



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

14 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



Ospedale Gravina

“Fuori il Gravina dall’Asp di Catania”, il deputato Giuseppe Compagnone lancia la sfida per salvare l’ospedale di Caltagirone

“Per risolvere problemi straordinari occorrono interventi straordinari” afferma il deputato autonomista che propone una convenzione con un Policlinico Universitario

13 Aprile 2022 - di [Redazione](#)

Il deputato regionale del Movimento Nuova Autonomia Giuseppe Compagnone torna a parlare dell’Ospedale di Caltagirone lanciando una proposta destinata a scuotere dalle fondamenta l’attuale assetto della sanità nel calatino. “Bisogna trovare delle soluzioni straordinarie ad un problema che è straordinario. Bisogna estrapolare, tirare fuori, l’Ospedale di Caltagirone dall’Asp di Catania e reintrodurlo in un sistema ospedaliero diverso, per esempio attraverso un accordo con il Policlinico San Marco, in modo che i medici possano turnare e prestare servizio anche nella nostra cardiologia, nel nostro pronto soccorso, nella nostra medicina” afferma il medico chirurgo e deputato di Grammichele che, avendo lavorato per decenni all’Ospedale di Caltagirone ne conosce molto bene problematiche e potenzialità. “Non è più il tempo dei pannicelli caldi, e non è certo prendendosela con un direttore di presidio valido ed autorevole come la dottoressa Giovanna Pellegrino che può risolversi il problema dell’Ospedale Gravina” prosegue Compagnone rispondendo alla polemica sollevata



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

ieri in Assemblea Regionale dal deputato del Movimento 5 Stelle Francesco Cappello che ne ha chiesto la rimozione. “Per risolvere una volta per tutte la crisi dell’Ospedale di Caltagirone ci vuole un grande impegno della politica. Ci vuole un intervento pesante, serio, autorevole dell’assessore Ruggero Razza e del presidente Nello Musumeci che, d’accordo con i deputati ed i sindaci del territorio, riesca finalmente a dare una risposta al diritto di assistenza sanitaria agli abitanti del calatino. Io prendo l’impegno formale, come partito, come persona, come deputato, di occuparmi di questa proposta e di portarla avanti. Spero che altrettanto facciano il collega Francesco Cappello, il sindaco di Caltagirone, gli altri sindaci ed esponenti politici del territorio. Diamoci una mano insieme, al di là delle appartenenze, per tirare fuori il Gravina dall’Asp di Catania, inserirlo in un contesto di Policlinico Universitario, che se non è quello del San Marco può anche essere quello del costituendo Policlinico di Enna, e restituire così il diritto alla salute ai nostri concittadini”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Covid, nell'ultima settimana diminuiscono i nuovi casi ma ricoveri oltre la media nazionale

14 Aprile 2022

Diminuiscono i nuovi casi di Coronavirus in Sicilia nell'ultima settimana ma i posti letto occupati in area medica (25,8%) e in terapia intensiva (7,1%) sono sopra la media nazionale. È quanto viene messo in evidenza dal consueto report del giovedì di Gimbe. Nell'Isola, nella settimana 6-12 aprile si registra, inoltre, un miglioramento per i casi attualmente positivi per 100.000 abitanti, che sono 3.042. **Cresce la popolazione che ha completato il ciclo vaccinale è pari 79,8%**, anche se rimane sotto la media nazionale (84,1%) a cui aggiungere un ulteriore 2,1% (media Italia 1,6%) solo con prima dose. Nel dettaglio, il tasso di copertura vaccinale con terza dose è del 78,6% (media Italia 83,7%), mentre il tasso di copertura vaccinale con quarta dose (persone immunocompromesse) è del 4,7% (media Italia 8,9%). Per quanto riguarda i bambini, numeri ancora sotto la media nazionale: la popolazione 5-11 che ha completato il ciclo vaccinale è pari 26,7% (media Italia 33,9%) a cui aggiungere un ulteriore 3,3% (media Italia 3,6%) solo con prima dose. Per quanto riguarda i nuovi casi per 100.000 abitanti dell'ultima settimana suddivisi per provincia: Messina 983 (-21,8% rispetto alla settimana precedente); Trapani 736 (-13,7%); Siracusa 710 (-4%); Palermo 657 (-20%); Agrigento 643 (-24,1%); Ragusa 625 (-20,6%); Caltanissetta 595 (-26,8%); Catania 503 (-5,2%) ed Enna 499 (-38,1%). A livello nazionale, sempre secondo i dati di Gimbe, negli ultimi 7 giorni c'è stata una lenta discesa dei contagi Covid (-6,5%), stabili ricoveri ordinari (-0,4%) e terapie intensive (-1,7%), giù i decessi (-11,4%). Ma alla vigilia delle festività pasquali "se da un lato tutti gli indicatori certificano una fase di plateau, la circolazione del virus rimane ancora molto elevata: oltre 1,2 milioni di positivi, oltre 60 mila casi al giorno e un tasso di positività dei tamponi antigenici al 15,5%. Indispensabile evitare



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

assembramenti e soprattutto utilizzare le mascherine al chiuso". Lo dichiara il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, in occasione del monitoraggio.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Dialisi in vacanza. Progetto confermato anche per il 2022, dalla Regione 120mila euro

L'iniziativa si rivolge a chi soffre di patologie croniche ai reni, in modo da permettere loro di trovare il servizio di dialisi nelle località di villeggiatura toscane quando sono in vacanza. Previsto anche un contributo di 25,82 euro per ogni prestazione dispensata ai non residenti. Bezzini: "Garantiamo così a tutti continuità nei trattamenti ed assistenza straordinaria ovunque si rechino"



14 APR - L'estate si avvicina e la giunta regionale conferma anche per quest'anno il progetto **"Dialisi-Vacanza"**.

L'iniziativa si rivolge a chi soffre di patologie croniche ai reni, in modo da permettere loro di trovare il servizio di dialisi nelle località di villeggiatura toscane quando sono in vacanza. Diversamente sarebbe per loro molto complicato programmare un viaggio lontano da casa. "In questo modo garantiamo a tutti continuità nei trattamenti ed assistenza straordinaria ovunque si rechino – spiega l'assessore alla salute, **Simone Bezzini** – tuteliamo insieme il loro diritto alla salute ma anche la possibilità di viaggiare. E siccome il servizio non si rivolge solo ai toscani ma anche a chi vive altrove in Italia o all'estero, l'iniziativa



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

diventa anche un incentivo ad organizzare un viaggio nella nostra regione e dunque un aiuto, indiretto, ad un pezzo della nostra economia”. In tutta la Toscana le persone affette da insufficienza renale cronica sono il 3-4%. Di questa percentuale, i pazienti che effettuano la dialisi sono circa il 13%. Nel 2019, prima della pandemia e tra gli anni con la maggiore richiesta, hanno usufruito del servizio “Dialisi in vacanza” circa 800 persone per pressapoco seimilatratamenti complessivi.

Per il 2022 la Giunta metterà a disposizione 120 mila euro, affinché le aziende sanitarie possano organizzare progetti mirati. È previsto un contributo di 25,82 euro per ogni prestazione dispensata ai non residenti. I trattamenti goduti da italiani che abitano in altre regioni o da stranieri saranno rimborsati dalle rispettive Asl o nazioni. “Le precedenti esperienze di questo progetto hanno dato risultati positivi. I dializzati cronici purtroppo sono in aumento – aggiunge ancora Bezzini – e l’attivazione di progetti mirati per prestazioni straordinarie, come questo, costituisce una garanzia pure per i pazienti residenti già serviti nei rispettivi territori”.

la Repubblica

BARI la Repubblica

14/04/2022

L'iniziativa

Ucraini, Miulli attiva un ambulatorio per curare i profughi

L'ospedale ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti, ha attivato un ambulatorio per fornire assistenza sanitaria specialistica ai profughi ucraini. L'ambulatorio è promosso dalla Caritas diocesana con il sostegno dell'Aris, l'Associazione religiosa istituti socio sanitari, e si avvarrà della collaborazione volontaria di tutto il personale medico e infermieristico dell'ospedale. Sarà aperto ogni martedì, dalle 14 alle 17, all'interno del poliambulatorio al piano zero e nell'ambulatorio di pediatria, garantendo prestazioni cliniche specialistiche.

14/04/2022

Iniziativa all'ospedale Miulli La Caritas promuove ambulatorio per i profughi ucraini

L'ospedale ecclesiastico Miulli di Acquaviva delle Fonti, nel Barese, ha attivato un ambulatorio per fornire assistenza sanitaria specialistica ai profughi ucraini. L'ambulatorio è promosso dalla Caritas diocesana di Altamura-Gravina-Acquaviva delle Fonti con il sostegno dell'Aris, l'Associazione religiosa istituti socio sanitari, e si avvarrà della collaborazione volontaria di tutto il personale medico e infermieristico dell'ospedale Miulli.

L'ambulatorio sarà aperto ogni martedì, dalle ore 14 alle 17, all'interno del poliambulatorio al piano zero e nell'ambulatorio di pediatria, garantendo prestazioni cliniche specialistiche; prescrizioni terapeutiche; eventuali erogazioni dirette di farmaci; valutazioni pediatriche; rilascio di certificati in lingua italiana. La Caritas, che si occupa di raccogliere le richieste dei cittadini ucraini, mette inoltre a disposizione caregiver e mediatori socio-linguistici per coloro che vengono assistiti dai medici del Miulli.

In ospedale sarà anche presente un mediatore linguistico di lingua ucraina, affiancato da un operatore Caritas.

14/04/2022

Promosso dalla Caritas fornirà assistenza sanitaria specialistica

L'ospedale Miulli attiva un ambulatorio per i rifugiati

L'emergenza del conflitto armato in Ucraina scuote gli animi dell'Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti, che per fornire un aiuto concreto ai rifugiati dalla guerra ha attivato un ambulatorio finalizzato a fornire assistenza sanitaria specialistica. L'ambulatorio è promosso dalla Caritas Diocesana di Altamura – Gravina – Acquaviva delle Fonti con il sostegno dell'ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari) e si avvarrà della collaborazione volontaria di tutto il personale medico e infermieristico dell'Ospedale Miulli nonché di tutti coloro che vorranno dare la propria disponibilità. L'ambulatorio del Miulli è aperto ogni martedì, dalle ore 14:00 alle 17:00, all'interno del poliambulatorio al piano 0 e nell'ambulatorio di pediatria al piano 4, garantendo: Prestazioni cliniche specialistiche; Prescrizioni terapeutiche; Eventuali erogazioni dirette di farmaci; Valutazioni pediatriche;

Rilascio di certificati in lingua italiana.

La Caritas, che si occupa di raccogliere le richieste dei cittadini ucraini, mette inoltre a disposizione caregiver e mediatori socio-linguistici per coloro che vengono assistiti dai medici del Miulli. La responsabilità del servizio ospedaliero è affidata alla Dott.ssa Angela Linzalone, coadiuvata dalla Dott.ssa Albachiera Muccio e dall'Ing. Vincenzo Del Buono.

Tali spazi all'interno del Miulli intendono essere un luogo di accoglienza e cura per coloro che non sono ancora in possesso di un regolare permesso di soggiorno e di coloro che, per motivi sociali, culturali ed economici, vengono ad essere privati della possibilità di avere accesso ad una assistenza sanitaria, con un'attenzione particolare per i bambini. In ospedale sarà anche presente un mediatore linguistico di lingua ucraina, affiancato da un operatore Caritas, che si metterà in ascolto

sia di chi è giunto nelle nostre città sia di coloro che desiderano offrire ospitalità, contributi e servizi a favore dei migranti. In questi mesi la diocesi ha raccolto la disponibilità di cento famiglie che, in modalità diversa, collaboreranno per le accoglienze.



I DATI DELL'ISS: SOLO A GENNAIO, EVITATE 228 MILA OSPEDALIZZAZIONI

L'effetto delle immunizzazioni "In Italia salvate 150 mila vite"

ROMA

Da quando sono iniziate le prime punture nel dicembre 2020, la campagna di vaccinazione anti-Covid ha permesso di salvare in Italia 150 mila vite e di evitare 8 milioni di ricoveri. I numeri pubblicati ieri dall'Istituto superiore di sanità dovrebbero bastare più di qualsiasi parola a convincere non solo quei 4 milioni di italiani che fino ad oggi di dosi non ne hanno fatta nemmeno una, ma anche l'esercito ancor più numeroso di chi, pensando sia ormai tutto finito, continua a tenersi alla larga dai booster, pur essendo giunto il momento di farlo. Oppure non vaccina i propri figli.

Secondo l'ultimo rapporto Iss, la campagna vaccinale

ha permesso di evitare anche 500 mila ospedalizzazioni e 55 mila ricoveri in terapia intensiva tra il 27 dicembre 2020 e il 31 gennaio 2022. In particolare, solo nel mese di gennaio 2022, con la variante Omicron capace di infettare 4,3 milioni di italiani, la vaccinazione ha permesso di evitare 5,2 milioni di casi, 228 mila ospedalizzazioni, 19 mila ricoveri in terapia intensiva e 74 mila decessi. Grazie ai vaccini si è scongiurato dunque il rischio di una nuova congestione degli ospedali. In più, dice ora uno studio dell'Università di Ginevra pubblicato da Nature, chi è vaccinato ha una capacità 5 volte inferiore rispetto a chi non lo è di trasmettere l'infezione.

Per evitare di ritrovarsi però punto e a capo quando in autunno il clima si farà di nuovo rigido, ci si prepara a vaccinare probabilmente gli over 50 con quella che anziché quarta dose gli esperti preferiscono chiamare «richiamo annuale», sulla falsa riga di quello che si fa contro l'influenza. In vista dell'appuntamento le industrie sperimentano un vaccino aggiornato su Omicron, anche se il numero uno di Pfizer, Albert Bourla, annuncia che si sta lavorando a un antidoto di durata annuale. Che difficilmente però verrà approvato entro l'autunno. La sfida da vincere resta comunque quella del vaccino aggiornato su Omicron e sulle sue sottovarianti. Che continuano a pro-

liferare in Italia. La versione 2 è appena diventata predominante che già si presenta la BA.2.3, secondo il Ceinge-biotecnologie avanzate già presente in circa il 20% dei casi. **PA.RU.** —

62.037

I nuovi contagi di ieri su 419.995 tamponi con tasso di positività stabile al 14,8%

155

Le vittime nelle ultime 24 ore, 449 i ricoverati in terapia intensiva (-14 in un giorno)



ULTIME MISURE IN VIGORE

I «rigoristi» del ministero, da Rezza a Ricciardi, spingono per la proroga al chiuso oltre il primo maggio

I tecnici vogliono tenere le mascherine Speranza: «Decideremo dopo Pasqua»

••• Dal primo maggio si potrà non indossare più la mascherina al chiuso. Il governo, però, si è lasciato la possibilità di prorogare l'obbligo nel caso in cui ritenga che la situazione epidemiologica non sia ancora del tutto sotto controllo. L'ultima parola spetterà al ministro della Salute. Roberto Speranza prende tempo. Anche se sta pensando seriamente di prorogare l'obbligo. A spingerlo in questa direzione sono soprattutto i dirigenti del suo dicastero. A partire dal direttore Prevenzione Gianni Rezza, per il quale la mascherina al chiuso non solo è necessaria, ma è «un dovere morale».

Poi c'è Walter Ricciardi, il super con-

sulente del ministro, che ha già avvertito gli italiani: «Se verranno tolte le mascherine al chiuso avremo un nuovo picco tra giugno e luglio». Anche gli esperti più vicini al ministro, a partire dal numero uno del Consiglio superiore di sanità, Franco Locatelli, propendono per l'estensione dell'obbligo. L'ex coordinatore del Cts ha fatto sapere che lui continuerà ad indossare la mascherina al chiuso, «perché è finita l'emergenza ma non è finita la pandemia».

Dipenderà tutto dai contagi. Se non caleranno, la proroga sarà inevitabile. «Penso che la mascherina sia essenziale, poi dopo Pasqua, nell'ultima decade di aprile, faremo un'ulteriore valutazione con i nostri scienziati e decideremo», ha detto Speranza ieri. I prossimi giorni, quindi, saranno decisivi.

DAR. MAR.



Il dilemma anti-Covid

Speranza insiste sulle mascherine I virologi: ora basta

Il ministro non molla sulle misure di sicurezza: «Dopo Pasqua vedremo»
Crisanti e Bassetti concordano: «Ormai non impattano più sui contagi»

CLAUDIA OSMETTI

■ Forse il ministro della Salute, Roberto Speranza (Leu), pensa di trovarla nell'uovo di Pasqua, la soluzione. Ché qui, ogni giorno che avanza, la matassa s'ingarbuglia. «Ste benedette (si fa per dire) mascherine ce le porteremo ancora un po'». Almeno fino a domenica perché, dice Speranza, «in questo momento sono essenziali». Poi, scavallate le festività, e c'è pure il lunedì di fuori-porta, sia mai che ce lo godiamo in santa pace, chissà. Mica possiamo saperlo: «Nell'ultima decade di aprile faremo un'ulteriore valutazione con i nostri scienziati e decideremo». Eccolola. Ci risiamo. O meglio, ci rimandiamo. Dovevamo dismetterle il primo maggio, le mascherine, era addirittura scritto nel decreto che metteva al bando lo stato d'emergenza, e invece no. Ce le ritroviamo sul groppone. Pardon, sul naso.

