliative pediatriche.

**Questi piccoli pazienti si possono curare anche a casa?**

Certo. Esiste una domiciliazione e un supporto territoriale. Si crea una sorta di rete di ospedali per l'alta specialità insieme ai pediatri presenti sul territorio. Le famiglie vengono così supportate e seguite nell'assistenza e nella cura dei bambini.

*«Un paziente che nasce con trisomia 21, o che ha un danno ischemico del cervello, difficilmente ne uscirà. In questi casi, però, possiamo agire sui sintomi»*



Patrizia Papacci

**In sintesi**

1

Anche se non è possibile la guarigione del bambino da una patologia si possono curare i sintomi rendendo vivibile la realtà del paziente

2

Le cure palliative perinatali si praticano quando la diagnosi prenatale rivela una patologia fetale che rende impossibile o imprevedibile la vita

3

Le cure palliative neonatali vengono in aiuto anche di bambini nati prematuri con danno cerebrale e possono essere erogate pure a domicilio



# Effetto accumulo

## Nel tempo a rischio soprattutto i bambini

Un livello di inquinanti non necessariamente elevatissimo ma costante può comportare danni, in particolare per chi è più vulnerabile

**S**i potrebbe dire che è l'effetto della goccia che scava la pietra: poco a poco essere esposti a un livello di inquinamento non necessariamente elevatissimo ma costante comporta danni alla salute. Lo ha confermato di recente uno studio dell'università americana di Harvard, secondo cui respirare aria sporca un giorno dietro l'altro per anni porta a un maggior rischio di eventi cardiovascolari come infarti e ictus, di aritmie come la fibrillazione atriale e di problemi respiratori come le polmoniti, specialmente in chi non è più giovane. Colpa soprattutto del particolato fine e ultrafine, degli ossidi di azoto, dell'ozono: tutti inquinanti che si possono concentrare anche fra le mura di casa se non si è attenti ad aerare bene le stanze e non si seguono precauzioni in cucina, nell'uso del caminetto o nelle pulizie. Le particelle con diametro inferiore a 2,5 micron, cioè il cosiddetto PM<sub>2,5</sub>, sono particolarmente pericolose perché possono penetrare fino agli alveoli polmonari; gli ftalati utilizzati nelle plastiche di molti oggetti e arredi per la casa sono anch'essi particelle minuscole (inferiori al micron, cioè quasi dieci volte più piccoli di un globulo rosso) e quindi per esempio possono oltrepassare la barriera ematoencefalica, dando conseguenze negative anche sul sistema nervoso centrale.

«Gli ftalati sono interferenti endocri-

ni, alterano gli equilibri ormonali: l'esposizione comporta perciò rischi maggiori in neonati, bambini, adolescenti e anche nelle donne in età fertile, per le possibili conseguenze sui nascituri — spiega Alessandro Miani, presidente della Società Italiana di Medicina Ambientale —. Alcune sostanze che si possono trovare nell'aria indoor per di più sono cancerogeni certi, come la formaldeide o il benzo-a-pirene. Va detto che molte di queste sostanze agiscono per accumulo, ovvero servono tanti anni di esposizione per avere effetti nocivi e in qualche caso i danni non emergono comunque, perché conta anche la suscettibilità individuale. Gli studi che hanno individuato una relazione tra la ventilazione all'interno delle case e la salute degli occupanti tuttavia sono tanti e i più vulnerabili ai rischi da cattiva aerazione sono i bambini, perché hanno una frequenza respiratoria maggiore rispetto agli adulti e il loro sistema respiratorio in via di sviluppo li espone di più alle allergie».

L'aria viziata favorisce il ristagno dei pollini ed è l'ideale per gli acari della polvere, in più gli inquinanti stessi possono provocare crisi allergiche o favorire la comparsa di asma; è stata poi associata



# CORRIERE SALUTE

all'aria poco pulita in ambienti chiusi anche la sensibilità chimica multipla, una sindrome definita come «intolleranza idiopatica ambientale ad agenti chimici» nella quale sintomi come malessere, stanchezza, nausea, dolori compaiono con l'esposizione a livelli bassi di sostanze che la maggioranza della popolazione tollera invece senza problemi.

