



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**11 MAGGIO 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

**quotidianosanità.it**  
Quotidiano on line di informazione sanitaria

# Covid. Nelle raccomandazioni dell'Agencia europea per la sicurezza area e dell'Ecdc via obbligo di mascherine su aerei e in aeroporto dal prossimo 16 maggio

***Publicato dall'Agencia dell'Unione europea per la sicurezza aerea e dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie un aggiornamento sulle misure di sicurezza sanitaria per i viaggi aerei, in cui si elimina la raccomandazione di indossare obbligatoriamente le mascherine negli aeroporti e a bordo di un volo, pur rilevando che la mascherina è ancora una delle migliori protezioni contro la trasmissione del COVID-19.***



**11 MAG** - Via l'obbligo di mascherina a bordo degli aerei e negli aeroporti. È quanto prescrivono l'Agencia dell'Unione europea per la sicurezza aerea (EASA) e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) che hanno pubblicato un aggiornamento sulle misure di sicurezza sanitaria per i viaggi aerei.

L'aggiornamento del protocollo congiunto sulla sicurezza sanitaria dell'aviazione tiene conto degli ultimi sviluppi della pandemia, in particolare dei livelli di vaccinazione e dell'immunità acquisita naturalmente, e della conseguente revoca delle restrizioni in un numero crescente di paesi europei. Oltre alle modifiche



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

relative alle mascherine, le raccomandazioni includono un allentamento delle misure più rigorose sulle operazioni aeree, che contribuirà ad alleviare l'onere per l'industria pur mantenendo le misure appropriate. "Dalla prossima settimana, le maschere per il viso non dovranno più essere obbligatorie nei viaggi aerei in tutti i casi, in linea con i mutevoli requisiti delle autorità nazionali in tutta Europa per il trasporto pubblico", ha affermato il direttore esecutivo dell'EASA **Patrick Ky**. "Per i passeggeri e il personale di volo, questo è un grande passo avanti nella normalizzazione del trasporto aereo. I passeggeri devono comunque comportarsi in modo responsabile e rispettare le scelte degli altri che li circondano. E un passeggero che tossisce e starnutisce dovrebbe prendere in seria considerazione l'idea di indossare una maschera per il viso, per rassicurare coloro che sono seduti nelle vicinanze".

Il direttore dell'ECDC **Andrea Ammon** ha dichiarato: "Lo sviluppo e i continui aggiornamenti del protocollo sulla sicurezza sanitaria dell'aviazione alla luce della pandemia di COVID-19 in corso hanno fornito ai viaggiatori e al personale dell'aviazione una migliore conoscenza dei rischi di trasmissione di SARS-CoV-2 e delle sue varianti. Sebbene i rischi permangano, abbiamo visto che gli interventi e i vaccini non farmaceutici hanno permesso alle nostre vite di tornare alla normalità. Sebbene l'uso obbligatorio della mascherina in tutte le situazioni non sia più raccomandato, è importante tenere presente che, insieme al distanziamento fisico e a una buona igiene delle mani, è uno dei metodi migliori per ridurre la trasmissione. Le regole e i requisiti degli Stati di partenza e di destinazione dovrebbero essere rispettati e applicati in modo coerente e gli operatori di viaggio dovrebbero avere cura di informare i passeggeri di tutte le misure richieste in modo tempestivo. L'importanza di queste misure dovrebbe continuare a essere comunicata in modo efficace ai passeggeri per la loro sicurezza e l'ECDC continuerà a lavorare con i nostri colleghi dell'EASA per valutare e modificare regolarmente le raccomandazioni, se necessario".

**Le nuove raccomandazioni sull'uso delle mascherine entreranno in vigore dal 16 maggio 2022.** Tuttavia, le regole per le mascherine in particolare continueranno a variare in base alla compagnia aerea oltre tale data. Ad esempio, i voli da o verso una destinazione in cui è ancora richiesto l'uso della maschera sui trasporti pubblici dovrebbero continuare a incoraggiare l'uso della maschera, secondo le raccomandazioni. I passeggeri vulnerabili dovrebbero continuare a indossare una maschera facciale indipendentemente dalle regole, idealmente una maschera di tipo FFP2/N95/KN95 che offre un livello di protezione superiore rispetto a una maschera chirurgica standard.

I passeggeri sono inoltre incoraggiati a osservare le misure di distanziamento nelle aree interne, anche in aeroporto, ove possibile. Ma gli operatori aeroportuali dovrebbero adottare un approccio pragmatico al riguardo: ad esempio, dovrebbero evitare di imporre requisiti di distanziamento se questi molto probabilmente porteranno a un collo di bottiglia in un'altra località del viaggio passeggeri, soprattutto se non sono richiesti a livello nazionale o regionale in altre impostazioni simili.

Sebbene molti stati non richiedano più ai passeggeri di inviare dati tramite un modulo di localizzazione dei passeggeri, le compagnie aeree dovrebbero mantenere i loro sistemi di raccolta dati in standby in modo da poter mettere queste informazioni a disposizione delle autorità sanitarie pubbliche se necessario, ad esempio nel caso in cui una nuova variante preoccupante (VOC) che è stato identificato come potenzialmente più pericoloso.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

**quotidianosanità.it**  
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Donini (Regioni) a Draghi: “Riarmare la sanità. La salute viene prima delle armi”. “Mancano 4 mld per spese Covid e non abbiamo personale”

***Lo ha scritto sulla sua pagina facebook l'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna e coordinatore della Commissione Salute delle Regioni rifacendosi all'aumento delle spese militari al 2% del Pil che, scrive Donini, “significherebbe passare dagli attuali 25,8 miliardi di euro all'anno (68 milioni al giorno) a circa 38 miliardi all'anno (104 milioni al giorno)”. E questo mentre la sanità pubblica e universalistica del nostro paese fatica, in tutte le regioni a far tornare i conti”.***



**11 MAG** - "Riarmiamo la sanità". È l'appello che **Raffaele Donini**, assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna e coordinatore della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, fa dalla sua pagina Facebook al Governo.

“Sono fiducioso che nel confronto con gli USA e la Nato, l'Italia possa portare un serio e reale contributo alla Pace in Europa, affinché questa guerra drammatica possa finire il più presto possibile”, scrive Donini che poi rileva come “stando alle prime stime del ministero della Difesa, l'aumento delle spese militari al 2% del Pil significherebbe passare dagli attuali 25,8 miliardi di euro all'anno (68 milioni al giorno) a circa 38 miliardi all'anno (104 milioni al giorno)!!”.

“Intanto - sottolinea a questo punto Donini - la sanità pubblica e universalistica del nostro paese fatica, in



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

tutte le regioni a far tornare i conti!”, stante che “mancano 4 miliardi di euro di rimborsi per le spese covid sostenute e mancano medici e infermieri negli ospedali e medici di medicina generale sul territorio”.

“Le Regioni chiedono che la situazione si risolva presto perché altrimenti diventa difficile programmare la Sanità post COVID”, aggiunge il coordinatore sanità delle Regioni che conclude: “Riarmare la Sanità significa più risorse rispetto ad un Fondo Nazionale Sanitario, che, seppur aumentato in questi anni, risulta essere ancora palesemente inadeguato rispetto al fabbisogno reale. Inoltre, a fronte di maggiori spese previste, nei prossimi anni tornerebbe a scendere rispetto al rapporto con il Pil! La salute dei cittadini deve essere un impegno politico prioritario per un grande paese come l’Italia. Prima delle armi!”