ALTROVE

Adesso chi glielo spiega, al ministro Speranza, che in Spagna, tanto per fare un esempio, dal 19 aprile non se ne vedranno più? Chi

glielo fa notare che i greci stanno sforbiciano sul green pass e sui tamponi nelle scuole e che anche da noi c'è chi è stufo di girare con le narici coperte (togliere per strada, mettile sul tram; togliere a casa, rimettilo al ristorante) e ne farebbe volentieri a meno? Gli irriducibili della Ffp2 son pochini, circa il 10%. Nel senso che una ricerca dell'associazione Donne e qualità della vita sostiene che appena un italiano su dieci continuerà ad indossarle anche dopo la fine dell'obbligo.

Uno che l'ha detto fuori dai denti è il virologo Andrea Crisanti: «Dal punto di vista epidemiologico far tenere la mascherina in classe è una scelta inutile». Primo perché i ragazzi, appena possono, se ne sbarazzano e secondo perché di risultati concreti, almeno lì, in classe, nisba. Un altro che non ne ha mai fatto mistero è il direttore della Clinica di malattie infettive del Policlinico di Genova, Matteo Bassetti: «È da un anno e mezzo che in Italia c'è l'obbligo al chiuso e non vedo questo imparo sui contagi. Anzi, molti si contagiano e l'hanno usata in maniera

maniacale». Sor ministro, ha ripetuto che voleva ascoltare gli scienziati ed è accontentato.

FRAGILI

D'accordo, i soggetti fragili. D'accordo le situazioni a rischio (forse forse, lo ammettiamo anche noi, sui tram e sui bus se ne può ancora discutere). Ma i bollettini parlano chiaro: ieri abbiamo contato 62.037 nuove infezioni da covid-19, 21.606 in meno rispetto a martedì. E stanno diminuendo anche i ricoveri nei reparti ordinari (meno 41 in ventiquattr'ore) e i pazienti intubati in intensiva (meno quattordici) e le vittime (in un giorno si contano quattordici decessi in meno). Non sta andando malissimo. Non è uno scenario apocalittico.

Nel peggiore dei casi ci



stiamo stabilizzando, nel migliore c'è persino un certo margine di progresso. Invece no, invece dobbiamo aspettare Pasqua. Neanche. Ci tocca attendere il dopo Pasqua. Per capire, tra l'altro, in cosa incapperemo nel dopo maggio. Che viene sempre dopo rispetto agli altri (vedi Spagna e Grecia), i quali intanto fanno il pieno di turisti e tanti saluti.

QUARTA DOSE

Non siamo degli sconsiderati. Che la mascherina (un

po' come il vaccino) ci abbia salvato la pelle, l'abbiamo capito. Però mentre le notizie si accavallano (all'ospedale Pugliese di Catanzaro, ieri, hanno scoperto una "rigenerazione" del virus, e l'hanno chiamata XI; si parte con le prenotazioni per la quarta dose agli ultra-ottantenni; il 91,44% almeno una punturina se l'è fatta inoculare), niente. Il ministero della Salute si barica dietro la sua (ormai storica) cautela: «Credo che le mascherine oggi siano un presidio fondamentale»,

specifico Speranza, «noi le raccomandiamo con forza in tutte le occasioni, anche all'aperto, dove ci sono possibilità di assembramenti. Come sempre valuteremo l'evoluzione della curva epidemiologica».



Il ministro della Salute Roberto Speranza





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LA POSIZIONE DI GINEVRA (E LE CRITICHE)

Oms, «allarme varianti»

Ennesimo richiamo ai governi: «Non abbassare la guardia»

Le notizie sono tutto sommato positive. Scendono, e per la terza settimana consecutiva, i casi e i morti di Covid-19 nel mondo: a livello globale, dal 4 al 10 aprile, i nuovi contagi sono stati tantissimi, oltre 7 milioni, ma in calo del 24%. E i nuovi decessi, oltre 22mila, sono in diminuzione del 18%. Non basta, all'Organizzazione mondiale della sanità, per essere ottimista: «Queste tendenze dovrebbero essere interpretate con cautela – hanno fatto sapere ieri da Ginevra, tracciando il bilancio della pandemia – perché diversi Paesi stanno progressivamente cambiando le loro strategie di test, con un minor numero totale di tamponi eseguiti e quindi di casi rilevati». Come dire: i dati diminuiscono perché il tracciamento è saltato. E per essere più espliciti, con le parole del presidente del Comitato di emergenza Didier Houssin, non dovrebbe essere e «non è il momento di abbassare la guardia. La situazione è tutt'altro che finita». Colpa, in particolare, delle sottovarianti 4 e 5 di Omicron e delle loro mutazioni, «associate a potenziali caratteristiche di fuga immunitaria». L'agenzia ha le sue innegabili ragioni: il Covid circola ancora, e molto, forte delle sue nuove forme molto più diffuse. Che sarebbero, sì, meno gravi ma soltanto dove le vaccinazioni sono state somministrate in maniera massiccia. Cioè in una piccolissima parte di mondo. Da cui è esclusa – per suo volere – anche la Cina, in queste ore sempre più sotto pressione per l'aumento dei contagi e la decisione di imporre quarantene e lockdown a tappeto. Proprio il caso della Cina, tuttavia, interroga sempre più a ogni giorno che passa la comunità internazionale, e non solo quella scientifica: da Shanghai arrivano de-

cine di testimonianze su come l'emergenza sia gestita, soprattutto nei centri dove i contagiati vengono ammassati per affrontare quello che dovrebbe essere (invece) l'isolamento da Covid. E dove almeno arrivano i generi alimentari, visto che per chi resta fuori questi ultimi sono quasi introvabili. «Quando c'è stato da tirare l'orecchio all'Europa perché avrebbe abbandonato troppo velocemente le misure restrittive l'Oms lo ha fatto – obietta a questo proposito il direttore della Clinica malattie infettive dell'ospedale San Martino di Genova. Matteo Bassetti –, ma ora che in Cina creano lager per gli asintomatici e strappano bambini dalle braccia delle mamme non dicono assolutamente nulla». Un atteggiamento su cui l'infettivologo esprime un giudizio pesantissimo: «In questi due anni hanno confuso le idee alla gente più che dare una mano. La gente ha perso fiducia già nel 2019 quando sono arrivati tardi in Cina e oggi, senza alcun dato, parlano di una possibile fuga immunitaria. A cosa serve l'Oms?».

Più pacato, ma convinto che sulle mutazioni del virus non sia corretto fare inutile allarmismo, il virologo e docente all'Università Statale di Milano Fabrizio Pregliasco: «Un virus come Sars-CoV-2, che purtroppo circola così tanto e così ampiamente per via dell'altissima contagiosità delle sue ultime "versioni" deve essere inseguito e monitorato con costanza, ma anche con tranquillità e fiducia nei sistemi di sorveglianza, senza fasciarsi la testa prima di cadere». (V.D.)



COVID, CRISANTI E MITJÀ

“Più positivi liberi
e meno test: rischi
in Italia e Spagna”

► MANTOVANI A PAG. 15

COVID-19 • Italia e Spagna: strategie a confronto

“Meno test e positivi liberi possono favorire i contagi”

» **Alessandro Mantovani**

La Spagna ha vaccinato come l'Italia senza obblighi e senza le nostre rigidità sul *green pass* e dal 28 marzo tratta il Covid come l'influenza, è la *Nueva Estrategia* del governo di Pedro Sanchez. Tamponi solo a chi ha più di 60 anni e a poche altre categorie, abolito l'isolamento per i positivi, sorveglianza limitata a un campione statistico come per l'influenza. In parte sono le indicazioni dell'Ecdc, il Centro di controllo delle malattie dell'Unione europea.

In Spagna ieri contavano 368 pazienti nelle terapie intensive e da noi erano 449, in lento calo in entrambi i Paesi. Ma l'incidenza in Italia è apparentemente molto superiore: oltre 1.500 nuovi casi ogni 100 mila abitanti in 14 giorni; Germania e Francia sono sopra i tremila e i duemila: non fanno più tamponi di noi ma noi ne facciamo tanti per il *green pass*. La Spagna fa meno di un quinto dei test italiani e non arriva a 600, ma peraltro ormai calcola l'incidenza solo sugli over 60. Come al solito abbiamo più morti, 130 contro 50 in media; i protocolli nell'Ue sono gli stessi ma chissà poi se si applicano allo stesso modo. D'altra parte anche i nostri dati sui contagi sono ritenuti sottostimati. Secondo Andrea Crisan-

ti, direttore della Microbiologia all'università di Padova, i contagi reali “sono almeno il triplo dei 60/80 mila al giorno che vediamo”. “Se in Italia c'è una sottostima, in Spagna è molto più accentuata” osserva Oriol Mitjà, epidemiologo dell'Istituto Germans Trias i Pujol di Badalona, uomo chiave della strategia anti-Covid del governo catalano e spesso critico verso le autorità di Madrid. Anche da noi gli esperti della Salute e dell'Istituto superiore di sanità si stanno confrontando sulle modalità per concentrare la sorveglianza sui casi più seri, migliorando anche l'affidabilità statistica della sorveglianza. Forse non arriveremo alle soluzioni spagnole, ma il governo dopo aver abolito la quarantena da contatto discuterà anche dell'isolamento, oltre che delle mascherine al chiuso quasi abolite in Spagna da lunedì.

OGGI, se un under 60 ha la febbre e altri sintomi da Covid, “il medico - spiega Mitjà - lo avverte che potrebbe essere Covid e gli raccomanda

di non esporsi a grandi folle e di usare la mascherina, ma senza test, senza isolamento, senza ricerca dei contatti”. L'epidemiologo catalano non vede bene la *Nueva Estrategia*, pur riconoscendo la giustificazione di destinare risorse alle cure non Covid rinviate a causa della pandemia: “Non si diagnosticano i positivi e queste persone non sono tenute all'isolamento, quindi possono infettare altri - sottolinea Mitjà -. Si toglie la mascherina e si facilita ancora di più la trasmissione. Non avremo più l'immagine reale di quante persone hanno contratto l'infezione, almeno fra i più giovani. È presto per valutare l'impatto delle misure, vedremo qualcosa dopo la Settimana Santa. Potrebbe esserci un aumento da lieve a moderato perché Omi-



cron 2 non produce molti casi gravi. Diverrà preoccupante se arriverà una variante più aggressiva, in assenza di un programma di controllo delle infezioni". "Ridurre i test è un errore, si rischia di avere più morti e ne abbiamo già 150 al giorno che sono inaccettabili - dice Crisanti -. Se sei asintomatico e non fai il test, vai a trovare la mamma anziana la

ammazzi. Bisogna fare i tamponi necessari. Sapendo che l'infezione circola a livelli elevati ed è inutile pensare di bloccarne la circolazione con le mascherine, la priorità è proteggere i più vulnerabili: quarta dose previo test anticorpale per vedere chi non risponde al vaccino, *smart working* per gli ultrasessantenni che lavorano, bonus per i pensionati a basso reddito per pagare i tamponi alle badanti e a chi va a trovarli".

GLI ESPERTI
L'ANALISI
DI CRISANTI
E DI MITJÀ
(CATALOGNA)



Turisti e scienziati
Il centro di Roma e, sotto, Oriol Mitjà e Andrea Crisanti
FOTO LAPRESSE





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Dopo il Covid un' «alleanza di cura»

La prova della pandemia ha mostrato che servono nuove basi per la sanità di domani. Costruendola sul paziente e la sua realtà di vita

CARLO BELLINI

Trarre lezione dal Covid è un imperativo per la sanità italiana e mondiale. Il Covid ha portato le persone a sentirsi sole: quarantena e sofferenza personale hanno aumentato l'ansia, peggiorato le cure di base e reso difficile l'accesso a varie cure specialistiche, come abbiamo descritto con un gruppo di lavoro internazionale sul *Journal of Pediatrics*. Il Covid ha mostrato l'inadeguatezza di alcuni fulcri della sanità, pur nello sforzo organizzativo generale, un po' come quando si fa un test da sforzo di un apparecchio.

Questo fa scattare un campanello d'allarme: occorre ricostruire la sanità, di cui il Covid ha mostrato i limiti. Proponiamo per questo una rivoluzione copernicana in tre mosse.

La prima mossa è rivedere la natura del Sistema sanitario. Finora abbiamo concepito la sanità pubblica come un servizio volto a indirizzare il cittadino malato verso il professionista sanitario o il reparto medico più adatto alle sue esigenze. Ora il Sistema sanitario deve trasformarsi da "contenitore di strumenti analgesici" in un vero e proprio "strumento analgesico". Attualmente l'ospedale resta neutrale rispetto al bisogno di salute del cittadino e funge da servizio di screening, indirizzandolo verso il servizio più appropriato. Questo percorso, inoltre, salta il punto principale richiesto dalla medicina moderna, che è l'approccio integrale alla salute, bisogno di tre passi: accoglienza, integrazione tra regione e regione e continuità tra ter-

ritorio e ospedali. Occorre una medicina integrata, con valorizzazione della medicina di famiglia, di cure domiciliari da moltiplicare, di cui l'ospedale deve diventare un supporto e non un ripiego. Se la modalità di cura fosse davvero capillare e alleata del paziente, fornendo accoglienza, cure appropriate, e possibilità di sospendere le cure quando sono inutili e non quando si resta disperati e soli, questo eviterebbe infiniti dibattiti sul fine vita.

La seconda mossa è rivedere il rapporto medico-paziente, che viene oggi interpretato come un contratto. E il contratto ha due falle. La prima è l'estraneità e la conflittualità tra le parti, che non può assolutamente essere la base di un rapporto medico. La seconda è che il contratto paradossalmente impone a medici e infermieri di non fare nulla al di là di quanto sancito, di essere burocraticamente degli impiegati della salute: proprio quello che i pazienti denunciano come primaria mancanza negli ospedali. Quanti decreti negli ultimi anni abbiamo visto creare su temi eticamente sensibili, basati sulla giusta importanza del consenso personale, ma poi limitati a una decisione da prendere in solitudine? Terza mossa: rivedere la struttura dell'ospedale. Il malato, soprattutto il più fragile, non ha bisogno solo di un rimedio organico ma di un'alleanza curativa, cioè di un'abbondanza di mezzi e di un'esuberanza di azioni. Si dirà che i mezzi sono scarsi: ma perché l'abbondanza deve essere solo ad appannaggio di chi può permettersela, quando invece sono i più fragili quelli che più ne hanno bisogno? Eppure potremmo tagliare le spese e gli sprechi inutili in sanità e investire in due settori chiave, ovvero la motivazione del personale e la riqualificazione degli ambienti di ricovero

per qualità, bellezza e integrazione col territorio. Un personale motivato e un ambiente che genera sollievo sono i primi strumenti analgesici; questo è anche ben spiegato in un recente editoriale del *Journal of Integrative Biology* (2021).

Finora abbiamo guardato il paziente in verticale, osservando il suo "prima" (anamnesi) e il suo "dopo" (prognosi). Ora è necessario aggiungere una visione orizzontale di presa in carico dell'ambiente esterno dei pazienti (famiglia, lavoro, difficoltà economiche) e del loro interno (problemi relazionali, aspirazioni, *compliance*). Recuperare la bellezza e la "modularità" degli ospedali, al posto dei programmi mutuati dall'efficienza industriale, è essenziale. Questo è stato recentemente ricordato sul *Journal of Nephrology*, citando ad esempio ospedali belli, efficienti nell'evitare sovraffollamenti ed elastici in caso di epidemie: sono gli ospedali a padiglioni, come l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a Barcellona. Ma ricordiamo anche l'importanza della centralità del paziente data dai moderni ospedali a galleria, come il Waterland a Purmeerend (Olanda) in cui sono presenti grandi spazi interni a uso pubblico, mediante una zona di ingresso arricchita di funzioni e servizi integrativi: aree di soggiorno, luoghi di ristoro, negozi, gallerie espositive, verde, per favorire l'integrazione della struttura sanitaria con la città.

Qualcosa la pandemia ci ha insegnato: finalmente occorre ridisegnare la sanità. La bellezza, il giusto metro, l'accoglienza, l'alleanza tra le varie strutture sanitarie sono strumenti insostituibili nella cura, non solo per compassione ma per guarire. Lo erano all'epoca di Ippocrate e lo sono nella sanità di oggi.



Speranza e le quarte dosi allargate «Potrebbero partire dopo l'estate»

Il ministro a Rcs Academy. Tornano le mascherine per le processioni. I 62 mila nuovi casi

ROMA Mascherine e vaccini, possibilmente in una nuova formula, aggiornata per rispondere alle nuove varianti. Fuori dall'emergenza ma ancora dentro l'epidemia, la ricetta non cambia. Ieri il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha delineato l'orizzonte di breve e medio periodo, aprendo l'*healthcare talk* di Rcs Academy «Sanità pubblica e privata: come ripartire».

Questa l'indicazione del ministro, a colloquio con il direttore del *Corriere*, Luciano Fontana. «Il nostro auspicio è avere a disposizione in autunno vaccini aggiornati anche alle nuove varianti. Valuteremo con le nostre autorità scientifiche se immaginare, da dopo l'estate, di estendere la quarta dose ad altre fasce di popolazione oltre a quelle per le quali in questi giorni è stata raccomandata»: cioè ultraottantenni, ospiti delle Rsa e ultrasessantenni affetti da patologie che li espongono a forme più gravi di Covid, che

stanno ricevendo il secondo richiamo proprio a partire da questi giorni. Finora, lo sottolinea lo stesso ministro, nessun Paese ha previsto la quarta dose per tutti. «Quali saranno le categorie alle quali suggerire la quarta dose, lo capiremo con i nostri scienziati, e con l'evoluzione delle ricerche. Intanto la mia raccomandazione è di vaccinare in tempi brevi ultraottantenni e fragili».