Se tutto ciò non bastasse, esiste pure una malattia specifica da inquinamento indoor, la *sindrome dell'edificio malato*, che secondo l'Oms in Occidente riguarda un edificio su cinque: i sintomi, fra cui per esempio irritazione a occhi, naso e

gola, mal di testa, stanchezza, sono aspecifici, blandi e si risolvono rapidamente se si cambia letteralmente aria, ma la produttività può calare parecchio se si deve lavorare in edifici malati, con impianti di condizionamento e ventilazione inadeguati o sottodimensionati, ricambio d'aria scarso, sostanze irritanti emesse dai materiali presenti. E se durante lo smartworking o la didattica a distanza ci si è sentiti svogliati, sonnolenti e poco concentrati può essere colpa anche dell'atmosfera di casa: se non c'è un adeguato ricambio d'aria nelle stanze si accumula anidride carbonica e all'aumentare del

tasso di questo gas, che emettiamo respirando, diminuiscono performance cognitive come l'abilità di usare informazioni ed elaborare strategie.

**Elena Meli**



## Pomeriggio

È il momento in cui in casa si concentrano gli inquinanti, che sono in minor quantità al mattino; con le attività della famiglia e la climatizzazione l'aria si scalda e questo favorisce anche una maggior emissione di sostanze chimiche da arredi e oggetti.



## Medicina

Nelle giovani donne  
il rischio d'ictus  
è più alto  
che nei coetanei

di **Cristina Marrone**

10

# Ictus

## Le giovani rischiano di più dei coetanei

di **Cristina Marrone**

**È** vero che l'ictus, in generale, colpisce di più gli uomini delle donne. Ma c'è un'eccezione: sotto i 35 anni sono le donne ad avere una probabilità del 44% in più di andarvi incontro. Il dato emerge da una revisione sistematica che ha coinvolto diversi ospedali americani, pubblicata su un numero speciale della rivista *Stroke*.

Globalmente il 95% dei pazienti con ictus ha oltre 45 anni e i due terzi di questi ne ha più di 65. Sotto i 45 anni l'ictus è molto più raro e i ricercatori si sono concentrati proprio su questa fascia di età.

In tutto, negli studi presi in esame, sono stati coinvolti 70 mila partecipanti: 33 mila donne e 37 mila uomini, provenienti da Stati Uniti, Canada, Francia e Paesi Bassi. Nelle varie indagini sono stati considerati tutti i tipi di ictus: quello ischemico che rappresenta la grande maggioranza, con l'87% dei casi, quello emorragico (causato dalla rottura di un

vaso sanguigno), ma anche l'attacco ischemico transitorio o «Tia» (caratterizzato da un'interruzione temporanea e reversibile del flusso sanguigno in una parte del cervello, quindi non un ictus propriamente detto) e l'ictus detto *criptogenico*, che ha origini sconosciute.

Dall'analisi emerge che sotto i 35 anni l'incidenza dell'ictus ischemico è opposta a quella che si rileva in età più avanzata: in età giovanile sono le donne a rischiare di più. La differenza di genere è invece quasi nulla tra i 35 e i 45 anni mentre oltre i 65 anni, periodo della vita in cui l'ictus registra maggiore frequenza, sono gli uomini a essere maggiormente esposti.

### Condizioni pericolose

Ma perché le giovani donne hanno maggiori probabilità di andare incontro a un ictus ischemico rispetto ai coetanei? «Non è sorprendente ed è un dato confermativo» spiega Valeria Caso, neurologa all'Unità ictus dell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia. «Esistono fattori di rischio troppo

spesso sottovalutati tra le più giovani. C'è una tripletta che può fare molto male: fumo, pillola anticoncezionale ed emicrania con aurea preceduta da fe-

nomeni visivi come lampi o macchie scintillanti e disturbi nella parola sono situazioni che aumentano le probabilità di andare incontro a un ictus».

«Il fumo va assolutamente eliminato, la pillola è un segno di libertà, ma in una donna che soffre di emicrania con aurea consiglieri un anticoncezionale a maggiore contenuto di progesterone invece che di estrogeni» avverte Caso, che è anche stata la prima donna presidente dell'European Stroke Organisation. «La buona notizia è che rispetto ad anni fa oggi in ospedale arrivano meno ragazze colpite da ictus durante l'assunzione di pillola anticoncezionale, anche per i dosaggi ormonali più bassi che in passato».

Se è vero che la malattia aterosclerotica è più diffusa tra gli uomini, gli



eventi che si registrano tra le donne sono più devastanti. Secondo i dati Istat in Italia l'ictus è la causa dell'8,8% dei decessi totali, ma le donne muoiono più degli uomini per questa patologia (10% contro 7,3%).