LA PANDEMIA

# “Covid grave tra i bambini, le scuole non sono sicure”

**TRA I PIÙ PICCOLI** *Nel 2022 impennata di ricoveri e morti. Famiglie e medici: “Servono sistemi di aerazione”. Sospette epatiti a quota 35*

» **Alessandro Mantovani**

**N**ei 22 mesi dall'inizio della pandemia al dicembre del 2021, in Italia erano stati registrati 35 decessi da Covid-19 tra 0 e 19 anni; in poco più di 4 mesi nel 2022 ce ne sono stati altri 21, di cui 9 di bambini fra 0 e 5 anni per i quali non c'è il vaccino (è in corso l'iter per l'approvazione) e nemmeno la mascherina. Nei primi 22 mesi erano stati 10. Non sappiamo da quali patologie concomitanti fossero gravati, ma probabilmente non erano tutti sani. Negli stessi primi mesi del 2022 si sono contati circa 9 mila ricoveri di under 19 per Covid, un numero molto simile a quello dei precedenti 22 mesi. Anche qui l'aumento più significativo riguarda i più piccoli (0-5 anni) che sono passati da circa 4.000 a fine dicembre a circa 9.000 al 18 aprile.

Sono le elaborazioni dei dati dell'Istituto superiore di sanità diffuse dal Comitato Ideascuola, formato da genitori, insegnanti, medici e scienziati di varia estrazione che si battono da tempo per l'introduzione di sistemi di ventilazione meccanica per le scuole, sui quali il governo non sembra intenzionato a dar corso agli impegni presi nemmeno in vista del probabi-

le terzo autunno col Sars-Cov-2. D'altro canto gli stessi dati che emergono dai report dei Cdc (*Centers for disease control and prevention*) statunitensi e da una vasta letteratura scientifica che ha messo in luce come Omicron colpisca seriamente anche i bambini. L'impennata risale essenzialmente a gennaio-febbraio, quando le vaccinazioni per i 5-11enni erano appena iniziate, ma sono rimaste al 30 per cento e non hanno mai convinto tutti i pediatri, in Italia e non solo.

**“ERA UNA MENZOGNA** quella di prima, cioè che i bambini non si infettassero in modo grave: il Covid pediatrico merita di essere preso sul serio”, avverte Salvo Fedele, palermitano, uno dei pediatri di riferimento del Comitato. “Lasciare circolare il virus liberamente porta con sé casi gravi anche tra bambini”, sostiene Stefania Sambataro di Ideascuola. L'ipotesi che Omicron faccia più danni nei bambini perché colpisce le vie aeree superiori, non ancora pienamente sviluppate, può spiegare alcuni ricoveri con sintomi respiratori severi, ma non i casi più gravi. “L'ipotesi – dice Fedele – è più terra terra: Omicron si diffonde a una velocità spaventosa e i bambini sono particolarmente in balia di questa infezione, non direi che c'è una maggiore ricettività. Erano protetti durante il *lockdown*, poi non più”. “Non ci dobbiamo spaventare – rassicura Michele Fiore, pediatra a Genova, segretario ligure della Fimp (Federazione italiana

medici pediatri) -. Non dipende dalle scuole aperte ma dalle regole più *soft*, combinate con la popolazione non vaccinata e dunque più suscettibile. Non si è ancora capito perché i bambini rispondano in maniera diversa dagli adulti all'attacco del virus, ma non è questione di sviluppo delle vie aeree superiori. I bambini hanno un sistema immunitario meno pronto, immaturo. Quando incontrano un virus nuovo attivano vie immunitarie diverse dall'adulto che gli garantiscono una risposta efficace”.

Colpisce vedere 35 morti under 19 in 22 mesi e 21 nei successivi quattro perché nella popolazione generale ce ne sono stati rispettivamente 137 mila e 28 mila, ma all'Iss ritengono che l'aumento dei casi pediatrici gravi dipenda dalla crescita esponenziale delle infezioni in quelle fasce d'età, superiore a quella registrata in altre. “Chi sono i non vaccinati? Il virus va dove trova le porte aperte – taglia corto il professor Alberto Villani del Bambin Gesù, il pediatra del primo Comitato tecnico-scientifico -. Resta il fatto che nella stragrande maggio-





ranza dei bambini il virus non fa danni come negli adulti e negli anziani". Al Bambin Gesù, al momento, hanno un piccolo paziente in terapia intensiva e altri 18 ricoverati per Covid: "Non pochi", dice Villani.

**IDEASCUOLA INSISTE** sui sistemi di aerazione per le scuole, mentre al governo e all'Iss confidano che in autunno andrà tutto meglio perché tra vaccinati e guariti la quota di alunni infettabili sarà più bassa dell'anno scorso. Sambataro invece sottolinea che i vaccini, per chi li ha fatti, risalgono a di-

versi mesi fa e migliori sistemi di ricambio dell'aria proteggerebbero anche da altri virus, allergeni, Co2, polveri sottili e nanoparticelle all'origine delle più diverse patologie, dalle riniti ai disturbi dell'attenzione, all'asma e alle bronchiti.

Per il Covid pediatrico, dice ancora Fedele, "le preoccupazioni maggiori sono sugli esiti a distanza". Come Fiore e altri, Fedele si interroga sulle misteriose epatiti pediatriche che in Italia sono arrivate a quota 35 casi sospetti (fonte Ecdc, l'agenzia europea per il controllo per le malattie), solo il Regno

Unito ne ha di più: c'è l'ipotesi che siano conseguenze indirette dell'indebolimento delle difese immunitarie dovuto al Covid, non accolta per ora a Londra. E ricorda che "in Italia non c'è un database dei casi di Mis-C", la sindrome infiammatoria multisistemica che colpisce i bambini spesso dopo il Covid quando il tampone è negativo e non si finisce nelle statistiche della pandemia.

## L'IPOTESI L'INSUFFICIENZA EPATICA FORSE LEGATA AL VIRUS



**5-11 anni**  
La percentuale di bambini vaccinati, a sei mesi dall'avvio della campagna, è inferiore al 35%  
FOTO ANSA



# “IL GOVERNO NON HA SOLDI PER LA SANITÀ, PER LE ARMISÌ”

IL DOSSIER

Conferenza Stato-Regioni Responsabile Salute  
Donini: “4 mld di spese Covid e zero rimborsi”

» Giampiero Calapà  
e Natascia Ronchetti

**I**l pacifismo in questa drammatica fase storica è diventato un esercizio un po' complicato. Chi lo pratica è esposto a molti rischi. Eppure c'è qualcosa di molto concreto che spargia le carte e non fa mai quadrare del tutto i conti. Perché mentre il governo porta

al 2% del Pil la spesa militare, il sistema sanitario italiano si lecca le ferite (dopo essere stato travolto dalla pandemia), alla disperata ricerca di risorse – per ora insufficienti – per risollevarsi. E infatti in terra d'Emilia – concreta, laboriosa – c'è chi sta mettendo in fila tutto e facendo un po' di conti. Questo qualcuno non è un qualcuno qualsiasi, ma Raffaele Donini, esponente di spicco del Partito democratico a Bologna e assessore regionale alla Salute oltreché

coordinatore della commissione Sanità della Conferenza delle Regioni. Ruolo in base al quale, al termine della riunione straordinaria della commissione, in sessione





congiunta con quella del Bilancio, ha ricevuto il mandato di redigere un documento da sottoporre all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni.