Del resto è alla campagna di immunizzazione, alla quale ha aderito il 90 per cento degli italiani, che si deve l'argine fondamentale al virus e ai suoi effetti più gravi: l'ultimo rapporto dell'Istituto superiore di sanità stima che la campagna vaccinale, negli 11 mesi da quando è partita a tutto gennaio 2022, abbia evitato 8 milioni di contagi, 55 mila ricoveri in rianimazione e soprattutto 150 mila decessi.

Quel che sicuramente è un rimedio irrinunciabile nel-

l'immediato è l'impiego della mascherina. La discesa dei contagi, infatti, continua: ieri 62.037 nuovi casi, 155 morti, ricoveri in calo dell'1% dopo tre settimane di crescita. Tuttavia il virus, con la contagiosissima Omicron 2, circola ancora parecchio: oltre un milione e 200 mila italiani sono positivi. Inoltre è appena stata identificata un'ulteriore variante, la BA.2.3, che secondo il Ceinge, è presente in circa il 20% dei casi di Covid.

«Raccomandiamo ancora la mascherina — dice Speranza — negli ultimi dieci giorni di aprile, valuteremo fino a quando tenerle».

Decine di sindaci in queste ore hanno declinato la raccomandazione in forma di obbligo, in vista della Pasqua: da Gubbio a Sorrento, da Trapani a Benevento vengono firmate ordinanze che impongono di indossare la mascherina all'aperto. Dopo due anni tornano le processioni della

Settimana Santa, ad alto rischio assembramento. In alcuni centri le prescrizioni (mascherine ma anche tamponi obbligatori) riguardano coristi e figuranti, in altri anche il pubblico.

Adriana Logroscino

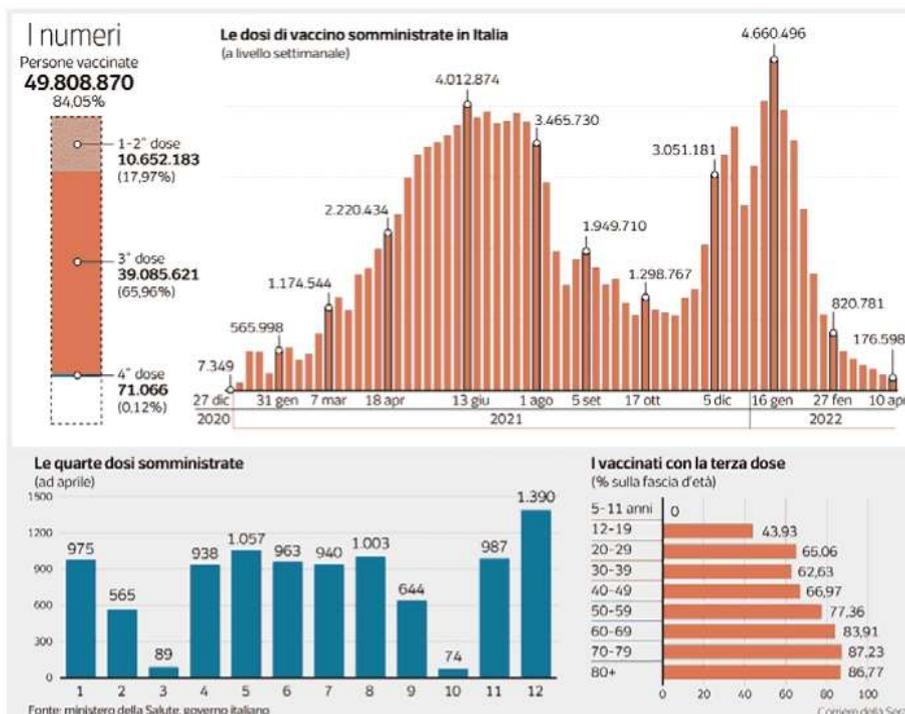
Chi è



● Roberto Speranza, 43 anni, è ministro della Salute dal 5 settembre 2019 (secondo governo Conte), poi confermato dall'esecutivo guidato da Draghi

Nei mesi che ci separano dalla fine dell'estate valuteremo ulteriori booster per ulteriori fasce di età

Roberto Speranza



I vaccini adattati alle varianti Quanto tempo ci vorrà per proteggerci dalle mutazioni

di **Margherita De Bac**

1 Quando arriveranno i nuovi vaccini adattati contro le varianti?

Forse in autunno «ma non abbiamo date certe, stiamo tentando varie strade», non si è sbilanciato il presidente di Pfizer, Albert Bourla, intervenuto ieri a una conferenza. Quali strade? La principale, percorsa dalla multinazionale americana con la tedesca Biontech, «è arrivare a un unico vaccino bivalente diretto contro le varianti al momento prevalenti (oggi è Omicron) aggiunte ai ceppi originari (quelli di Wuhan)», spiega Valentina Marino, direttore medico di Pfizer Italia.

2 Quali sono i tempi?

«La sperimentazione — aggiunge Marino — è cominciata a fine 2021. La piattaforma utilizzata è sempre quella a Rna messaggero che permette di aggiornare il prodotto in tempi rapidi. Poi però c'è la sperimentazione e, una volta conclusa positivamente, la richiesta di autorizzazione agli enti regolatori».

3 E per quanto riguarda le altre aziende?

Moderna ha annunciato lo scorso marzo l'avvio di uno studio di fase 2 su un candidato vaccino bivalente da somministrare come richiamo, disegnato sulla variante Omicron, prodotto anch'esso con la tecnica dell'Rna messaggero. Il ceppo virale che sta prevalendo nel mondo sarà abbinato a quello presente nel vaccino oggi utilizzato (basato sui ceppi di Wuhan, la città cinese da dove è partita la pandemia forse già a novembre 2019).

4 Le nuove sotto-varianti di Omicron sono pericolose?

L'Organizzazione mondiale della sanità ha annunciato di

aver cominciato a monitorare le sotto-varianti BA.3 e BA.4 del virus Omicron. Identificate per la prima volta in Sudafrica rispettivamente a gennaio e marzo, sembrano avere una diffusione limitata. È presto per prevedere se le mutazioni che le caratterizzano possano conferire al virus maggiore contagiosità o capacità di dare malattia grave e, soprattutto, se possano eludere l'immunità indotta dai vaccini ora in uso. «Per queste varianti sono disponibili prove sulle proprietà genomiche, epidemiologiche o in vitro. Potrebbe evidenziarsi un impatto significativo sulla trasmissibilità, gravità e/o immunità. Non sono da escludere conseguenze in Europa. Tuttavia gli studi sono ancora preliminari e incerti», si legge nel rapporto dell'Ecdc, agenzia europea per il controllo delle malattie infettive.

5 I vaccini aggiornati sarebbero protettivi anche contro le varianti che stanno emergendo?

Sergio Abrignani, immunologo della Statale di Milano, analizza: «I vaccini bivalenti dovrebbero proteggere notevolmente di più dal rischio di infezione rispetto a quelli attuali che evitano al 90% la malattia grave (nei vaccinati con tre dosi) e solo al 60-65% la possibilità di con-

trarre il virus. L'ideale sarebbe poter disporre in autunno di un composto bivalente (Wuhan più Omicron), associato all'antinfluenzale. In questo caso dovremmo parlare non di quarta dose ma di dose annuale, da ripetere magari ogni anno».

6 E il vaccino «pan coronavirus»?

Il sogno dei ricercatori è un vaccino capace di rispondere a tutti i ceppi di coronavirus, la grande famiglia cui appartiene il Sars-CoV-2. Gianni Rezza, direttore del Dipartimento di prevenzione del ministero della Salute: «Ci si arriverà in tempi meno lunghi di quelli che ci aspettiamo. Ma sarà un secondo passo. Il primo è trovare vaccini adattati alle varianti».

7 In Italia a chi è raccomandata oggi la quarta dose?

Alle persone con immunodepressione, agli ultra 80enni, agli ospiti delle RSA (residenze sanitarie) e ai 60-79enni resi fragili da malattie severe (come fibrosi polmonare, scompenso cardiaco, malattie neurologiche).

mdebac@rcs.it



Allo studio vaccini contro più varianti già in autunno

La ricerca. Pfizer e Moderna stanno lavorando a nuovi antidoti che proteggano anche da Omicron e con una durata di efficacia almeno annuale. In pista un vaccino unico Covid-influenza

Marzio Bartoloni
Francesca Cerati

La corsa al nuovo vaccino è già a buon punto: in tutto il mondo ci sono ben 271 studi in fase preclinica, 147 vaccini ai primi test clinici e oltre una dozzina di candidati promettenti. Ma la cosa più importante è che il nuovo vaccino sarà aggiornato alla variante Omicron che ora imperversa in tutto il mondo. Si lavora infatti sia a vaccini monovalenti (solo per Omicron e le sue sottovarianti) e almeno bivalenti - ceppo di Wuhan (quello alla base degli antidoti attuali) più Omicron - come stanno facendo tra gli altri anche Pfizer e Moderna con le piattaforme a m-Rna. Con Moderna che sta studiando anche il vaccino unico Covid-influenza e addirittura un "trivalente" Covid-influenza-virus sinciziale. L'altra buona notizia è che se tutto andrà bene ad agosto le prime domande di un vaccino adattato contro più varianti sarà sul tavolo delle agenzie regolatorie europea (l'EmA) e americana (la Fda) e nel caso di semaforo verde la campagna vaccinale con i nuovi antidoti potrà partire già in autunno.

A fare il punto sui nuovi vaccini e le cure contro il Covid è stata ieri una conferenza stampa della Federazione internazionale delle imprese e delle associazioni del farmaco (Ifpma) che ha riunito i Ceo di alcune delle più im-

portanti Big Pharma. Tra questi anche il presidente e amministratore delegato di Pfizer Albert Bourla: «Spero che entro l'autunno avremo un vaccino per le varianti mutate - ha dichiarato Bourla -. So che anche Moderna ci sta lavorando, stiamo testando differenti vaccini, dosaggi, insomma stiamo sperimentando molti percorsi». Bourla ha anche sottolineato come si stia lavorando a una durata di protezione più lunga: «Secondo Pfizer un vaccino che dura un anno sarebbe la soluzione ottimale. È molto difficile con questo virus, ma ci stiamo lavorando».

Insomma la ricerca sembra promettere bene anche se il problema è che non sarà facile dimostrare che i vaccini funzionino: il numero di persone che non hanno ancora un'immunità al Covid-19 data dalla vaccinazione o dall'infezione sta diminuendo. E questo potrebbe valere anche per l'aggiornamento dei vaccini già in commercio nel caso non si adottassero gli studi di immunogenicità, come avviene per i vaccini anti-influenzali.

Altro tema su cui si è insistito nel corso del seminario dell'Ifpma ha riguardato sia la sospensione dei brevetti sia la costruzione di infrastrutture vaccinali nei paesi emergenti. «Il problema non è più la scarsità di vaccini, ma di vaccinazione - ha detto Thomas Cueni, direttore dell'Ifpma -. Le forniture di vaccini surclassano la domanda, nel 2021 abbiamo prodotti 11 miliardi di dosi, ma la domanda rallenta e nel primo trimestre dell'anno sono cominciate le cancellazioni degli ordini. Dobbiamo affrontare l'esitazione vaccinale e non si tratta di problemi che si risolvono con la sospensione dei brevetti, sono anzi sorpreso che la questione sia ancora dibattuta vista la cancellazione degli ordini e impianti di produzione che vengono chiusi».

«Dobbiamo lavorare insieme per migliorare le infrastrutture così che anche i paesi emergenti possano as-

sorbire l'offerta vaccinale - ha continuato Bourla - Noi attraverso il governo Usa abbiamo reso disponibile 1 miliardo di dosi di vaccino ai Paesi più poveri gratuitamente, 800 milioni di queste non possono però essere assorbite dalle campagne vaccinali in questi Paesi, in parte per un alto livello di esitazione vaccinale, ma anche per motivi infrastrutturali: se negli Usa o in Ue per arrivare a un centro vaccinale ci vogliono 15 minuti, in alcuni di questi paesi bisogna camminare per 8 ore». Sia Pfizer/BioNTech che Moderna hanno annunciato di recente l'intenzione di costruire i propri impianti nei paesi africani. In uno sforzo separato, l'Oms ha creato un centro di formazione per i vaccini mRNA che insegnerà agli scienziati dei paesi a basso e medio reddito come costruire e gestire i propri impianti. Ma potrebbero volerci anni prima che questi sforzi diano i loro frutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra i nodi ci sono ora l'esitazione vaccinale e la mancanza di infrastrutture vaccinali nei Paesi in via di sviluppo



Over 50: da ottobre primo richiamo annuale da medici o farmacisti

La campagna italiana
Resteranno alcuni hub,
in pista 40mila farmacisti
e altrettanti studi medici

Per circa 20 milioni di italiani over 50 l'appuntamento con il vaccino è fissato già da ottobre quando potrebbe partire la nuova campagna vaccinale con il primo richiamo. È infatti ormai quasi certo che la prima mossa sarà quella di rivaccinare la popolazione con un secondo richiamo, ma a partire probabilmente dai 50 o 60 anni di età, utilizzando i nuovi vaccini adattati anti-varianti attualmente allo studio e che dovrebbero arrivare alla valutazione dell'Agenzia europea del farmaco entro l'estate.

Insomma la macchina organizzativa già scalda i motori anche se questa volta l'identikit dei vaccinatori potrebbe davvero cambiare: la nuova Unità sui vaccini a Palazzo Chigi sta cominciando a lavorare al dossier lasciato in eredità dalla struttura commissariale di Figliuolo. Già diversi mega hub vaccinali sono stati chiusi dalle Regioni e altri li seguiranno nelle prossime settimane, mentre stanno tornando già in pista le farmacie - solo in Lombardia oltre 500 - per la somministrazione della quarta dose agli over 80 e ai fragili over 60 che stanno partendo proprio in

questi giorni. La potenza di fuoco delle farmacie può puntare in realtà su 40mila farmacisti abilitati dall'Iss alla vaccinazione dopo appositi corsi. L'idea è dunque quella di tenere in piedi solo alcuni degli hub, lasciando però più spazio stavolta alla rete capillare delle farmacie e soprattutto facendo scendere in campo anche i medici di famiglia - anche loro circa 40mila - che finora sono stati piuttosto marginali nella campagna vaccinale.

Intanto sempre dall'Iss arriva un nuovo report che conferma quanto sia stata importante la vaccinazione che dalle prime iniezioni del dicembre 2020 ha permesso di evitare circa 8 milioni di casi e ben 150mila morti. I vaccini hanno anche evitato 500mila ospedalizzazioni e 55mila ricoveri in terapia intensiva sempre tra il 27 dicembre 2020 e il 31 gennaio 2022. In particolare, solo nel mese di gennaio scorso, caratterizzato

dalla predominanza della variante Omicron, altamente diffusiva, in cui sono state osservate 4,3 milioni di diagnosi di infezione, la vaccinazione ha permesso di evitare 5,2 milioni di casi, 228mila ospedalizzazioni, 19mila ricoveri in terapia intensiva e 74mila decessi

Intanto resta sempre alta l'attenzione sulle varianti e le sotto-varianti 1 e 2 di Omicron che ormai sono prevalenti in Italia. Mentre l'Oms sta già monitorando le mutazioni 4 e 5 di Omicron già rilevate in alcuni Paesi.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Secondo l'Iss i vaccini hanno evitato 8 milioni di casi e 150mila morti, di cui 74mila causati dalla variante Omicron



L'intervista Ricciardi (Sanità): «Nuova ondata dopo l'estate. Le mascherine resteranno»

«Quarta dose per tutti in autunno»

Gianluca De Rossi

«In autunno ci aspettiamo una nuova ondata di contagi e dunque sarà necessaria la quarta dose del vaccino». Walter Ricciardi, consulente del ministro alla Sanità, invita alla prudenza sul Covid: «Booster non solo agli over 50 e le mascherine resteranno». *Apag. 11*

Intervista Walter Ricciardi

L'andamento della pandemia «Quarta dose per tutti altra ondata in autunno»

► Il consulente del ministro alla Sanità: ► «Le mascherine al chiuso resteranno»
«Nuovo booster non solo agli over 50» L'Iss: con i vaccini evitati 150 mila morti

Altro che liberi tutti: il Covid con i primi caldi non scomparirà. Anzi, i numeri dei contagi sono sottostimati a causa dei pochi test effettuati. E la sensazione che il virus sia meno aggressivo, e causi meno morti (ieri 155 vittime), è sbagliata: troppe le persone non vaccinate, o vaccinate male (coloro che non hanno concluso il ciclo di somministrazioni) che diventano facile bersaglio del Covid e delle sue varianti, tanto che si prospetta un'estate con numeri più alti di casi (ieri 62.037 contagi) e di morti, e in autunno potrebbero crearsi le condizioni per una nuova ondata. Walter Ricciardi, docente di Igiene e Medicina preventiva all'università Cattolica e consulente del ministro della Salute Roberto Speranza, non

usa giri di parole per fotografare lo stato della pandemia in Italia: l'unica barriera per fermare il Covid resta il vaccino, per tutti. Un'inoculazione da fare una volta l'anno per cercare di fermare il boom dei contagi, così come avviene con il vaccino antinfluenzale. Lo confermano anche i dati dell'Iss: grazie ai vaccini, si sono evitati circa 150 mila morti.

Professor Ricciardi siamo arrivati al picco pandemico?