Le giovani donne che sopravvivono a un ictus ischemico si riprendono con maggiori difficoltà e i ricercatori americani sottolineano che hanno un rischio da 2 a 3 volte superiore di ottenere risultati funzionali inferiori rispetto ai maschi della stessa età.

«Questo accade — ipotizza la specialista — perché in generale le donne sono meno in forma fisicamente rispetto agli uomini, soprattutto in età più avanzata. Inoltre con un ictus si va spesso incontro a una paresi facciale, che rappresenta una profonda ferita narcisistica: le pazienti tendono a non farsi vedere, a nascondersi, provando vergogna mentre dovrebbero credere nel loro valore, accettare quel che è successo chiedendo aiuto e puntando sulla riabilita-

zione. L'ictus fa perdere alcune abilità delle nostre centomila, ma ne restano sempre tante che con l'aiuto di professionisti possono essere utilizzate».

Le donne più giovani difficilmente considerano l'ictus come un pericolo,

non credono possa capitare a loro, e di conseguenza anche la prevenzione è trascurata e il rischio è sottovalutare i primi campanelli d'allarme come l'improvvisa asimmetria del volto, difficoltà a parlare, insensibilità agli arti.

## Come evitarlo

Eppure nella maggioranza dei casi l'ictus potrebbe essere evitato modificando lo stile di vita, rinunciando al fumo, facendo attività fisica regolare come camminare, fare le scale, andare in bicicletta, seguendo una dieta a basso contenuto di sale e grassi di origine animale come latte, salumi, carni grasse. Come segnala l'associazione A.L.I.Ce, in prima linea nella lotta al-

l'ictus cerebrale, l'incidenza dell'ictus aumenta con l'età, raddoppia dopo i 55

anni e aumenta in modo esponenziale dopo i 65.

## Donne anziane

Dopo gli 80 anni si verifica un ulteriore picco di donne colpite da ictus, soprattutto perché vivono di più, sono quindi più numerose e spesso invecchiano peggio degli uomini.

Ipertensione e fibrillazione atriale sono i principali fattori di rischio per l'ictus nelle più anziane: l'80% delle donne con ictus sono ipertese, e spesso non ne sono consapevoli.

Inoltre, tra gli over 70 con fibrillazione atriale il rischio di ictus raddoppia ogni 10 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La malattia colpisce soprattutto i maschi over 65 ma quando si presenta sotto i 35 anni la sua incidenza è maggiore nel sesso femminile, dove l'evento ha anche conseguenze peggiori

## Faccia asimmetrica



Con la sigla F.A.S.T. si indicano i sintomi di un probabile ictus, che quindi richiedono soccorsi immediati. Il primo (F come faccia) è l'improvvisa asimmetria nel volto, la bocca distorta, una palpebra che cade.

## Arto insensibile



Un braccio o una gamba (A, come «arm», braccia) che diventano insensibili o improvvisamente deboli non devono essere sottovalutati, come la perdita di equilibrio o la non coordinazione dei movimenti.

## Parole incomprensibili



Durante l'ictus parole e frasi pronunciate diventano incomprensibili (S sta per «speech», linguaggio), articolare le parole è sempre più difficile fino al blocco e alla comparsa della bocca storta.

## Tempo salvavita



La rapidità dei soccorsi è cruciale (T sta per tempo): ogni secondo perso prima di intervenire con le terapie è un'abilità che va perduta. Identificare tempestivamente i sintomi è il primo passo verso la salvezza.



55

per cento dei pazienti sopravvissuti è depresso nel primo anno dopo l'ictus

Con i segni F.A.S.T chiedere aiuto subito

L'indicazione arriva da una revisione di studi che hanno coinvolto 33 mila donne e 37 mila uomini

Uno stile di vita sano con attività fisica regolare e dieta a basso contenuto di sale è la prima prevenzione



