



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**21 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 San Marco, navigatore chirurgico in 3D per tumori e malformazioni testa-collo

*L'approfondimento sul reparto di Chirurgia Maxillo Facciale diretto dal prof. Alberto Bianchi.*

21 Aprile 2022 - di [Alessandra Galioto](#)

Un **navigatore chirurgico** che permette di operare i tumori, traumi e malformazioni **testa collo** in maniera precisa e millimetrica, grazie al 3D con un team di professionisti di varie specializzazioni, che lavora in sinergia costante per seguire al meglio i propri pazienti. Tutto questo nel reparto di **Chirurgia Maxillo Facciale** dell'ospedale **San Marco** di Librino a Catania, che ha come direttore il prof. **Alberto Bianchi**, intervistato da Insanitas.

## Che incidenza ha il tumore testa collo?

«Il paziente che è affetto dal tumore testa collo è l' 8 per cento di tutti i tumori del corpo. La struttura del volto è molto complessa, viene interessata la mandibola, tessuti molli, le vie respiratorie, proprio per questo è necessario mettere attorno ad un tavolo diversi **specialisti** con cui decidiamo il protocollo più corretto da seguire da paziente a paziente. Da un anno c'è questa equipe specializzata nei tumori testa collo con oncologi, chirurghi, otorini, radioterapisti. La nostra azienda così qualificata può essere annoverata tra i protocolli dei migliori centri tumore del resto d'Italia come Milano, Roma, Napoli e Bologna e questo mi riempie di orgoglio».

## Vi occupate anche di casi pediatrici?

«Sì, da un anno esiste il **centro malformazioni** e affrontiamo tra i 10 e 15 nuovi casi all' anno con un team di specialisti dal chirurgo pediatrico, al logopedista. Il San Marco possiamo dire oggi è diventato un centro di riferimento per le malformazioni pediatriche, come ad esempio per la cura del **labbro leporino** di cui ne è affetto



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

un bambino su 700 , mentre nel 90% dei casi i piccoli pazienti hanno malformazioni del palato che non sono diagnosticabili con esami prenatali e vengono poi trattate da noi. Proprio poche settimane fa ho diretto l'equipe che ha eseguito un delicato e complesso intervento di **allungamento mandibolare** ad un bimbo di soli 54 giorni. Il piccolo era nato con una malformazione congenita del palato associata ad una mandibola molto piccola, una combinazione che non gli permetteva di respirare. Il delicato intervento di allungamento mandibolare ha richiesto una grande collaborazione tra la UOC di Chirurgia Maxillo-Facciale, la Chirurgia Pediatrica ed il reparto di Terapia Intensiva».

### **Parliamo di prevenzione?**

«Sì, fondamentale. La stiamo incentivando con un rapporto stretto con la clinica odontoiatrica di Catania in quanto l'odontoiatra è la prima "sentinella" del tumore al cavo orale. Fattori predisponenti sono sicuramente l'alcol, la cattiva igiene orale e il fumo».

### **Il reparto si occupa anche dei problemi legati alla Sindrome delle Apnee Ostruttive Notturne?**

«In provincia di Catania almeno 40 mila persone soffrono di apnee del sonno, dato in tendenza con quello generale che vede sopra i 50 anni dal 4 al 20% di popolazione che soffre di questa patologia. Il nostro team formato da otorini, odontoiatri, radiologi, chirurghi maxillofacciali, e pneumologi si occupa in sinergia della situazione di tutti i pazienti. Ringrazio per questo i miei colleghi siciliani per questa esperienza entusiasmante, in un Policlinico molto ricettivo».

### **Avete vinto un premio per questa sindrome?**

«Sì, abbiamo vinto un psn che ci ha permesso di assumere 7 **borsisti** di ricerca da affidare a questo progetto, in reparto abbiamo anche 3 **specializzandi** maxillofacciali di Messina, 6 medici maxillofacciali strutturati e 2 di ricerca sempre di Messina tutti professionisti giovani che si impegnano molto nel fare squadra».

### **Cosa l'ha spinto a trasferirsi da Bologna proprio a Catania?**

«Sono pendolare da 5 anni e ho voluto portare la mia esperienza da Bologna a Catania, e posso dire di essere fiero di gestire un reparto così innovativo per la Sicilia. Un'esperienza entusiasmante».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



Emanuele La Spada

## Ospedale Ingrassia, ecco il direttore della U.O.C. “Astanteria”

*L'incarico quinquennale è stato assegnato ad Emanuela La Spada, reduce dalla guida del pronto soccorso di Partinico.*

21 Aprile 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. **Emanuela La Spada** (classe 1976) è il nuovo direttore medico di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza per la UOC “Astanteria” dell'ospedale Ingrassia. L'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico era stato indetto il 25 febbraio del 2021 e hanno presentato istanza 13 candidati. Al colloquio si sono presentati in 8: Giuseppe Accardi, Alessandro Chines, Ignazio Galizia, Patrizia Gargano, Sergio La Placa, Emanuele La Spada, Nicola Morabito e Agatino Spinelli.

La commissione di valutazione ha quindi definito la terna sulla base dei migliori punteggi: La Spada, Morabito e Spinelli. Il direttore generale dell'Asp di Palermo ha conferito l'incarico di direttore al primo, reduce dalla guida del pronto soccorso Partinico. Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Palermo nel 2002, specializzato in Medicina Interna ad indirizzo d'Urgenza, all'Asp di Palermo è stato pure Bed Manager Aziendale.



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, in Sicilia casi in calo ma ora sono colpiti i ragazzini sotto i 13 anni

21 Aprile 2022

In Sicilia, nella settimana dall'11 al 17 aprile, lieve calo delle nuove infezioni da Covid. L'incidenza di nuovi positivi, come emerge dai dati del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (Dasoe) della Regione, riportati ai sistemi di rilevazione dei test antigenici o molecolari, e diagnosticati nel periodo, è di 30.034 (-8.3%), con un valore cumulativo di 621.35/100000 abitanti. Il tasso di nuovi positivi riportati più elevato rispetto alla media regionale si è registrato nelle province di Messina (904/100000 abitanti) e Siracusa (714/100000 abitanti). Le fasce d'età maggiormente a rischio risultano quelle tra i 6 ed i 10 anni, (873/100000), e tra gli 11 ed i 13 anni (840/100000 abitanti). Incidenze superiori alla media in generale tra i 6 e i 18 anni. Le nuove ospedalizzazioni continuano a diminuire, sebbene la diffusione dei contagi pregressi si rifletta ancora su una prevalenza di soggetti ospedalizzati con positività concomitante da Covid. Circa 3/4 dei pazienti in ospedale nella settimana di riferimento risultano al sistema non vaccinati. Si conferma quindi una situazione epidemica acuta nella settimana di monitoraggio trascorsa, con una incidenza ancora elevata ma ospedalizzazione in proporzione più contenuta. La curva epidemica è stata sostenuta dalle fasce di età infantili e giovanili. L'epidemia, pur mostrando segnali di arresto, rimane in una fase delicata con un significativo impatto sui servizi territoriali ed assistenziali ma con un netto trend in calo di nuove ospedalizzazioni e proporzioni di casi ospedalizzati molto più contenuta rispetto ai periodi precedenti, in parte spiegata anche dal riscontro occasionale di positività concomitante al ricovero. "Una più elevata copertura vaccinale - avvertono dalla Regione -, in tutte le fasce di età, soprattutto quella 5-11 anni, il completamento dei cicli di vaccinazione ed il mantenimento di una elevata risposta immunitaria attraverso le dosi booster, nei soggetti che hanno superato i 120 gg dalla ultima dose, rappresentano strumenti necessari a mitigare l'impatto soprattutto in termini di casi gravi dell'epidemia.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Nel target 5-11 anni, i vaccinati con almeno una dose si attestano al 27,82% del target regionale. 75.069 bambini, pari al 23,84%, risultano con ciclo primario completato. Nel target over 12 anni, i vaccinati con almeno una dose si attestano all'89,99% del target regionale il ciclo primario si attestano al 88,70%. Per lo stesso target, il 10,01% del target rimane ancora da vaccinare. Ancora, 871.801 cittadini che possono effettuare la somministrazione booster, non hanno ancora ricevuto la propria dose booster. Complessivamente i vaccinati con dose aggiuntiva/booster sono 2.699.598 pari al 75,82% degli aventi diritto.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA .it

PANDEMIA

## Gimbe: il virus del Covid circola troppo, no allo stop delle mascherine al chiuso

21 Aprile 2022



A una decina di giorni dal primo maggio, data in cui dovrebbe decadere l'obbligo delle mascherine al chiuso, nuovi casi, ricoveri, intensive e decessi «presentano una lieve tendenza alla flessione». Tuttavia, «la circolazione del virus è ancora molto elevata: il numero di positivi, sottostimato, supera quota 1,2 milioni, i nuovi casi giornalieri sono oltre 50 mila e il tasso di positività dei tamponi supera il 15%. Di conseguenza, abolire l'obbligo di mascherina al chiuso è una decisione molto avventata». Così il presidente Gimbe Nino Cartabellotta, che precisa come l'incidenza superi i 500 casi per 100.000 abitanti in 72 province.

La decisione di togliere le mascherine nei luoghi chiusi, per Cartabellotta, è avventata per tre ragioni: «innanzitutto, nei locali affollati e/o scarsamente aerati la probabilità di contagio è molto elevata; in secondo luogo, la vaccinazione offre una protezione parziale dal contagio; infine, ci sono milioni di persone suscettibili, non vaccinate o senza booster. Utile ribadire che la protezione individuale è massimizzata con la mascherina FFP2 e non con quella chirurgica, poco efficace nei



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

confronti di omicron».

**Le 72 province con un'incidenza oltre i 500 casi per 100.000 abitanti sono:** Ascoli Piceno (972), Chieti (931), Isernia (873), Teramo (852), Pescara (851), Avellino (831), Messina (789), Perugia (779), Bari (772), Ravenna (763), Catanzaro (758), Reggio nell'Emilia (756), Salerno (746), Treviso (740), Vicenza (738), Campobasso (735), Padova (732), Venezia (724), Rieti (723), Potenza (722), Caserta (721), Latina (717), Brindisi (697), Rovigo (685), Livorno (684), Benevento (683), Roma (680), Siena (680), Oristano (676), Belluno (662), Forlì-Cesena (654), Fermo (654), La Spezia (650), Massa Carrara (641), Lecce (638), Cagliari (637), Pisa (634), Taranto (631), Asti (631), Parma (629), Modena (626), Nuoro (623), Grosseto (619), Bologna (616), Verona (611), Sud Sardegna (608), Terni (603), Frosinone (601), Rimini (600), Ancona (598), Ferrara (591), Siracusa (589), Napoli (588), Crotone (587), Alessandria (586), L'Aquila (578), Arezzo (577), Vibo Valentia (568), Macerata (562), Genova (555), Firenze (554), Lucca (554), Matera (549), Pistoia (548), Foggia (542), Palermo (540), Viterbo (534), Trieste (525), Mantova (525), Reggio di Calabria (521), Trapani (519) e Verbano-Cusio-Ossola (505).



**Il bilancio**

# Covid, sfiorati i 100 mila casi In Veneto nuovo sottotipo

**T**ornano a sfiorare quota 100 mila i nuovi positivi. Sono infatti 99.848 i contagi da Covid registrati nelle ultime 24 ore, secondo i dati del ministero della Salute. Martedì erano stati 27.214. Le vittime sono invece 205, in aumento rispetto alle 127 registrate il giorno prima. I positivi sono attualmente 1.206.900, 1.379 in meno rispetto all'altroieri. Nel complesso sono 15.858.442 gli italiani contagiati dall'inizio della pandemia, mentre i morti salgono a 162.098. Il tasso di positività è al 16,4%, salendo dello 0,7%. «Non sono sorpreso dal boom di

contagi registrato oggi (ieri, ndr), vengono al pettine i nodi del weekend. Dobbiamo stringere i denti» osserva il virologo Fabrizio Pregliasco per il quale, dietro questi numeri, «ci sono l'alta diffusività di Omicron 2 e le maggiori libertà che stiamo vivendo». Intanto si allarga ancora la famiglia della variante Omicron: dalle sue sottovarianti BA.1 e BA.2 è emerso un nuovo mix, uno dei cosiddetti ricombinanti che compaiono quando diverse versioni di uno stesso virus coesistono nella stessa persona. È stato identificato in Veneto e la sua sequenza è stata

ottenuta dal Laboratorio di genetica, citogenetica e diagnostica molecolare dell'ospedale dell'Angelo di Mestre (Venezia). È il terzo ricombinante che viene isolato in Italia in meno di due settimane. Una notizia rassicurante arriva intanto dai vaccini: buoni i primi risultati per il combinato contro il Covid e l'influenza di Novavax.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Effetto Pasqua sui contagi

Le feste rinforzano l'ondata del virus: sfiorati centomila nuovi casi, ma calano i ricoveri

ROMA

**S**arà l'effetto vacanze di Pasqua, oppure il generale clima di rilassamento, fatto sta che i contagi hanno ripreso a galoppare. Il bollettino di ieri ne ha riportati 99.848, picco più alto dall'8 febbraio, quando si è toccato l'apice di questo rinforzo della quarta ondata. Si dirà che il numero dei tamponi è improvvisamente salito da 374 a quota 610 mila. Però in questi casi il tasso di positività cala, perché molti si controllano per pura precauzione e non a seguito di sintomi o di un qualche contatto stretto. Stavolta invece la percentuale dei contagi è salita dello 0,7, portandosi al 16,4%. E tanti sono ancora i morti, 205, anche se questi pos-

sono scontare un ritardo delle notifiche nei giorni festivi.

Migliora invece la situazione negli ospedali: sono 413 i pazienti ricoverati in terapia intensiva, 9 in meno rispetto a martedì, mentre i ricoverati nei reparti ordinari sono 10.207, sette in meno rispetto al giorno prima. Anche su base settimanale, come emerge dalla rilevazione degli ospedali sentinella della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso) relativa al periodo 12-19 aprile, per la seconda settimana consecutiva i ricoveri per Covid nei reparti ordinari segnano un calo del 5,3% e nelle rianimazioni si osserva una riduzione del 6,9%. «Siamo in una fase di calo dei ricoveri piuttosto netta», afferma il presidente Fiaso, Giovan-

ni Migliore. E anche di questo terrà conto la cabina di regia politica che nei prossimi giorni deciderà se e in quali contesti lasciare l'obbligo di mascherina al chiuso. Al dato positivo della tenuta degli ospedali se ne contrappone però uno negativo: ad oggi solo il 10% degli immunodepressi ha fatto la quarta dose del vaccino anti-Covid. Da qui il monito degli esperti a incentivare questa fase della campagna vaccinale rivolta ai soggetti più fragili.