**DOCUMENTO** per chiedere al governo tre cose. "Primo: che lo Stato rimborsi al più presto alle Regioni i quasi quattro miliardi in più spesi per combattere la pandemia, tra cure e campagna vaccinale - dice Donini -. Secondo: che venga sancito il principio che una Regione non può andare in disavanzo per la spesa assorbita dall'emergenza. Terzo: che a fronte delle spese che lo Stato non riesce a coprire si preveda un piano di ammortamento pluriennale". Ma questo è solo l'incipit. Perché il vero nodo è un altro. "Se ci sono le risorse per le armi, allora un minuto prima ci devono essere le risorse per la sanità - dice Donini -. Adesso si discute di aumentare la spesa militare. Ma noi è da un anno e mezzo che chiediamo al governo di intervenire in maniera definitiva per la sanità. Perché tra un decreto e l'altro non è che possiamo vivere di speranza. In questo modo non possiamo procedere con una serena programmazione".

**DONINI IERI** ha postato su Facebook le sue considerazioni. Scrivendo, in sostanza, che prima ancora di pensare alla spesa militare bisognerebbe pensare "alla sanità pubblica e universalistica del nostro Paese che fatica in tutte le Regioni a far tornare i conti". Poi

ha accettato di spiegare perché al *Fatto*. Partendo proprio dall'Emilia-Romagna, esempio di eccellenza sanitaria. "Eppure per chiudere il bilancio abbiamo dovuto attingere a riserve per 400 milioni che non dovevano essere destinate a coprire le spese sostenute per la pandemia", spiega, confermando che ora tutte le Regioni hanno gli stessi problemi. E poi ci sono gli altri fronti aperti. E che fronti. Da quello del personale ("siamo in fase

di rinnovo del contratto e mancano ancora 300 milioni di copertura") al caro-energia ("con i fortissimi rincari delle bollette che stanno mettendo in ginocchio gli ospedali: l'ultimo decreto del governo non basta"). Per arrivare al fondo sanitario nazionale "che va incrementato", al piano di riasorbimento delle liste d'attesa "che costa, se abbiamo speso miliardi per la pandemia adesso li dobbiamo spendere per recuperare". Senza tralasciare cosa prevede il Def, rammenta Donini: "Nel 2020 la spesa sanitaria era al 7,4% del Pil, nel 2021 è scesa al 7,2% e nel 2024 tornerà al 6,3%. Nella fase più critica dell'emergenza avevamo giurato che mai più avremmo tagliato la spesa per la salute e invece... Per questo io dico che ancora prima della questione delle armi va affrontata la questione

della sanità".

**ANCHE** perché il futuro non è affatto una strada in discesa. C'è il sistema post Covid da programmare, partendo dalla riforma della medicina territoriale. Poi la necessità di incentivare anche economicamente il personale sanitario e di rafforzare la rete dei medici di famiglia. "Ma tutto questo - dice Donini -, si fa solo con un finanziamento strutturale a bilancio. E cosa dobbiamo fare di più per dimostrare come sia irrinunciabile una sanità pubblica universalistica? È il bene più prezioso di cui dispone una nazione".

Ma è una questione di priorità dopotutto e la direzione intrapresa dal premier Mario Draghi, col sostegno del Pd di governo, il partito di Donini, è puntare a tutta forza sulla corsa al riarmo con buona pace di chi ha evocato scenari di altre future pandemie, per non parlare dell'ulteriore taglio alla martoriata scuola pubblica (dal 4 al 3,5% fino al 2025 compreso) con la scusa dell'aumento dell'età media della popolazione. L'Italia entrerà a pieno titolo nel consesso che l'ex presidente degli Stati Uniti Donald Trump aveva ribattezzato "club del 2%", i Paesi della Nato che già nel 2021 spendevano più del 2% del Pil per la Difesa: Grecia (3,59%), Usa (3,57), Polo-

nia (2,34), Regno Unito (2,25), Croazia, Estonia e Lettonia (2,16), Lituania (2,03).

Invece la spesa sanitaria per il governo cosiddetto "dei migliori" calerà dello 0,6% annuo, appunto, per il prossimo triennio. E lo scenario di partenza, che all'inizio della pandemia ha fatto trovare il Sistema sanitario se non in ginocchio almeno in grande difficoltà, è quello registrato dai dati elaborati dal Crea, il Centro per la ricerca economica applicata alla sanità: dal 2012 al 2019 l'Italia ha aumentato le spese di sanità pubblica dello 0,8% medio annuo, circa appena un quarto del 3,3% di aumento medio annuo centrato nello stesso arco temporale dai 14 paesi europei economicamente più forti, quelli che fanno parte dell'Ue almeno dal 1995. E nel 2020, per altro, come hanno calcolato sempre i ricercatori del Crea, nonostante gli aumenti per l'emergenza sanitaria anti-Covid "la crescita italiana è rimasta inferiore di 1,5 punti percentuali rispetto alla media europea".

Insomma, se i ministri di Salute e Istruzione Roberto Speranza e Patrizio Bianchi devono ingoiare rospi, per quello della Difesa Lorenzo Guerini il piatto è ricco.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## **Copasir, gli "altolà" di Portolano ai medici russi**

È stato ascoltato ieri dal Copasir il generale Luciano Portolano, che per la Difesa aveva seguito la missione sanitaria russa in Italia durante l'avvio della pandemia fra marzo e maggio del 2020. Sulla questione, il Comitato ha già sentito nelle scorse settimane l'ex premier Giuseppe Conte, l'ex capo di Stato Maggiore della Difesa Enzo Vecciarelli e l'ex coordinatore del Cts Agostino Miozzo con l'obiettivo di appurare se la spedizione

sanitaria non abbia avuto anche fini occulti di spionaggio. Portolano, attuale Segretario generale della Difesa, era responsabile di verificare che il centinaio di militari – giunti da Mosca con una ventina di camion, laboratori mobili, ventilatori e mascherine – andasse dove stabilito (ospedali e Rsa nel Bresciano e nel Bergamasco) a svolgere l'attività concordata (sanificazione). Il generale fermò i tentativi della delegazione russa di

occuparsi anche della sanificazione di «uffici pubblici» e di puntare ad aree sensibili come Ghedi (Brescia) e Amendola (Foggia), sedi di base militari. E comunicò in modo netto che la missione era terminata al capo della delegazione russa, il generale Sergej Kikot, che facendo riferimento a presunti «accordi di alto livello» (smentiti però dal premier Conte), puntava ad "allargarsi". Ma tra gli obiettivi russi potrebbe esserci stata anche l'acquisizione di "biodati" sul

coronavirus, funzionali a elaborare un vaccino. Il Copasir continuerà a indagare sull'accaduto e su possibili risvolti come l'accordo di collaborazione (in seguito bloccato) tra l'istituto Spallanzani di Roma e quello russo Gamaleya.





## SOS PRONTO SOCCORSO

### Fuga in corsia: medici sfruttati e sottopagati

■ Il Pronto soccorso del Cardarelli di Napoli invaso la scorsa settimana da pazienti in attesa di ricovero con 25 medici che firmano le dimissioni. All'ospedale Maggiore di Bologna pazienti dirottati fuori provincia. San Camillo di Roma preso d'assalto. L'emergenza è al collasso. **POLLICE A PAGINA 7**



# Emergenza Pronto soccorso: medici sfruttati e sottopagati

*Il 30% delle borse di studio non assegnato, mancano 5 mila professionisti e i concorsi vanno deserti*

ADRIANA POLLICE

■ Il Pronto soccorso dell'ospedale Cardarelli di Napoli invaso la scorsa settimana da pazienti in attesa di ricovero con 25 medici che firmano un preavviso di dimissioni per l'impossibile carico di lavoro e i concorsi che vanno deserti. Al Ps dell'ospedale Maggiore di Bologna, sempre la scorsa settimana, pazienti dirottati fuori provincia. San Camillo di Roma preso d'assalto. Piemonte e Sardegna coprono i turni con medici reclutati dalle coop. La gestione dell'emergenza è al collasso. «È la grande questione del personale - ha spiegato il ministro Speranza -. Abbiamo messo 17.400 borse di specializzazione, il triplo di tre anni fa e il doppio di due anni fa. Investimenti che avranno una ricaduta nei prossimi anni. Il più grande investimento lo dobbiamo fare sulle persone».