## Sanità

# Aumenta all'8% il tetto della spesa farmaceutica

La manovra di finanza pubblica 2022 in ambito sanitario ha incrementato il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale e le risorse per l'acquisto di vaccini anti Sars-cov2 e di farmaci per la cura dei pazienti affetti da Covid-19 e di farmaci innovativi. È finanziata, inoltre, la formazione specialistica dei medici, aumentando il numero dei posti a disposizione per le varie specializzazioni sino a circa 12.000. Riguardo i vincoli sulla spesa farmaceutica, la legge di Bilancio 2022 incrementa il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, fissato al 7,85% del livello del finanziamento del Ssn nel 2021, all'8% nel 2022, 8,15%

nel 2023 e 8,30% a decorrere dal 2024. Viceversa, il tetto della spesa farmaceutica convenzionata resta fissato nella misura del 7 per cento. Tra i collegati alla manovra di bilancio 2023-2025, un Ddl recante misure di attuazione del Patto per la salute 2019-2021 e per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le app sulla salute dotate di chatbot, ovvero sistemi automatici che propongono anche ipotesi diagnostiche o suggerimenti di cura, potrebbero essere molto utili. Ma restano parecchi dubbi

## «Assistenti virtuali» in sanità Quelli davvero affidabili sono ancora troppo pochi

di **Ruggiero Corcella**

**O**rmai abbiamo imparato a conoscerli: basta collegarsi al sito di un ospedale o anche di un'associazione di volontariato per veder spuntare da un angolo un «emoticon» o la classica «nuvoletta» da fumetto.

Cliccandoci sopra, si apre una finestra dove è possibile leggere un messaggio del tipo: «Ciao, sono X l'assistente virtuale di Y. Come posso aiutarti?».

Sono i «chatbot» (noti pure come «agenti di conversazione»), sistemi automatici che in ambito sanitario propongono anche ipotesi diagnostiche o suggerimenti di cura.

La stessa Organizzazione mondiale della sanità, durante la pandemia, ne ha lanciato uno su Facebook Messenger per combattere la disinformazione sul Covid-19.

Il più «famoso» è quello sviluppato dalla compagnia privata Babylon, con la quale il National Health System (il Servizio sanitario nazionale del Regno Unito) ha stipulato una convenzione per l'utilizzo di un servizio di visita virtuale, supportata da algoritmi di Intelligenza artificiale.

Ma quanti sono a livello mondiale e, soprattutto, quali possono essere ritenuti validi da un punto di vista medico-scientifico? Un gruppo di ricercatori della Johns Hopkins University e della Bloomberg School of Public Health di Baltimora (Usa) ha cercato di rispondere a queste domande. La revisione sistematica, pubblicata su *Npj Digital Medicine* (gruppo Nature), si è concentrata sulle app relative alla salute dotate di un «agente conversazionale» basato su testo incorporato, disponibili per il download pubblico gratuito tramite Google Play o Apple iOS Store e in inglese. Ebbene dalle 2.293 app iniziali si è arrivati a ritenerne valide solo 78, utilizzate in 33

Paesi compresi alcuni con una presenza più limitata di smartphone e connettività 3G. Che cosa fanno gli healthbot selezionati? Svolgono una serie di funzioni, tra cui educazione sanitaria, valutazione dei sintomi e assistenza con compiti come la pianificazione. La maggior parte sono rivolti ai pazienti e si concentrano nelle aree dell'assistenza primaria e della salute mentale.

Solo sei (8%) delle app incluse nella revisione hanno mostrato di avere una base teorica/terapeutica per il loro approccio. E questo è un elemento di grande apprensione. Due terzi delle app dispongono di funzionalità per personalizzare il contenuto dell'app per ciascun paziente in base ai dati raccolti da loro stessi.

«La nostra revisione suggerisce che i chatbot sanitari, sebbene potenzialmente trasformativi nel concentrare l'assistenza attorno all'utente, sono ancora in uno stato di sviluppo nascente e richiedono ulteriori ricerche per un impatto sulla salute a livello di popolazione», concludono gli autori.

Secondo il professor Sergio Pillon, coordinatore della trasformazione digitale nella Asl Frosinone (regione Lazio), lo studio porta a tre riflessioni. La prima: «Lo scopo per cui viene usata un'app "sanitaria" è un punto chiave. Se si usa per scopi di salute deve essere, in Europa, un dispositivo medico certificato. Nella revisione non si parla di certificazione e, dal punto di vista del paziente, è un grande pericolo. La certificazione infatti non garantisce solo gli aspetti formali ma anche la



# CORRIERE SALUTE

“non nocività” dello strumento, la sicurezza».