Intanto Novavax ha annunciato che la combinazione dei vaccini contro il Covid e l'influenza è «fattibile, induce reazione immunitaria ed è ben tollerata». E, a breve, sarà disponibile nelle farmacie l'antivirale orale Paxlovid, raccomandato ai pazienti fragili. È stato infatti siglato il pro-

tollo d'intesa tra ministero, Aifa e Fedefarma e il farmaco autorizzato per il trattamento precoce del Covid-19 – si potrà acquistare con ricetta in farmacia senza più passare per l'ospedale. PA.RU. —

---

## 99.848

I contagi registrati ieri sono il 60,9% in più di mercoledì scorso

---

---

## 205

Le persone malate di Covid decedute nelle ultime 24 ore +32,3% in 7 giorni

---



Dal primo maggio scadono le norme sul certificato verde: l'ultima parola sulle restrizioni spetterà alla cabina di regia

## Pronti per l'addio al Green Pass si tratta ancora sulle mascherine

### IL CASO

PAOLO RUSSO  
ROMA

I contagi vanno su e le mascherine non si tireranno giù sui mezzi di trasporto, al cinema e al teatro, nei luoghi di lavoro e, forse, nemmeno a scuola. Mentre ha i giorni contati il Green Pass, sia nella forma basica che in quella rafforzata. Come dire che anche i No Vax potranno riprendere la vita lavorativa e sociale, al bar come al ristorante, al cinema o allo stadio, senza doversi più sottoporre a un test rapido ogni 48 ore o a un molecolare ogni 72. L'ultima parola spetterà alla cabina di regia, che si riunirà a giorni per decidere cosa resterà dell'era delle restrizioni anti-Covid dopo il primo maggio, quando scadranno tutte le misure in vigore, salvo l'obbligo di vaccinazione per gli over 50, che resta fino al 15 giugno e che nessuno pensa di rinnovare.

Nel frattempo il ministro della Salute, Roberto Speranza, sta consultando gli esperti, dal "suo" direttore della prevenzione, Gianni Rezza ai presidenti del Consiglio superiore di sanità, Franco Locatelli,

e dell'Iss, Silvio Brusaferrò, che visti i dati di ieri invitano a non mollare del tutto sulle mascherine, che al chiuso restano pur sempre un efficace strumento di protezione. Soprattutto per quei circa quattro milioni di fragili che a causa di un sistema immunitario debole, non sono sufficientemente protetti dai vaccini. Ed è anche per proteggere loro e i grandi anziani che le mascherine continueranno ad essere raccomandate ovunque al chiuso e in caso di assembramenti anche all'aperto. Ma non dovrebbero essere più obbligatorie per entrare in un negozio, al bar o al ristorante, per assistere a una partita allo stadio o a un concertone all'aperto o, ancora, per visitare un museo.

Ma per gli esperti si dovrebbero portare ancora quando si assiste a un film o a uno spettacolo al chiuso, su bus e metro, ma anche su aerei, treni, navi e nei luoghi di lavoro, dove parti sociali e governo pochi giorni fa hanno concordato di non toglierle. Coerentemente con quest'ultimo obbligo le mascherine dovrebbero restare tirate su an-

che a scuola, ma su questo i pareri non sono concordi e sarà la cabina di regia a dire l'ultima parola.

Con la festa dei lavoratori dovrebbe andare invece ovunque in pensione il Green Pass, sia nella versione Super, rilasciata solo ai vaccinati, che in quella basica, ottenibile anche con il solo tampone. Del resto il certificato scade proprio il primo maggio e in pochi sostengono vada rinnovato. Per i tecnici ha infatti esaurito la sua funzione, che era soprattutto quella di spingere la popolazione a vaccinarsi, mentre per il ministro del Turismo, Massimo Garavaglia, il Green Pass sta diventando un ostacolo alla ripresa delle attività turistiche, visto che all'estero nessuno lo richiede più mentre da noi gli stranieri in vacanza sono costretti a tamponarsi ogni 48 ore per entrare in albergo, al bar, al ristorante, o per visitare un museo. Un handicap che rischia di spingere molti a cambiare meta. Ma il Green Pass non dovrebbe più essere richiesto anche per andare al lavoro, fare shopping, ac-

cedere in banca o alle poste, entrare in stadi e palazzetti dello sport, per accomodarsi al chiuso in bar e ristoranti, oppure per frequentare palestre e piscine. Il certificato continuerà ad essere richiesto a chi lavora o comunque accede a strutture sanitarie ed Rsa. Chi ha scelto la linea dura invece è il Vaticano, che con un decreto ha prorogato l'obbligo del Green Pass in versione rafforzata. Indispensabile anche agli esterni che vogliono partecipare a convegni e seminari. —

**Nei cinema e sui bus  
si dovranno ancora  
indossare i dispositivi  
di protezione  
Il lasciapassare  
avrebbe esaurito  
la sua funzione  
di spinta a vaccinarsi**



**LA RESSA DELLE FESTE**  
Folla in via Toledo a Napoli nei giorni di Pasqua. Dal primo maggio le mascherine non dovrebbero essere più obbligatorie per entrare in un negozio, al bar o al ristorante, per assistere a una partita allo stadio o a un concerto





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LE MISURE ALLO STUDIO DEL GOVERNO

# Covid, verso lo stop delle mascherine al chiuso

*Dal primo maggio dispositivi obbligatori solo sui mezzi di trasporto. Forte risalita dei morti: 205. Tasso di positività al 16%*

VITO SALINARO

**L**e mascherine non saranno più obbligatorie ma raccomandate. Salvo diverse disposizioni che potrebbero essere comunque adottate in questi giorni dal ministero della Salute, dal primo maggio cadrà l'obbligo di indossarle al chiuso (lo stesso giorno non sarà più necessario il Green pass). Nelle ultime ore, però, la decisione non appare così scontata non solo perché il mondo scientifico sulla questione è diviso, ma anche per la risalita di contagi e morti per Covid. Tuttavia, fatta salva la corretta procedura del conteggio dei decessi – addirittura 205 quelli registrati ieri –, e pur considerando i quasi 100mila nuovi positivi delle ultime 24 ore, il sottosegretario alla Salute, Andrea Costa, tira dritto convinto «che passare da un obbligo di mascherina al chiuso a una raccomandazione possa essere la scelta giusta, magari mantenendo-

la in alcuni luoghi come i mezzi di trasporto». Insomma, «oggi ci sono le condizioni per toglierle al chiuso», proprio come prevedeva il decreto del 24 marzo scorso.

Per quel che riguarda i mezzi di trasporto, «non c'è dubbio che purtroppo dobbiamo ancora tenere alcuni elementi di sicurezza perché il virus continua a circolare», aggiunge il ministro dei Trasporti, Enrico Giovannini.

Il tema tiene banco anche a livello internazionale. E mentre Israele, solitamente molto severo sulle misure di prevenzione e contenimento della pandemia, ha deciso di eliminare le mascherine al

chiuso da sabato prossimo (eccetto che negli ospedali, sugli aerei e nelle case di riposo), un sondaggio rivela che il 54% degli spagnoli ritiene che l'imposizione di indossarla negli spazi chiusi – non più in vigore da ieri, ad eccezione di strutture sanitarie e mezzi pubblici – sia stata abolita dal governo «troppo presto».

Tornando alla diffusione del contagio in Italia, le 99.848 nuove infezioni fanno risalire il tasso di positività al 16,3%. Ma negli ospedali ci sono meno pazienti nelle terapie intensive (-9, 413 in totale) e nei reparti ordinari (-7, 10.207 in totale). E i nosocomi sentinella raccolti nella Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), evidenziano che, per la seconda settimana consecutiva, i ricoveri per Covid nei reparti ordinari segnano un calo del 5,3%, che arriva al 6,9% nelle rianimazioni. «Il 100% dei pazienti – chiarisce la Fiaso – ha comorbidità», quindi combatte con più malattie, e «il 30%, pur affetto da altre patologie, è no-vax».

Sul fronte terapeutico si allarga la possibilità di accesso ai nuovi farmaci che bloccano la progressione del Covid. È stato infatti siglato il protocollo d'intesa tra ministero della Salute, Aifa e le varie organizzazioni farmaceutiche, che rende dispensabile su tutto il territorio nazionale l'antivirale orale Paxlovid nelle farmacie, dietro presentazione dell'apposita ricetta medica.

Lieve riduzione dei ricoveri nelle intensive e nei reparti ordinari. L'antivirale Paxlovid disponibile in farmacia



## LE ULTIME RESTRIZIONI ANTI-COVID

Regno Unito, Francia e Germania «liberi» già da tempo. In Italia via dal 1° maggio, ma si studia la proroga su mezzi pubblici e in ufficio

# Tutti smascherati, tranne noi

La Spagna toglie l'obbligo dei dispositivi di protezione al chiuso. Da sabato anche in Israele

ANGELA BARBIERI

••• In Spagna non è più obbligatorio indossare la mascherina al chiuso. Anche se si dovrà continuare a portare sui mezzi pubblici o quando si entra in un ospedale. La stessa decisione è stata presa da Israele, ma solo a partire da sabato. I dispositivi di protezione individuale ormai sono ritenuti obsoleti in tutta Europa. Il primo paese a "gettare" la mascherina è stato il Regno Unito. Seguito a ruota dalla Francia, che più di un mese fa ha scelto la stessa soluzione adottata ieri dalla Spagna. Anche Germania e Austria hanno abolito le mascherine, seppur prevedendo alcuni pochi casi in cui bisogna continuare ad indossarle. Non sono più obbligatorie nemmeno in Olanda, Danimarca e Belgio. Solo l'Italia continua a tergiversare. Dal primo maggio decadrà l'obbligo al chiuso an-

che da noi, ma il governo pare intenzionato ad una proroga "selettiva". La decisione ufficiale non è ancora stata presa, l'orientamento è quello di continuare mantenerle obbligatorie sui mezzi pubblici, in

aereo e in ufficio, ma non nei negozi.

L'ultima parola spetta alla Cabina di regia del ministero della Salute, che dovrebbe riunirsi la prossima settimana. Determinante, anche sulla fine del green pass, sarà l'evoluzione della circolazione del virus, che resta alta, con quasi centomila nuovi casi registrati ieri. «La pandemia non è finita. L'utilizzo delle mascherine resta essenziale», ha ribadito solo pochi giorni fa il ministro della Salute Roberto Speranza. Una posizione di prudenza condivisa dal presidente del Consiglio superiore di sanità Franco Locatelli, secondo cui «è opportuno» mantenere l'obbligo delle mascherine sui mezzi di trasporto e negli uffici. L'ex coordinatore del Cts pensa in particolare ai treni a lunga percorrenza e ai viaggi in aereo. «Ormai - ha osservato - sarebbe davvero strano se non avessimo imparato che in luoghi chiusi e affollati vi è particolare rischio di acquisire l'infezione da Sars-Cov-2». Più possibilista il sottosegretario alla Salute Andrea Costa, convinto che «ci siano le condizioni per pro-

cedere con il togliere l'obbligo di mascherine al chiuso» e che dunque «passare da un obbligo a una raccomandazione possa essere assolutamente la scelta giusta, con la riflessione magari di mantenerle in alcuni luoghi come i mezzi

di trasporto». Un parere diametralmente opposto rispetto a quello del virologo Massimo Galli, per il quale «togliere le mascherine al chiuso è una discreta corbelleria» che metterebbe a rischio i più fragili. L'ex primario di malattie infettive del Sacco si è espresso anche sul lockdown a Shanghai, parlando di strategia sbagliata: «In Cina si comportano con Omicron e "figli", così come si sono comportati con la variante Wuhan, ma queste varianti hanno maggiore capacità di diffusione. Soprattutto in Cina, dove hanno vaccinato molto, ma hanno vaccinato male», perché «il vaccino cinese è meno efficace».

Sul fronte epidemiologico, il presidente della Fiaso, Giovanni Migliore, spiega che «siamo in una fase di calo dei ricoveri piuttosto netto. L'inversione di tendenza ha preso consistenza. Anche se non si può parlare di crollo, il dato in declino in tutte le tipo-

logie di ricoverati è un segno piuttosto evidente». Prioritario resta comunque il tema della quarta dose, ad oggi effettuato solo da un paziente fragile su dieci. Si moltiplicano nel frattempo le sottovarianti. È di ieri la notizia di un nuovo mix tra Omicron 1 e Omicron 2, diverso da Xe e Xj, e sequenziato dall'Istituto zooprofilattico del Veneto. E sempre ieri è stato siglato l'accordo tra ministero, Aifa e farmacie per la distribuzione del Paxlovid, l'antivirale orale per il trattamento precoce del Covid, che sarà disponibile dietro presentazione di ricetta medica.

*Il sottosegretario Costa*

*«Sono convinto che sia giusto passare alla raccomandazione e mantenere l'imposizione solo in determinati luoghi»*



**Mascherine**  
L'obbligo di indossarle all'aperto non c'è più. Quello al chiuso, salvo proroghe, decadrà dal primo maggio (LaPresse)



## Pubblico impiego, emendamento per chi soffre di patologie gravi Fragili, smart working con più controlli

ROMA Si allo smart working per i fragili nella Pubblica amministrazione, ma controlli più rigidi. Nel decreto Riaperture di marzo non ha trovato spazio all'ultimo la proroga del lavoro a distanza generalizzato per i soggetti fragili. Adesso però il governo vuole risolvere la questione e ripristinare l'equilibrio con il settore privato, dove a differenza del pubblico resta in vigore fino al 30 giugno lo

smart working semplificato, libero da accordi individuali tra lavoratore e datore di lavoro. condizioni di salute particolarmente gravi. Agevolazioni solo per chi ha patologie serie e comprovate.

Di Branco a pag. 8

IL CASO

# Il pubblico impiego Statali, smart working per i lavoratori fragili con controlli più rigidi

► Emendamento per ripristinare il diritto ▶ Potranno restare a casa solo i dipendenti  
Brunetta: «Non servono fondi aggiuntivi» con patologie più gravi oppure multiple

ROMA Si allo smart working per i fragili nella Pubblica amministrazione, ma a patto che presentino determinate patologie. Nel decreto Riaperture di marzo non ha trovato spazio all'ultimo la proroga del lavoro a distanza generalizzato per i soggetti fragili. Adesso però il governo vuole risolvere la questione e ripristinare l'equilibrio con il settore privato, dove a differenza del pubblico resta in vigore fino al 30 giugno lo smart working semplificato, libero da accordi individuali tra lavoratore e datore di lavoro. Un emendamento al decreto Riaperture, che trova d'accordo il ministro della

Funzione pubblica Renato Brunetta, punta a correggere l'errore. Ieri, nel corso di un'audizione davanti alla commissione parlamentare per la semplificazione, il numero uno di Palazzo Vidoni ha sottolineato che «i fragili devono poter lavorare da remoto».

Il ministro Brunetta all'inizio di quest'anno ha anche avviato una stretta contro i finti lavoratori fragili, che in passato hanno beneficiato di particolari privilegi nonostante non versassero in condizioni di salute particolarmente gravi. Con un decreto interministeriale (Salute, Lavoro e Pa) sono state individuate le pato-

logie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravità in presenza delle quali un lavoratore deve essere considerato fragile. Oggi rientra nella categoria dei



fragili chi per esempio è in dialisi, in attesa di trapianto o sotto trattamento medico per patologie oncologiche. Trovano spazio tra i fragili pure i lavoratori che presentano tre o più condizioni patologiche tra le seguenti: cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, ictus, diabete mellito, epatite cronica, obesità, bronco-pneumopatia ostruttiva cronica.