«Non siamo arrivati al picco. Dobbiamo ancora aspettare perché ci stiamo confrontando con una variante del Covid estremamente contagiosa e probabilmente i numeri italiani sono sottostimati. Non dobbiamo abbassare la guardia, perché corriamo il rischio di avere un ulteriore aumento di casi».

In Italia si stanno facendo pochi tamponi?

«Sì, pochi test».

Molti pensano che il Covid sia finito, le risulta?

«Sì, è una sensazione sbagliata, e questo comporta una vulnerabilità maggiore per coloro che non hanno ricevuto il vaccino o che si sono vaccinati male, magari facendo una sola dose o comunque non completando il ci-



clo vaccinale».

Faremo anche la quarta dose, un nuovo booster?

«La vaccinazione con tre dosi non protegge completamente dall'infezione, ma protegge dagli effetti gravi del Covid, dall'ospedalizzazione e soprattutto dalla morte. Il nuovo richiamo permette ai fragili e agli over 80 di rafforzare le difese. In autunno, poi, sarà necessaria una nuova dose per tutti».

Arriveranno nuovi vaccini?

«L'autunno sarà un momento delicato e difficile, perché ci saranno le condizioni favorevoli per la propagazione del virus e ci sarà un'attenuazione della protezione vaccinale in tutta la popolazione. Speriamo di avere dei vaccini onnicomprensivi, perché i vaccini che oggi abbiamo non proteggono in maniera completa e gli anticorpi monoclonali, tranne in un caso, non si sono rivelati efficaci contro il virus».

A che punto sono?

«I risultati dei nuovi vaccini spe-

rimentali arriveranno in autunno, dobbiamo solo aspettare».

Quindi è suggeribile un booster per tutti?

«Quando arriveranno i nuovi vaccini sarà consigliabile un richiamo per tutti».

Come convincere a vaccinarsi chi ha scelto di non farlo?

«Ci vorrebbe un ruolo più attivo dei medici di famiglia».

Che estate sarà, come quella del 2021?

«Rispetto all'anno scorso abbiamo fatto molte più vaccinazioni e anche se ci sono ancora numeri alti di casi ci sono meno persone soggette a conseguenze gravi, quindi con meno pressione sui sistemi sanitari».

Indosseremo ancora la mascherina al chiuso?

«Il ministro Speranza parlerà subito dopo Pasqua delle mascherine al chiuso, guardando i dati. Ma è molto probabile che saranno proprio i dati a dirci di non togliere le mascherine, non solo al chiuso, ma anche all'aperto in tutti i casi di assem-

bramento».

I bambini non vaccinati restano un vettore del virus?

«La vaccinazione dei bambini è stata un fallimento perché i genitori hanno più paura del vaccino che della malattia. E il virus così continua a infettare i bimbi e a circolare. Non sappiamo gli effetti a lunga durata del Covid sui più piccoli, e ricordo che un 10% di bambini si è ammalato in modo grave. Ma questo non basta a convincere i genitori a fidarsi dei vaccini».

Gianluca De Rossi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PIÙ IMMUNIZZATI
RISPETTO ALL'ESTATE
DELLO SCORSO ANNO:
AVREMO ANCORA CASI
MA LA PRESSIONE SUGLI
OSPEDALI SARÀ MINORE**



Walter Ricciardi



**SHANGHAI, 26MILA CASI
«PUNIZIONI PER CHI
VIOLA IL LOCKDOWN»**

Oltre 26mila casi a Shanghai, nonostante le chiusure con il lockdown. L'avviso: «Chi viola le norme sarà punito»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

STUDIO ISTITUTO SANITÀ

I vaccini hanno evitato 150mila morti di Covid

Daloiso a pagina 13

Otto milioni di casi e 150mila morti Cosa ha evitato l'Italia con i vaccini

VIVIANA DALOISO

Che la campagna vaccinale abbia determinato un cambio di passo nella lotta al Covid nel nostro Paese non è dimostrato soltanto dal – graduale – ritorno alla normalità delle nostre vite. I vaccini, di vite, in due anni ne hanno salvate abbastanza da riempire una città delle dimensioni di Livorno, o Cagliari. O meglio, da non vederle svuotarsi. I conti li ha fatti, per l'ennesima volta, l'Istituto superiore di sanità: arrivando a stabilire – con un margine di inesattezza di cui poi si dirà – che i vaccini in Italia hanno permesso di evitare «150mila decessi», di cui più di 7 su 10 negli anziani over 80. La popolazione di una grande città, appunto. Non solo: sempre grazie alle somministrazioni sono stati «8 milioni i contagi evitati, oltre 500mila le ospedalizzazioni, oltre 55mila i ricoveri in terapia intensiva». Come si è arrivati a queste stime? Il calcolo è stato fatto con una metodologia inizialmente sviluppata per i vaccini antinfluenzali – ma già applicata in altri Paesi per studi relativi a Sars-CoV-2 – che analizza i

dati della Sorveglianza integrata e dell'Anagrafe nazionale vaccini del ministero della Salute. L'approccio si basa sull'idea che l'impatto settimanale della vaccinazione sugli eventi studiati (cioè i casi notificati Covid-19, i ricoveri, i ricoveri in terapia intensiva e i decessi) può essere stimato combinando l'efficacia vaccinale (in questo caso l'efficacia dei vaccini a mRNA), la copertura vaccinale settimanale (cioè la percentuale di popolazione di volta in volta “coperta”) e il numero settimanale di eventi osservati. Si tratta di una stima diretta, in quanto non considera il possibile impatto indiretto della stessa vaccinazione sulla popolazione non vaccinata: per intenderci, le infezioni evitate tra i vaccinati potrebbero aver contenuto la trasmissibilità complessiva osservata in Italia, così come i ricoveri e gli stessi decessi. Dunque se di inesattezza si può parlare, il dato dell'Iss è sicuramente in difetto: i vaccini potrebbero aver avuto un impatto ancor più dirompente, cambiando anche il destino di molti no-vax.

Lampante, in particolare, il loro ruolo nel corso del mese di gennaio, quando cioè il Paese ha dovuto fare i conti con la temutissima variante Omicron: nel solo primo mese dell'anno, in cui sono stati registrati un totale di 4,3 milioni di

contagi, la vaccinazione ha permesso di evitare un totale di altri 5,2 milioni di casi di infezione (per l'esattezza un range tra i 4,3 e i 6,4 milioni), 228mila ospedalizzazioni (161-384mila), 19mila ricoveri in terapia intensiva (13-31mila) e 74mila decessi (48-130mila). Cifre che rappresentano rispettivamente il 55%, l'83%, l'86% e l'87% degli eventi attesi per lo stesso mese considerando la diffusività di Omicron. Il 72% dei decessi complessivi – evidenzia ancora l'Iss – è stato evitato in particolare per le persone di età pari o superiore agli 80 anni, il 19% nella fascia 70-79, il 7% nella fascia 60-69 e il 3% sotto i 60 anni.

E se i numeri premiano, dunque, la massiccia adesione degli italiani alla campagna vaccinale, sempre dai numeri – stavolta quelli del raffronto tra la curva di questa settimana con le scorse – arrivano altre buone notizie. Secondo la rilevazione negli ospedali sentinella della Federazione italia-





na aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) relativa al periodo 5-12 aprile è cominciata infatti – seppur lentamente – la discesa dei ricoveri Covid, con il numero di pazienti ospedalizzati diminuito dell'1%. Una settimana fa, per intendersi, c'era stato un incremento del 3,6%. Una tendenza confermata dal Bollettino quotidiano: 62mila i nuovi casi nelle ultime 24 ore (oltre il

10% in meno rispetto a mercoledì scorso, tasso di positività al 14,8%), con 14 ricoveri in meno in rianimazione e 41 in meno nei reparti ordinari. Intanto prosegue la somministrazione della quarta dose a over80 e fragili, mentre solo il 10% degli immunodepressi – i primi per i quali era stata prevista – la ha effettuata. Troppo pochi secondo il direttore Prevenzione del ministero della Salute, Gianni Rezza, che, in riferimento all'allargamento del secondo *booster* alla popolazione in autunno, ha precisato che «ancora non sappiamo

quale sarà il target e quanto la quarta dose potrà essere generalizzata. Spero – ha detto – verrà deciso insieme agli altri Paesi europei». Quali saranno le fasce a cui estenderla, ha confermato il ministro della Salute Roberto Speranza, «lo capiremo con gli scienziati».

COVID

In base al rapporto dell'Istituto superiore di sanità, la campagna vaccinale ha impedito oltre 500mila ospedalizzazioni e oltre 55mila ricoveri in terapia intensiva. Si lavora a una dose annuale



Il confronto con i dati dei Paesi partner**In Italia più morti di Covid nonostante i vaccini**

a pagina 8

LOTTA AL COVID

L'Iss però ha calcolato che la campagna di Figliuolo ha salvato 150mila vite e mezzo milione di ricoveri

Il caso Italia: più morti nonostante i vaccini

*Il numero elevato di dosi fatte non ha abbattuto i decessi rispetto al resto della Ue
Nell'ultima ondata 12 Paesi ne hanno avuti meno, tra cui Francia, Germania e Spagna*

DARIO MARTINI
d.martini@iltempo.it

••• L'Italia è sesta in Europa per copertura vaccinale dell'intera popolazione. La campagna di Figliuolo ha consentito di somministrare 136,2 milioni di dosi. Eppure, all'interno della Ue, abbiamo dovuto registrare più morti Covid degli altri. Se consideriamo solo l'ultima ondata pandemica, dodici Paesi hanno avuto meno decessi di noi in rapporto alla popolazione. Ciò non significa che i vaccini non siano serviti. Tutt'altro. Uno studio dell'Istituto superiore di sanità diffuso ieri ha certificato che la campagna vaccinale, da gennaio 2021 a gennaio 2022, ha salvato 150mila vite.

Spesso il nostro Paese è stato dipinto come un «modello» per il resto del mondo. Misure di prevenzione e campagna vaccinale avrebbero dovuto farci primeggiare nella lotta al Covid. I dati, però, forniscono un altro quadro. Abbiamo preso in considerazione il perio-

do che va dal primo settembre 2021 al 9 aprile 2022, quando il primo ciclo vaccinale era stato completato e la maggior parte della popolazione era ormai protetta dal virus. Nel lasso di tempo in questione, il ministero della Salute ha registrato 31.573 decessi di persone positive, pari a 530 per milione di abitanti. Come detto, ci sono altri dodici Paesi che hanno fatto meglio di noi. Al primo posto i Paesi Bassi, con poco più di quattromila morti, pari a 235 morti per milione di abitanti. Non solo. L'Olanda ha vaccinato molto meno dell'Italia, 71,2% contro 79,5% (questo dato prende in considerazione tutti i cittadini, anche i bambini per cui il siero non è stato autorizzato).

Anche gli altri Paesi di dimensioni simili all'Italia, hanno avuto meno morti. La Francia, che ha una copertura vaccinale simile alla nostra, ha registrato 423 decessi per milione di abitanti, la Germania 474, la Spagna 403. Questo ultimo caso è emblematico. Gli spagnoli hanno introdotto

restrizioni molto meno forti rispetto a quelle decise dal governo Draghi. Nonostante ciò, non sono andati incontro ad alcun disastro. Come la Svezia, spesso criticata sui media italiani per aver fatto circolare liberamente il virus, che nell'ondata invernale ha avuto "solo" 3.814 decessi (368 per milione).

Non avremmo mai la controprova di ciò che sarebbe successo in Italia se non fossero state imposte misure come l'obbligo vaccinale per gli over 50 e il super green pass al lavoro. Una cosa però è sicura: in molti Paesi europei non è stato fatto ed è andata meglio. Ma ci sono anche casi dove è andata peggio. Come negli Stati balcanici, bal-



tici e dell'est Europa. Complice una bassissima copertura vaccinale (la Bulgaria ha il 29,6% della popolazione immunizzata), hanno contato un numero molto elevato di decessi. Peggio di tutti proprio la Bulgaria, seguita da Croazia e Lettonia.

Comunque, è bene ricordare ancora una volta il nesso evidente tra vaccini e benefici per la salute. Il rapporto dell'Iss ha stabilito che da gennaio 2021 a gennaio 2022 in Italia «sono stati evitati circa 8 milioni di casi,

oltre 500.000 ricoveri, oltre 55.000 ricoveri in terapia intensiva e circa 150.000 decessi». Lo studio evidenzia anche che «la distribuzione degli eventi evitati non è stata omogenea durante il periodo studiato. Nella prima metà del 2021, a causa della bassa copertura vaccinale, il numero di eventi evitati è stato limitato, mentre nella seconda metà del 2021 e nel mese di gennaio 2022 si stima che la vaccinazione abbia evitato più della metà degli eventi attesi». Come era prevedibile, la fascia d'età degli over 80 ha

avuto benefici tre volte più alti rispetto al resto della popolazione. Ci sono pure differenze geografiche. «Si osserva - scrive l'Iss - che il numero relativo di eventi evitati è leggermente più alto nel Centro e Nord del Paese, dove sono state raggiunte coperture vaccinali più elevate e in modo più tempestivo rispetto al Sud».

Dati Ecdc

Siamo sesti nell'Unione europea per dosi somministrate rispetto al totale della popolazione

*A chi è andata peggio
Gli Stati balcanici, baltici
e dell'Est hanno avuto più vittime
Soprattutto Bulgaria e Croazia*

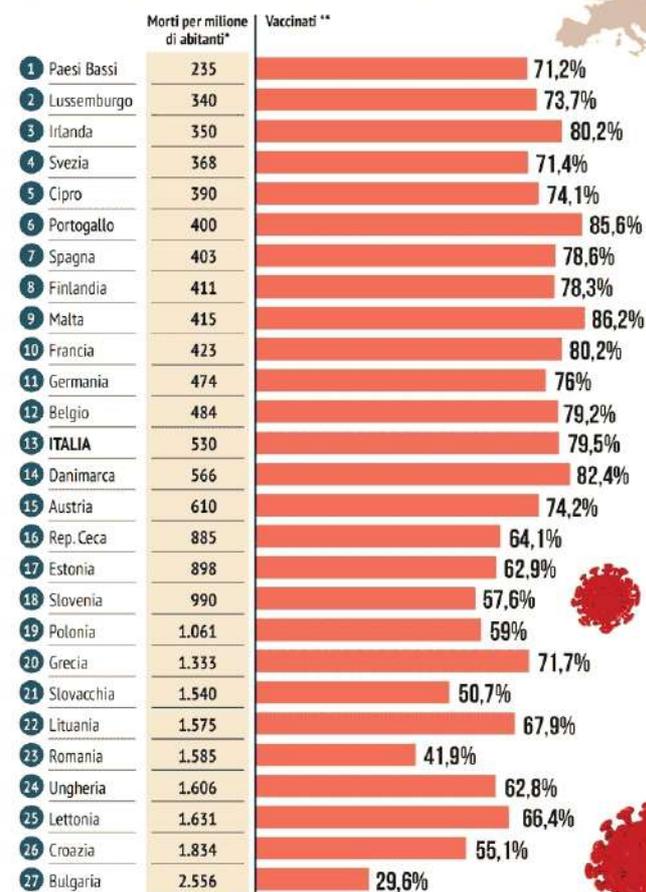
8

Milioni
Sono i contagi che secondo l'Iss sono stati evitati grazie alla campagna vaccinale

55

Mila
È il numero di pazienti che non sono finiti in terapia intensiva grazie ai vaccini in base ai calcoli dell'Iss

DECESSI COVID E VACCINAZIONI NEI PAESI UE



*Dati 01/09/2021 al 09/04/2022 (Fonte Our World in Data)

** Persone che hanno completato il ciclo primario sull'intera popolazione (Fonte Ecdc)

L'EGO - HUB



IL COVID NON RIPOSA

Per gli scienziati la fine è lontana: in arrivo nuove varianti, tre dosi di vaccino non bastano
Maga, direttore di Genetica molecolare al Cnr: «Probabile che dopo l'estate serva un richiamo
ma con profilassi aggiornate». Si lavora a due prodotti: uno per Omicron e l'altro universale

VALENTINA ARCOVIO

E

ndemia. Una parola, un significato, ma tanti possibili scenari. I più ottimisti ritengono che siamo appena entrati o che siamo in procinto di entrare in una nuova fase di convivenza con versioni del virus Sars-CoV-2 sempre più «buone» e innocue. I più pessimisti sono convinti che questa pandemia, caratterizzata da un virus mutevole, potrebbe non finire così presto e che quella che stiamo vivendo è solo un'«illusione endemica»: se la nuova variante di Sars-CoV-2, la Omicron, sembra più «docile» non è perché la pandemia si sta indebolendo o spegnendo. «È una coincidenza ed è probabile che la rapida evoluzione antigenica in corso produca nuove varianti che potrebbero fuggire all'immunità ed essere

più gravi», avvertono Pietro V. Markov, Nikolaos I. Stilianakis, due scienziati italiani dell'Ispira, e Aris Katzourakis dell'Università di Oxford, in uno studio pubblicato di recente sulla rivista Nature.

GLI SCENARI

L'unica cosa che accomuna entrambi gli scenari sono la consapevolezza che avremo a che fare per molto tempo con nuove varianti. E che tre dosi di vaccino anti-Covid non bastano. Per alcuni ci vuole già un secondo richiamo, per gli altri si può ancora aspettare nella speranza però che in autunno avremo a disposizione vaccini più nuovi e aggiornati, quindi più efficaci. «Par-

tiamo da quello che già sappiamo», suggerisce Giuseppe Novelli, genetista dell'Università Tor Vergata di Roma. «E cioè che i virus mutano, ricombinano e si adattano. Così fa anche Sars-CoV-2. Dal punto di vista evolutivo, ciò che è prezioso per un "parassita" non è uccidere l'ospite; ma piuttosto, avere un ospite - continua - che produce la massima quantità di prole parassitaria. Sars-CoV-2 è un esempio perfetto».