«Un altro tema importante la necessità non solo di una valutazione tecnica, come appare nell'articolo pubblicato su Npj, ma anche di una validazione clinica con studi randomizzati e controllati. Come ogni altro strumento di diagnosi e cura ci saranno pro, ma anche contro, persone per cui sono indicate queste app o controindicate».

Arriviamo al terzo punto: «Se si tratta di

strumenti sanitari qualcuno li dovrà prescrivere e inserire in un piano di cura; poi valutare efficacia o problemi.

«Infine un commento da medico; voi vi fidereste di una enciclopedia medica? Io no, e la maggior parte di questi strumenti, hanno basi di dati relativamente piccole, algoritmi di Ai non certificati. Consiglio quindi di chattare con un medico, in alternativa per le informazioni si può usare l'algoritmo di Google».

## ● La parola

### HEALTHBOT

Si tratta di una fusione tra i sostantivi inglesi «health» (salute) e «chatbot», quest'ultima a sua volta composta dalle parole «chat» (conversare) e «bot» (robot). Sta ad indicare una applicazione sviluppata nell'ambito della sanità, dotata di programmi per computer che imitano la conversazione con gli utenti utilizzando il testo o il linguaggio parlato.

# 24,7

miliardi di dollari, gli investimenti in sanità digitale nel corso del 2020 effettuati da 781 diversi attori

# 350

mila le app sanitarie disponibili a livello mondiale; nel 2017 erano oltre 318mila (Fonte: Iqvia, 2021)

# 47

per cento delle app riguarda la gestione di condizioni di salute specifiche (28% nel 2015)



## Regalo amaro

# Roma taglia 100 milioni alla sanità territoriale

■ In Lombardia il Pd, nelle ultime settimane, ha messo in piedi una campagna - fotocopia di quella della Lega - per sostenere la medicina territoriale. A Roma il ministro Roberto Speranza - che di centrodestra certo non è - taglia 100 milioni di euro destinati alla Sanità territoriale.

FABIO RUBINI → a pagina 37

## Ancora uno scippo alla Lombardia

# Regalo da Roma: 100 milioni di tagli alla sanità

Il leghista Monti: «Dal Pd solo polemiche. Chiedano a Speranza di ridarceli». I soldi mancanti ce li metterà come al solito, la Regione

### FABIO RUBINI

■ In Lombardia il Pd, nelle ultime settimane, ha messo in piedi una campagna - fotocopia di quella della Lega - per sostenere la medicina territoriale. A Roma il ministro Roberto Speranza - che di centrodestra certo non è - taglia 100 milioni di euro dai fondi del Pnrr destinati alla Sanità territoriale. E il Pd lombardo resta muto.

A scoprire le carte è stato il presidente della Commissione sanità del Pirellone, il leghista Emanuele Monti, che rispondendo ad alcune critiche del Pd ha prima spiegato che dal ministero sono arrivate «modifiche che incidono per l'1% sulla legge 22 - la riforma sanitaria approvata alla fine dello scorso anno, ndr -. Purtroppo in questo 1% c'è anche una modifica che penalizza fortemente la nostra regione cioè il taglio da parte del ministero della Salute di circa 100 milioni di euro di tra-

sferimenti statali a favore della Lombardia per la realizzazione delle strutture sanitarie territoriali. Invece, pertanto Pd e Cinquestelle a mettere la stessa energia con cui fanno polemica nel convincere Speranza a ravvedersi su questa decisione».

Questo taglio, però, non inciderà sulla riforma. «Ce li metteremo noi come al solito - spiega a *Libero*, Monti - per fortuna la Lombardia ha questa possibilità. Del resto già nella legge di riforma oltre ai fondi in arrivo dal Pnrr, come regione abbiamo previsto un investimento diretto da 800 milioni di euro». Con l'intervento riparatore dalle casse del Pirellone «il numero delle strutture sanitarie da aprire sul territorio resterà invariato» e almeno questa è una buona notizia. «Purtroppo - continua Monti - i criteri di ripartizione dei fondi del Pnrr non sono gli stessi di quelli usati per il Fondo sanitario nazionale. E questo ha penalizzato la Lombardia».