## LE AMMINISTRAZIONI

Secondo la Funzione pubblica tenere a casa i dipendenti pubblici che hanno patologie tali da rendere più pericolosa l'eventuale infezione da Covid-19 non comporterebbe costi per lo Stato. Diverso il parere della Ragioneria generale dello Stato, che a suo tempo ha richiesto una copertura di 60 milioni di euro per concedere la proro-

ga del lavoro a distanza generalizzato per i soggetti fragili. «I 60 milioni non c'erano e così la proroga è saltata», ha ricostruito il ministro della Pa. Per la Funzione pubblica l'operazione salva-fragili a ogni modo non andrebbe a pesare sulle casse pubbliche, in virtù di quanto stabilito in materia di smart working dalla circolare Brunetta-Orlando di gennaio. La circolare, emanata quando i contagi da Omicron erano alle stelle, ha dato la possibilità alle amministrazioni pubbliche di garantire la prevalenza del lavoro in presenza in un'ottica di programmazione plurimensile, dunque le giornate lavorate da remoto fino al 30 giugno potranno essere agevolmente recuperate nell'arco del secondo semestre dell'anno. Il Tesoro per adesso non si sbilancia: in caso di mancato via libera

del Mef i lavoratori fragili della Pubblica amministrazione resteranno senza paracadute.

A parte quelli delle amministrazioni più virtuose, che hanno sfruttato la flessibilità a propria disposizione per concedere lo smart working totale ai lavoratori fragili anche dopo la fine dello stato di emergenza.

**Francesco Bisozzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

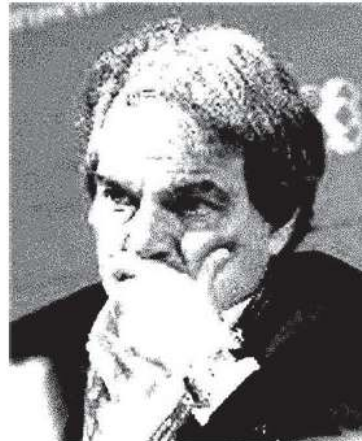
**Il ministro della Pubblica amministrazione, Renato Brunetta**

# 60

Milioni di euro necessari secondo la Ragioneria generale dello Stato per prorogare lo smart working

# 3

Numero minimo di patologie per essere considerati lavoratori fragili





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Covid, le domande del «caso Svezia»

*Un'inchiesta scientifica sulla gestione della pandemia svela i limiti (e gli esiti) di un sistema centrato sull'autodeterminazione e l'efficienza*

ASSUNTINA MORRESI

La notizia è dirompente, la denuncia è durissima e ben documentata ma è durata poche ore, e forse non solo perché sovrastata dalle cronache belliche ma anche per un malcelato imbarazzo di tanti che vorrebbero evitare di fare i conti con le contraddizioni di un certo modello sociale e politico. Stiamo parlando degli esiti della politica svedese nell'affronto della pandemia, così come emerso in un recente studio pubblicato su *Humanities & Social Science Communications*, su *Nature.com*.

Il corposo articolo contesta fatti gravissimi, a partire dal tasso di mortalità che nel 2020 in Svezia è stato 10 volte maggiore della vicina Norvegia. Nella primavera 2020 molti malati non sono stati ricoverati in ospedale e neppure visitati perché non considerati a rischio, e sono morti a casa nonostante la loro richiesta di aiuto. Una commissione incaricata dal governo di valutare le misure per limitare la pandemia ha segnalato «fallimenti sistemici» e «gravi mancanze»: ad esempio, un quinto di pazienti ricoverati nelle case di cura non sono stati valutati individualmente dal punto di vista clinico e meno di un decimo dei malati è stato esaminato da un medico, con pazienti immessi in percorsi di trattamenti di fine vita senza neppure un test positivo. Nella regione di Stoccolma il triage prevedeva che persone con più di ottant'anni, con comorbidità e obesi, non fossero ammesse in terapia intensiva, poiché «era poco probabile che si riprendessero». Le autorità hanno negato la messa in pratica di queste indicazioni, che però sono coerenti con i dati sull'età dei pazienti nelle terapie intensive. Sono stati pochi gli anziani ricoverati negli ospedali per Covid, e a loro «sono stati negati trattamenti medici appropriati (potenzialmente salvavita) senza esame medico, e senza informare i pazienti né i loro familiari o chiedere il permesso». Un'indagine indipendente ha mostrato che su 6 dei 21 distretti svedesi la «pratica di limitare l'accesso a un trattamento potenzialmente salvavita negli anziani implica che la vita di molti avrebbe potuto essere salvata o prolungata se avessero ricevuto un trattamento con ossigeno (non reso disponibile in molte case di riposo)», una denuncia gravissima.

Altrettanto grave la situazione dei bambini, sui quali comunque ci sono pochi dati attendibili perché i test per il Covid erano limitati e agli asintomatici addirittura negati. Niente didattica a distanza nelle scuole (fino a 16 anni), sempre rimaste aperte, senza eccezioni per bambini problematici o familiari a





rischio, con multe per genitori che volessero tenere a casa i figli per proteggerli. Le autorità svedesi hanno sempre negato o

sottovalutato che i bimbi potessero ammalarsi anche severamente e diffondere il contagio. Non solo: dalla corrispondenza interna è emerso che volessero usarli proprio per questo.

Le raccomandazioni per le mascherine e le protezioni nelle case di cura e negli ospedali sono arrivate solo il 25 giugno 2020, in generale il loro uso è stato scoraggiato e anche definito inefficace e pericoloso, imputato di diffondere paura. Lo studio denuncia poi una mancanza di trasparenza nei dati a livello nazionale e locale su casi, ricoveri e morti, con insabbiamenti e pesanti sospetti di manipolazione.

Gli autori mettono nero su bianco le responsabilità: il governo svedese ha di fatto delegato decisioni e responsabilità operative alla Public Health Agency (Pha), che sotto la guida di Anders Tegnell – di cui si sottolinea con sarcasmo la «glorificazione come idolo ed eroe svedese» operata da alcuni colleghi – ha adottato una strategia di mitigazione basata sulla responsabilità individuale, senza misure obbligatorie, senza lockdown, per lasciare la società più aperta possibile. Il distanziamento sociale è stato solo raccomandato, specie agli ultra settantenni. Sono mancati sentimenti di solidarietà nella popolazione, come invece registrati in altri Paesi: «Il messaggio principale sembrava che i più vulnerabili non saranno protetti dallo Stato (poiché dovrebbero prendere le proprie misure e isolarsi). Il resto della popolazione dovrebbe vivere la propria vita relativamente senza in-

terruzioni. La strategia svedese è stata di conseguenza adatta per soddisfare la classe medio/alta. Gli individui più giovani e benestanti dovevano essere limitati il meno possibile nei loro movimenti quotidiani, mentre le persone meno avvantaggiate non potevano lavorare da casa».

L'articolo denuncia la «gestione autocratica» della pandemia, con la Pha «sistematicamente scorretta nella valutazione del rischio, ignorando l'evidenza scientifica», e spiega che il piano strategico del governo aggiornato al settembre 2020, aveva come punti chiave «non diffondere paura e panico, prevenire disordini sociali, limitare l'impatto nel settore alberghiero, dell'industria e dell'economia» e non diceva niente su assistenza medica e controllo del contagio. Gli autori spiegano che è stata la strategia svedese a ispirare la controversa «Great Barrington Declaration», che mirava a raggiungere l'immunità di gregge con una diffusione controllata del Covid. Una strategia «antiscientifica, immorale, infattibile». La conclusione dell'articolo è spietata: «La risposta svedese a questa pandemia è stata unica e caratterizzata da un approccio *laissez-faire* moralmente, eticamente e scientificamente discutibile, conseguenza di problemi strutturali nella società».



Il Parlamento svedese



## COVID, BOOM DIMISSIONI

# Ospedali pubblici, in tre anni fuggiti ottomila medici

**I** segnali c'erano da tempo, ma solo ora con la fine dell'emergenza si vedono le dimensioni del *Great Resignation* (vale a dire le dimissioni volontarie da un posto di lavoro) tra i medici ospedalieri. In tre anni, tra il 2019 e il 2021 gli ospedali pubblici hanno perso oltre 8 mila medici. Si sono quasi tutti licenziati (il numero infatti comprende solo in minima parte quelli per i quali è terminato il contratto a tempo determinato). La pandemia ha dato il colpo di grazia. Oltre il 60% si è dimesso negli ultimi due an-

ni. Ha preferito ricollocarsi nelle cliniche private, indirizzarsi sull'attività libero-professionale o dedicarsi alla medicina generale. Un esodo spinto dal forte stress, dalla sindrome del *burn-out* provocata da turni massacranti e dal carico emotivo legato all'alto numero di contagi e morti tra il personale sanitario. I numeri arrivano da una indagine di Anaa Assomed, sindacato dei medici ospedalieri. Nessuna regione ne è uscita indenne. E alle migliaia che si sono dimessi vanno aggiunti quelli che, sempre in

tre anni, sono andati in pensione: 12.645. Una fuga che potrebbe non arrestarsi, visto che alla gestione dei malati Covid si è aggiunto il carico della campagna vaccinale e poi, ora, lo smaltimento delle liste d'attesa. All'analisi di Anaa si affianca una ricerca fatta dall'Istituto Piepoli per la Fnomceo, la Federazione degli Ordini dei medici. Il *burn-out* colpisce un medico di guardia su 4, un medico di base su dieci, il 4% dei camici bianchi tra le corsie.



## Fascicoli sanitari e telemedicina: sbloccati i primi 800 milioni

### Sanità digitale

In pista un decreto Mef-Salute-innovazione: risorse in base ai target

#### Marzio Bartoloni

È pronto il decreto che stanZIA 610 milioni per potenziare il fascicolo sanitario elettronico mentre è scattato il conto alla rovescia per l'avvio della Piattaforma nazionale di telemedicina, una partnership pubblico privata che potrà fare affidamento su una dote di 200 milioni.

La Sanità digitale è uno dei pilastri della missione 6 (Salute) del Pnrr e ora con questi due interventi si sbloccano i primi fondi per provare a dare una svolta digitale al Ssn. I fondi destinati al fascicolo sanitario elettronico serviranno per trasformare il "file" di ogni paziente - oggi ancora una scatola vuota - in un vero e proprio strumento on line utile sia per i cittadini dove potranno trovare tutta la propria storia clinica che per i medici e le strutture sanitarie che avranno così a portata di click tutti i dati dei pazienti. Il fascicolo sanitario elettronico sarà fondamentale anche per accedere alle prestazioni di telemedicina per il quale il Pnrr stanZIA 1 miliardo per portarla a regime entro il 2025, con i primi 200 milioni che serviranno per far partire e gestire la piattaforma di telemedicina che nascerà grazie a una partnership

pubblico-privata e dovrà coordinare i servizi (televiste, telemonitoraggi, telereferti) che cominceranno a partire dal 2023. Gli operatori economici interessati avranno tempo fino al prossimo 18 maggio quando scadrà il termine per le manifestazioni di interesse: al momento ci sono oltre un centinaio di aziende interessate che hanno già partecipato a due incontri informativi organizzati dall'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che da poco è diventata anche Agenzia per la sanità digitale.

La bozza di decreto interministeriale Mef-Salute-Innovazione tecnologica sul fascicolo sanitario elettronico dovrebbe approdare in Stato Regioni il 28 aprile e stanZIA 299 milioni per il potenziamento dell'infrastruttura digitale dei sistemi sanitari e 311 milioni per l'incremento delle competenze digitali degli operatori sanitari.

Il decreto prevede lo stanZIamento delle risorse in tranches: dopo un primo piccolo anticipo per il 2022 il resto delle risorse saranno assegnate semestralmente da qui al 2026 in base a target da raggiungere: dall'inserimento di dati sanitari in via elettronica (come i referti o le lettere di dimissioni

ospedaliere) al numero di accessi di medici e pediatri fino al ricorso al fascicolo sanitario da parte delle strutture sanitarie.

Oggi intanto è atteso nuovamente la riforma della Sanità territoriale in Conferenza Stato Regioni dopo la mancata intesa di un paio di settimane fa per la frenata della Campania. L'intenzione del Governo è di tirare avanti lo stesso, anche senza l'intesa delle Regioni, perché un altro slittamento potrebbe ritardare l'approvazione e quindi fermare gli stanZIamenti previsti dal Pnrr che per queste cure fuori dall'ospedale valgono circa 7 miliardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Oggi torna in Stato Regioni la riforma della Sanità territoriale dopo il no della Campania**



Viktor Liashko, ministro della Salute di Kiev:  
«Arrivano moltissimi civili, sui loro corpi  
troviamo le ferite delle bombe a grappolo»

# «Distrutti o colpiti quasi 400 ospedali Curiamo anche i russi ma ci serve di tutto»

di **Greta Privitera**

**A**ppena può cita la Convenzione di Ginevra che negli ultimi 57 giorni è diventata la sua Bibbia. Cita il protocollo alla base del diritto internazionale umanitario anche quando, quasi commosso, ci racconta dei suoi medici e infermieri che ogni giorno in ospedale onorano quel trattato, persino davanti al nemico: «Il nostro personale sanitario fornisce assistenza a tutti, soldati di Putin compresi. Siamo diversi dalla Federazione russa, aderiamo rigorosamente alla Convenzione di Ginevra, che è molto chiara a riguardo».

Il ministro della Salute ucraino Viktor Liashko, 41 anni, risponde dal suo ufficio di Kiev. Davanti a un'enorme cartina dell'Ucraina con affisse delle puntine rosse sulle città di Kherson e Zaporizhzhia, ci avverte che non dirà nulla su armi chimiche, numeri di vittime e di soldati uccisi, acciaierie di Mariupol e attacco nel Donbass, «perché sono affare del ministero della Difesa», spiega. Ma sui crimini di guerra dell'esercito di Mosca non si risparmia.

**I russi invece non rispettano la Convenzione?**

«No, sono terroristi. Uccidono i civili, stuprano le donne e i bambini. È per questo che chiediamo a tutti i Paesi

di non fare più affari con loro. Aiutateci con gli armamenti e vinceremo questa guerra».

**Dalle ferite che vedete, confermate l'uso di armi non approvate dal diritto internazionale?**

«Certo. Ho visto diverse ferite causate da bombe a grappolo».

**Quanti ospedali sono attivi nel Donbass?**

«Non posso dare questa informazione perché nell'area ci sono in corso feroci combattimenti, molti abusi, e la propaganda di Putin è più forte che mai. Posso però dire che continuiamo a pagare i salari di tutti i sanitari di Lugansk, Donetsk, Zaporozhye e di Kherson. Anche se sono zone in mano ai russi, noi pensiamo ai nostri cittadini».

**Può dirci quanti sono gli ospedali ancora attivi in Ucraina?**

«A oggi 346 strutture sono state danneggiate e 38 completamente distrutte. Cinque ambulanze sono state colpite. E questi sono i numeri che siamo riusciti ad avere dai territori da cui abbiamo informazioni, sono cifre che non includono i dati delle città sotto assedio, come Mariupol. Abbiamo bisogno di più corridoi umanitari ma spesso non siamo supportati. Nemmeno dalla Croce Rossa».

**Che cosa intende?**

«In un certo senso, la Croce Rossa Internazionale non lavora come ci saremmo aspettati e come è richiesto dalla Convenzione di Ginevra».