I contagiati sono stati almeno mezzo miliardo: la mortalità è stata quindi alta in numeri assoluti, ma almeno il 98% dei contagiati è sopravvissuto e ha contribuito a diffondere il virus. «Dall'inizio della pandemia si sono verificate migliaia di mutazioni nel virus - spiega Novelli - la maggior parte delle quali biologicamente neutre; al momento la variante Omicron predominante sembra essere un compromesso tra alta infettività e mortalità relativamente bassa: visto dal punto di vista del virus il compromesso è buono, ma non necessariamente ancora ottimale». Ma la verità è che non è facile prevedere la virulenza di un agente patogeno. Ci sono molti fattori in gioco tra cui anche le caratteristiche genetiche dell'ospite. «La variazione genetica nella suscettibilità dell'ospite a SARS-CoV2 - dice Novelli - è impressionante. Ci sono molti geni coinvolti e altri saranno trovati in futuro». E, mentre nei laboratori si cerca affannosamente di intercettare di volta in volta le mutevoli versioni di Sars-CoV-2.



non ultime le nuove varianti Xe e Xj che sembrano essere addirittura più contagiose, il piano di vaccinazione continua a cambiare.

LA CAMPAGNA

Qualche giorno fa, in seguito a una raccomandazione dell'Ema (Agenzia europea dei medicinali) e Ecde (centro europeo per la prevenzione e per il controllo delle malattie), in Italia - e non solo - è stato dato il via libera alla somministrazione della quarta dose del vaccino. Ma solo alle persone con un'età superiore agli 80 anni, agli ospiti delle Rsa e alle persone fragili della fascia d'età 60-79 anni. «La quarta dose offre un'aggiunta di difesa immunitaria che, seppur piccola, può essere d'aiuto a chi è particolarmente fragile», spiega Guido Rasi, già direttore esecutivo dell'Agenzia Europea dei medicinali (Ema) e direttore scientifico di Consulcesi. Per il resto della popolazione, almeno per il momento, i dubbi sono ancora tanti. «Un secondo richiamo nella popolazione generale - sottolinea Rasi - provoca un aumento di risposta anticorpale che non fa una differenza sostanziale rispetto alla protezione offerta dalla terza dose», sottolinea Rasi. In base all'attuale situazione epidemiologica e a questa straordinaria capacità evolutiva del virus Sars-CoV-2, è probabile che presto anche il resto della popolazione verrà invitata a sottoporsi a una nuova dose di vaccino. Quello che ancora non sappiamo è se questa quarta dose verrà fatta con uno dei vaccini a mRNA attualmente disponibili o con un vaccino completamente nuovo. Magari «aggiornato» e, quindi, più efficace contro quelle che saranno le varianti prevalenti in

circolazione. «È probabile che dopo l'estate tutti avremo bisogno di fare una quarta dose di vaccino anti-Covid, ma un secondo richiamo sarebbe più utile solo se fatto con un vaccino diverso da quelli oggi disponibili» spiega Giovanni Maga, direttore dell'Istituto di genetica molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr-Igm). «Il virus Sars-CoV-2 che circola oggi è diverso da quello che ha scatenato all'inizio la pandemia. In questi due anni - continua - il virus ha accumulato moltissime mutazioni, dando origine a nuove varianti che, stando alle evidenze scientifiche, continuano a essere sensibili ai vaccini attualmente disponibili, almeno nella prevenzione le forme gravi di Covid-19. Tuttavia, credo che sarebbe auspicabile, se si dovesse fare un nuovo richiamo, utilizzare un vaccino diverso». Al momento servirebbe un vaccino in grado di offrire ampia protezione con Omicron e le sue «sorelle». «Un vaccino completamente nuovo basato su più antigeni rispetto a quelli attuali e che quindi sia in grado di dare una protezione più ampia rispetto alla variante Omicron», aggiunge Maga. Le aziende stanno già elaborando nuovi vaccini. «Si sta lavorando - riferisce Rasi - su due tipologie di prodotti: un vaccino realizzato per rispondere alla variante Omicron dovrebbe essere pronto già a settembre-ottobre; si sta poi lavorando ad un vaccino universale per i coronavirus, questa certamente sarebbe la soluzione al problema».

GUIDO RASI,
EX DIRETTORE EMA:
«LA PROTEZIONE
CONTRO TUTTI
I CORONAVIRUS
SAREBBE LA SOLUZIONE
AL PROBLEMA»

IL GENETISTA NOVELLI:
«SI SONO VERIFICATE
MIGLIAIA DI MUTAZIONI
DEL VIRUS SARS-COV-2»
LE NUOVE XE E XJ
SEMBRANO ESSERE
PIÙ CONTAGIOSE



Bilanci e prospettive durante la Settimana mondiale del cervello

Le conseguenze della pandemia sul sistema nervoso

di ALESSANDRO CHIABRERA

Dal 1996, la Dana Foundation ha promosso la Settimana mondiale del cervello, un evento filantropico cui aderiscono decine di Paesi, con lo scopo di favorire la consapevolezza e l'integrazione dei saperi sull'organo più affascinante e complesso del nostro corpo. Quest'anno, in Italia, l'iniziativa è stata accolta dall'Ateneo Pontificio Regina Apostolorum (UPRA) che, in collaborazione con l'Università Europea di Roma, dal 15 al 19 marzo ha organizzato e ospitato gli interventi di alcuni tra i maggiori esperti delle frontiere di ricerca sul cervello.

Un tema centrale affrontato in quei giorni riguardava le conseguenze della pandemia sul nostro sistema nervoso. Numerosi studi mostrano che i periodi di isolamento forzato e le limitate interazioni sociali hanno compromesso il benessere mentale di ampie fasce della popolazione. Per rendere l'idea della portata del fenomeno, durante l'ultima ondata di pandemia si è stimato che, per i giovani tra i 18 e i 34 anni, sei persone su dieci (il 64 per cento) fossero a rischio di depressione, un numero che è quadruplicato rispetto a prima del COVID-19.

Si è quindi discusso della cosiddetta sindrome "Long-COVID", ovvero di sintomi che perdurano oltre la guarigione dal virus e che, secondo l'Oms, interessano un quarto della popolazione di ammalati. Molti di questi sintomi sono di tipo neurologico e neuropsicologico, come la perdita dell'olfatto, la sensazione di una minore efficienza mentale, problemi di insonnia, un senso perenne di confusione o di ottundimento. Grazie agli sforzi congiunti di neuroscienze, ingegneria, della scienza dei dati e della scienza dei materiali, dell'informatica e, in particolare, dell'intelligenza artificiale, negli ultimi decenni le neurotecnologie hanno compiuto balzi da gigante. Già ad oggi di-

sponiamo di procedure e dispositivi che ci permettono di visualizzare il cervello e la sua attività in modo incredibilmente dettagliato, indicandoci se siamo in presenza di una patologia e di che tipo. L'uomo e la macchina sembrano parlarsi sempre più da vicino. Le protesi robotiche oggi si muovono col pensiero, trasformando l'attività del nostro sistema nervoso in un comando. La neuroprostetica sviluppa dispositivi capaci di sostituire o migliorare specifiche funzioni del sistema nervoso, ripristinando input sensoriali (si pensi agli impianti cocleari) oppure eliminando i sintomi di malattie neurodegenerative o psichiatriche. La stimolazione cerebrale profonda, ad esempio, già da diversi anni è impiegata con successo nel trattamento del tremore e in certe forme di depressione grave resistente ai farmaci. Ibridazioni tra il nostro cervello e reti neuronali artificiali sono già in fase di sviluppo e, plausibilmente, saranno disponibili in un prossimo futuro per compensare deficit cognitivi di vario tipo, ma anche per potenziare e accrescere le facoltà della persona.

Nell'ultima giornata della Settimana mondiale del cervello è stato presentato al pubblico l'Istituto Internazionale di Neurobioetica (IINBE), fondato a ottobre dello scorso anno su iniziativa di un gruppo di ricerca interdisciplinare, coordinato dal Prof. P. Alberto Carrara. Prendendo l'avvio dagli studi e dal pensiero di Anneliese Pontius, neuropsichiatra di origini tedesche cui si deve la nascita del termine neuroetica, l'Istituto si propone di favorire una riflessio-



ne sistematica informata sulle neuroscienze, le altre scienze correlate del cervello e le loro interpretazioni. Gli scopi non sono meramente intellettuali e accademici. È tempo di trovare risposte concrete a problemi concreti, e di inedita complessità.

Le possibilità pratiche delle neurotecnologie vanno moltiplicandosi ad una velocità impressionante. Gli investimenti sono in vertiginoso aumento e gli sviluppi dei prossimi anni non interesseranno solamente l'ambito terapeutico e riabilitativo ma, in modo verosimile, saranno estesi al mondo dello sport, dell'istruzione, della comunicazione, del marketing, dei videogiochi.

Come ci ricorda Papa Francesco nella lettera *Humana communitas*, indirizzata al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, la tecnica odierna può intervenire nella materia vivente ad un livello molto profondo. «Occorre quindi anzitutto comprendere le trasformazioni epocali che si annunciano su queste nuove frontiere, per individuare come orientarle al servizio della persona umana, rispettando e promuovendo la sua intrinseca dignità».

Per la medicina moderna e, su questa scia, la legge (n. 578/1993), a tracciare il confine tra una persona ed un cadavere è la cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello. Ogni pensiero, ogni sensazione, ogni emozione e ricor-

do, ogni scelta più profondamente umana è un riflesso, sul piano biologico, di quello che c'è e che accade nell'angusto spazio di una scatola cranica. Per quanti possano essere i neuroni e quante le loro interconnessioni, ciascuno di noi ne possiede un numero finito. Che succederebbe se riuscissimo a mappare per intero quell'esiguo spazio, in cui esiste la traccia di tutto ciò che sentiamo, ricordiamo, pensiamo e vogliamo? Molti pensano che sia solo questione di tempo perché ciò accada. Potremmo, a quel punto, manipolare la mente a nostro completo piacimento? Collegati via cavo riceveremmo il segnale, direttamente nel nostro cervello, corrispondente ad ogni genere di esperienza che potremmo desiderare. Forse, entro certi limiti, si vorrebbe comunque mantenere un certo grado di imprevedibilità, affinché non ci si annoi mai veramente. Eliminare ogni ricordo spiacevole e vivere finalmente la vita dei nostri sogni. Se davvero raggiungessimo una conoscenza definitiva di come funziona il nostro cervello e la tecnica per manipolare ogni aspetto della mente, su che basi sarebbe questa una vita farlocca? Ostinarsi a credere che le nostre scelte non siano predeterminate, che siano autenticamente libere, a quel punto, non sarebbe forse questa la vera illusione, un vanaglorioso moralismo?





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Italiano il metodo che individua le nuovi varianti

È nato in Italia un metodo che permette di identificare, fra le varianti del virus Sars-CoV-2, quelle che potranno diventare le più preoccupanti, le cosiddette "Voc" (dall'inglese *variant of concern*): arriva dall'analisi del comportamento del virus durante il lockdown ed è pubblicato sull'International Journal of Molecular Sciences dal gruppo di Massimo Zollo, del Ceinge-Biotecnologie avanzate e docente di Genetica dell'Università Federico II di Napoli. La task force del Ceinge proprio in queste ore ha individuato in Italia una nuova sotto-variante di Omicron: è BA.2.3, che è presente in circa il 20% dei casi nel nostro Paese.



LOTTA AL PARKINSON: OLTRE AI FARMACI L'ELETTRO-STIMOLAZIONE NEL CERVELLO

Mariachiara Sensi, responsabile del Centro disordine del movimento dell'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara: «Un valido aiuto che non incide sul processo di neurodegenerazione ma controlla e alleggerisce il tremore o la rigidità»

**MARIAGIOVANNA
ELEFANTE**

N

ell'immaginario collettivo la malattia di Parkinson è quella che "ti fa tremare le mani". Nella realtà le cose sono molto più complesse e proprio per questo in tutta Italia ci sono centri con team multidisciplinari che ogni giorno affrontano la malattia in tutte le sue sfumature. Uno di questi team è quello guidato dalla dottoressa Mariachiara Sensi, responsabile del Centro Disordine del Movimento all'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara. È proprio la dottoressa Sensi a tratteggiare il profilo della malattia di Parkinson per la sua caratteristica di essere un «disordine del movimento» e per il sintomo predominante, che è «la lentezza del movimento», alla quale si associa «in maniera variabile la rigidità o il tremore a riposo». Tuttavia, spiega Sensi, il Parkinson non è so-

lo un disordine del movimento.

LE SPIE

Dietro questo nemico c'è un universo profondo, per alcuni versi ancora inesplorato. Oggi, tuttavia, i neurologi hanno imparato a riconoscere alcuni meccanismi e segni precursori della malattia. «Negli ultimi anni è diventato chiaro che accanto ai sintomi motori - dice la specialista - ci sono sintomi non motori, che spesso precedono l'esordio della malattia». La stitichezza, il disturbo dell'olfatto, ma anche il dolore o disturbi di tipo depressivo possono precedere di anni l'esordio motorio e quindi la diagnosi. Solo nella fase conclamata della malattia compaiono problemi di tipo motorio, e successivamente in fase avanzata sono preminenti i disturbi cognitivo-comportamentali. Ma qual è la fascia d'età nella quale solitamente si ha un esordio della malattia di Parkinson? «Il picco di incidenza delle forme tipiche si ha

nella maggior parte dei casi intorno ai 65 anni, in una minoranza dei casi si ha un esordio precoce, tra i 50 e i 55 anni. Solo un 2-5 % ha un esordio gio-

vanile, prima dei 25 anni».

Del Parkinson non se ne conoscono a fondo le cause. Mariachiara Sensi spiega che di certo la genetica gioca un ruolo importante, non a caso avere una familiarità significa avere un rischio aumentato di contrarre la malattia. Studi dimostrano poi una correlazione tra il Parkinson e fattori ambientali quali l'uso di pesticidi, solventi o la contaminazione delle acque. Fattori che di certo espongono ad un maggior rischio.

INTERVENTO

Per "curare" il Parkinson il primo approccio è quello farmacologico. Nei casi complessi, nei quali i medicinali non bastano più o addirittura hanno portato a lungo andare ad effetti indesiderati, si può ricorrere alla stimolazione cerebrale profonda. «Si tratta - avverte



Sensi - di un valido aiuto di tipo sintomatico, che non incide sul processo di neurodegenerazione, bensì sui sintomi motori. Ad esempio, alleggerisce e controlla bene la lentezza del movimento, il tremore o la rigidità». Semplificando non poco, «la stimolazione cerebrale profonda si realizza posizionando elettrocatteteri nel nucleo che si trova al di sotto del talamo (subtalamo) e che viene stimolato bilateralmente con alte frequenze. Questo consente di modulare l'attivazione di circuiti patolo-

gici e quindi restaurare in maniera più naturale il movimento». Criterio essenziale è che vi sia una diagnosi di malattia di Parkinson per così dire "consolidata", quindi che il paziente abbia risposto in maniera sostenuta e prolungata alla terapia farmacologica.

Piccola curiosità, quello della dottoressa Sensi è un team dalla connotazione fortemente al femminile, dimostrazione che sono sempre più le donne che scelgono di dedicarsi alla medicina e in ambito clinico e di ricerca a forme innovative

e pionieristiche. Anche se, lo ricorda proprio Mariachiara Sensi, «quando si guarda al merito, non esiste una differenza di genere, bensì di competenze».

STUDI HANNO RIVELATO CHE ALCUNI DISTURBI, DALLA STITICHEZZA ALLA DEPRESSIONE, POSSONO PRECEDERE LA PATOLOGIA



Mariachiara Sensi, responsabile del Centro Disordine del Movimento all'Arcispedale Sant'Anna di Ferrara



Medicina

Le nuove terapie
per i tremori
del Parkinson
(e non solo)

di **Cesare Peccarisi**

10

Nuove possibilità per i tremori nel **Parkinson** (e non solo)

La Stimolazione cerebrale profonda può affiancare i farmaci, che si usano sempre meglio, nel controllo della malattia

E si affinano tecniche di diagnosi precoci e predittive sempre più accurate

di **Cesare Peccarisi**

L'11 Aprile si è celebrata la Giornata mondiale del Parkinson, una patologia su cui negli ultimi anni sono stati compiuti progressi significativi.

«Un salto in avanti, per esempio, è rappresentato dalla possibilità che ha mostrato la *stimolazione cerebrale profonda* nota con l'acronimo *Dbs* dall'inglese *Deep brain stimulation*» spiega Alfredo Berardelli, ordinario di neurologia all'Università La Sapienza, di Roma. «Nel 1997 la Food & Drug Administration americana l'ha approvata per il controllo del tremore nel Parkinson e nel tremore essenziale».

Che differenza c'è fra il tremore dovuto al Parkinson e quello «essenziale»?

«Il tremore essenziale» chiarisce Berardelli, che è anche presidente della Società Italiana di Neurologia, «provoca tremolio durante il movimento e non è accompagnato da altri sintomi del Parkinson, come rallentamento, rigidità muscolare e turbe d'equilibrio. A chi ha il tremore essenziale capita di non poter bere un caffè senza rovesciarlo, mentre il parkinsoniano

può farlo perché le sue mani tremano a riposo, quando afferra una tazzina si calmano»

La Dbs è un'alternativa alle medicine?