**I CONTI PERÒ NON TORNANO.** Raffaele Donini, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna e coordi-

natore della commissione Salute della conferenza delle Regioni: «Per le spese militari c'è un significativo aumento del budget da parte del governo ma abbiamo 4 miliardi di spese Covid non rimborsate dallo Stato che le regioni hanno sostenuto, così non riusciamo a programmare. Tutte le regioni sanno che nel 2022 si prospetta un disavanzo. Nel Def si è passati dal 6,4% del 2019 di spese sanitarie sul Pil al 7,4% del 2020, torneremo nel 2022 al 7% e nel 2024 arretrereamo al 6,3%, cioè meno del 2019».

Il 30% delle borse disponibili a livello nazionale per la specializzazione in emergenza-urgenza

resta scoperta, una fuga dalla professione. «Sono circa 600 i medici del settore che nel 2022 hanno scelto di dimettersi dal pronto soccorso. Come se chiudessero 5 Ps al mese - la denuncia della Società italiana della medicina di emergenza-urgenza (Simeu) -. Sono 4.200 i colleghi che dagli ultimi mesi del 2021 mancano strutturalmente nei

pronto soccorso d'Italia. La somma dei fattori ha implementato il valore stimato delle carenze, ormai prossimo alle 5 mila unità». E Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici: «È il momento di investire sul personale non solo sulle strutture, come prevede il Pnrr». Strutture per la medicina territoriale che non si sa come far vivere visto che manca una voce di bilancio per le assunzioni e le regioni hanno le casse vuote.

**IL PRESIDENTE SIMEU,** Fabio De Iaco, racconta cosa non funziona nei reparti d'emergenza: «Il medico di pronto soccorso è trattato dal punto di vista economico come qualunque altro collega ospedaliero che magari fa 5 ore la mattina, va nel suo studio privato il pomeriggio e non è tenu-





## il manifesto

to alle guardie notturne se non per la reperibilità. La nostra è un'attività usurante non riconosciuta: non possiamo rientrare nelle legge specifica ma basterebbe ammettere la nostra specificità attraverso la riduzione dell'orario o l'aumento delle ferie come, ad esempio, avviene per i radiologi». Non c'è avanzamento di carriera: «Gli incarichi a professionalità più alta dovrebbero essere maggiori - prosegue De Iaco -. Un'unità di medicina d'urgenza ha dentro il pronto soccorso, l'Obi, la terapia semi intensiva: potrebbero essere strutture semplici all'interno di una complessa dando la possibilità di progressione di carriera. Ho dei colleghi che lavorano da 25 anni in Ps e hanno avuto solo scatti d'anzianità».

**E POI C'È LA DIGNITÀ** professionale: «Il messaggio che sta passando è che chiunque può fare il nostro lavoro. Un neolaureato che aderisce a una cooperativa può fare lo stesso turno con me senza competenza specifica ma pagato 4 o 5 volte di più. La coop fa da intermediario con le aziende per assegnare turni e servizi, trattenendo una quota sulle singole prestazioni. Così il lavoro in team non esiste più. Come fa il direttore della struttura a garantirne il governo e l'aderenza alle linee guida? Come faccio a garantire che il medico che arriva a fare la notte, mai visto prima, sappia quali sono le disponibilità dell'ospedale? se c'è l'emodinamica per l'infarto o serve un iter per attivarla, se ho la cardiocirurgia o la neurochirurgia? Uno strutturato pesa nel capitolo per-

sonale ma la coop invece finisce alla voce beni e servizi come l'appalto per le pulizie, bypassano i tetti di spesa imposti per legge».

**I MEDICI ASPETTANO RISPOSTE:** «Al ministero abbiamo fatto proposte precise: valorizzazione economica, che non possono essere gli 80 o 100 euro di indennità al mese inserita in finanziaria, una manchetta; migliorare le condizioni di lavoro per bloccare l'emorragia di professionisti; smettere di utilizzare il medico di Ps per qualunque cosa inclusa la gestione del *boarding*, cioè l'attesa indefinita del ricovero con interi reparti di degenza che si creano per giorni». La nuova forza lavoro? Va presa dalle scuole di specializzazione: «Cambiamo lo status degli specializzandi: dal terzo anno in poi devono entrare negli ospedali, inquadriati co-

me uno strutturato, assumendo responsabilità crescenti e concludendo l'iter formativo nel Servizio sanitario. In Gazzetta ufficiale c'è già la nuova versione del contratto formazione-lavoro dove queste cose sono presenti - conclude De Iaco - ma questo percorso è lasciato all'iniziativa dello studente che si presenta *sua sponte* al concorso, quando invece dovrebbe diventare l'iter ordinario, anche per superare resistenze che ancora esistono».

**Nel 2024 le spese sanitarie saranno il 6,3% del Pil, meno di quando stanziato nel 2019**



L'ospedale Cardarelli di Napoli





## L'altra faccia del problema

# I pronto soccorso scoppiano Ma solo 1 caso su 3 è urgente

Se è vero che i reparti di emergenza soffrono per disorganizzazione e poco personale, i dirigenti del settore rimarcano: «In troppi vanno in ospedale come in ambulatorio»

**CLAUDIA OSMETTI**

■ Sembrano le scene di due anni fa. Barelle ammassate in corridoio, letti ravvicinati, medici che corrono da un paziente all'altro. Solo che allora (era il 2020 ed era appena scoppiato il coronavirus) si trattava dei reparti di terapia intensiva, oggi dei pronto soccorso. Napoli, Bologna, Firenze, Roma. Dove ti giri o ti rigiri, c'è qualcuno che aspetta. Nella capitale, lunedì, ci sono almeno 334 persone che chiedono una visita urgente, si tratta di una media di quaranta per policlinico. Tanti, troppi. Non che manchi la volontà di prestar loro la dovuta attenzione, chiaro: si fanno i salti mortali. Ma le risorse son quel che sono. Fuori, sul piazzale, le ambulanze incolonnate. Gli infermieri che fanno da spola tra lettighe e accettazione. Il Cardarelli di Napoli, da qualche giorno, sembra un ospedale da campo: sovraffollato, pieno zeppo, una "barellipoli" che manco a Kyiv o Odesa o Mariupul. A Bologna c'è chi non vede un camice bianco da undici ore: complici i primi fine settimana di libertà (niente restrizioni, il meteo clemente, il ritorno alla normalità), a inizio mese si viaggia con una media di 210 accessi al giorno e solo all'ospedale Mag-

giore. A Torino, a Bari, a Palermo: è la stessa storia. Ma cosa sta succedendo?

### GESTIONE CAOTICA

Mancano i dottori (poi ci arriviamo) e in molti si riversano nelle sale della prima assistenza perché non riescono ad accedere alla seconda. A quella comune, a quella di prassi. «Sappiamo che le urgenze reali sono attorno al 30%», racconta con accento senese Marcello Pastorelli, che è il presidente della sezione toscana della Simeu, la Società italiana della medicina di emergenza e urgenza: «Vuol dire che l'altro 70% andrebbe rivisto, che l'organizzazione sul territorio andrebbe organizzata diversamente. Perché noi curiamo tutti, ma c'è una questione di priorità negli accessi. Così si finisce per creare le attese». Che, tra l'altro, sono alla base degli ingolfamenti di cui sopra. Cioè: «Se una persona ha un dolore, mettiamo, al dito e gli danno disponibilità per una visita dopo mesi - continua Pastorelli, - questo viene al pronto soccorso, così fa la radiografia ed esce in giornata. Ma poi ci sono i disagi a cascata. Per esempio in quello che chiamiamo "boarding": un malato che è

passato dal pronto soccorso, se dev'essere ricoverato, non può uscire dalla struttura come crede. E se il reparto a cui è destinato è pieno anch'esso, il risultato è che rimane dove è entrato. Ossia in pronto soccorso».