**Nei giorni scorsi, Robert Mardini, direttore generale, si è difeso dalle critiche per una visita della Croce Rossa Internazionale a Mosca e dalle accuse di aver favorito le «evacuazioni forzate» dai territori occupati verso il confine russo. Ha detto: «Sono insinuazioni false, siamo un organismo neutrale».**

«Ma sta di fatto che sono settimane che chiediamo aiuto per istituire corridoi umanitari dai territori occupati. Per ora non abbiamo avuto risposte da loro. Spero ne arrivino presto. Senza questi corridoi non possiamo fornire ai civili medicinali salvavita, come l'insulina per i diabetici».

**Quali sono i medicinali o gli strumenti di cui avete più bisogno?**

«Le nostre esigenze cam-



biano di giorno in giorno. In questo momento abbiamo bisogno di strumenti chirurgici: di tavoli, di lampade da sala operatoria. I russi stanno bombardando le aree residenziali e questo crea un gran numero di feriti civili. Ci servono più sale operatorie attive. Siamo grati per gli aiuti umanitari che stiamo ricevendo».

**Che aiuti arrivano dall'Italia? È in contatto con il nostro ministro della Salute Roberto Speranza?**

«Sì, sono in contatto con tutti i ministri della Salute dell'Unione Europea. Facciamo spesso riunioni online per tenerci aggiornati. L'Italia in modo particolare ci sta aiutando con i bambini gravemente feriti, malati di cancro

e in più con gli operatori sanitari che assistono i nostri medici».

**Come state gestendo i malati cronici e i malati di tumore?**

«Alcuni sono stati portati all'estero, altri continuano le cure qui in Ucraina, nelle zone più sicure del Paese dove funzionano ancora i centri oncologici».

**Com'è la situazione Covid?**

«È migliorata come nel resto del mondo. Oggi abbiamo 2.500 pazienti ricoverati nelle strutture Covid».

**E per quanto riguarda le vaccinazioni?**

«Continuiamo a vaccinare, ma non allo stesso ritmo di prima. A marzo abbiamo immunizzato 350.000 persone, ad aprile 130.000».

**Da quanto non vede la sua famiglia?**

«Mia moglie e mia figlia sono nascoste in un posto più sicuro di Kiev. Ho visto mia figlia solo una volta in questi 57 giorni. È sconvolta, ha solo 15 anni. Ha pianto tutto il tempo del nostro incontro. Il disturbo post traumatico da stress nella popolazione e nell'esercito sarà un problema da affrontare».

**Avete già un piano?**

«Sì, Olena Zelenska, la nostra First Lady, in collaborazione con Jill Biden, la First Lady americana, sta lanciando un progetto molto importante per il supporto psicologico che comprende anche la sindrome post-traumatica da stress».

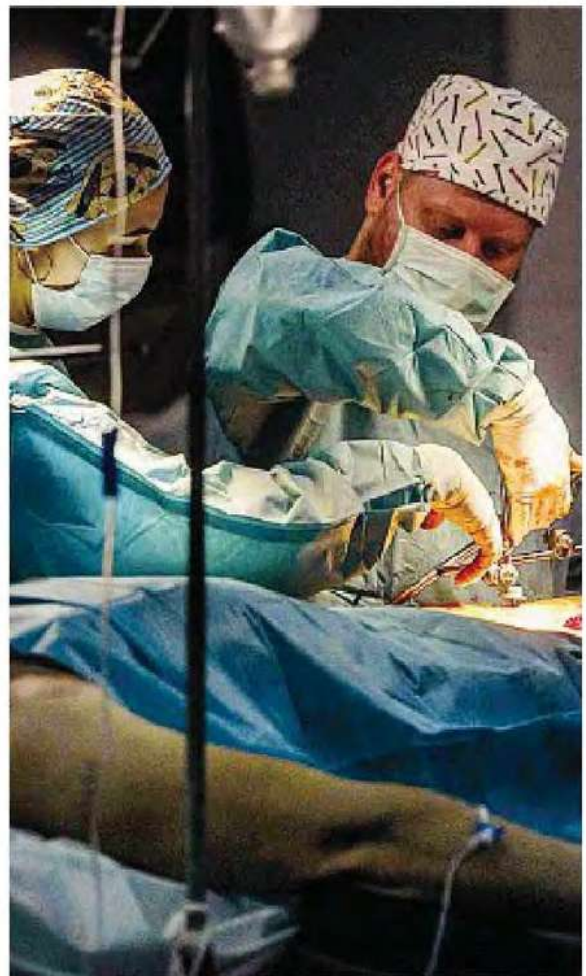
© RIPRODUZIONE RISERVATA



**In carica**

Viktor Liashko, 41 anni, dal maggio 2021 è il ministro della Salute di Kiev. Ha criticato l'operato della Croce Rossa

**Il Covid**  
**La situazione è migliorata, anche tra le difficoltà andiamo avanti con le vaccinazioni**



Ferito L'intervento alla gamba di un soldato ucraino all'ospedale di Zaporizhzhia (Afp)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Cure palliative, qui ci vuole Cicely

*Offrire una risposta umana alla malattia e al «dolore totale»: l'iniziativa dell'associazione nata nel nome della pioniera Saunders*

MARCO MALTONI

Le cure palliative moderne sono state fondate da Cicely Saunders (1918-2005), l'infermiera inglese che nel 1967 inaugurò a Londra il St. Christopher's Hospice, primo hospice moderno. La sua apertura fu il coronamento di un'attività assistenziale ventennale, dopo il conseguimento della laurea infermieristica nel 1944 e di quella da assistente sociale nel 1947, e dopo che uno dei suoi primi pazienti, David Tasma, nel 1948 le fece una donazione per «essere una finestra del tuo hospice», come le disse. Cicely diventerà poi anche medico perché un suo mentore impietosamente affermò che «sono i medici quelli che trattano peggio i pazienti», e anche per avere sempre più voce nei processi decisionali sanitari.

Il St. Christopher rappresentò anche l'inizio di un'avventura di assistenza, ricerca e formazione che ancora oggi prosegue, e anzi si è andata affermando sempre più. La «Worldwide Hospice Palliative Care Alliance» (Whpca) ha pubblicato nel 2020 un *Atlante globale di Cure palliative* nel quale viene documentato come nel mondo circa 56,8 milioni di persone abbiano annualmente bisogno di cure palliative, 25,7 milioni delle quali nell'ultimo anno di vita (cure palliative di fine vita) e 31,1 milioni (54.7% degli aventi bisogno) prima dell'ultimo anno di vita (cure palliative precoci). Sul totale, il 40% è rappresentato da pazienti portatori di patologia oncologica, e il 60% di patologie non oncologiche. È stato anche stimato che il 7% degli aventi bisogno di cure palliative sia rappresentato da bambini.

Cicely Saunders ebbe una serie di profetiche intuizioni. Fu la prima a parlare di «dolore totale», intendendo che la sofferenza della persona è la sintesi di un insieme di dolori, limiti, mancanze, perdite a livello fisico, psicologico, sociale e spirituale. Era inoltre convinta che la terza via tra un'ostinazione terapeutica irragionevole (accanimento terapeutico) e una desistenza terapeutica eccessiva (abbandono terapeutico) potesse trovare una rappresentazione in un approccio equilibrato, proporzionato e individualizzato, usato negli hospice e nelle cure palliative. Questo approccio doveva essere insegnato ai giovani che si avvicinano alle professioni sanitarie e fatto conoscere ai professionisti della sanità. Infine, Cicely ebbe varie intuizioni cliniche, studiate e verifica-

te nella ricerca e nella pubblicazione di lavori scientifici, prima fra tutte l'utilità delle terapie antidolorifiche con oppioidi somministrate a orari fissi e non solo al bisogno. Cicely espresse anche la propria convinzione su tematiche particolarmente dolorose.

In una lettera del 1993 scrisse che una legge sull'eutanasia provocherebbe in «molte delle persone fragili e dipendenti la convinzione di essere diventate un peso per le loro famiglie e per la società, si sentirebbero in dovere di chiedere l'eutanasia». Ne risulterebbe «una maggiore pressione sui pazienti vulnerabili per spingerli a questa decisione, privandoli così della loro libertà». Da qui la necessità di uno sviluppo sistematico e capillare di efficaci reti di cure palliative, perché la persona malata e la sua famiglia possano provare esperienze di cura e di relazione significative.

L'eredità di Cicely, la sua attenzione alla persona ammalata, la relazione di cura in un rapporto reale tra oggettività clinica e soggettività del malato, nel tempo sono state oggetto sia di dimenticanza (quanti giovani medici e infermieri, e quanti giovani impegnati nelle cure palliative sanno oggi chi fosse Cicely Saunders?), sia anche di "revisione", nel senso che alcune esperienze di cure palliative moderne offrono un approccio, definito «palliativo integrale», diverso da quello «palliativo originale».

Per questi motivi un gruppo di palliativisti italiani, ritenendo che la proposta di Cicely possa ancora essere attuale, affascinante, meritevole di conoscenza e diffusione, ha percorso alcuni passi, dapprima producendo alcuni lavori scientifici (per esempio *Il sentiero di Cicely Saunders*, di G. Miccinesi, G. Zaninetta, F. Garetto e altri, in *Rivista italiana Cure palliative*, 2017, XIX, 1-8) poi costituendo nel 2021 un'associazione culturale nazionale denominata «Sul sentiero di Cicely-Per le cure palliative». L'associazione





organizza un primo momento "di lancio" con un webinar il 7 maggio in cui alcuni esperti toccheranno, a partire da frasi di Cicely, diversi aspetti delle cure palliative (*info: sentierocicelyaps@gmail.com*).

L'ospite d'onore sarà Christopher Saunders, il fratello minore, ora 95enne, di Cicely, che ha condiviso appieno il progetto, e che con l'aiuto di Francesca Bracco narrerà gli inizi. Il bioeticista statunitense Joseph Raho inquadrerà la proposta di Cicely nella prospettiva etica della cura, Augusto Caraceni, primo cattedratico italiano di medicina palliativa, ne farà emergere gli aspetti scientifici, e infine Paola Marengo, già curatrice di una mostra su Cicely e volontaria in un hospice, riporterà l'importanza del volontariato dentro la più ampia equi-

pe di cure palliative.

*Direttore rete Cure palliative  
Ausl Romagna  
Presidente Associazione «Sul sentiero  
di Cicely - Per le cure palliative»*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cicely Saunders

#### In sintesi

# 1

**Cicely  
Saunders  
(1918-2005)**  
è l'infermiera  
inglese che  
nel 1967  
inaugurò  
a Londra  
il primo  
hospice  
moderno

# 2

**Al St.  
Christopher's  
Hospice**  
prese corpo  
il concetto  
di cure  
palliative che  
oggi mostra  
il suo  
potenziale  
rivoluzionario

# 3

**Nel 2021**  
è nata per  
iniziativa  
di un gruppo  
di palliativisti  
italiani  
l'associazione  
«Sul sentiero  
di Cicely  
Per le cure  
palliative»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## **Fine vita al Senato**

**Torna a riunirsi oggi l'ufficio di presidenza delle Commissioni Giustizia e Sanità del Senato per definire i relatori del disegno di legge sul fine vita, approvato alla Camera. Una prima seduta ieri non ha portato a un accordo in vista dei cambiamenti necessari.**







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**FINE VITA / 1**

## Rompere un dono Sull'eutanasia deriva mondiale

**FRANCESCO D'AGOSTINO**

Lentamente e irresistibilmente aumenta il numero degli Stati che introducono nei loro ordinamenti legislazioni aperte all'eutanasia.

A pagina 3

# Fareste a pezzi un dono? Confrontarsi con la deriva mondiale dell'eutanasia



**FRANCESCO  
D'AGOSTINO**

**L**entamente, ma anche (così almeno sembra) irresistibilmente, aumenta il numero degli Stati che introducono nei loro ordinamenti giuridici legislazioni aperte all'eutanasia o almeno ad alcune sue possibili varianti. Aumentano pure i dibattiti parlamentari in materia, che anche quando si concludono con un "no", dimostrano comunque incertezze politiche e partitiche meritevoli di riflessione; ed aumentano, infine, le discussioni "ideologiche" su questo tema così lacerante, discussioni che però sembrano perdere virulenza e passionalità per trasformarsi, con una certa ma indicativa lentezza, in forme di sereno confronto, che, a giudizio di alcuni, sembra anche ormai assumere un carattere inevitabilmente scontato. Gli argomenti contro un'apertura all'eutanasia sono cristallizzati da decenni, anzi da secoli: a parte l'argo-

mento religioso (dotato ancor oggi di una sua indubbia forza, circoscritta però al solo ambito dei credenti) continua a possedere un suo vigore l'argomento di chi prova ripugnanza nei confronti di una legge dello Stato che gestisca la morte come un evento meritevole di essere regolamentato in forme, alla fin fine, burocratiche. È interessante rilevare come questa ripugnanza trovi poi diverse forme di esplicitazione, alcune molto diffuse (come quelle che fanno riferimento alle sofferenze di tanti malati terminali, ritenute, a torto, non suscettibili di palliazione medica), altre più sofisticate, ma che sembrano capaci di sempre maggiore diffusione, come quelle che si appellano a una ipotetica e "democratica" libertà di scelta tra vita e non vita, che dovrebbe essere riconosciuta a ciascun cittadino come suo diritto umano fondamentale, indipendentemente dalle ragioni cui egli si voglia o si possa appellare. Né si può trascurare il tema, terribilmente insidioso, di come gestire vite ormai ca-

renti di "dignità"; tema insidioso, perché conduce inevitabilmente a quello della legittimazione, ancor prima dell'eutanasia, della pena di morte, oggi quasi universalmente rifiutata, dato che sulla dignità della vita di molti criminali efferati sembra davvero difficile dubitare. Potremmo continuare a lungo, elencando altri argomenti più o meno diffusi o condivisibili. Una cosa, però, va sottolineata: quelli che ho citato sono tutti argomenti che si "intrecciano" faticosamente e pur volendo tutti condurre a una conclusione fondamentalmente univoca (sì all'eutanasia) sembrano privi di una forza intrinseca, capace di "compattare", per



dir così, l'opinione pubblica, su progetti normativi univoci. Se come pratica sociale "privata" l'eutanasia suscita compassione, angoscia, tristezza e infinita malinconia, come pratica legalmente formalizzata fa sorgere dubbi, sospetti e in molti casi, come ho già detto, ripugnanza. È questo il nodo centrale della trama dell'ultimo romanzo scritto da Anthony Trollope, *The Fixed Period* (*Il termine fisso*, del 1882), nel quale il grande romanziere vittoriano (che molti non a torto parificano a Dickens) ipotizza che in una lontana (ma civilizzatissima) colonia asiatica inglese (Britannula) venga introdotta con ampi consensi e per legge un'eutanasia obbligatoria (dunque,

senza eccezione alcuna) per tutti i cittadini che avessero superato i sessantacinque anni, per garantire una volta per tutte il carattere assolutamente democratico della società e nel contempo per eliminare definitivamente i faticosi e sterili dibattiti sul tema della fine della vita umana e sul momento ottimale per realizzarla. Non dirò nulla sulla conclusione del romanzo, anche perché merita di essere letto, ma voglio solo richiamare l'attenzione su come esso mostri, sia pure solo narrativamente, il carattere non democratico del tema della libertà di scelta, che oggi sembra sempre più imporsi nella pubblica opinione. La verità è che non solo la vi-

ta in generale, ma la nostra stessa vita ci appare come un enigma, che nessuno sembra in grado di sciogliere e che la scelta (sia quella individuale sia quella sociale) a favore della morte ci porta con durezza di fronte alla domanda più radicale che un essere umano possa porsi: quella sulla propria identità, che, ci piaccia o no, è una identità unica e irripetibile. E poiché la nostra identità ci è data (per quanto noi si voglia, e a volte si possa, anche in qualche misura alterarla), distruggerla o comunque condurla alla fine appare tragicamente simile al comportamento di chi, avendo avuto un dono, lo fa a pezzi, an-

ziché renderne grazie.