«Nel 2002 si è scoperto che stimolando con la Dbs determinate aree cerebrali si potevano controllare i sintomi del Parkinson su cui i farmaci non riuscivano più ad agire e l'anno dopo è stata approvata anche per la *distonia*, condizione in cui i muscoli si contraggono disordinatamente e il paziente pare attorcigliarsi su sé stesso» precisa l'esperto. «Molti la consideravano l'ultima spiaggia. Il 2016 è stato l'anno della svolta con la sua approvazione in associazione ai farmaci in chi ha persistenti complicanze motorie anche solo da quattro anni. Col tempo la Dbs è diventata sempre più accurata e, potendosi trattare soggetti sempre più giovani e senza complicanze legate all'età, è diventata una soluzione sicura e al passo coi tempi. Grazie alla telehealth ora



può essere guidata anche da remoto e c'è pure una versione italiana del professor Alberto Priori dell'Università di Milano che si adatta alle necessità motorie del momento. Con una buona selezione dei pazienti e in Centri all'avanguardia se associata ai farmaci è più efficace dei soli farmaci. L'evoluzione del trattamento è comunque quella verso centri multidisciplinari dove lo stesso giorno si può essere visti dal neurologo, dal neurochirurgo, dallo psichiatra o dall'internista.

Spesso i parenti dei malati chiedono se il Parkinson è ereditario. Si può prevedere in anticipo se ci si ammalerà?

«La malattia ha sia cause genetiche, sia ambientali e soprattutto soggettive» specifica Berardelli. «Occorre puntare sempre più sulle caratteristiche di ogni singolo perché in teoria questo ci consente di predire l'evoluzione della malattia e della risposta ai farmaci. Abbiamo individuato la verosimile causa finale della malattia, cioè il cambiamento strutturale di una proteina che tutti abbiamo nel cervello per la memoria. Si chiama sinucleina e può trasformarsi: cambia struttura, si accumula e soffoca i neuroni dopaminergici (quelli che "soffrono" nel Parkinson, ndr), scatenando la malattia. Perché cambi non s'è ancora capito, ma trovare sinucleina *alfa* (diversa da quella normale) indica se qualcuno si ammalerà e sappiamo già come individuarla, ad esempio nella saliva. Intanto sono in corso sperimentazioni per quello che potremmo chiamare "vaccino" per il Parkinson, un anticorpo monoclonale diretto contro questa proteina mutata, simile a quello creato per il coronavirus. Questa può essere la migliore terapia e, con le accelerazioni di produzione farmaceutica indotte dalla pandemia, potrà arrivare entro un anno».

Ci sono novità per i farmaci?

«A scatenare la malattia è la carenza del neurotrasmettitore *dopamina* prodotta dai neuroni di alcune aree cerebrali. Sono stati messi a punto trattamenti di soccorso iniettivi, sublinguali o in spray nasale per i pazienti che si bloccano improvvisamente per il cosiddetto *freezing*, ma il farmaco di riferimento resta la levodopa che è un sostituto della dopamina creato in laboratorio. La prima volta che il paziente la

prende sta benissimo, tanto che si parla di "luna di miele terapeutica". Dopo qualche anno l'effetto cala. Vent'anni fa avevamo l'infondato timore che provocasse danni ai neuroni e si pensava che le discinesie, gli strani movimenti involontari che a un certo punto compaiono soprattutto a carico di lingua, bocca e viso ne fossero una conseguenza. Oggi sappiamo che la levodopa non è neurotossica e usarla precocemente e alle giuste dosi non peggiora il decorso della malattia».

La durata dell'effetto della levodopa dipende dal dosaggio al quale la si usa?

«Per ritardare il ricorso alla levodopa sono stati creati persino farmaci che spremono fino all'ultima goccia i neuroni che producono dopamina, i dopaminoagonisti» illustra Gianni Pezzoli, già direttore del Centro Parkinson degli Istituti di Perfezionamento di Milano, che è stato uno dei primi a verificare sul campo l'infondatezza dei falsi pregiudizi sulla levodopa andando a curare in Africa subsahariana pazienti che in Occidente sono scomparsi da tempo (si veda il box in basso). «Lì la levodopa non c'era, ma c'erano i cosiddetti pazienti *de novo* o *naïve* con lunghi anni di malattia e mai trattati che ci hanno aperto gli occhi. Abbiamo capito che qui cercavamo di ritardare l'uso della levodopa perché ne davamo troppa, mentre alle giuste dosi è il farmaco migliore».

«Facevamo errori anche con i dopaminoagonisti — aggiunge il professor Berardelli — Se sospesi bruscamente provocano *discontrollo* degli impulsi trasformando i pazienti in incolpevoli giocatori d'azzardo o in compratori seriali da shopping compulsivo per un'irrefrenabile pulsione al compenso psicologico da troppa dopamina. Vincere al gioco d'azzardo o riempire gli armadi fa aumentare la dopamina e il parkinsoniano trovava così un modo per placare questa sete dopaminergica che noi gli avevamo procurato».

Per i pazienti che si bloccano d'improvviso sono stati messi a punto trattamenti di soccorso iniettivi, sublinguali o in spray nasale





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Neuroni «rinnovati», la via italiana

Dalla pelle di malati di Alzheimer e Parkinson ricavate cellule nervose per nuove terapie. Con un protocollo rivoluzionario (e a basso costo)

ALESSANDRA TURCHETTI

Il mondo scientifico, come ha dichiarato recentemente lo stesso Shinya Yamanaka, sta ancora cercando di produrre Ips utilizzabili in sede clinica. Ips sta per «cellule staminali pluripotenti indotte», la cui invenzione valse il Nobel per la Medicina 2012 allo scienziato giapponese che dopo anni di studio riuscì a mettere in piedi una tecnica per riportare allo stadio simile-embrionale cellule adulte già differenziate introducendo, mediante vettori virali, 4 geni capaci di innescare il processo a ritroso. C'è chi gridò all'epoca a un vero e proprio cambio di paradigma. E in effetti i laboratori di tutto il mondo si sono dedicati alla ricerca su questo promettente filone.

Quali i vantaggi annunciati? Una riprogrammazione "etica" perché capace di produrre cellule di tipo embrionale senza utilizzare embrioni umani, in grandi quantità da ciascun paziente, quindi "su misura" e, cosa non secondaria, trasformabili in qualsiasi altro tipo di tessuto dopo opportuna stimolazione. Due le principali possibilità di applicazione: come strumento terapeutico per numerose malattie ancora in attesa di cura, con la sicurezza di non provocare rigetto in quanto provenienti dallo stesso paziente, oppure modelli per studiare la patologia e testarne potenziali farmaci.

Proprio in occasione della consegna del Nobel, Yamanaka espresse l'augurio che la sua tecnica potesse quanto prima passare dal laboratorio al paziente. Gli scienziati si sono adoperati in questo decennio per ridurne le criticità, prima fra tutte l'instabilità delle cellule con alto rischio di trasformazione oncogena una volta trapiantate. L'introduzione artificiale di geni mediata da virus, infatti, si è dimostrata un elemento a sfavore della tecnica perché tale manipolazione blocca le cellule allo stadio proliferativo. Tuttavia, la speranza di Yamanaka si è avvicinata alla realtà perché alcuni studi clinici intrapresi non hanno mostrato per ora problemi di sicurezza, come quelli sul morbo di Parkinson condotta al Centro di ricerca e applicazione delle cellule (Cira) dell'Università di Kyoto, dove progenitori dopaminergici derivati dalle Ips sono stati trapiantati in quattro pazienti, fino a oggi senza effetti collaterali. Altre sperimentazioni cliniche sono in corso su malattie della cornea, delle cartilagini articolari, su tumori, lesioni al midollo spinale e Sclerosi laterale amiotrofica (Sla). Insomma, la partita è ancora aperta e molti sono gli studi che





hanno puntato a far evolvere la tecnica con strategie che utilizzano piccole molecole e non vettori virali.

In Italia un gruppo di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità, Istituto di Farmacologia Traslazionale del Cnr e Irccs San Raffaele di Roma ha ottenuto neuroni da cellule della pelle di pazienti affetti da Alzheimer e Parkinson trasformate chimicamente con un protocollo innovativo e a basso costo. Il fine è quello di avere modelli in vitro della malattia per testare nuove terapie e identificare biomarcatori a fini diagnostici. «Siamo molto contenti di questo risultato, frutto della piena sinergia di forze e competenze di operatori provenienti da diverse realtà – spiega Daniela Merlo, biologa, direttrice della

Struttura interdipartimentale sulle Demenze dell'Iss e coordinatrice della ricerca. «La connessione col metodo Yamanaka – aggiunge – sta nel fatto che anche noi operiamo una trasformazione della cellula somatica, però diretta, cioè senza riportarla indietro a uno stadio di maggiore staminalità. I nostri fibroblasti, infatti, una volta trasformati in neuroni mantengono i loro tratti epigenetici, ovvero le caratteristiche dipendenti dall'ambiente dove sono cresciuti. In questo modo otteniamo un modello di studio della malattia il più possibile fedele all'originale, cosa che non sarebbe accaduta se fossimo intervenuti "ringiovanendo" le cellule del paziente».

Lo studio si è, dunque, basato sull'azione di piccole molecole con funzione regolatoria dello sviluppo cellulare per indurre la trasformazione desiderata. «Abbiamo prodotto dei neuroni dal paziente come se avessimo fatto una biopsia del suo cervello – prosegue la ricercatrice –. È comprensibile, dunque, la grande facilitazione offerta da questo metodo non invasivo a cui basta, invece, un prelievo di cellule epidermiche. L'applicazione in clinica della tecnica andrebbe a completo beneficio del malato».

Altro vantaggio: oltre alla ricerca dei marcatori predittivi, si potranno testare farmaci sulle colture cellulari in vitro, con il vantaggio etico di non impiegare animali.

Lo studio, pubblicato sulla rivista *International Journal of Molecular Sciences*, ha usufruito del bando di ricerca intramurale Iss. «Grazie alla nostra indagine pilota – aggiunge Cristiana Mollinari, biologa dell'Istituto di Farmacologia Traslazionale del Cnr – abbiamo creato modelli in vitro che, a differenza di quelli ottenuti col metodo Yamanaka, non presentano ostacoli tecnici

particolari, anche dal punto di vista dei costi. Rimane, infatti, tuttora molto complicato ottenere Ips paziente specifiche: è necessaria spesso la facilitazione di un'azienda che investa in questa direzione oltre a competenze molto specializzate. Il nostro gruppo è formato da quattro biologi: Leonardo Lupacchini, ricercatore dell'Irccs San Raffaele di Roma, Chiara De Dominicis, dottoranda di ricerca presso l'Università La Sapienza di Roma e Iss, io e la dottoressa Merlo che, grazie a una collaborazione avviata da tempo con la Shanghai Tech University di Shanghai, ha potuto gettare le basi della ricerca. Ringraziamo anche i bioingegneri Casciola e Caprini che ci hanno aiutato nelle colture cellulari con tecniche avanzate di microfluidica che permettono la coltura in un microambiente e in contemporanea di cellule provenienti da più pazienti».

«Ci auguriamo davvero – conclude Daniela Merlo – che il nostro protocollo sia in futuro applicato nella pratica clinica, dando così un forte contributo allo studio dei meccanismi patogenetici delle malattie neurologiche».

In sintesi

1

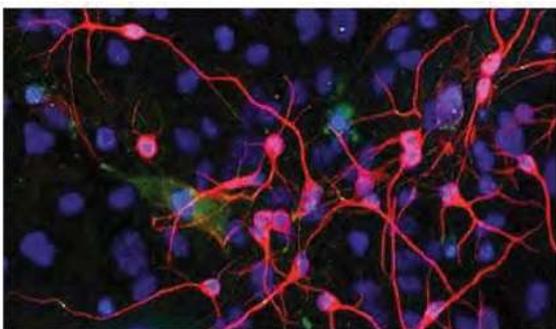
Nel 2012 il Nobel per la Medicina andò al giapponese Shinya Yamanaka, capace di "ringiovanire" le cellule sino allo stadio embrionale

2

La tecnica delle Ips («cellule staminali pluripotenti indotte») presenta formidabili possibilità ma anche, per ora, limiti di sviluppo e di costi

3

Scienziati italiani di Iss, Cnr e San Raffaele hanno messo a punto una nuova tecnica che consente di ottenere grandi quantità di cellule per la ricerca



Un'immagine dei neuroni. Sotto, Daniela Merlo



Lo studio dell'IRCCS San Raffaele Roma

Scoperti geni responsabili della schizofrenia

■ Nel mondo una persona su 300 soffre di schizofrenia. Ed è su questo disturbo psichiatrico che sulla rivista scientifica *Nature* sono stati pubblicati i risultati di un progetto internazionale coordinato dal Psychiatric Genomics Consortium, un consorzio internazionale che ha coinvolto più di 100 istituzioni di 45 nazioni, tra queste anche l'IRCCS San Raffaele.

«Parliamo del più grande studio genetico mai condotto sulla schizofrenia», spiega Stefano Bonassi, direttore del servizio di Epidemiologia Clinica e Molecolare dell'Istituto San Raffaele e Professore di Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università San Raf-

faele Roma. Spiega che «è stato analizzato il Dna di oltre 77.000 persone affette da schizofrenia e di circa 243.000 persone sane, utilizzate con gruppo di controllo. Questo sforzo», osserva, «ha permesso di identificare un gran numero di geni specifici che potrebbero avere ruoli importanti nell'eziologia della malattia». In particolare lo studio dei genomi dei soggetti coinvolti ha permesso di individuare associazioni tra varianti geniche e sviluppo della schizofrenia in 287 loci genetici distinti. Sebbene il numero di varianti ge-

netiche coinvolte nella schizofrenia sia elevato, è stato dimostrato come queste interessino in prevalenza i geni

espressi nei neuroni, indicando queste cellule come il sito più importante della patologia. «Ricerche precedenti hanno mostrato associazioni tra schizofrenia e molte sequenze di Dna, ma raramente è stato possibile collegare i risultati a geni specifici», afferma il co-autore principale, il professor Michael O'Donovan, dell'Università di Cardiff. Lo studio «non solo ha aumentato il numero di tali associazioni, ma ora siamo stati in grado di collegare molte di esse a geni specifici, un passo necessario in quello che rimane un difficile viaggio verso la comprensione delle cause di questo disturbo e l'identificazione di nuovi trattamenti» conclude.

«Il fatto di avere contribui-

to a tale ricerca con pazienti assistiti nelle strutture del Gruppo San Raffaele» sottolinea Bonassi, «è motivo di orgoglio e ha un valore intrinseco anche per i nostri assistiti e per le loro famiglie, consapevoli di poter contribuire fattivamente alla ricerca più avanzata sulla patologia che li riguarda così da vicino».



Stefano Bonassi, direttore di Epidemiologia all'Istituto San Raffaele



LA RICERCA

NEOPLASIE NEUROLOGICHE ED ENDOCRINE UNA NUOVA TERAPIA

La storia di Fedez, che di recente ha confidato ai suoi follower di essere stato colpito da un tumore neuroendocrino, ha acceso un faro su queste neoplasie per le quali servono centri d'eccellenza, tecnologie all'avanguardia e una solida expertise. Ma quali i tratti caratteristici di questi tumori? Marialuisa Appetecchia, responsabile di Endocrinologia oncologica presso l'Istituto Nazionale dei Tumori Regina Elena IFO IRCCS spiega che «il sistema neuroendocrino è costituito da cellule che hanno caratteristiche tipiche sia delle cellule endocrine che di quelle nervose. I tumori che prendono origine da queste cellule sono proprio i tumori neuroendo-

crini».

L'ECCellenza

Sono tumori relativamente rari, rappresentano poco meno dello 0,5% di tutti i tumori maligni. In Italia si registrano meno di 3.000 nuove diagnosi l'anno. La professoressa Appetecchia chiarisce anche che questi tumori «possono colpire organi anche molto differenti tra loro, come intestino, pancreas e polmoni, ma in genere sono colpiti gli adulti e gli anziani. Nella maggior parte dei casi viene colpito il tratto gastroenteropancreatico». Per queste neoplasie la chirurgia è sempre il trattamento di prima scelta, anche perché se il tumore viene rimosso interamente, nella maggior parte dei casi l'intervento è risolutivo. Purtroppo esistono

anche forme aggressive o che producono metastasi, in questi casi si usano altri strumenti. La professoressa Appetecchia spiega che per alcune forme metastatiche si può adoperare quella che è la terapia di elezione nella sindrome da carcinoide. Altrettanto efficace può essere in casi specifici la chemioterapia o la terapia radiorecettoriale, quest'ultima molto innovativa. Semplificando non poco «si adopera una sostanza radioattiva che veicola il farmaco a livello dei tessuti che esprimono i recettori per la somatostatina». Non da meno, infine, le terapie a bersaglio molecolare, che vanno ad aggredire il tumore in maniera estremamente selettiva.



LA PROPOSTA

ONCOLOGIA

Nuovi farmaci, troppi 14 mesi per approvarli I medici: «Iter più brevi»

*L'appello degli
oncologi ad Aifa e
case farmaceutiche
per snellire i tempi
delle cure
innovative*

Marco Palma

La loro approvazione dovrebbe viaggiare alla velocità della luce: invece va a quella della lumaca. Un colpevole ritardo frutto di un iter burocratico macchinoso, ma non solo: sta di fatto che tra i farmaci oncologici a disposizione e il loro reale utilizzo non c'è sincronia, a tutto danno dei malati. Un dialogo che spesso viene percepito tra sordi: tra chi ha pronta l'innovazione e chi invece deve valutare e attuare la reale disponibilità, decidendo costi e tempi.