Non è la prima volta che la nostra regione si è trovata in difficoltà rispetto alla distribuzione dei fondi europei del Piano nazionale di ripresa e

resilienza. Era già capitato nella ripartizione delle risorse stanziate per le opere pubbliche di rigenerazione urbana. In quel caso a "fregare" la Lombardia era stato l'indice di vulnerabilità, che di fatto penalizzava le regioni finanziariamente più forti e agevolava quelle economicamente in difficoltà. In quel caso ci fu la rivolta dei parlamentari leghisti che, spalleggiati da Comuni e Province di tutti i colori - riuscirono a portare a casa un finanziamento extra da 900 milioni di euro, bastanti a coprire tutti quei progetti che, soprattutto in Lombardia, erano entrati in graduatoria, ma senza la necessaria copertura finanziaria. La speranza è che anche questa volta dal Parlamento possano arrivare quei 100 milioni che il ministero retto da Roberto Speranza non ha esitato a tagliare alla Lombardia.

La notizia del decurtamen-



to dei fondi, come detto, è stata esplicitata nel corso di una commissione sanità piuttosto agitata, nel corso della quale Pd e M5S hanno accusato la maggioranza di essersi «piegata alle modifiche del governo per evitare che la riforma venisse impugnata». Una versione totalmente rigettata dallo stesso Emanuele Monti: «Quanto emerso

durante le audizioni con i tecnici ministeriali e di Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ndr), è inconfutabile. Le modifiche tecniche sulla legge regionale 22/2021 che stiamo per approvare migliorano ulteriormente il disposto normativo e sono dettate dal principio costituzionale di leale collaborazione fra i livelli del governo». Per questo, spiega ancora il leghista «chi di-

ce che siano di fronte ad uno sconvolgimento della legge lombarda mentre sapendo di mentire. Le modifiche sono tecniche, puntuali e riguardano solo l'1% della legge 22 modificandola nella forma, ma non nella sostanza».

#### **NESSUN CAMBIO**

«Grazie al nostro intervento non modificheremo né la riforma, né il numero di strutture sul territorio



Emanuele Monti



**Covid**

# Scendono i positivi Nel Lazio 7.782 contagi

**I**eri nel Lazio i positivi sono stati 7.782, in calo di 2.121 rispetto al giorno precedente: 52.709 i tamponi eseguiti, di cui 9.796 molecolari e 42.913 antigenici. A Roma si sono registrati 3.898 casi, circa la metà del totale. Il rapporto tra positivi e tamponi è al 14,7 per cento. Nove i decessi, uno in meno di quanti ce n'erano stati martedì. I guariti invece sono stati 5.383. Per quanto riguarda l'occupazione dei posti letto negli ospedali, i ricoverati in area medica sono 1.152, in aumento di sei unità rispetto alle 24 ore precedenti. Cresciute anche le terapie intensive con 81 pazienti ricoverati

(+3). In base al monitoraggio quotidiano dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) il tasso di occupazione dei posti letto nei reparti ospedalieri di area medica nel Lazio è sceso al 18 per cento. In tutto nel Lazio ci sono al momento 135.607 positivi (compresi i pazienti ricoverati negli ospedali), mentre 134.374 residenti sono in isolamento domiciliare. Dall'inizio dell'epidemia i guariti si contano 1.186.143 e 10.823 morti su un totale di 1.332.573 casi esaminati. Restando in ambito sanitario, ieri l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato, la

rettrice della Sapienza, Antonella Polimeni, e il direttore generale dell'Umberto I, Fabrizio d'Alba, hanno inaugurato la nuova risonanza magnetica 3 Tesla Magnetom Vida, installata nella I Clinica medica, e la nuova radioterapia che si trova in Radiologia centrale. Entrambi i servizi sono già funzionanti ed operativi. Il Gemelli invece, insieme a Enel X, ha sottoscritto un accordo con Aon (consulenza rischi e intermediazione assicurativa) allo scopo di portare la telemedicina al centro del welfare aziendale. © RIPRODUZIONE RISERVATA



*Covid*

## I nuovi sintomi spaventano i medici “Non sappiamo che variante sia”

di Arianna Di Cori  
● a pagina 4

# Covid, triple infezioni e vertigini

## Ecco i nuovi sintomi

L'allarme dei dottori di medicina generale che hanno sospetti sulle varianti  
Preoccupa la Xe. “Ma ormai fare un sequenziamento è impossibile”

di Arianna Di Cori

Vertigini, mancanza di gusto e olfatto, pazienti che si contagiano per la terza volta. Mentre i casi nel Lazio, dopo il picco delle ultime settimane, tornano a mostrare un timido trend in discesa, i medici di medicina generale registrano alcuni strani segnali. «Da una decina di giorni abbiamo cominciato a vedere pazienti con sintomi che non sono assolutamente quelli tipici di Omicron – spiega Marco Trifogli, medico di famiglia a Colferferro, nella Asl Roma 5 e del direttivo provinciale del sindacato Snami – ad esempio la mancanza di gusto e olfatto, che ci fanno pensare a un ritorno di Delta. Ma anche novità, come le vertigini associate alla positività. Mai viste prima. Inoltre sono arrivati i primi casi di tripla infezione, su persone che hanno ricevuto tutte e tre le dosi di vaccino». Numeri piccoli, che però non possono essere derubricati solo al caso.