*Filosofo del Diritto,  
Università di Roma Tor  
Vergata*

Resta forte in molti la ripugnanza verso una legge dello Stato che gestisca la morte come un evento da regolamentare in forme burocratiche



Un reparto di terapia intensiva: medicina e bioetica si interrogano sul fine vita





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## FINE VITA / 2

# L'unicità di ogni esistenza. E non lavatrici guaste

**MAURIZIO ASSALTO**

A me, non credente, riesce incomprensibile l'atteggiamento con cui la questione del fine vita è risolta da tanti presunti laici.

A pagina 3

# L'unicità di ogni esistenza. E non lavatrici guaste



**MAURIZIO ASSALTO**

«**P**referirei stare sulla terra e servire un altro, un uomo senza possedimenti e che non avesse di che vivere, piuttosto che regnare su tutti i morti consunti». È la risposta di Achille, nella *nékyia* dell'Odissea (XI, 488-491), a Ulisse che lo consola per essere finito tra le anime evanescenti dell'Ade: la risposta di un uomo (un eroe) vissuto in un tempo non ben precisabile, almeno 1.200 anni prima di Cristo, e cantata da Omero all'incirca cinque secoli dopo. Oggi la concezione dei cristiani sull'aldilà non è più così negativa, in seguito appunto alla venuta del Salvatore. Ma pochi si spingerebbero a voler accorciare i tempi dell'incontro con Lui, se non chi proprio soffre di pene insostenibili. Perché la morte è il passaggio a una dimensione che, comunque la si immagini, implica l'annullamento di tutto ciò che costituisce il nostro *hic et nunc*, da cui è umanamente difficile distaccarsi sia pure in vista dell'ascesa al Regno dei Cieli.

Per questo a me, non credente, riesce incomprensibile l'atteggiamento con cui la questione del fine vita è risolta da tanti presunti laici ("presunti" perché da un laico ci si attenderebbe l'umiltà del dubbio anziché la baldanza delle certezze). Prendo lo spunto, ma solo lo spunto, dall'ultima vicenda, quella di Samantha D'Inca, senza permettermi considerazioni su un dramma familiare che ha avuto il pregio, peraltro, di consumarsi al fuori del clamore mediatico e delle opposte faziosità suscitati da altre vicende simili, ma che inevitabilmente ripropone alcuni interrogativi.

Ammettiamo pure il caso di una situazione clini-

ca irreversibile (ma quando si può davvero essere certi che una situazione irreversibile oggi lo sarà anche domani?). Ammettiamo che la sofferenza sia tale da rendere preferibile liberarsene a ogni costo: smettere di essere per non essere più sofferenti. Ok, in questi casi la sospensione dell'accanimento terapeutico, il suicidio assistito, l'eutanasia possono essere (tragiche) scelte comprensibili, umane, pietose, forse neppure contrarie alla legge divina. Ma quando, poniamo, il cervello è assente e ha perso i collegamenti con il corpo, e quindi il corpo non soffre, non avverte più nulla? Smet-

tere di essere per smettere di non soffrire?

Si sente spesso invocare il diritto a "una fine dignitosa", quando la vita non è più degna di essere vissuta. Ma quand'è che una vita diventa indegna?

Può tornare utile un vecchio argomento filosofico, il paradosso megarico del sorite, altrimenti noto come argomento del calvo. Se un uomo perde un capello, non si può chiamare calvo; nemmeno se ne perde due, tre, quattro, cento, mille. Eppure, continuando a perderne, a un certo punto lo diventerà: qual è il momento in cui può essere definito calvo? Qual è, se c'è, il punto esatto di passaggio dal qualche cosa al nulla?

E quand'è che una vita non è più degna di essere vissuta? Quando si versa in un coma irreversibile? Oppure quando si è in uno stato di locked-in, si è



vigili ma non si può comunicare con l'esterno? O quando si è in grado di comunicare ma tutto il corpo è paralizzato? O quando sono paralizzati o perduti i quattro arti, o magari due o anche uno solo? Oppure quando si diventa ciechi? I criteri di valutazione variano, in qualità e in quantità, a seconda degli individui e delle loro priorità.

Questo colpisce, di certi discorsi sulla dignità della vita: un certo impulsivo materialismo (personalmente non ho nessuna prevenzione verso questa corrente filosofica, non saprei risolvere con me stesso il dubbio se il pensiero sia un epifenomeno della materia o la materia un epifenomeno del pensiero), ma un materialismo imponderato e paradossale, come se la vita fosse un elettrodomestico che quando si guasta si getta via e si sostituisce con un altro. Una vita umana, un individuo, quando finisce, non può essere sostituito. È qualche cosa di unico e insostituibile, e la tutela della sua unicità e insostituibilità dovrebbe essere la prima preoccupazione per tutti, fin dove e fin quando è possibile. Dopo di lui ci saranno altri individui, ma lui precisamente lui, nella sua irripetibile unicità, non ci sarà più.

Un'altra invocazione che si sente spesso è la libertà di scelta. E #liberifinoallafine è l'hashtag pro-eutanasia dell'Associazione Luca Coscioni. Il presupposto è che la vita è mia e solo io sono libero di deciderne la sorte: giusto, ma fino a un certo punto. La vita è soprattutto mia, ma è anche fatta delle relazioni che ho stabilito con gli altri: non esiste un io astratto da tutto ciò mi è accaduto e ho fatto accadere io stesso da quando sono al mondo. E io stesso sono il risultato di un intreccio di generazioni e di relazioni contingenti che risalgono nella notte dei tempi: se vogliamo buttarla sul biologico, di un incontro tra il gamete maschile, uno delle decine di milioni che entrano in gioco in un rapporto sessuale, e il gamete femminile, una corsa a ostacoli in cui vince quello che arriva primo e così determina la mia identità; basterebbe

che vincessero un altro dei milioni e milioni e io non sarei più io, o forse lo sarei soltanto in parte. Se moltiplichiamo la contingenza del mondo umano presente per quella di tutte le generazioni che lo hanno preceduto, arriviamo alla conclusione che la parte emersa è solo una minuscola porzione delle possibilità irrealizzate, l'esiguo numeratore di una frazione che ha per denominatore un numero così lungo da non potersi scrivere.

Perché è emerso proprio questo mondo e non un altro? Io e non un altro? I credenti lo attribuiranno al disegno divino, diversamente si potrà imputare al caso. Ma è comunque un caso che lascia interdetti, che desta una vertigine metafisica di cui le religioni si fanno carico, ognuna a modo suo, al contrario di chi all'occorrenza è pronto a trattare il risultato di questa fragile, precaria, accidentata storia, ossia l'individuo, come una lavatrice guasta.

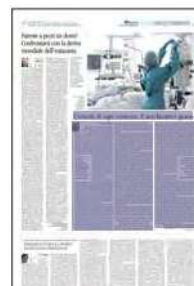
Non è che queste considerazioni debbano legarci le mani rispetto alle scelte ultime, ma, ecco, almeno andrebbero tenute presenti quando si parla con troppa facilità di "libertà fino alla fine". Che è poi una libertà molto limitata, perché disgraziatamente al genere umano non è dato scegliere se, ma solo eventualmente come e quando inevitabilmente morire. Viene in mente la libertà impetrata da Bertoldo quando il re Alboino lo condannò all'impiccagione: la possibilità di scegliersi l'albero. Solo che Bertoldo, più saggio di certi pasdaran dell'eutanasia, al momento della scelta scelse di non scegliere. E così si salvò la vita.

*Giornalista, a lungo tra i responsabili delle pagine culturali de "la Stampa"*

Si sente spesso invocare il diritto a "una fine dignitosa", quando la vita non è più degna di essere vissuta. Ma quand'è che una vita diventa indegna? Può tornare utile il paradosso del sorite

Un individuo, quando finisce, non può essere sostituito. La tutela della sua unicità deve essere la prima preoccupazione

A me, non credente, non riesce comprensibile l'atteggiamento con cui il tema del fine vita è risolto da tanti presunti laici



## L'emergenza

### Tornano a salire i contagi: 100mila La pillola anti-Covid in farmacia

Con la ripresa dei tamponi, ieri 610mila (+436mila), i nuovi contagi tornano a sfiorare quota 100mila (99.848, +72.634). Salgono anche i decessi (205, +78) e il tasso di positività (16,4%, +0,7). Scendono i ricoveri: 10.207 nei reparti ordinari (-7) e 413 in terapia intensiva (-9). Intanto è stato siglato il protocollo d'intesa tra ministero della Salute, Aifa e Federfarma che rende dispensabile su tutto il territorio nazionale la pillola antivirale Paxlovid attraverso il supporto della Distribuzione intermedia. Utilizzando le modalità previste per la

distribuzione per conto (Dpc) sarà possibile trovare il Paxlovid, la cura per il trattamento precoce del Covid-19, nelle farmacie dietro presentazione di ricetta medica



# Il mistero dell'epatite dei bambini “In Italia 4 casi, una forma mai vista”

Un centinaio di  
contagiati nel mondo,  
uno su dieci ha subito  
il trapianto di fegato  
Gli ospedali in allerta,  
avviata un'indagine  
a livello europeo

di **Michele Bocci**

Ci sono anche in Italia alcuni casi sospetti di epatite acuta pediatrica. Si tratta di almeno quattro bambini, di meno di 10 anni, ricoverati nei centri che seguono le malattie del fegato. Da quando è partito dalla Gran Bretagna l'allarme internazionale su una forma particolarmente aggressiva di questa patologia che si sospetta virale, e in un caso su dieci porterebbe addirittura al trapianto, gli ospedali dove si seguono le epatiti hanno messo in rete i loro dati. E anche il ministero alla Salute ha chiesto di essere informato su eventuali casi e ha consultato le banche dati internazionali sulla diffusione delle malattie infettive.

«La settimana scorsa c'è stato un primo alert riguardo a una decina di casi – spiega Giuseppe Indolfi, epatologo del Meyer di Firenze che è consulente dell'Oms proprio per le epatiti virali e al momento è anche responsabile dell'area fegato della Società europea di gastroenterologia – L'attenzione dei clinici è stata attratta dal fatto che in un caso c'è voluto il trapianto, cosa che dimostra la violenza della patologia. Poi i numeri sono aumenta-

ti, con 70 casi in Inghilterra ed altri in Spagna, Danimarca, Paesi Bassi». In tutto sono stati necessari sei trapianti. Dagli Usa intanto hanno segnalato nove casi.

Si può parlare solo di sospetto, anche riguardo ai pazienti italiani, per le caratteristiche particolari di questa forma di epatite. Viene infatti inserita nel gruppo delle cosiddette “non A-non E”, cioè non ricomprese nelle forme più diffuse e meglio conosciute (appunto A, B, C, D ed E). Il problema è che non si è in grado di dire quale sia l'agente patogeno che le provoca, manca quindi un marcatore che permetta di riconoscerla con certezza. Si va quindi per esclusione.

«A livello europeo abbiamo deciso di partire da subito con un'indagine su larga scala insieme agli infettivologi – dice ancora Indolfi – Avremo i risultati in una settimana. Dobbiamo confrontare il numero di casi degli ultimi quattro mesi con quelli degli anni precedenti, per capire, visto che non conosciamo le cause di questa malattia ma sappiamo solo che è diversa da quelle conosciute, se l'incidenza è maggiore. Questo già sarebbe un punto di partenza interessante». Se così fosse e se davvero i ca-

si gravi fossero così tanti «sarebbe un bel problema».

Da sempre ci sono delle malattie del fegato provocate da virus che non vengono spiegate con le cause già note. Quello che va compreso adesso, oltre all'eventuale aumento dell'incidenza, è anche se esiste un collegamento tra i vari casi. «Se guardiamo ai primi pazienti – dice sempre Indolfi – sappiamo che alcuni avevano il Covid. Ma in questo momento la circolazione del coronavirus è altissima, quindi è facile trovare pazienti con patologie diverse che lo hanno. La metà dei casi, inoltre, avevano l'adenovirus, che è molto diffuso e che difficilmente provoca forme di malattia violente come questo tipo di epatite. Così sembra difficile che sia quella la causa».

Per quanto riguarda i casi sospetti in Italia, uno è un bambino infettato dal coronavirus e un altro colpito dall'adenovirus. Il numero dei sospetti potrebbe comunque aumentare nelle prossime ore, via via che arriveranno nuove comunicazioni dai reparti. In due casi lo stato di salute dei pazienti sarebbe abbastanza grave, tanto da rendere necessario il trapianto.



## L'epatologo

# “C'è allarme il coronavirus è l'indiziato numero uno”

Giuseppe Maggiore dirige la Epatogastroenterologia e trapianti di fegato del Bambino Gesù.

### Quanto sono diffuse le epatiti tra i bambini?

«Pochissimo. Lo erano prima, poi c'è stata la vaccinazione che ha eradicato la B, mentre la A con i sistemi di igienizzazione, come quelli delle acque, è sparita. La C non dà problemi così acuti, le altre sono rare da noi. Per questo si pensa a virus nuovi per la forma di epatite vista per la prima volta in Inghilterra».

### Che sintomi danno le epatiti?

«Di solito l'esordio è molto rapido. C'è mancanza di appetito, diarrea e poi l'ittero, cioè i bambini diventano gialli e così arrivano in ospedale. Non si tratta di una malattia subdola».

### Quali sono le cure?

«Per quelle virali acute non ci sono, di solito si risolvono spontaneamente.

Quando evolvono in forma grave, succede per un fatto individuale, perché le cellule del fegato distrutte non si rigenerano. Si ha così una epatite grave o fulminante e il fegato non funziona. Ci vuole il trapianto».

### Quanti trapianti di fegato a bambini si fanno in Italia?

«In generale una cinquantina, dei quali solo 7 o 8 per casi acuti».

### Come si trasmettono le epatiti?

«Alcune, come la B che è molto trasmissibile, sono legate al vivere insieme, nella stessa famiglia. La A invece si passa per via orofecale. Di quella nuova invece non sappiamo nulla in questo senso, d'altronde non è nemmeno certo se sia virale».

### A cosa potrebbe essere dovuta?

«In effetti il virus è l'ipotesi principale. Potrebbe anche trattarsi di una sostanza tossica ma mi sembra strano. Poi ci sono le epatiti autoimmuni ma sono sporadiche,

non hanno numeri come quelli che stanno vedendo gli inglesi. È un mistero».