In Italia, per una mammografia servono fino a 720 giorni, per un'ecografia 375, per un appuntamento dal dermatologo trecento (i numeri sono quelli dell'ultimo rapporto dell'organizzazione Cittadinanzattiva che si occupa di tutelare i diritti dei malati: sono usciti la settimana scorsa). È un cane che si morde la coda. Hai bisogno di un consulto, sei già andato da uno specialista perché hai la ricetta in mano e ti manca solo la Tac: però devi aspettare un anno esatto (365 giorni) e nel frattempo stai male. D'altronde l'hai già detto, hai bisogno di un consulto. Allora t'ingegni. Male che vada c'è il ticket da pagare, ma sono pochi euro: sicuramente valgono il fatto di zompare l'attesa di mesi. Però il risultato è che, poi, la matassa (quella pubblica, quella del sistema salute) s'ingarbuglia ancora di più. Crescono le file, mica solo in reparto. «Il problema c'è ed è



reale tanto che nel Pnrr (il Piano nazionale della ripartenza post-pandemia, ndr) è scritto chiaro che va risolto il punto sul territorio. Altrimenti non se ne esce. I medici di famiglia non riescono più a fare da filtro», commenta il dottor Beniamino Susi che è il vicepresidente nazionale della Simeu. Come a dire: gli accessi "impropri" al pronto soccorso ci sono, eccome.

## ACCESSI CONGESTIONATI

«Ma non sono loro il guaio principale», continua Susi:

## ATTESE AGGIRATE

«Se una persona ha un dolore al dito e gli danno disponibilità per la visita dopo mesi, viene al pronto soccorso, così fa la radiografia ed esce in giornata»

## CARENZA DI MEDICI

«Il fattore che incide più di tutti, è la carenza di medici. Nella medicina d'urgenza si fanno turni massacranti, oramai ognuno di noi si sobbarca anche dieci notti al mese»

«Creano, è vero, i ritardi nelle visite. Ma sono i pazienti in attesa di ricovero, magari anche da giorni, quelli per cui i nostri accessi sono congestionati. E qui, il fattore che incide più di tutti, è la carenza di medici». Ci siamo arrivati. «Ne abbiamo già persi 4mila, ma negli ultimi mesi se ne contano altri 150 in meno e circa il 30% è pronto ad andarsene. Non è neanche una questione di paga, perché quella è uguale per tutti, è da contratto. Ma nella medicina d'urgenza si fanno turni massacranti, oramai ognuno di noi si sobbarca anche dieci notti al

mese». Perché mancano i colleghi e allora eccolo lì, un altro circolo vizioso. Un cortocircuito. Di questo passo non se ne esce. E senza contare le aggressioni, le denunce e le situazioni al limite che stanno vivendo i nostri dottori dell'emergenza.



Il pronto soccorso intasato dell'ospedale Cardarelli di Napoli





# TUMORI, IL PIANO CHE NON C'È

**Com'è già accaduto disastrosamente per la pandemia, dal 2016 non sono state aggiornate le disposizioni ufficiali contro il cancro. Dal ministero promettono l'adeguamento tra poche settimane. Intanto sono saltati milioni di controlli.**

di *Andrea Soglio*

**S**ono molto sensibile a questa tematica, per questo mi sono impegnato e farò in modo che il piano sia aggiornato nei tempi previsti, cioè entro maggio». Per raccontare la storia dell'ennesima brutta figura della sanità italiana cominciamo dalla fine, anzi dalla presunta fine. Cioè dalla promessa del sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Sileri, identica a quella fatta pochi giorni fa dall'altro sottosegretario, Andrea Costa: il Piano oncologico nazionale sarà pronto entro la fine di maggio, cioè tra poco più di due settimane. Presunta dicevamo, perché le stesse parole vennero pronunciate anche la primavera dell'anno scorso, senza però troppa fortuna.

Brutta figura, si diceva, perché la storia del Pon (cioè, l'insieme di norme che determinano la strategia di diagnosi e cura del cancro in Italia, malattia che è la seconda causa di decessi nel Paese) ricalca per certi versi quella del Piano pandemico, finito anche al centro di un'inchiesta della magistratura. Una strategia, si disse, forse non aggiornata, per alcuni addirittura copiata di anno in anno, e che ci fece trovare imprepa-

rati davanti al Covid. Be', per il Pon le cose più o meno sono andate allo stesso modo.

Quello attualmente in vigore risale al 2013, cui è seguito un rapido aggiornamento nel 2016. Da allora niente. Eppure in questi 10 anni la ricerca ha fatto passi da gigante; progressi che però non rientrano nel Pon, fermo a quella che potremmo definire un'altra «era» scientifica e medica.

A spingerci al logico e naturale adeguamento è l'Europa. Nel 2020 Bruxelles prepara un suo documento sul tema. Non ci sono imposizioni od obblighi (questo va precisato) ma gli Stati membri della Ue vengono «invitati» a seguirlo o a realizzarne uno proprio. Richiesta che viene subito accolta da quasi tutti i Paesi, tranne uno: l'Italia.

Passano i mesi e nel marzo 2021 la deputata Elena Carnevali (Pd) con un'interrogazione parlamentare chiede chiarimenti al ministro della Salute, Roberto Speranza. Rapidamente (per una volta) è arrivata la risposta del sottosegretario Costa: «Il 27



aprile 2021» ha dichiarato in aula «è stato istituito un tavolo di lavoro inter istituzionale con il compito di elaborare un documento di pianificazione per la prevenzione oncologica. In coerenza con il piano di intervento europeo si prevede un rafforzato impegno per migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, per valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica nonché per sostenere le nuove tecnologie la ricerca e l'innovazione. Le iniziative saranno sviluppate in raccordo con le iniziative a livello europeo».

**Peccato che però i tempi siano tutt'altro che rapidi.** Si aprono diversi tavoli, con diversi interlocutori. Oltre alle direzioni del ministero (programmazione, prevenzione, ricerca), sono presenti i rappresentanti di associazioni e istituzioni - Alleanza contro il cancro, Aifa, Agenas, Iss, della Commissione salute presso la conferenza Regioni/Province autonome e dell'Airtum, l'Associazione italiana registri tumori - oltre che delle Federazioni italiane delle professioni mediche e sanitarie e delle organizzazioni dei pazienti e del volontariato. Una babele di interlocutori che non fa altro che dilatare i tempi di ogni decisione.

«Siamo di sicuro in ritardo rispetto a quello che l'Europa ci ha chiesto» spiega l'oncologo Saverio Cineri, presidente di Aiom, l'Associazione italiana di oncologia medica, «ma si può dire che ormai il documento sia quasi definito in tutte le sue parti. La difficoltà sta nelle complesse problematiche legate all'oncologia che richiedono diversi tavoli specifici che lavorano in contemporanea l'uno con l'altro, e questo fa slittare - diciamo così - la conclusione

finale. Esiste, per esempio, un gruppo sulla diagnosi molecolare, importantissimo. Ne esiste uno sulla riorganizzazione degli ospedali. Le tematiche sono molteplici e ognuna richiede un'analisi specifica». Gli altri Paesi, però, sono stati molto più rapidi. Come si spiega la nostra lentezza?