«L'errore di fondo è pensare che ormai circoli solo Omicron – conferma Massimo Ciccozzi, epidemiolo-

go del Campus Biomedico -. Se così fosse, sarebbe impossibile spiegare il perché delle morti che si continuano a registrare, dato che Omicron provoca sintomi lievi». Un esempio per tutti? «Abbiamo appena pubblicato uno studio su un paziente colpito da Alfa», continua Ciccozzi. Sì, proprio la “vecchia” Alfa, ovvero la variante inglese, dietro alla seconda ondata che tra la fine del 2020 e l'inizio del 2021 ha messo a dura prova la tenuta del sistema sanitario.

Secondo l'epidemiologo il nemico, in un momento di generale calo dell'attenzione nei confronti del virus, non è la Xe, ovvero la variante “ricombinante”, figlia di Omicron 1 e Omicron 2, scoperta in Inghilterra su circa 600 casi e individuata anche in Francia e Danimarca. Nel Lazio, stando all'osservatorio epidemiologico dello Spallanzani, «non è ancora stata sequenziata». Ma appunto, non è questo il problema. «Non possiamo nemmeno definire la Xe una variante – prosegue Cic-

cozzi – si tratta dell'unione dei due ceppi affini, con la stessa contagiosità e la stessa patogenicità. Il vero problema è quello legato al sequenziamento, se vogliamo davvero anticipare le mosse del virus dobbiamo fare come l'Inghilterra, bisogna attivare una vera e propria macchina, che in modo sistematico sia capace di raccogliere le segnalazioni dal territorio e analizzarle». Un sistema, insomma, capace di mettere in comunicazione i medici di medicina generale in trincea con le autorità sanitarie. Eppure questo non avviene. «Richiedere il sequenziamento per un tampone è praticamente impossibile – dice Trifogli – ho provato diverse volte a fare richiesta di un controllo approfondito al Servizio igiene e sanità pubblica della Asl, ma non ho mai ricevuto risposta». E così, anche i casi anomali, rimangono nel limbo. Un ritorno di Delta? Uno strascico di Alfa? Un nuovo ceppo? Nessuno può saperlo. E il rischio, tanto per cambiare, è che poi sia troppo tardi.



## LA DENUNCIA

I fatti avvenuti alla scuola di specializzazione in Ortopedia dell'Università di Salerno

### «Costretti a fare flessioni se in ritardo»

••• Specializzandi costretti a fare flessioni se arrivano in ritardo anche solo di pochissimi minuti, e sottoposti ad altri tipi di vessazioni e punizioni. È quanto sarebbe avvenuto nella Scuola di specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Salerno, secondo la denuncia dall'Associazione Liberi Specializzandi - Fattore 2a, che ha anche diffuso alcune foto a testimonianza di quanto riferito. L'ateneo salernitano ha avviato un'indagine interna e rimosso il direttore della Scuola di specializzazione. L'Università ha fatto sapere di aver ricevuto la segnalazione dall'associazione via Pec lo scorso 31 marzo e che nella stessa giornata il

rettore Vincenzo Loia ha inviato al direttore del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria-Dipmed la richiesta di una relazione dettagliata sui fatti segnalati, riservandosi, a seguito delle dovute verifiche, eventuali

altre azioni. «Allo stato attuale - spiega l'università salernitana - il direttore del Dipmed ha nominato un'apposita commissione di verifica e ha contestualmente avocato a sé la direzione della Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia dell'Università di Salerno.

Delle azioni finora avviate è stato informato il Ministero dell'Università e della Ricerca», conclude la nota dell'ateneo.

ENE VERGINE

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### *I provvedimenti*

*L'Ateneo ha avviato un'indagine interna e rimosso il direttore del corso in attesa delle verifiche*