### Come vi organizzate al Bambino Gesù?

«Ci è arrivata l'informazione dai colleghi inglesi e siamo allertati. Epatiti così ne capitano pochissime, l'anno scorso al massimo due o tre».  
– **mi.bo.**



▶ **Primario**  
Giuseppe Maggiore,  
epatologo del  
Bambino Gesù



## ANTIVIRUS



# L'EPATITE NEI BIMBI E LA VIGILANZA

**✱ LO SCORSO 15 APRILE,** l'Oms ha pubblicato sul suo sito istituzionale l'articolo *Acute hepatitis of unknown aetiology - the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland* ("Epatite di origine non nota - Gran Bretagna e Irlanda") nel quale si riferisce che il 5 dello stesso mese, è stata data informazione di 10 casi di epatite acuta grave, di eziologia sconosciuta, in bambini di età inferiore a 10 anni, distribuiti in tutta la Scozia centrale. L'8 aprile, nel Regno Unito erano stati già identificati 74 casi, mentre in Italia i casi sospetti per ora sono tre. I virus a oggi conosciuti dell'epatite (A, B, C, E e D) sono stati esclusi dopo i test di laboratorio ma sono in corso ulteriori indagini di approfondimento. L'articolo prevede che ci sarà un incremento dei casi. Sebbene il potenziale ruolo ri-

conoscibile ad altri virus, quali l'adenovirus e Sars-Cov-2 nella patogenesi di questi casi sia un'ipotesi, altri fattori infettivi e non infettivi devono essere studiati per valutare e gestire correttamente il rischio. Questo potrebbe essere biologico, cioè un'infezione che si sta diffondendo, ma anche chimico. Sarebbe sufficiente l'uso di dosi eccessive di diserbanti o di una nuova sostanza chimica per determinare il fenomeno. Oltre alle indagini di laboratorio, è necessario intercettare qual è il filo conduttore che lega questi bambini. Poiché non si tratta di un focolaio delimitato, ma di casi diffusi in una vasta area geografica, la causa non infettiva potrebbe essere possibile. Fortunatamente, a oggi, sebbene più di una decina di soggetti ha dovuto subire il trapianto di fegato, non si sono avuti

decessi. Questo allarme riaccende l'esigenza di avere su tutto il territorio del pianeta, una rete di controllo epidemiologico attiva. Non sappiamo ancora se sarà identificato un nuovo virus o un qualsiasi altro agente. Ciò che conta è che ogni caso non sia stato considerato singolo e che, grazie alla comunicazione in rete, si sia avviata immediatamente una correlazione tra la casistica, da cui la necessità di un'allerta. In Italia scarseggiano i programmi di genotipizzazione di virus e batteri e soprattutto, ove presenti, sono iniziative locali e manca un reale collegamento sul territorio.

**MARIA RITA GISMONDO**

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







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## **RICERCA** Nuovo farmaco Sclerosi multipla la terapia a casa un aiuto ai pazienti

**FRANCESCA MASSIMANO**

**U**na migliore qualità della vita per i pazienti affetti da Smrr (Sclerosi multipla recidivante remittente): è la promessa della nuova terapia messa a punto da Novartis e recentemente approvata dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. Il Kesimpta (ofatumumab) risulta essere un trattamento ad alta efficacia, mirato alle cellule B, che si può assumere direttamente a casa per autosomministrazione. Ed è stata proprio la possibilità di fornire una cura domiciliare a pazienti così fragili, oltre all'efficacia e alla tollerabilità, ad aver permesso il via libera dell'Agenzia alla rimborsabilità del farmaco. «La novità non è solo l'autosomministrazione – spiega Federica Balzani, dell'Associazione italiana Sclerosi multipla, affetta dalla

patologia – ma l'alta efficacia della terapia domiciliare. Poter scegliere un trattamento molto valido, senza doversi recare in ospedale in determinati periodi rende la vita di una persona con Sclerosi multipla non così diversa da prima della diagnosi». La Sclerosi multipla è una patologia neuroinfiammatoria cronica che ostacola il normale funzionamento del cervello, dei nervi ottici e del midollo spinale attraverso l'infiammazione e la perdita del tessuto, portando, nel tempo, a diversi gradi di disabilità fisica ed emotiva. Solo in Italia colpisce 130mila persone e la sua incidenza è di circa 3.400 nuovi casi all'anno nella fascia più giovane e produttiva della società (20-40 anni), con una prevalenza doppia nelle donne rispetto agli uomini. «Non esiste ancora un trattamento risolutivo – ha commentato Claudio Gasperini, direttore Uoc di Neurologia e Neurofisiopatologia dell'Opsedale San Camillo-Forlanini di Roma –, l'obiettivo che ci poniamo è far intraprendere un percorso tera-

peutico adeguato. Poterne rallentare la progressione, riducendo la frequenza e il numero di recidive, ci permette infatti di limitare la disabilità dei pazienti e di migliorare la loro qualità di vita». Frenando l'avanzamento della malattia e riducendo la conseguente disabilità si allevia il peso socioeconomico della Sclerosi multipla, oggi quantificato in 45mila euro annui per paziente, che possono diventare 84mila in stadio avanzato. L'autosomministrazione della terapia a casa, quindi, rappresenta anche un vantaggio in termini di costi per il Sistema sanitario nazionale e per le associazioni che, così, possono aiutare ancora meglio chi lotta ogni giorno contro questa patologia.





Dir. Resp. Marco Tarquinio

**RICERCA** Un'équipe di Trieste chiarisce un meccanismo chiave connesso alla malattia. Grazie al sostegno di AriSla

# Decifrata la proteina che «racconta» la Sla

ALESSANDRA TURCHETTI

La ricerca italiana continua a dare frutti con le sue nicchie di eccellenza: grazie a un finanziamento di AriSla, fondazione italiana di ricerca per la Sclerosi laterale amiotrofica (Sla), è stato possibile decifrare un importante meccanismo alla base dell'insorgenza della malattia, ovvero il ruolo della proteina Tdp-43. Il risultato, pubblicato su *Nature's Communications Biology*, è stato ottenuto dal gruppo guidato da Emanuele Buratti del Centro internazionale di Ingegneria genetica e biotecnologia (Icgeb) di Trieste e apre nuove prospettive nella gestione e nell'approccio terapeutico alla patologia. «Tdp-43 è una proteina conosciuta da tempo – ci spiega Buratti – che forma aggregati anomali nel cervello della quasi totalità dei pazienti con Sla così come in numerosi pazienti affetti da una miopatia particolare, la miosite da corpi inclusi (M-

ci) e nel 50% circa di quelli affetti da demenza frontotemporale (Ftd). Ci siamo chiesti perché proprio in questi tessuti e con quali effetti: abbiamo trovato le risposte andando a vedere come Tdp-43 regola l'espressione di numerosi geni sia nei muscoli che nei neuroni umani, valutando le differenze riscontrate nel processo per arrivare a capire quali sono quelli realmente coinvolti nello sviluppo della malattia».

Il passo successivo è stato l'utilizzo di una banca dati americana con i profili di espressione genica di centinaia di pazienti affetti da Sla e demenza frontotemporale, oltre alla collaborazione con diversi ospedali italiani per ottenere i campioni di M-ci. «Questa ricerca – continua Buratti – ha permesso di identificare un numero di geni effettivamente alterati nel cervello e nei muscoli dei pazienti, configurandosi come un nuovo marcatore per comprendere lo stadio della malattia ma anche per ipotizzare nuove terapie capaci di ripristinare la

normale espressione dei geni».

Obiettivo strategico vista l'eterogeneità della Sla che colpisce persone di età varia in modi diversi. «Voglio ringraziare AriSla per il supporto – conclude il ricercatore – , abbiamo ora un indicatore oggettivo che possiamo interrogare per capire il livello di sviluppo della malattia, i diversi effetti nei tessuti ma anche valutare un possibile trattamento terapeutico». «Siamo soddisfatti di aver contribuito a questo risultato con cui progrediamo nella conoscenza dei meccanismi patologici alla base della Sla», è stato il commento di Mario Melazzini, presidente di AriSla, ricordando l'importanza di procedere con fiducia e speranza verso il traguardo finale: la sconfitta della malattia.



## ***Legame cervello-intestino, nuove cure per l'obesità***

DI SIMONETTA SCARANE

**Intestino e cervello comunicano direttamente. C'è una nuova ricerca che dimostra come i batteri dell'intestino (microbiota) siano capaci di comunicare con i neuroni che regolano l'appetito e la temperatura corporea nell'ipotalamo permettendogli di regolare l'assunzione del cibo. La scoperta di questo meccanismo apre allo studio di nuove possibilità di trattamento delle malattie del metabolismo, del diabete e dell'obesità.**

**L'importante contributo scientifico che cerca di decodificare il dialogo diretto fra intestino e cervello si deve ai ricercatori dell'Istituto Pasteur di Parigi guidati dal neuroscienziato Pierre-Marie Lledo, anche direttore di ricerca al Cnrs, autore dello studio pubblicato su *Science*.**

**In particolare, i ricercatori si sono interessati al recettore cellulare denominato Nod2 che rileva la presenza di muropeptidi, derivati dal microbiota intestinale, e hanno scoperto che nei topi i neuroni percepiscono direttamente i muropeptidi batterici.**

**Utilizzando tecniche di diagnostica per immagini hanno rilevato nei topi che questi recettori sono presenti nei neuroni, specialmente nell'ipotalamo che regola anche il senso di sazietà.**

**L'attività elettrica delle cellule nervose è soppressa quando essi incontrano dei muropeptidi batterici dall'intestino. Al contrario, se i recettori Nod2 sono assenti i neuroni non sono soppressi dai muropeptidi e il cervello perde il controllo sull'assunzione di cibo e della temperatura del corpo. Di conseguenza, si è visto che i topi oggetto dello studio aumentano di peso e sono più suscettibili di sviluppare un diabete di tipo 2.**

—© Riproduzione riservata—



**Studio sull'aumento di peso**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## CONSIGLIO DI STATO Sentenza EllaOne da banco anche per le minori Ma restano i dubbi

MARCELLO PALMIERI

La "pillola dei cinque giorni dopo" potrà essere venduta in farmacia, senza ricetta, anche alle minorenni: lo ha definitivamente stabilito il Consiglio di Stato, in una sentenza depositata martedì. La vicenda giudiziaria era iniziata nell'ottobre del 2020, quando otto associazioni *pro life* avevano impugnato presso il Tar del Lazio la determina con cui l'Aifa – l'Agenzia italiana di farmacovigilanza – aveva riclassificato il farmaco EllaOne come medicinale da banco anche per le minorenni.

Intervenuta una decisione sfavorevole nel maggio dello scorso anno, i ricorrenti avevano devoluto la questione al massimo organo di giustizia amministrativa, il Consiglio di Stato. Ma anche i giudici di Palazzo Spada hanno dato loro torto. Unico elemento a favore, il fatto che – pur soccombenti in giudizio – non hanno dovuto rimborsare le spese di causa all'Aifa e alla casa produttrice del farmaco (pure costituita in giudizio): ciò, ha scritto il Consiglio di Stato, alla luce della «novità delle questioni sottese all'appello». Come a dire: anche se la ragione non sta dalla vostra parte, avete agito in buona fede, permettendoci di chiarire una questione controversa.

Definiti sotto il profilo giuridico, gli interrogativi rimangono però aperti sul versante medico, educativo e sociale. Secondo le tesi dell'Aifa e della casa che produce la pillola (la francese Hra Pharma), fatte proprie dai giu-

dici amministrativi, il farmaco avrebbe solo una funzione antiovulatoria e non abortiva. Ma nella comunità scientifica si sa che il farmaco è in grado di impedire l'annidamento nell'utero dell'ovulo già fecondato, situazione che coincide con un'interruzione di gravidanza, pur precocissima, essendo già avvenuto il concepimento di una nuova vita. In tal caso, le modalità di assunzione della pillola violerebbero le disposizioni della legge sull'aborto (la 194/78), sia per quanto riguarda la preparazione che l'esecuzione dell'atto. Vi sono poi altri problemi: per esempio, l'assunzione incontrollata del medicinale potrebbe violare il principio del consenso informato, previsto dalla legge 219/17 (le «Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento») per ogni atto medico.

Così, a cascata, sorge il problema del diritto alla salute, che a sua volta chiama in causa il principio di precauzione. Immaginiamo un uso smodato (proprio perché inconsapevole) della pillola: non sarebbe più tutelante per tutti prevenirlo, con il filtro della prescrizione di un medico?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Benessere

Corsa o palestra?  
Lo sport  
più adatto  
per dormire bene

di **Cristina Marrone**



# Meglio correre o andare in palestra per dormire bene?

di **Cristina Marrone**

**Q**ual è l'attività fisica più adatta per aiutare il nostro corpo a riposare di notte? Numerosi studi hanno concluso che gli sport aerobici (ovvero qualunque attività fisica praticata per oltre dieci minuti che accelera il battito cardiaco e richiede un maggior apporto di ossigeno come possono essere la corsa, il nuoto o il ciclismo) sono migliori per combattere l'insonnia rispetto agli esercizi anaerobici (che invece richiedono uno sforzo maggiore per un lasso di tempo molto

ridotto, come ad esempio gli esercizi con le macchine in palestra). Tuttavia la questione è comunque complessa perché entrano in gioco diversi fattori, fra cui l'età, lo stato di salute, il cronotipo ma soprattutto l'orario in cui viene svolta un'attività sportiva, che sia aerobica o anaerobica.

### La rivincita dell'aerobico

Un recente studio presentato a un congresso dell'American Heart Association ha voluto indagare meglio gli effetti dell'esercizio di resistenza sul sonno, finora me-

no studiato, e ha concluso che nel complesso gli esercizi con le macchine in palestra sembrano essere migliori rispetto all'attivi-

tà aerobica per riuscire a dormire meglio. I ricercatori dell'Università di Ames, in Iowa (Stati Uniti) hanno arruolato 386 adulti obesi o sovrappeso e ipertesi e li hanno divisi in tre gruppi di esercizio: solo aerobico (tapis roulant o bici a intensità moderata o vigorosa), solo anaerobico (ripetizioni su 12 macchine di resistenza) e combi-



nato (30 minuti di esercizio aerobico e altri 30 su nove macchine). Tutti hanno partecipato a sessioni di lavoro supervisionato della durata di un'ora tre volte alla settimana per 12 mesi.

All'inizio dello studio i volontari hanno compilato un questionario dettagliato sulla qualità del sonno e i ricercatori hanno misurato la durata del sonno, la sua *efficienza* (quanto tempo si dorme effettivamente rispetto al tempo trascorso a letto), la *latenza* (quanto tempo ci vuole per addormentarsi) e i *disturbi* del sonno (avere caldo, freddo, dolore, alzarsi per andare in bagno, russare).

## Benefici diversi

Che cosa è emerso? Più di un terzo (35%) dei partecipanti aveva un sonno di scarsa qualità all'inizio dell'indagine. Nel 42% dei partecipanti che dormivano me-

no di 7 ore la durata del sonno è aumentata di 40 minuti nel gruppo che faceva esercizi di resistenza, di 23 minuti nel gruppo degli esercizi aerobici, di 17 minuti nel gruppo di quelli combinati. L'efficienza del sonno è aumentata con l'esercizio di resistenza e con gli esercizi combinati, ma non

con l'esercizio aerobico; la latenza del sonno è leggermente calata nel gruppo di resistenza (tre minuti) e non è variata negli altri; la qualità del sonno e i disturbi del sonno sono migliorati in tutti i gruppi.