«Serve una collaborazione tra medici oncologici ed Aifa.

Soprattutto vengano sentiti i responsabili della somministrazione dei farmaci, e anche dei rapporti con i pazienti» intima Saverio Cinieri, oncologo direttore della Unità operativa Complessa di Oncologia medica dell'Ospedale Antonio Perrino di Brindisi e presidente Aiom (Associazione Italiana di Oncologia Medica).

Secondo i dati ufficiali, i tempi medi di approvazione di un nuovo farmaco in Italia sono inferiori a quelli dell'Unione europea: 418 giorni contro 504. Eppure la realtà è diversa, e dipende da quando si inizia a contare il tempo. In un'epoca in cui la ricerca propone a ritmo sostenuto nuovi farmaci e dispositivi, capaci di migliorare il risultato delle terapie, non sempre l'accesso a questa

innovazione avviene in tempo reale, perché i tempi del Servizio sanitario nazionale non coincidono con la reale disponibilità di un nuovo farmaco. Che fare, dunque, per snellire le procedure necessarie alla valutazione, all'autorizzazione, alla rimborsabilità e alla definizione del prezzo di un medicinale? Intanto coinvolgere tutti gli stakeholder: le procedure



il Giornale

italiane oggi non prevedono un coinvolgimento adeguato né delle aziende né dei clinici né tanto meno delle associazioni dei pazienti. Non solo, in Italia manca qualcosa che in Europa risulta invece decisivo sotto questo aspetto: il cosiddetto dialogo precoce. L'ente regolatorio dovrebbe considerare aperto il dossier per l'autorizzazione di un principio attivo fin dalla prima richiesta ricevuta da un'azienda, consentendo alla stessa di iniziare a depositare i documenti disponibili, e stabilendo subito e con chiarezza quali sono gli elementi che considera indispensabili. Tutto ciò mantenendo un dialogo costante, in modo da risparmiare tempo prezioso per tutti.

«Va valutato il reale valore

innovativo di un farmaco, non soltanto il fatto che sia stato oggetto di un nuovo brevetto - sottolinea Mauro Biffoni, direttore del dipartimento di Oncologia Iсс - e snellire le procedure di approvazione».

Per un'azienda farmaceutica che ha deciso di fare della ricerca il suo imperativo «è fondamentale fare in modo che questa innovazione sia prodotta nel più breve tempo possibile - spiega Amelia Parente, Direttore Malattie Rare, Transformation e Affari Istituzionali di Roche - L'attuale processo di negoziazione con una media di circa 14 mesi non sempre permette di soddisfare le aspettative dei clinici, dei pazienti e delle aziende».

Il dialogo è auspicabile anche per un altro colosso

dell'oncologia medica. «Si deve ripartire da una collaborazione più stretta con Aifa - precisa Charles Henry Bodin, General Manager Pierre Fabre Group -. Questo permetterebbe di sciogliere subito nodi interpretativi sui dati, riducendo il numero di audizioni successive agli esiti della Commissione Tecnico-Scientifica».



IL NUOVO MIX

RIPARARE I TENDINI CON IL PLASMA RICCO DI PIASTRINE

ANTONIO CAPERNA

Stiramenti muscolari, lesioni tendinee parziali, osteoarticolari e del menisco: per riparare i danni che possono colpire i 22 milioni di italiani che svolgono regolarmente attività fisica una soluzione arriva dalla combinazione del Plasma ricco di piastrine (Prp) e dalla radiofrequenza. Questo nuovo mix aumenta le cellule staminali per riparare le lesioni. Se ne è di recente parlato al convegno "Medicina Rigenerativa Today", organizzato dalla Società italiana di medicina e chirurgia rigenerativa polispecialistica (Simcri).

«Il plasma ricco di piastrine è un trattamento locale e indolore, spesso utilizzato per il recupero da lesioni a carico di muscoli, ossa, legamenti e articolazioni – spiega Eugenio Caradonna, presidente della Simcri – I fattori di crescita rilasciati dal plasma di cui parliamo facilitano l'insediamento delle cellule staminali circolanti nel luogo dell'infortunio. Che poi agiscono per favorire la riparazione del danno ai tessuti interagendo con le cellule staminali residenti. L'innovazione tecnologica ha mostrato come questa tecnica, in associazione alla radiofrequenza, sia in grado di garantire una ripresa ancora più rapida e completa». Il trattamento può rivelarsi un grande alleato per chi pratica attività fisica: ne fanno uso sia atleti come la sciatrice Sofia

Goggia, sia gli sportivi amatoriali.

Il plasma ricco di piastrine viene impiegato anche per la risoluzione di patologie come fascite plantare, osteoartrosi, ulcere croniche, come quelle da diabete, ma anche in campo medico-estetico e contro il dolore. «Il trattamento è semplice – afferma il dottor Antonio San Martino del Carlo Fiorino Hospital di Taranto – si effettua un prelievo di sangue, poi centrifugato per estrarne il plasma ricco di piastrine, da iniettare nella zona della lesione. La radiofrequenza ne facilita l'attivazione e quindi potenzia l'effetto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Prediabete, il marcatore glicemico

Esiste una terra di mezzo tra l'essere in salute e la patologia diabetica conclamata, in cui la glicemia inizia ad alzarsi, ma si sta ancora apparentemente bene. Per la prima volta, uno studio ne descrive i meccanismi molecolari sottostanti ed identifica un nuovo marcatore (il micro-RNA miR-21) che, rilevando la progressione del danno da prediabete, aiuta a predire il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.

Il lavoro è stato condotto dall'Irccs Multimedica di Milano nell'ambito del progetto di ricerca (Diabetes Prediction And Screening: Observational study), che ha visto la collaborazione tra i medici di famiglia della Ats Milano Cit-

tà Metropolitana, l'Università degli Studi, la Regione Lombardia ed il Ministero della Salute con il sostegno della Fondazione Romeo ed Enrica Invernizzi. I ricercatori hanno sottoposto a screening una popolazione di 1.506 persone, valutandone il rischio diabete. Tra questi, 531 pazienti, risultavano avere un rischio altissimo e sono stati reclutati per lo studio. Poiché in precedenti analisi era stata osservata un'associazione tra glicemia alta ed una piccola molecola di RNA, il miR-21, i ricercatori sono andati a misurare proprio la concentrazione di questa molecola. A un sottogruppo di 207 pazienti, che presentavano livelli allarmanti di glicemia, è stato poi

proposto un cambiamento dello stile di vita basato sulla dieta mediterranea. «Dopo un anno, nell'84% del campione che aveva seguito il nuovo regime alimentare, abbiamo rilevato non solo perdita di peso e miglioramento dei parametri cardiometabolici, con riduzione della glicemia, come era facile prevedere, ma soprattutto una riduzione del miR-21, il che ha confermato la relazione tra questa molecola ed i valori di glucosio nel sangue» spiega Lucia La Sala, Multimedica. «Ma c'è di più. All'aumentare della glicemia, si sviluppa anche stress ossidativo, causa di danno vascolare, alimentato dallo stesso miR-21. Dopo l'intervento sullo stile di vita, abbiamo osservato

una significativa riduzione di questo danno. Un simile risultato consente di affermare che il miR-21 è anche un marcatore molecolare affidabile delle reazioni dannose innescate dall'iperglicemia e della loro eventuale regressione».



IL SOCCORSO DIVENTA HI-TECH IL 118 ARRIVA CON IL DRONE

Comincia a maggio la sperimentazione di Seuam, ovvero Sanitary emergency urban air mobility, il velivolo che può trasportare dal sangue al defibrillatore
Il presidente della Sis, Mario Balzanelli: «Pronto intervento rivoluzionario»

**GIOVANNI
DEL GIACCIO**



a salvezza? Arriva dal cielo. Con un drone ambulanza che sarà capace di trasportare un defibrillatore, ad esempio, ma anche farmaci salva vita. Almeno per ora, perché le prospettive concrete sono anche altre e sempre legate alla salute umana. Non è qualcosa di futuribile, perché entro maggio ci saranno i primi esperimenti. È quanto emerso nel corso del congresso nazionale della Sis 118, la società scientifica del sistema 118, che si è svolto di recente a Sabaudia (Latina).

«A settembre del 2021 abbiamo lanciato questo progetto - dice Mario Balzanelli, riconfermato presidente Sis 118 - ora siamo pronti per la sperimentazione. Non sappiamo ancora da dove partirà, ma abbiamo quattro comuni che hanno aderito: Taranto, Altomonte, Santa Lucia di Serino e Massa di Somma». Sono tutti al sud, come l'azienda che ha realizzato il prototipo ed è

pronta alla produzione in serie, la Officine meccaniche irpine (Omi). Si chiama "Seuam" e l'acronico sta per Sanitary emergency urban air mobility. Un partenariato pubblico-privato al quale manca, è il caso di dirlo, solo il decollo. «È un progetto che nasce dall'esigenza di garantire soccorsi sanitari laddove non è possibile arrivare con altri mezzi - spiega l'ingegnere Michelangelo Giuliani, team leader dell'iniziativa - in zone difficilmente raggiungibili». Si tratta di oggetti che possono volare a 160 chilometri orari e che nelle intenzioni saranno affidati alle centrali operative del 118. «Saranno in grado di raggiungere lo scenario in un paio di minuti - aggiunge Balzanelli - pensiamo al defibrillatore, ma la prospettiva è quella di far trasportare sangue, plasma, farmaci, antidoti, apparecchiature e anche organi. Immaginiamo l'utilizzo anche in contesti urbani, è una vera rivoluzione nella sanità tempo dipendente e poi consideriamo che l'utilizzo è possibile nelle maxi



Il Messaggero

emergenze non convenzionali, come ad esempio un incidente chimico dove gli operatori inizialmente non sanno se possono entrare o meno, mentre il drone può descri-

verci lo scenario che si ha di fronte».

L'uso per casi del genere - secondo una recente ricerca del Politecnico di Milano - trova l'approvazione di 9 italiani su 10. Balzanelli aggiunge un particolare di non poco conto: «Pensiamo a Simon Gautier, il turista che è morto nel Cilento, in una scarpata dopo aver chiamato il 118. Non siamo riusciti a geolocalizzarlo, con il drone sarebbe stato possibile».

«La nostra azienda lavora nel settore aerospaziale da oltre 40 anni - ha detto Aquilino Carlo Villano, amministratore delegato dell'Omi - facciamo molta attività di ricerca e siamo orgogliosi di partecipare a questo progetto per intervenire in scenari di emergenza». Nella letteratura scientifica internazionale l'uso di droni compare già dal 2015 ma finora non si è mai arrivati a una prova sul campo in Italia, cosa che invece è già stata realizzata in Svezia, per esempio, anche se solo all'inizio di que-

st'anno.

«È stata la grande novità del congresso - ha detto la presidente dell'evento, Rossella Carucci - insieme al punto della situazione sulla necessità della riforma del sistema 118 ormai non più rinviabile».

Le richieste sono in Parlamento: valorizzazione delle figure professionali, tutte: medici, infermieri e autisti soccorritori con adeguati riconoscimenti contrattuali e la definizione di un modello organizzativo autonomo. Chiesta anche la modifica del numero unico 112, mediante un meccanismo di preselezione diretta, ossia facendo accedere con messaggio registrato chi chiami all'opzione 1: "emergenza sanitaria". Infine investimenti: «Non c'è nemmeno un euro nel Pnrr - ha detto Balzanelli - e va rettificata questa programmazione. Il 118, dopo aver fatto la differenza in questi anni drammatici di pandemia, è stato completamente dimenticato». Investimenti che significano anche formazione e innovazione. Proprio a partire dai droni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1

**PRODOTTO DALL'OMI
DEBUTTERÀ IN QUATTRO PAESI DEL SUD**



2

**UN SERVIZIO UTILE IN AREE INACCESSIBILI
NON SOLO GEOGRAFICAMENTE**



3

**ALL'ESTERO FUNZIONA DAL 2015
CHIESTI NUOVI FONDI PER LA FORMAZIONE**



Sanità digitale

Ora interessa di più a medici e pazienti

Lo dice un'indagine che mette a fuoco come è cambiato l'atteggiamento verso nuovi strumenti che l'esperienza della pandemia ha reso necessari

di **Ruggiero Corcella**

Arranchiamo. Nel settore della sanità, la digitalizzazione resta ancora un traguardo lontano.

In attesa che la «Missione 6» del Piano nazionale di ripresa e resilienza entri nel vivo con i suoi 25,4 miliardi di investimenti sul tema della salute, un'indagine svolta da McKinsey fotografa ancora uno stato dell'arte desolante: l'indice di digitalizzazione del settore «healthcare» ha ottenuto un punteggio di 28 su 100.

Il parametro è stato ricavato analizzando 18 indicatori relativi alla strategia digitale, alle capacità di processo e alla cultura di un gruppo di aziende rappresentative del settore.

A partire da questo primo dato, l'indagine ha poi voluto approfondire il tema intervistando un gruppo di oltre mille tra medici e cittadini.

Ne sono emersi quattro elementi chiave che offrono diversi spunti di riflessione. Innanzitutto, la pandemia ha accelerato l'utilizzo di soluzioni di sanità digitale.

Infatti alla domanda su quanti utilizzeranno tali strumenti nei prossimi

tre anni, il 75% dei medici intervistati ha risposto di essere interessato (in epoca pre-Covid ne usufruiva il 53%). Fra i cittadini, invece, se prima di Sars-Cov-2 solo il 31% aveva fatto esperienza di eHealth, adesso il 60% del campione dice di volerla provare.

Il secondo elemento riguarda la «multicanalità», risultata essenziale, e la digitalizzazione di quella parte di percorso del paziente che avviene al di fuori delle strutture sanitarie. Anche qui, l'indagine ha chiesto di esprimersi sulla previsione di crescita delle soluzioni digitali nei prossimi tre anni.

Ebbene tutti e nove i «canali» presi in considerazione (refertazione online, prenotazione e pagamento online, supporto clinico da remoto, consegna farmaci a domicilio, prevenzione digitale, terapia e gestione della cronicità, monitoraggio post-operatorio in tempo reale, diagnosi da remoto, monitoraggio wellness in tempo reale) hanno fatto registrare un aumento in media di trenta punti percentuali, rispetto all'epoca precedente a Covid.

Tuttavia, analizzando il grado di diffusione delle singole soluzioni digitali nelle diverse fasi del percorso del paziente, emerge un tasso di utilizzo superiore al 20% soltanto per i servizi di base, come la prenotazione

e il pagamento delle prestazioni oppure la refertazione.

Per i servizi più innovativi ad alto contenuto clinico (e-triage, monitoraggio e gestione della cronicità) la penetrazione è invece prossima allo zero: i cittadini preferiscono usufruire dei canali fisici tradizionali.

Gli ultimi due punti dell'indagine forniscono un quadro preciso di quanto interesse sia nato intorno alla «rivoluzione» della sanità.

Per quanto riguarda il terzo, si chiedeva quale beneficio principale intravedessero le persone intervistate nei nuovi strumenti digitali.

Sia i pazienti, sia i medici hanno messo al primo posto la riduzione dei tempi (attesa, viaggio, erogazione delle prestazioni). E i più convinti sono proprio i camici bianchi (73% contro il 66% dei cittadini).

Subito dopo viene l'accesso a servizi di qualità superiore (25% e 33% rispettivamente). La convenienza eco-



nomica è risultata al terzo posto, seguita dall'accesso semplificato a servizi di prevenzione, flessibilità e personalizzazione della prestazione.

Infine il quarto elemento chiave dell'indagine: le competenze cliniche degli operatori sanitari (pubblici e privati) sono determinanti per essere fornitori credibili di soluzioni digitali.

Qui la domanda riguardava l'identificazione dei soggetti più adatti ad erogare i servizi digitali. Oltre il 50% tra i medici e i pazienti ha indicato gli operatori sanitari pubblici, mentre

per quelli privati la percentuale è scesa al 34% da parte dei medici.

Piuttosto staccate invece gli altri soggetti: aziende emergenti tech, multinazionali tech, assicurazioni e istituzioni finanziarie, società di telecomunicazioni, società di servizi gas/energia.

«Gli ecosistemi di sanità digitale coinvolgono tipicamente differenti tipologie di aziende, che collaborando mettono in comune le proprie risorse e capacità — dice Matteo Zanin, senior partner McKinsey & Company —. A oggi in Italia sono presenti

numerose soluzioni innovative a livello di software e tecnologia, che però si focalizzano soltanto su una delle fasi del percorso del paziente».

Da sapere

La ricerca

È stata realizzata da McKinsey, società internazionale di consulenza con sede negli Stati Uniti

Il campione

Per raccogliere i dati sono stati intervistati più di mille tra cittadini e operatori sanitari del nostro Paese

Le aziende

L'indice di digitalizzazione è stato ottenuto coinvolgendo un gruppo di società rappresentative del settore



Benessere

Dieci minuti
di camminata
in più al giorno
allungano la vita

di **Cristina Marrone**

11

Camminare almeno dieci minuti al giorno allunga la vita

di **Cristina Marrone**

L'attività fisica è come una medicina per il benessere psicofisico e cardiovascolare e sul tema si accumulano da anni decine e decine di studi. Ma se ci fosse ancora bisogno di conferme, un recente lavoro pubblicato sulla rivista *Jama Internal Medicine* conclude che se quasi tutti gli americani iniziassero a camminare per 10 minuti in più al giorno sarebbe possibile evitare 111 mila morti «premature» ogni anno.