«Mettere d'accordo le mille anime che ruotano attorno al mondo dell'oncologia in Italia è complicato. Serve un "lavoro di cesello" che, ovviamente, richiede i suoi tempi. Va però detta una cosa, che per fortuna la scienza non si ferma, la medicina continua a fare passi avanti. Ecco, nel documento devono confluire tutte queste ultime e nuove indicazioni arrivate dalla ricerca perché i politici possano fare le scelte migliori per combattere questa patologia». Ma i ritardi accumulati hanno influito sulle cure per i malati o sull'attività di prevenzione? «Per fortuna no» aggiunge Cineri. «Il Piano oncologico nazionale da questo punto di vista è fondamentale ma è un corollario rispetto a tutto questo. La medicina segue un suo percorso. Se si parla però di una nuova cura o di una terapia innovativa noi la sottoponiamo all'Aifa, l'Agenzia del farmaco, nella speranza che arrivi una sua approvazione. Questo però deve avvenire nel più rapido tempo possibile mentre in passato ci sono state delle lentezze. E anche su questo esiste un tavolo di lavoro».

**Una posizione sulla quale concorda anche il sottosegretario Sileri:** «Lo scopo è migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica, sostenere le nuove tecnologie, la ricerca e l'innovazione. Accanto alle attività di

promozione della salute e prevenzione, obiettivo del piano oncologico in via di definizione è promuovere un approccio integrato e multidisciplinare in tutto l'iter diagnostico terapeutico, nelle diverse fasi della malattia, rispettando la centralità della persona. Questo perché il paziente sia inserito in un sistema organizzato, dove ogni livello operativo agisca nell'ambito di un modello a rete che realizzi una presa in carico globale, estesa all'intero percorso dall'ospedale al domicilio».

Restano però alcuni problemi da risolvere, legati principalmente ai ritardi accumulati durante la pandemia. I vari lockdown hanno infatti allontanato centinaia di migliaia di persone dai percorsi di cura o prevenzione. Stando agli ultimi report risulterebbero 3 milioni di esami in meno rispetto al passato che potrebbero esserci costati la mancata identificazione - e possibilità di cure adeguate - di 3 mila casi di cancro all'utero, 3.500 al seno e 9 mila al colon.

«Da questo punto di vista» conclude Cineri «dobbiamo recuperare il tempo perso, dobbiamo convocare le persone però non più con la lettera via posta, come succede ancora oggi, che poi si perde e non si sa dove va a finire, ma con strumenti più aggiornati come lo stesso sistema di invito via sms utilizzato per il vaccino contro il Covid».

Il cancro corre, la ricerca pure, la speranza è che oggi anche la politica faccia altrettanto. ■







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

COVID

# Quarta dose, l'appello di Speranza

*Il ministro della Salute torna a insistere sul richiamo: «A over 80 e fragili salva la vita»*

**ENRICO NEGROTTI**

**U**n ringraziamento a chi ha sostenuto la campagna vaccinale contro il Covid-19 e un appello a ricevere la quarta dose a chi ha i requisiti. Ieri il ministro della Salute, Roberto Speranza è intervenuto a un convegno alla Camera sul passaggio da pandemia a Pnrr, che ha affrontato anche il ruolo dell'informazione. Mentre restano alti i numeri di nuovi contagi e morti, si riduce il numero di ricoverati e positivi al Sars-CoV-2.

«Credo che gli oltre 90% di italiani che hanno completato il ciclo primario di vaccinazione – ha detto Speranza – è figlio di strategia organizzativa, ma anche di capillarità. Solo un grande Paese somministra 137 milioni di dosi in pochi mesi, e ciò grazie alla capillarità del Ssn, alle farmacie e ai medici. Ma credo che ci sia stata anche un'attenzione alla comunicazione che è riuscita a consegnare all'opinione pubblica un messaggio corretto che ha favorito risultati così positivi». Infine un richiamo: «Faccio appello per il secondo booster per le persone over 80, per chi vive in Rsa e i 60-69enni con fragilità. Le persone vanno informate ancora. La mortalità oscilla tra gli 83, 84, 85 anni, e fare il booster può salvare salvare la vita». E che la pandemia non sia finita, lo ricorda il numero di 56.015 nuovi contagi e 158 decessi registrati ieri. Ma il numero complessivo dei positivi è sceso di 20.783 unità; così come i ricoverati, sia in terapia intensiva (-5), sia nei reparti di area medica (-156). Il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Silvio Brusaferrò, ha sottolineato il peso di una corretta comunicazione: «Non bisogna forzare i tempi rispetto all'avere la solidità dei dati ed è importante avere dei professionisti che traducono il linguaggio scientifico perché bisogna creare un pon-

Ieri ancora 56mila casi e 158 decessi. Sono però diminuite sia le persone attualmente positive (-20mila), sia i ricoverati con sintomi (-156) e in terapia intensiva (-5)

te tra scienza e informazione».

Tre questioni sui vaccini. Nelle Marche una circolare dell'Ufficio scolastico regionale considera inadempienti e sospesi dal servizio i docenti non vaccinati a 90 giorni dalla data di certificazione di positività (se mai vaccinati) o 120 giorni (per chi ha concluso il ciclo primario). Il sindacato DirigentiScuola ha obiettato che la validità del Green pass da vaccinazione è di sei mesi. Sul caso verrà chiesto un parere al ministero.

Intanto uno studio su *Science Translational Medicine* suggerisce che un vaccino anti-Covid somministrato per bocca o naso possa aiutare ad alzare la barriera contro il contagio. I test sono stati condotti su criceti con un candidato vaccino a vettore adenovirale dagli scienziati del Duke Center for Human Systems Immunology and Department of Surgery, dell'azienda Vaxart e del Lovelace Biomedical Research Institute. Nel loro studio hanno osservato che i criceti vaccinati per via orale o intranasale avevano una diminuzione dell'Rna virale e del virus infettivo nel naso e nei polmoni e presentavano meno patologie polmonari rispetto agli altri. Di qui una prima somministrazione a oltre 500 persone, ben tollerati e con buona risposta immunitaria.

Infine il ministro dello Sviluppo economico, Giancarlo Giorgetti, ha autorizzato un accordo con l'azienda farmaceutica Irbm di Pomezia per un programma di investimenti di 34 milioni di euro, per ampliare la capacità dei laboratori di due società del gruppo, Irbm Spa e Advent Srl, incrementando produzione e sperimentazione di nuovi vaccini e terapie innovative, anche grazie a sinergie nate nel 2020 con la collaborazione con Oxford University e AstraZeneca.





CONTAGI IN CALO, MA ANCORA 158 DECESSI

## Gli over 80 snobbano il secondo booster Appello di Speranza: "Protegetevi"

PAOLO RUSSO  
ROMA

Gli ultraottantenni sono quelli che con il Covid rischiano di più eppure continuano a snobbare la quarta dose. A ieri ad aver fatto il secondo booster era appena l'8,8%, 408 mila "grandi anziani" su 5 milioni. Eppure è in questa fascia di età che si concentra la mortalità, ancora alta: ieri altri 158 decessi mentre i casi e i ricoveri continuano a calare. I contagi ieri erano 56.015, seimila in meno rispetto alla settimana precedente mentre negli ospedali si sono contati 5 ricoverati in meno nelle terapie intensive e 156 nei reparti di medicina. «La guerra ha quasi sostituito la pandemia sul piano comunicativo, ma ci sono ancora trop-

pe persone che perdono la vita e con il secondo booster potrebbero proteggersi» è l'appello lanciato agli over 80 dal ministro Speranza.