Il grosso limite della ricerca, ammesso anche dagli stessi autori, è che il sonno non è stato monitorato ma riferito dai volontari. «E sappiamo che non c'è sempre una stretta corrispondenza tra oggettivo e soggettivo» suggerisce Luigi Ferini Strambi, primario del Centro di medicina del sonno all'ospedale San Raffaele di Milano. «Inoltre non è riportato il momento della giornata in cui sono stati svolti gli esercizi, che sul sonno ha un'importanza cruciale».

## Qualità e quantità

Che l'attività di resistenza abbia un ruolo importante nel ciclo del

sonno lo riconosce anche l'American National Sleep Foundation: se 150 minuti di attività aerobica a settimana migliorano la qualità del sonno, in particolare nelle persone anziane, quella anaerobica è però in grado di ridurre sia la latenza dell'addormentamento sia i risvegli nel corso della notte, quindi incide sulla quantità di

sonno.

«È indubbio che l'attività fisica fa bene sia alla qualità sia alla quantità di sonno — conclude Ferini Strambi, che è anche ordinario di Neurologia alla Facoltà di Psicologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele — tuttavia la maggior parte degli studi sono a favore di una combinazione fra le due attività per migliorare il sonno nel suo complesso, anche se non c'è accordo unanime nella risposta. Tra l'altro conta moltissimo anche la frequenza: una recente metanalisi canadese ha evidenziato come svolgere esercizio fisico sporadicamente riduce il sonno Rem nel giorno di attività, mentre l'allenamento costante non ha alcun effetto sulla struttura del sonno e nelle sue fasi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'attività sporadica produce effetti differenti rispetto a quella costante nel tempo**

Un nuovo studio sottolinea l'utilità dell'esercizio anaerobico per il riposo notturno



**✓ Come si valuta il sonno**

Durata	Efficienza	Latenza	Disturbi
Ore effettive di sonno notturno, senza contare risvegli o disturbi del sonno	Rapporto tra il tempo effettivo di sonno rispetto al tempo trascorso nel letto	Tempo che trascorre da quando ci si mette a letto a quando ci si addormenta	Caldo, freddo, dolore, necessità di andare in bagno: tutto quello che può interrompere il sonno



## Medicina

I cattivi odori  
ambientali  
minacciano  
pure la salute

di **Elena Meli**

# Odori che «fanno male»

Vivere in un ambiente  
maleodorante dà fastidio  
e talvolta procura persino  
danni alla salute se responsabili  
della «puzza» sono  
inquinanti nocivi

di **Elena Meli**

**S**econdo il poeta palestinese Mahmoud Darwish le città sono odori. Haifa per lui significa sentire nell'aria aroma di pini e lenzuola sgualcite ma, va detto, non tutti i centri urbani profumano propriamente di rose e viole: più spesso camminando per le nostre metropoli sentiamo puzza di inquinamento, odore di spazzatura, afiori umani vari non proprio piacevoli o perfino esalazioni da impianti industriali nelle vicinanze. Non dovremmo piegarci a tollerare il fastidio che provocano, perché si tratta di *Molestie olfattive* (si veda a destra), come recita il titolo di un testo presentato ieri presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche a Roma e scritto da esperti nazionali del settore per raccogliere studi, spunti e riflessioni sul tema delle sostanze odorose nocive per l'uomo e l'ambiente.

Il volume, realizzato nell'ambito del progetto NOSE - Network for Odour Sensitivity - e curato da esperti del CNR, delle università

di Trieste e Bari e dell'Arpa Sicilia, sottolinea innanzitutto l'abbondanza delle sostanze odorigene immesse nell'ambiente ed è nato anche perché, come spiega la presidente del Cnr Maria Chiara Carrozza, «rimangono ancora da adottare specifiche regole che, per esempio, fissino i valori limite delle concentrazioni orarie di composti odorigeni come gli idrocarburi non metanici, l'idrogeno solforato e il benzene, che peraltro è annoverato come importante composto cancerogeno secondo l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro».

Già, perché le molestie da puzza non si limitano al fastidio che proviamo quando un odore pungente ci arriva nel naso, ma possono essere un «segnale» di danni alla salute: non tutti i miasmi comportano rischi sanitari certi come nel caso del puzzolente benzene, ma il disagio che si prova a vivere in un ambiente maleodorante può incidere a tal punto sulla qualità di vita da essere compatibile con la definizione di

«danno alla salute» dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Attività agricole, industrie, impianti di smaltimento o recupero dei rifiuti sono alcune tra quelle che immettono composti volatili maleodoranti nell'aria, che per giunta spesso coincidono con sostanze che inquinano l'ambiente pregiudicando la salubrità dell'ecosistema: fanno male ai terreni e alle acque insomma, non solo al nostro naso. Come aggiunge Gianluigi de Gennaro dell'Università di Bari, coautore del volume, «l'odore dell'aria oggi è ampiamente riconosciuto come parametro ambientale essenziale per determinare la qualità di vita, con effetti significativi su molteplici



## CORRIERE SALUTE

attività, dal turismo al ciclo di gestione dei rifiuti. Negli ultimi anni l'insediamento di impianti in grado di rilasciare miasmi olfattivi in aree urbanizzate ha moltiplicato il rilascio di sostanze odorose moleste e generato crescente preoccupazione per un "inquinamento olfattivo" caratterizzato spesso dall'imprevedibilità del disturbo, dalla continuità nel tempo e dall'impossibilità di difendersi».

La «nuvola» di tanfo si muove in tutte le direzioni sotto la spinta del vento, non è facile da contenere e crea disagi, ansie e anche proteste da parte di chi vive nelle vicinanze di impianti che emanano esalazioni nauseabonde; così, per esempio, stando alle statistiche dell'Unione Europea l'inquinamento olfattivo fa registrare in media oltre il 30 per cento delle denunce ed è la principale causa

di preoccupazione ambientale dei cittadini dopo quello acustico. Un primo passo da compiere è perciò la sorveglianza ambientale per monitorare le emissioni odorogene: così sono e saranno sempre più importanti i «nasi elettronici» e i sistemi di monitoraggio strumentale degli odori, che possono determinare la concentrazione delle molecole sgradevoli in maniera oggettiva sfruttando l'olfattometria dinamica, un metodo di rilevazione definito e regolamentato a livello europeo. L'obiettivo è mappare meglio gli odori sul territorio, normare i livelli di molecole puzzolenti tollerabili nelle zone abitate e aumentare la sensibilizzazione nei confronti di un tema poco considerato, ma importante per la salute pubblica e il benessere di tutti; anche per questo il capitolo conclusivo è dedicato alla cittadinan-

za ambientale e alla partecipazione collettiva, possibile per esempio grazie a web-app come quella del progetto NOSE che consentono ai cittadini di segnalare alle Agenzie Ambientali regionali i miasmi avvertiti sul territorio.

Per riuscire finalmente a vivere in città che non siano ammorbate da odori molesti ma possano essere riconosciute dai loro profumi caratteristici.

**La web-app  
«Nose»  
permette  
di segnalare  
i problemi**





# Assistenza agli anziani a peso d'oro E la Regione privatizza ancora

Solo 2 nuovi posti in tutte le residenze pubbliche  
In quelle a pagamento servono 7 euro in più al giorno

di **ARIANNA NERI**

**N**ell'anno 2020 le famiglie e i pazienti delle residenze sanitarie per anziani hanno speso in Lombardia un miliardo e 600 milioni di euro, praticamente il doppio rispetto a quanto stanziato da Regione (860 milioni). Il tutto con una crescita esponenziale dei posti letto in strutture private (664 contro 48 pubbliche). I dati emergono dal Report annuale pubblicato dall'Osservatorio della FNP CISL regionale. La media delle rette pagate dalle famiglie, stando a quanto emerge dal rapporto, sarebbe cresciuto di un euro e mezzo al giorno e di quasi 7 euro in cinque anni. Il dato che emerge maggiormente, però, è l'aumento dei posti letto in strutture private. Infatti, i posti solventi e quindi a carico di famiglie e pazienti sono aumentati in un solo anno di 385 unità, mentre quelli contrattualizzati, cioè riconosciuti da Regione Lombardia con regolare contratto e finanziati per la parte relativa alla spesa sanitaria dal Fondo Sanitario Regionale, sono cresciuti di due unità rispetto allo scorso anno e addirittura diminuiti di circa 700 rispetto a cinque anni fa. Ma anche il tema del costo della retta, senza alcun tipo di vincolo normativo, varia moltissimo nelle RSA del territorio. Basti pensare che nell'ATS Città Me-

tropolitana di Milano la cifra si aggira intorno ai 91,95 euro al giorno, mentre nell'ATS Montagna la soglia minima è di 54,12 euro al giorno. Questo report ha esaminato le 712 RSA lombarde e ha mostrato come su un totale di 65.512 posti letto autorizzati, 57.512 siano riconosciuti da Regione Lombardia. Emblematici, anche in questo caso, i numeri delle strutture private che sono 664 contro le 48 pubbliche. Nel dettaglio, si parla di 311 fondazioni, 160 società di capitale, 133 società cooperative o aziende speciali e 51 sono gestite da enti ecclesiastici. Ma la mappatura delle strutture analizzate dall'Osservatorio si allarga anche ai Nuclei Alzheimer, agli Hospice e ai Centri diurni integrati. Niente di nuovo, dunque, ma i dati sono certamente di impatto e sottolineano come Regione Lombardia debba impegnarsi maggiormente nella questione. Risale a febbraio 2022 l'appello delle principali associazioni di categoria che chiedevano un supporto da parte della Regione per affrontare le criticità lasciate da due anni di Covid. Il mondo delle RSA è infatti uno dei più colpiti dalla pandemia e i problemi descritti nella lettera inviata dalle principali associazioni all'assessore al Welfare, **Letizia Moratti**, sono già noti: aumento dei costi, carenza di figure professionali,



protocolli per la futura gestione della malattia endemica e rincari legati al caro bollette. Ora, dopo la pubblicazione del report, bisogna fare i conti con questi nuovi dati che non possono lasciare indifferenti.

**IL GRIDO D'ALLARME**

“Arriviamo da due anni di pandemia dove le residenze sanitarie per anziani sono state al centro del ciclone mediatico e gli anziani, soprattutto nella prima fase più acuta, sono stati una delle categorie maggiormente

esposte”, dichiara il segretario generale FNP CISL Lombardia, **Oswaldo Domaneschi**. “Inoltre - continua - grazie al Piano nazionale di ripresa e resilienza, l'occasione per riformare il settore della non autosufficienza è quanto mai propizia con risorse dedicate, investimenti previsti e una legge sul settore che sta per essere varata”. I numeri evidenziano bene il problema di fondo. Gli anziani che necessitano assistenza continua sono in forte aumento e di conseguenza

salgono i ricoveri in strutture protette. È così facile intuire come le RSA abbiano aumentato l'offerta a totale carico economico dei pazienti.

**Bella differenza**

In Lombardia  
ci sono  
664 strutture  
private  
e appena 48  
del servizio sanitario



# Sette medici su dieci stressati dal lavoro

## E la Moratti vuole farli lavorare di più nelle case di comunità

di **FABRIZIO CAPECELATRO**

**P**iù di sette camici bianchi su dieci, esattamente il 71,6%, ritengono di essere stressato per il troppo lavoro, soprattutto a causa del duro impegno nel contrasto alla pandemia. Lo rivela un'indagine dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca sullo stato psicologico del personale medico lombardo realizzata tra novembre 2021 e marzo 2022 per l'associazione di categoria Anaa-Assomed. I ricercatori

della Bicocca hanno distribuito un questionario a 958 medici lombardi e il 18,5% degli intervistati dichiara di aver avuto un burnout con una sintomatologia di "rilievo clinico", mentre i disturbi dello spettro ansioso e depressivo sono pari al 31,9% e al 38,7%. Le donne hanno pagato un prezzo più alto dei colleghi maschi e sei su dieci (il 59,5%) temono di "scoppiare" in futuro. L'anzianità di servizio sembra essere stata un fattore protettivo, ma l'87,4% dei medici lombardi dichiara come la pandemia e l'avvento della

quarta ondata Covid abbiano avuto effetti di media o grave entità sul proprio benessere lavorativo. Nonostante questi dati, però, l'assessora al Welfare **Letizia Moratti** vorrebbe farli lavorare di più nelle case di comunità. In un'intervista a *La Repubblica* ha infatti annunciato: "Ho avanzato al ministero la richiesta di aggiungere un pacchetto di ore aggiuntive per i medici, da impiegare in progetti individuati direttamente dalle Regioni, con un rapporto parasubordinato, per esempio l'inserimento nelle nuove case di comunità". Come se non bastassero le ore che già lavorano.

### L'indagine

Secondo l'Anaa Assomed il 60% del personale teme di "scoppiare" per l'affaticamento





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## IL PIANO DEL PIEMONTE

# «Vita nascente» l'occasione per una svolta

DANILO POGGIO

**T**ranne colpi di scena, il fondo «Vita nascente» in Piemonte verrà definitivamente approvato nelle prossime ore, nell'ambito della discussione del Bilancio regionale. Quattrocentomila euro saranno messi a disposizione delle associazioni che promuovono la tutela della maternità e dell'infanzia, per sostenere economicamente le donne che grazie a quell'aiuto riescono a non abortire.

Tra tentativi di ostruzionismo e in un mare di polemiche (l'emendamento è stato definito da alcuni «ideologico e moralista» ed è stata chiesta, da una parte dell'opposizione, il «commissariamento della Sanità»), l'iter del provvedimento dovrebbe proseguire fino alla conclusione. «In Piemonte – spiega l'assessore regionale alle Politiche sociali, Maurizio Marone, ideatore del fondo – potranno nascere 100 bambini in più, che altrimenti non sarebbero venuti al mondo a causa dei problemi economici delle loro madri. Abbiamo deciso di dare finalmente applicazione a una misura prevista dalla legge 194, finora mai realmente applicata. Vogliamo garantire il vero diritto di scelta della donna, che può anche essere la scelta della vita, intervenendo a sostegno di chi si trova in situazioni di fragilità sociale. Il Piemonte sarà al loro fianco, ribadendo che libertà è anche poter

mettere al mondo un figlio, sapendo di poter contare su un aiuto psicologico, medico ed economico-sociale concreto». L'istituzione del fondo «Vita nascente» è il nuovo passo di un percorso iniziato (già tra mille polemiche) con il bando per l'accreditamento presso le Asl delle associazioni *pro life*, per l'attività di sostegno alle donne anche nelle strutture sanitarie, e proseguito con un tavolo di confronto trasversale. Con questo ultimo intervento la Regione ha deciso di stanziare risorse finanziarie per contribuire a offrire un'alternativa concreta alle donne. «Spesso si parla di libertà e di autodeterminazione delle donne – commenta Claudio Larocca, presidente FederviPa, Federazione Centri di aiuto alla vita e Movimenti per la vita di Piemonte e Valle d'Aosta –, eppure l'idea che si possa anche essere libere di non abortire viene quasi esclusa di principio. Possiamo davvero parlare di libera scelta quando viene offerta un'alternativa. La vera libertà consiste nel porre le condizioni perché la donna non sia costretta a interrompere la gravidanza. L'aborto non è una conquista, ma è sempre una sconfitta per tutti». I regolamenti di attuazione del fondo «Vita nascente» non sono ancora stati definiti, ma le risorse previste dalla Regione saranno vincolate a progetti concreti di sostegno.