Per arrivare a queste conclusioni lo studio ha utilizzato i dati sull'attività fisica e sui tassi di mortalità di migliaia di adulti statunitensi. Si tratta quindi di uno studio retrospettivo, in cui è stato considerato il tempo dedicato al movimento negli anni precedenti.

La ricerca

I ricercatori hanno esaminato i dati del National Health and Nutrition Examination che chiede periodicamente a un campione rappresentativo della popolazione informazioni sugli stili di vita e sulla salute. Gli

scienziati hanno raccolto dati relativi a 4.840 persone di diverse etnie, uomini e donne, di età compresa tra i 40 e gli 85 anni, che hanno risposto a un sondaggio. Inoltre una parte dei volontari ha indossato per una settimana un contapassi con l'obiettivo di monitorare in modo oggettivo l'attività fisica. I volontari sono stati raggruppati sulla base dei minuti trascorsi camminando o eseguendo altri movimenti. Successivamente, i loro nomi sono stati poi messi a confronto con il registro dei decessi per stabilire il tasso di mortalità in rapporto ai vari livelli di attività, tenendo conto anche di coloro che erano troppo fragili per muoversi, dell'età, dell'indice di massa corporea, dell'attitudine al fumo e di altri parametri che potevano incidere sulle conclusioni.

Prospettive

Combinando i vari elementi i ricercatori hanno creato un modello statistico in base al quale si può stimare che se ogni adulto che è in grado di farlo camminasse a passo svelto (o si esercitasse in altro modo) per

dieci minuti al giorno, si potrebbero evitare 111.174 morti all'anno che corrisponde a un calo del 7% del numero di decessi in un anno tipo negli Stati Uniti.

E man mano che il tempo dedicato all'attività fisica cresce sale anche la stima della percentuale di decessi evitabili (con 20 minuti si arriva al 13% di decessi in meno, con 30 minuti al 17% in meno).

«Questo studio è un'ulteriore conferma dell'importanza del movimento, che dev'essere considerato alla stregua di un vero e proprio farmaco salvavita» commenta Gianfranco Beltrami, specialista in medicina sportiva, vice presidente nazionale della Federazione medico sportiva italiana. «L'importante



CORRIERE SALUTE

però — specifica — è che tempi e intensità vengano correttamente adattati non solo tenendo conto dell'età dell'individuo, ma anche delle sue eventuali patologie. Non va dimenticata inoltre l'importanza dell'allenamento della forza e dell'elasticità muscolare che va abbinata agli esercizi aerobici, come la camminata, per contrastare la perdita di massa muscolare che si registra col passare degli anni».

La scienza offre già molte prove convincenti sull'influenza che ha il movimento sulla nostra vita. Tra gli

ultimi un ampio studio del 2019 pubblicato dai Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti ha concluso che l'8% dei decessi nel Paese è da attribuire a «livelli di attività inadeguati». Un lavoro inglese del 2015 ha evidenziato che esercitarsi oltre i 150 minuti settimanali raccomandati riduce del 25% il rischio di morte prematura.

Lo indica uno studio
retrospettivo
condotto negli Usa
su quasi
5 mila persone



IL CASO

“Soldi alle donne che ci ripensano” Piemonte, nuovo scontro sull’aborto

La Regione stanZIA 400 mila euro per “salvare 100 bambini”: 4 mila euro a mamma
Insorgono opposizione e femministe: “Una mancietta, si investa in progetti di vero welfare”

FILIPPO FEMIA
CLAUDIA LUISE

Quanto costa mantenere un figlio nel primo anno di vita? Secondo una recente rilevazione dell'Osservatorio di Federconsumatori si oscilla da un minimo di 7.063 a un massimo di 15.537 euro. Ma ne sono sufficienti 4 mila per convincere una donna con problemi economici a non abortire. Almeno così è convinto l'assessore alle Politiche Sociali del Piemonte Maurizio Marrone (Fratelli d'Italia), che lunedì ha annunciato lo stanziamento di 400 mila euro da destinare alle associazioni anti-abortiste. «Salveremo cento bambini che altrimenti non sarebbero nati», ha calcolato presentando il «Fondo vita nascente». Quindi 4 mila euro per ogni bambino, ma soltanto una tantum. Una cifra irrisoria, bollata come «mancetta» dalle opposizioni di Pd, M5S e Luv (Liberi uguali verdi). Marrone sottolinea che avrebbe voluto stanziare più risorse ma per ora questo passa il bilancio. E quindi si parte così, poi si vedrà.

A poche ore dall'annuncio la polemica era già rovente. Le associazioni femministe e i collettivi che lottano per l'applicazione della legge 194 hanno fatto fronte comune, utilizzando parole di fuoco.

«Proviamo disgusto per squalidi proclami elettorali fatti sulla nostra pelle – la denuncia del collettivo Non una di meno –. La maternità è una scelta: la falsa promessa di sostegno economico per pochi mesi rappresenta una presa in giro e una pressione manipolatoria verso chi si trova in condizione di disagio socio-economico». Un'altra bordata è arrivata da Più di 194 voci, una rete di sigle che difende l'applicazione della legge

194, che definisce la proposta «demagogica e senza senso» e invita la Regione «a investire quei 400 mila euro in welfare vero: asili, sostegno all'educazione, aiuti alle donne. In questo modo non saranno costrette a dover scegliere tra la maternità o il lavoro». Ieri Marrone si è detto sorpreso per il livello raggiunto dalla polemica: «Di fatto – ha replicato – con questa norma si cerca solo di dare attuazione piena alla legge 194 cercando di contrastare gli impedimenti alla nascita di un figlio, non certo di limitare la libertà e l'autodeterminazione delle donne». E

aggiunge: «Perché polemizzare contro un sostegno sociale in più alle donne in difficoltà economica, che consente loro di compiere sulla propria gravidanza una scelta davvero li-

bera? Me lo spiego solo con un ingiustificato pregiudizio ideologico verso il volontariato pro vita, che invece dimostra con l'accreditamento tecnico presso le Asl la qualità dei progetti di tutela materna infantile in campo». Diemetricamente opposto il parere delle opposizioni. «Vorrei capire: una donna indigente che decide di andare al consultorio e avere un bambino non

avrà niente, mentre le prime 100 che si presenteranno ai centri pro vita riceveranno 4000 euro? Io davvero non credo possa nemmeno essere legale», attacca il capogruppo di Liberi Uguali Verdi, Marco Grimaldi. Quindi, sostiene, «oltre al danno in questo intervento c'è molta ipocrisia. Non saranno certo 4000 euro a sanare queste piaghe sociali strutturali. Il senso dell'operazione è chiaramente un altro, quello di sempre: propaganda sulla pelle delle donne e qualche forma di sostegno alle associazioni anti abortiste».

Il punto è che questo è solo l'ultimo provvedimento dell'esponente di FdI, considerato ideologico e contro l'autodeterminazione delle donne. Negli ultimi due anni, infatti, il Piemonte è stato terreno di scontro sull'interruzione di gravidanza. Nel 2020 la giun-



LA STAMPA

ta Cirio si è opposta alle linee guida che prevedono la somministrazione della pillola abortiva anche in consultorio e non soltanto in ospedale. L'anno successivo lo stesso assessore Marrone si è fatto promotore di una proposta che ha permesso alle associazioni anti-abortiste di aprire sportelli all'interno delle Asl e degli ospedali piemontesi.

Alla Regione risponde il Comune di Torino. L'assessore al Welfare, Jacopo Rosatelli, ha convocato ieri l'Osservatorio sulla salute delle donne, a cui partecipano associazioni

e rappresentanti delle professioni sanitarie per parlare di autodeterminazione e salute di genere. Questo Osservatorio, nato vent'anni fa, non si riuniva dal 2009. E Nadia Conticelli, capogruppo Pd in Consiglio comunale, promette: «Presenterò un ordine del giorno anche in Consiglio Comunale affinché il tema della prevenzione rispetto alla salute delle donne e della loro fragilità economica sia riportato nei giusti ambiti, di autopromozione e non di mortificazione». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe della vicenda

1

Nell'agosto 2020 la Regione si oppone alle linee guida che prevedono l'aborto farmacologico in day hospital

2

Nel marzo 2021 l'assessore Marrone concede alle associazioni pro-vita di aprire sportelli dentro i consultori

3

Il 12 aprile 2022 lo stesso assessore annuncia un fondo per convincere le donne in difficoltà a non abortire

MAURIZIO MARRONE
ASSESSORE ALLE POLITICHE
SOCIALI DEL PIEMONTE



Sostegno in più alle donne in difficoltà economica, davvero non capisco perché polemizzare

MARCO GRIMALDI
CAPOGRUPPO
DI LIBERI UGUALI VERDI



Non credo nemmeno sia legale, oltre al danno c'è tanta ipocrisia: propaganda sulla pelle delle donne

«Fondo vita nascente»
L'ultima iniziativa anti-abortista della Regione Piemonte, presentata dall'assessore Marrone (Fdl), prevede lo stanziamento di 400 mila euro da destinare alle associazioni



I DIRITTI

SE IL PIEMONTE PAGA CHI NON ABORTISCE

ELENA STANCANELLI

Quattromila euro per non abortire. Questa è l'idea di Maurizio Marrone, assessore regionale alle politiche sociali del Piemonte: cento donne potranno accedere a un fondo. - PAGINA 29

SE IL PIEMONTE PAGA CHI NON ABORTISCE

ELENA STANCANELLI



Quattromila euro per non abortire. Questa è l'idea di Maurizio Marrone, assessore regionale alle politiche sociali del Piemonte: cento donne potranno accedere a un fondo da quattrocentomila euro, gestito da associazioni di "tutela materno-infantile". Cioè le famose "pro-vita" che, per qualche inspiegabile ragione, lo stesso assessore aveva inserito un anno fa negli elenchi dei consultori. Saranno quindi gli invasati avversari della legge 194 a distribuire l'ingente quantità di denaro pubblico che sarebbe potuto servire a far fronte alle infinite emergenze che affliggono il nostro paese. Ma quattromila euro sono comunque meno di quanto potrebbe servire a queste donne per il primo anno di vita del figlio, forse addirittura per i primi sei mesi.

Sono, dunque, simbolici. E cosa simbolizzano? Lo sprezzo nei confronti di un diritto, un diritto garantito da una legge, una legge per approvare la quale le donne, e alcuni uomini, si sono battuti. La 194, brutta sporca e cattiva. Non esiste nessuna altra legge in questo paese contro la quale ci si scagli con tanta determinazione, a intervalli regolari e costanti. Una legge che, lo ripetiamo, garantisce un diritto, non impone un dovere. Eppure chi non desidera usufruire di questo diritto sente il bisogno di impedire a qualcun altro di farlo. Gli ospedali sono pieni di medici obiettori, che obiettano soltanto sull'interruzione di gravidanza e non sulle infinite asperità morali che la loro professione

imporrebbe. E ottenere la pillola abortiva, la Ru 486, prevede un percorso complicato che ogni auto-proclamatosi "pro-vita" si affanna per rendere ancora più complicato. Mosso dal principio che aumentando le difficoltà si ottiene un numero maggiore di figli messi al mondo. Si è mai sentito

un principio più aberrante? Ti nego un diritto, ti corrompo con una busta di denaro e tu in cambio porti avanti una gravidanza che non desideri. Per inciso, sono gli stessi alfieri della vita che ritengono inaccettabile sul piano morale la gravidanza per altri, pratica mediante la quale tre persone consenzienti e consorziate mettono al mondo uno di quei figli che tanto agognano in chi non li desidera. Figli che dovrebbero ripopolare un mondo che si immagina sguarnito. Ma se c'è una cosa di cui il mondo, oggettivamente, non ha bisogno in questo momento storico sono altri abitanti. Quindi, forse, lo scopo di tale zelo contro l'aborto in Italia è quello di avere più abitanti bianchi, per contrastare gli abitanti più scuri.

Ma quel che più indigna in questa crociata - una crociata contro una legge dello Stato pagata con i soldi dello Stato, cioè con i miei, i vostri - è che dipinge le donne come esseri fragili, corrompibili, svagati. La cui auto-determinazione non è che un privilegio concesso e quindi revocabile, le cui scelte esistenziali sono in balia di un gruzzoletto misero. Ma davvero qualcuno pensa che questo sia il modo di fare una politica efficace a favore della natalità? Davvero pensiamo che la questione sia la mancia data a chi rinuncia ad abortire e non la parità dei salari, asili, mezzi pubblici funzionanti, contratti lavorativi che garantiscono tutele per la maternità? Una modesta proposta: se davvero la regione Piemonte ha a disposizione quei quattrocentomila euro per aiutare le future madri, perché non li impiega per donne che i figli li vogliono, o li hanno già avuti, invece di pretendere di interferire nella determinazione di donne che quei figli non li vogliono? —



IL PROGETTO

Il pasticcio dello Spallanzani 2 Fuksas: “Deluso dalla Regione”

Nel 2020 in piena pandemia, l'archistar donò alla Pisana uno studio sul nuovo padiglione. Ora l'ospedale lo riprende e lo mette a bando: “Non parteciperò. Ennesima lezione dall'Italia”

Vaia, altre anomalie nel curriculum: evitò di fare i concorsi

«Per l'ennesima volta ho fatto un dono all'Italia senza poi veder realizzare la mia opera». Commenta così Massimiliano Fuksas la notizia sul concorso internazionale di progettazione per lo Spallanzani 2 indetto, con una delibera dell'8 aprile scorso, dal direttore generale dell'Inmi, Francesco Vaia. L'Istituto di via Portuense vuole una progettazione finalizzata a realizzare una nuova struttura «per la

diagnostica avanzata di laboratorio nelle malattie infettive e la risposta alle emergenze biologiche in ambito regionale e nazionale».

di **Daniele Autiere**
e **Clemente Pistilli**

● alle pagine 2 e 3

Il progetto

Spallanzani 2, è polemica Fuksas contro la Regione “Buttato il mio lavoro”

di **Clemente Pistilli**

«Per l'ennesima volta ho fatto un dono all'Italia senza poi veder realizzare la mia opera». Commenta così Massimiliano Fuksas la notizia sul concorso internazionale di progettazione per lo Spallanzani 2 indetto, con una delibera dell'8 aprile scorso, dal direttore generale dell'Inmi, Francesco Vaia. L'Istituto di via Portuense vuole una progettazione finalizzata a realizzare una nuova struttura «per la diagnostica avanzata di laboratorio nelle malattie infettive e la risposta alle emergenze biologiche in ambito regionale e nazionale». Ma un progetto così già c'è e non

è costato un centesimo: è quello che l'archistar ha regalato alla Regione e allo Spallanzani. «Mi venne fatta la richiesta dal presidente Nicola Zingaretti e dall'assessore alla sanità Alessio D'Amato - racconta Fuksas - mi misi al lavoro per dare un mio contributo nella lotta al Covid, incontrai spesso anche il dottor Francesco Vaia e donai quel progetto già nel 2020. Non mi è stato detto neppure grazie e da allora non ne ho più saputo niente». Nel progetto regalato alla Regione e allo Spallanzani dal noto architetto romano si parla di “Innovation Smart Center” all'interno dello Spallanzani e di un'iniziativa green. E nell'atto con cui l'Inmi

ha indetto il concorso viene specificato che è stato messo a punto da un gruppo di lavoro istituito dalla Direzione strategica dell'Istituto e che l'obiettivo è proprio quello di avere un «progetto per lo sviluppo di un



modello interdisciplinare di smart & green hospital presso l'Inmi», costruendo una nuova struttura destinata alla diagnostica per immagini e all'espansione dei laboratori di diagnostica e ricerca che sia allo stesso tempo ecosostenibile. Di più: proprio un «Innovation Smart Center». Indicazioni, prevedendo un premio di quasi 206mila euro per il vincitore, che sembrano ricalcare il progetto donato dall'archistar. Tutto per una spesa di 14 milioni di euro, coperta dalle donazioni per l'emergenza Covid. Due anni fa, dopo essere stato contattato dalla Regione, l'archistar specificò che stava lavorando all'idea di un «non ospedale» insieme a esperti di intelligenza artificiale e ricerca avanzata in discipline mediche e tecnologiche. E che lo stava facendo perché particolarmente legato all'Istituto di via Portuense. «Mio padre era un medico e venne

accolto lì quando non poteva lavorare perché straniero, e mia madre aveva perso la cittadinanza perché aveva sposato uno straniero». Il regalo di Fuksas sembra però essere stato ignorato e altri doni, quelli fatti dai cittadini all'Inmi, verranno in parte utilizzati per premiare chi vincerà il concorso di idee su un progetto che già c'è dal 2020. Previste dunque una prima selezione, poi una seconda con i premi ai tre finalisti e infine pure la possibilità di affidare il progetto esecutivo o al vincitore del concorso o ad altri. Tutto dopo che, appena esplosa la pandemia, proprio quel progetto era stato chiesto a Fuksas. «Ovviamente non parteciperò al concorso. Questa è l'ennesima lezione che ricevo in questo Paese», dichiara l'archistar. Occorrerà ora vedere chi sarà il vincitore e se poi gli verrà affidato anche il progetto esecutivo. Un progetto per cui lo

Spallanzani ha anche deciso di ricorrere a un esterno come responsabile unico del procedimento, dando l'incarico all'ingegner Paolo D'Aprile, Direttore dell'Ufficio tecnico dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini.

***Nel 2020 l'archistar donò i disegni
Ora un bando si "ispira" a quel lavoro: "È l'ultima delusione da questo Paese. Io non parteciperò"***

Presidente del Lazio



Nicola Zingaretti, ex segretario del Partito Democratico