Se vaccinandosi gli anziani si proteggono dal rischio di morte i giovani si tutelano da quello di diventare sterili. Una ricerca appena pubblicata dalla prestigiosa rivista Human Reproduction «ha dimostrato come soggetti giovani e sessualmente attivi, possano presentare dopo la malattia da Covid-19 un'alterazione del loro spermogramma in un caso su quattro», spiega il professor Mauro Gacci, firmatario dello studio e Primario di urologia al Careggi di Firenze. Al contrario nessun effetto avverso è stato riscontrato a seguito di vaccina-

zione sul sistema riproduttivo. Una delle tante fake news circolate sul blog No vax e smentite dalla scienza, che intanto sembra aver scoperto con uno studio dell'Università di Lovanio il possibile lucchetto anti-Covid, che impedirebbe al virus di entrare nelle cellule e infettarle. Si tratta di zuccheri presenti sulla superficie esterna delle cellule e che si legano più saldamente di altri alla proteina Spike. Una scoperta che potrebbe portare a nuovi e più potenti antivirali. —

PRODUZIONE RISERVATA

Ci sono ancora troppe persone che perdono la vita e la quarta dose potrebbe salvarli



ROBERTO SPERANZA  
MINISTRO DELLA SALUTE



## LA PANDEMIA

### Burioni e il vaccino “Funziona e ci salverà dall'ondata d'autunno”

FRANCESCO RIGATELLI

INTERVISTA - PAGINA 17



L'INTERVISTA

## Roberto Burioni

# “I vaccini funzionano, ora sono ottimista in autunno il virus non ci sorprenderà”

Il virologo: “La tecnologia a mRNA ci aiuterà ad aggiornarli e a combattere il cancro presto per parlare di quarta dose per tutti, anche se ci sono ancora troppi morti”

FRANCESCO RIGATELLI

«**L**a tecnologia a mRNA è un risultato del mondo libero, della sua ricerca e della sua capacità di confronto, e per questo continuerà a stupirci». Roberto Burioni, professore ordinario di Virologia al San Raffaele di Milano, confessa nel suo ultimo libro di essere diventato più ottimista grazie a *La formidabile impresa* (Rizzoli) della scoperta dei vaccini. **Si tratta di un successo scientifico dell'Occidente?**

«Sì, non abbiamo mai visto i dati dei vaccini cinesi o cubani. È arrivata qualche informazione lusinghiera sul russo Sputnik V, ma è mancata la capacità di produrlo in sicurezza».

**Nel libro lamenta la carenze informativa dalla Cina, che ancora paga la mancanza di vaccini efficaci?**

«La Cina va ringraziata per la prima sequenza del virus di

Huwan, però mancano dati su come il virus sia passato dall'animale all'uomo. Non si tratta di attribuire colpe, ma di poter studiare cosa sia successo per impedire che si ripeta».

**Qual è la sua idea sull'origine del virus?**

«La mia opinione conta poco, da scienziato vorrei semplicemente più dati. Al momento l'ipotesi condivisa scientificamente in base alle informazioni disponibili è quella di un passaggio dall'animale all'uomo nel mercato di Huwan. Quello di cui sono certo è che non ci sia stato uno scienziato pazzo che abbia voluto produrlo».

**Nel libro critica anche l'Oms.**

«Un'organizzazione del genere dovrebbe fare riferimento alla scienza e non alla politica. Ha dato un contributo rilevante, ma in qualche momento l'avrei desiderato più indipendente e veloce».

**In una pagina confessa che la scienza l'ha fatta diventare ottimista?**

«Sì, i vaccini e la tecnologia a mRNA che cista dietro sono stati una sorpresa inimmaginabile. Ancora oggi mi sorprendo della loro efficacia e sicurezza, per esempio negli anziani su cui non sempre i vaccini funzionano bene».

**Il vantaggio della tecnologia a mRNA è nella sua duttilità?**

«Una volta per produrre i vaccini si davano degli ordini a delle cellule in dei bioreattori perché producessero anticorpi. Ora si possono dare direttamente alle cellule dei pazienti. Basta produrre l'mRNA, ovvero l'ordine con la proteina del





virus così che venga riconosciuta dal sistema immunitario. Esserci riusciti in maniera sicura apre una nuova era».

## Si spera per i tumori?

«Si va dall'impiantare citochine nelle cellule tumorali per attirarvi la risposta del sistema immunitario a vaccini personalizzati contro i tumori, anti-Hiv o senolitici per l'invecchiamento».

## La capacità di aggiornamento potrebbe essere utile a contrastare le nuove varianti?

«Potrebbe, ma la protezione dei vaccini anti-Covid attuali contro la malattia grave è solida. Prima di parlare di una quarta dose aggiornata per tutti bisogna avere i dati che funzioni meglio. In teoria potrebbe, ma non si può vaccinare in teoria per cui è presto. E poi bisognerà vedere aggiornata a quali varianti. La situazione è variabile. In Sudafrica sono apparse due sottovarianti, Omicron 4 e 5, che sembrano prendere il sopravvento e potrebbero reinfectare di più».

## Perché Omicron produce tante sottovarianti?

«Da un lato studiamo meglio le varianti e ci accorgiamo di più delle novità, dall'altro è cambiato lo scenario. All'inizio le varianti in vantaggio erano quelle che si diffondevano meglio nella popolazione non vaccinata. Ora, con quasi tutti vaccinati o guariti, non conta solo la capacità replicativa del virus, ma anche quella di reinfectare. Cosa che per altro fanno tutti i coronavirus simili».

## Durata dell'immunità e varianti sono le variabili?

«Sì, e sono collegate. Bisogna distinguere tra due immunità, una breve contro l'infezione e una lunga contro la malattia grave. Non avremo mai l'immunità di gregge, posto che possa esistere per un virus che trova serbatoi animali, perché i vaccini non bloccano il contagio. Un cauto ottimismo può venire dall'improbabilità che il virus tiri fuori una variante totalmente inaspettata».

## Dopo i vaccini è diventato proprio ottimista?

«Non lo sono mai stato, ma mi hanno fatto cambiare idea pure gli antivirali che in molti casi evitano l'ospedalizzazione».

## Non sono complicati?

«No, vanno assunti entro 5 giorni dal contagio, per cui bisogna valutare di essere contagiati, di essere pazienti a rischio e di non avere controindicazioni. Insomma, se si hanno più di 75 anni e patologie concomitanti va consultato un medico e richiesto il farmaco».

## Lei continua a dire che i morti sono troppi, è così?

«Sì ed è importante capire se si tratti di persone malate, vaccinate o trattati con gli antivirali. Se ci accorgessimo di no bisognerebbe mettere in atto dei provvedimenti. Senza dimenticare che il virus circola e colpisce i più vulnerali».

## Gli anticorpi monoclonali soffrono le sottovarianti?

«Alcuni sì, però se ne possono generare di nuovi. Il punto da rimarcare però è che nessun farmaco sostituisce i vaccini».

## E sarà sempre così?

«Storicamente le minacce virali si sconfiggono con i vaccini,

dunque prima del contagio». **Katalin Karikò, Ugur Sahin e Ozlem Tureci, gli scienziati che hanno scoperto i vaccini di cui racconta, ce l'avrebbe fatto senza Big Pharma?**

«Le case farmaceutiche con la loro conoscenza, capacità produttiva e organizzazione hanno dato un contributo fondamentale. Purtroppo devo notare che non hanno fatto altrettanto per comunicare la sicurezza dei vaccini. Tuttora non contrastano le fake news. Sui loro guadagni, da medico, ritengo intollerabile che i farmaci non siano ancora a disposizione di tutti, ma è la politica che deve trovare un equilibrio tra il giusto compenso di chi ha investito e un'equa distribuzione ai Paesi svantaggiati».