«Siamo stati i primi – continua Larocca – a chiedere che i finanziamenti fossero destinati *in toto* ad aiutare le donne. cer-

tamente nessuno li impiegherà per generiche attività associative, o per rifarsi la sede». Un esempio virtuoso da seguire potrebbe essere il Progetto Gemma promosso dal Movimento per la Vita: sostenuto da fondi privati, permette di integrare il reddito di donne in difficoltà economica per acquistare beni e materiali necessari per il neonato, dal latte in polvere ai pannolini, dal passeggino al lettino. «Una sorta di rimborso – conclude Larocca – che infatti spesso leghiamo alla presentazione degli scontrini che attestano la spesa. Specie dopo la crisi e la pandemia, i problemi economici sono tra le motivazioni che spingono le donne verso l'interruzione di gravidanza. Ci auguriamo che, per una volta, il sostegno alla maternità in situazioni difficili non diventi terreno di scontro ideologico. Lasciamo gridare chi queste donne non le ha mai incontrate e non le ascolta ogni giorno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SANITÀ**

# Il Covid riparte I contagi nel Lazio sono oltre 10 mila

di **Clemente Pistelli**

Tornano ad aumentare i casi di Covid nel Lazio. La maggiore contagiosità di Omicron pesa e il rapporto tra positivi e tamponi ieri è salito al 16,6%. Un trend da non sottovalutare. Peggio vanno solo Lombardia e Campania. «Bisogna mantenere alta l'attenzione e rispettare i corretti comportamenti. Importantissima la quarta dose per gli over 80», ha dichiarato lo stesso assessore regionale alla sanità Alessio D'Amato. Ieri su 8.727 tamponi molecolari e 55.559 antigenici, per un totale di 64.286 tamponi, sono stati trovati 10.681 nuovi positivi, ben 7.941 in più del giorno precedente e 4.926 solo a Roma. Sono inoltre stati registrati 14 decessi, uno in più nell'arco di 24 ore, e il triste conto delle vittime dall'inizio della pandemia è giunto a 10.967.

I ricoveri ordinari sono invece a quota 1.151, 23 in meno rispetto a martedì scorso, e 69 quelli nelle terapie intensive, due in più. Sono infine 8.248 i nuovi guariti, ma occorre considerare anche che attualmente i positivi sono 149.519, dei quali 148.299 in isolamento domiciliare. La situazione più critica è quella dell'Asl Roma I, con 2.041 nuovi casi, seguita dalla Ro-

ma 2 con 1.585 e dalla Roma 3 con 1.300. Nelle province invece ad andar peggio è nuovamente Latina, con 1.421 nuovi positivi e due decessi, seguita da Frosinone con 874 nuovi casi e un decesso. Le quarte dosi, ritenute fondamentali dallo stesso assessore D'Amato per over 80 e fragili, continuano ad essere poche. Si possono prenotare sul portale regionale, presso il proprio medico di famiglia o in farmacia. Ma in molti non sembrano convinti dal secondo booster, senza contare che il 9,3% della popolazione non ha ancora fatto neppure una dose di vaccino. Il Lazio ha superato quota 13 milioni e 420mila vaccini complessivi, ha superato i 3,96 milioni di dosi booster effettuate, con oltre l'82% di copertura della popolazione adulta, e oltre 147mila dosi nella fascia pediatrica 5-11 anni. La battaglia per tornare alla normalità e convivere con il virus non è però semplice. Intanto la Regione sta facendo fronte all'emergenza sanitaria anche per quanto riguarda i profughi provenienti dall'Ucraina, dove già prima dell'inizio della guerra la situazione era critica e il tasso di vaccinazione basso. Per i profughi sono stati attivati a Roma gli hub di Ostiense, Termini e di via

Lamaro e fino a ieri sono state rilasciate oltre 16.300 tessere cosiddette "Stp", ovvero Straniero temporaneamente presente. Tutti i cittadini di nazionalità ucraina che si sono rivolti agli hub hanno così effettuato un colloquio di orientamento sanitario, il tampone e, quanto non lo avevano già fatto, anche il vaccino. Non mancano però, anche sul fronte Covid, le polemiche.

Per quanto riguarda gli ospedali, la consigliera regionale di Fratelli d'Italia, Francesca De Vito, è infatti tornata a criticare soprattutto la chiusura del Forlanini, sostenendo che sarebbe stato "fondamentale per curare i pazienti aggrediti dal Covid-19".

**D'Amato  
"Importante  
la quarta  
dose per gli  
over 80" ma  
il 9,3% della  
popolazione  
non ha fatto  
nemmeno  
la prima**



## **I centri**

Dall'assessorato alla Sanità del Lazio viene ribadito l'invito alle persone con più di 80 anni di sottoporsi alla quarta dose



**Fallito il progetto del vaccino italiano****Il polo farmaceutico  
è un'altra occasione persa**

Martini a pagina 6

**L'ITALIA CHE NON SCOMMETTE SUL FUTURO**

La Catalent non investe 100 milioni ad Anagni. Scaccabarozzi (Farmindustria): «Colpa della burocrazia»

# L'occasione persa del polo farmaceutico

*Naufragato il progetto per avere sieri anti-Covid «nazionali». Ricerca bloccata***DARIO MARTINI**  
d.martini@iltempo.it

••• Un anno fa il governo Draghi aveva annunciato in pompa magna che sarebbe nato un grande polo farmaceutico nazionale. Capofila le aziende del Lazio. Un progetto altamente all'avanguardia che avrebbe dovuto avere al centro la produzione di vaccini italiani contro il Covid. Il ministro dello Sviluppo economico, Giancarlo Giorgetti, assicurò un investimento da 500 milioni di euro. Si tennero anche diverse riunioni al Mise. Era tutto deciso. Invece, non se ne farà più nulla. E, come se non bastasse, le imprese farmaceutiche stanno rinunciando a scommettere sul nostro Paese. La decisione della multinazionale Catalent di non investire più 100 milioni di euro nello stabilimento di Anagni è solo l'esempio più eclatante. Ma non è un caso isolato. Basti citare due altre aziende con sede a Castel Romano, Reithera e Takis, che hanno dovuto rinunciare a produrre i sieri anti-Covid.

Partiamo dalla Catalent di Anagni. I 100 milioni dovevano servire per comprare otto bioreattori. Una tecnologia in grado di garantire la produzione di farmaci biolo-

gici e, quindi, anche di vaccini contro il coronavirus. Il maxi-investimento, che avrebbe creato un centinaio di posti di lavoro, è stato spostato all'estero, nell'Oxfordshire. Il motivo? Il solito che affligge da decenni l'economia italiana: la troppa burocrazia. Le autorizzazioni ambientali, infatti, non sono mai arrivate. Il progetto si è arenato tra i rilievi dell'Arpa (l'agenzia regionale per la protezione ambientale) e le richieste di chiarimento da parte del ministero della Transizione ecologica. Dopo un'attesa di tre anni, l'azienda ha deciso di puntare sul Regno Unito. I sindacati, dopo un incontro in Regione Lazio, hanno chiesto un tavolo con il ministero di Cingolani e con quello di Giorgetti per convincere l'impresa a fare dietrofront. Il governatore Zingaretti pe-

rò non fa drammi: «Penso sia l'occasione per mettere mano a leggi che vanno cambiate. Da questa vicenda dobbiamo trarre una lezione affinché si possano semplificare le norme». Il presidente della Regione professa comunque ottimismo: «Con Catalent il canale è aperto, penso che si sia avviato un rapporto proficuo che possa portare ad ulterio-

ri investimenti qualora si risolvano i problemi che loro stessi hanno giustamente denunciato». È di tutt'altro avviso Massimo Tabacchiera, presidente di Confapi, secondo il quale questo «non è un caso isolato, ma solo uno dei tanti esempi di investimenti e di opportunità respinti dall'ordinaria burocrazia».

Interpellato da *Il Tempo*, il presidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi, sottolinea come l'investimento perso ad Anagni sia «una grande occasione persa». Il numero uno dell'associazione che riunisce le imprese italiane del farmaco spiega cosa sta accadendo: «Il Covid ha reso ancora più evidente la competizione internazionale. Vince chi ha meno burocrazia e regole più semplici. Bisogna che le nostre istituzioni comprendano che le politiche sanitarie sono anche politiche indu-



striali. Quello della Catalent è un esempio evidente». Il fallimento del polo farmaceutico che avrebbe dovuto portare alla produzione di un vaccino «nazionale» contro il Covid è un altro esempio che spiega bene l'assenza di una seria strategia nazionale. L'«autosufficienza vaccinale» ribadita più volte lo scorso anno dal ministro Giorgetti non è mai divenuta realtà. Il sostegno alle imprese che avrebbero dovuto produrre i vaccini è venuto a mancare. L'azienda Reithera è stata costretta a rinunciare agli 81 milioni promessi da Invitalia dopo la bocciatura della Corte dei conti. Ma non si è data per vinta. Ha proseguito nella sperimentazione acquistando an-

che due bioreattori. Poi, però, i finanziamenti sono venuti a mancare. E si è bloccato tutto. Anche il progetto del vaccino della Takis, l'altra impresa con sede a Castel Romano, è finito in soffitta. Stesso problema: mancano i finanziamenti. «Una volta eravamo i primi produttori di farmaci in Europa - ricorda Scaccabarozzi - Adesso condividiamo la leadership con Germania e Francia. Il polo per produrre il vaccino italiano contro il virus è stato abbandonato, ma ci siamo comunque dati da fare. L'export è cresciuto del 70% rispetto al

2020, pari a 2,6 miliardi di euro, di cui 1,5 sono solo di sieri contro il Covid (quello di Pfizer ad esempio viene prodotto proprio ad Anagni, ndr). In questo ultimo campo siamo quarti in Europa dietro Belgio, Germania e Spagna».



“

**Scaccabarozzi**  
*Le nostre istituzioni devono comprendere che le politiche sanitarie sono anche politiche industriali*

**Associazione imprese del farmaco**  
*«Non è nato il polo promesso ma il nostro Paese ha comunque aumentato l'export di vaccini del 70% rispetto al 2020»*

**Niente finanziamenti**  
*Le aziende Reithera e Takis di Castel Romano hanno dovuto rinunciare al loro farmaco contro il virus*

**Vaccini**  
La Catalent ad Anagni produce già vaccini per conto di multinazionali estere e si occupa anche dell'«infiamento»  
(LaPresse)



## Soldi fantasma

*Il governo aveva promesso 500 milioni per sostenere il piano di creare un grande centro biotech*



# Campania, il risiko delle risorse «Sanità, riparto dei fondi sono da rivedere i criteri» De Luca contro Speranza

► Il governatore: ministero inadempiente ▶ Resta ancora il no all'intesa Stato-Regioni pronti a rivolgerci alla Corte costituzionale sui fondi europei per la medicina territoriale

## IL CASO

**Lorenzo Calò  
Adolfo Pappalardo**

C'è un nuovo round in vista nello scontro più ampio tra Campania e governo sui fondi per la sanità. È il capitolo che riguarda ora il riparto del fondo sanitario dove il governatore De Luca annuncia battaglia con una diffida al ministero della Salute ma non esclude anche un ricorso alla Consulta. Questo quando ancora non si è chiuso lo scontro in Conferenza Stato-Regioni dove l'ex sindaco di Salerno è andato contro i suoi colleghi governatori non votando il piano nazionale sui fondi del Pnrr per le residenze di comunità. Con il rischio di perdere i fondi e dove il Cdm dovrebbe esprimersi, entro fine mese, contro la Campania. Nonostante il pressing del ministero della Salute su palazzo Santa Lucia. Eppure De Luca sembra irremovibile se appena due giorni fa ha ribadito come non farà alcuna marcia indietro: «Il governo vuole darci ottocento milioni di euro di fondi europei per realizzare 170 case di comunità e colmare un gap rilevante e storico per la medicina territoriale, ma non ci dice dove

prenderanno i fondi per il personale e per i costi connessi. Se resta tale situazione come Regione Campania non daremo l'ok all'intesa in Conferenza Stato-Regioni», ha spiegato De Luca.

E ieri mattina annuncia la nuova battaglia. «Abbiamo inviato una diffida al ministero della Salute, che è inadempiente, perché doveva approvare i criteri per il riparto del Fondo sanitario nazionale già da sette anni e non lo ha fatto. Attendiamo i due mesi previsti dalla legge, altrimenti andremo alla Corte costituzionale - attacca - perché il governo e, specificatamente, il ministero della Salute, sono inadempienti. Questo si chiama omissione in atti d'ufficio e la Regione, quindi i cittadini della Campania, pagano drammaticamente questa inefficienza nazionale». La battaglia è iniziata appena insediato sette anni fa a Santa Lucia. «Alle prime riunioni quando ci siamo insediati, ci guardavano in faccia un po' disgustati, perché non avevamo approvato i conti consuntivi delle Asl da tre anni e in quelle condizioni è difficile fare rivendicazioni economiche. Ora - rimarca De Luca - abbiamo messo i conti

in ordine e abbiamo il diritto e il dovere di porre il problema del riparto del fondo nazionale».

E su questo punto De Luca chiede aiuto a tutte le forze politiche «che sono state distratte in questi anni ma abbiano la voglia di affermare un principio di equità per il nostro Paese».

## IL PIANO

Pochi giorni fa il ministero della Salute con una nota del capo di gabinetto ha tentato una ricomposizione sul piano nazionale delle strutture di comunità che ha avuto l'ok di tutte le regioni. «È indispensabile fare appello all'impegno leale e sinergico di tutti i livelli istituzionali coinvolti per il raggiungimento della massima concertazione possibile. A tal fine, in omaggio al principio di leale collaborazione e tenuto conto che l'entrata in vigore del Regolamento è oggetto di specifico atto importante previsto dalla programmazione comunitaria da raggiungere entro il 30 giugno 2022, si propone -





scrive capo di gabinetto del ministero Tiziana Coccoluto - di valutare l'attivazione di ogni possibile iniziativa di composizione, nelle forme di riunioni tecniche o incontri mirati per l'ulteriore discussione del provvedimento in oggetto con l'obiettivo di raggiungere l'unanime intesa in sede di Conferenza». L'obiettivo era una ricomposizione al tavolo del 13 aprile dove la Campania ha ribadito il suo no, in solitaria, rispetto alle altre regioni. Altro che ricomposizione, quindi, che costringe ora il governo ad intervenire in un consiglio dei ministri (entro aprile) per evitare che

si perdano i fondi del Pnrr. Parliamo di sette miliardi della Ue per l'Italia che servono a finanziare le strutture sul territorio e i progetti di telemedicina. Vicenda, dicono a Roma, che rischia di finire, anche questa, davanti alla Corte costituzionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PALAZZO SANTA LUCIA  
ACCUSA: ATTESA  
DA OLTRE 7 ANNI,  
I CITTADINI CAMPANI  
PAGANO QUESTA  
INEFFICIENZA NAZIONALE**



**Nella foto  
d'archivio  
il pronto  
soccorso  
dell'ospedale  
Cardarelli  
a Napoli**