## La vaccinazione globale resta fondamentale per la fine della pandemia?

«No, perché anche vaccinando tutta la popolazione mondiale il virus continuerebbe a circolare. Certo ci sarebbero meno morti e la situazione migliorerebbe».

## Da anni si scontra con i No vax, c'è chi soffia sul fuoco?

«Dopo 165mila morti di Covid 7 milioni di italiani, di cui 1 milione over 50, rifiutano un vaccino sicuro ed efficace. Un mistero su cui tutti dovremmo interrogarci. La mia sensazione è che dietro le fake news ci siano spesso interessi».

## Teme più un'altra pandemia o l'antibiotico-resistenza?

«Entrambe, ma la seconda è un rischio reale. Gli antibiotici vanno presi solo se prescritti dal medico, altrimenti sempre più

batteri diventeranno resistenti generando gravi problemi».

Nel libro cita *Che cos'è la vita?* del filosofo Schrodinger che ispirò la scoperta dell'elica del Dna di Francis Crick, Rosalind Franklin e James Watson. **Lei che studia in laboratorio i virus che rapporto vede tra questi parassiti, pure dotati di un acido nucleico, e la nostra esistenza?**

«Se considerare vita un virus è davvero una questione filosofica. Un batterio vive da solo, mentre un virus ha bisogno di un ospite. Si tratta di una forma di vita particolare. Da piccolo immaginavo un futuro grande come i viaggi su Marte, mentre la rivoluzione viene dall'immensamente piccolo: ci avviciniamo al segreto della vita nel codice genetico. Lo stesso vale per i pericoli: non temiamo più le bestie feroci, ma virus e batteri. Colpisce che la rivoluzione, la vita, come il pericolo, la morte, vengano dall'infinitamente piccolo e non dal grande».—

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### ROBERTO BURIONI

PROFESSORE ORDINARIO  
DI VIROLOGIA AL S. RAFFAELE



Big Pharma non combatte le fake news e non aiuta a dare i farmaci ai Paesi svantaggiati

Dopo 165mila morti 7 milioni di italiani rifiutano vaccini sicuri e efficaci per me è un mistero



#### AL SALONE DEL LIBRO

Il virologo Roberto Burioni sarà al Salone internazionale del libro di Torino nella Sala Rossa venerdì 20 maggio alle 18 per presentare il suo ultimo libro *La formidabile impresa* (Rizzoli) con il direttore de *La Stampa* Massimo Giannini





## LA CURA Accordi Mancano i protocolli d'intesa con le farmacie

# Antivirali, troppe Regioni in ritardo

# Solo 280 le persone curate finora

» **Natascia Ronchetti**

La determinazione dell'Aifa, l'Agenzia nazionale del farmaco, risale al 20 aprile scorso. È la data di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale che ha reso operativa l'intesa tra la stessa Agenzia, il ministero della Salute e le associazioni di categoria dei farmacisti, da Assofarm a Federfarma, per la distribuzione alle farmacie territoriali del Paxlovid, l'antivirale contro il Covid-19 sviluppato da Pfizer. Eppure da allora per i pazienti non ospedalizzati sono stati avviati solo 280 trattamenti, su prescrizione dei medici di base (dati aggiornati al 3 maggio).

Questo perché l'accordo nazionale deve essere seguito dai protocolli d'intesa a livello regionale. E sono appena nove - Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Toscana e Umbria - le Regioni che li han-

no siglati, insieme alla Provincia autonoma di Trento.

**L'EROGAZIONE** del Paxlovid, che deve essere somministrato entro cinque giorni dalla comparsa dei sintomi dell'infezione, per impedire una evoluzione in forma severa della malattia, procede al rallentatore. E con ritmi ben diversi da regione a regione. Novanta terapie in Toscana, 75 in Umbria, 54 nel Lazio, 10 in Piemonte. Nelle altre, se si esclude la Campania (7 terapie), i trattamenti si contano sulle dita di una mano. Eppure, la prescrizione da parte del medico di famiglia con l'erogazione attraverso la rete delle 19 mila farmacie presenti in Italia, avrebbe dovuto essere una svolta capace di imprimere una accelerazione. Svolta auspicata dagli stessi medici di base. Prima infatti, dovevano limitarsi a richiedere la prescrizione a uno specialista ospedaliero - infettivologo o pneumologo - per la successiva erogazione da parte della farmacia dell'ospedale. Una procedura, stabilita da Aifa, che rendeva difficile l'accesso al far-

maco, allungando i tempi.

**OLTRE** al Paxlovid gli antivirali in commercio sono il Remdesivir - messo a punto da Gilead, con il nome commerciale Veklury - e il Molnupiravir, prodotto da Merck. I trattamenti da quando sono stati approvati, tra l'ottobre del 2020 (Remdesivir) e il febbraio di quest'anno (Paxlovid), non sono molti. Sono infatti poco più di 37 mila gli italiani curati a casa. Finora le terapie con il Molnupiravir sono state quasi 25 mila, quelle con Paxlovid 12.424. Per quanto riguarda il Remdesivir, invece, bisogna distinguere tra i pazienti curati in ospedale e quelli assistiti a domicilio. I primi sono stati 91 mila, i secondi circa 9 mila.

**Trattamenti Per ora solo in Lazio, Toscana, Umbria, Piemonte e Campania**



05

## Forme asintomatiche Covid, italiani scoprono fattori genetici

Mutazioni rare che indeboliscono i geni coinvolti nei processi di attivazione del sistema immunitario predispongono a forme asintomatiche di Covid-19. Lo hanno dimostrato scienziati italiani del Ceinge-Biotecnologie avanzate, in uno studio pubblicato 'Genetics in Medicine', rivista ufficiale dell'American College of Medical Genetics and Genomics (Acmg). Il gruppo diretto da Mario Capasso e Achille Iolascon, professori di genetica medica dell'università degli Studi di Napoli Federico II e ricercatori Ceinge, ha analizzato campioni di Dna di circa 800 persone che erano state contagiate dal virus Sars-CoV-2 senza sviluppare sintomi gravi, pur presentando fattori di rischio come l'età avanzata.

"Sono stati analizzati tutti i geni finora conosciuti utilizzando sequenziatori di ultima generazione e ottenendo così un enorme mole di dati genetici - riferisce Capasso - Strategie di analisi bioinformatiche avanzate, messe a punto grazie al contributo del giovane ricercatore Giuseppe D'Alterio e del team di esperti bioinformatici del Ceinge, hanno poi permesso di identificare mutazioni patogenetiche rare che erano significativamente più frequenti nei soggetti infetti e asintomatici e non in una grande casistica di circa 57.000 soggetti sani". In particolare 3 geni - Masp1, Colec10 e Colec11 - tutti appartenenti alla famiglia delle proteine della lectina e noti per avere un ruolo di difesa contro le infezioni, risultavano colpiti da mutazioni genetiche che attenuavano la loro funzione.

Lo studio si è avvalso della collaborazione con Pellegrino Cerino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Mezzogiorno, e Massimo Zollo, coordinatore Task force Covid del Ceinge, professore di genetica alla Federico II.

"Oggi - sottolinea Capasso - è ampiamente dimostrato che l'eccessiva





risposta immunitaria all'infezione da Sars-CoV-2 e la successiva iperattivazione dei processi pro-infiammatori e pro-coagulativi sono la causa principale del danno agli organi come polmoni, cuore, rene eccetera. La nostra ricerca dimostra che le mutazioni del genoma umano che attenuano questa eccessiva reazione immunitaria possono predisporre a un'infezione senza sintomi gravi".

Una scoperta che, secondo gli autori, potrà incidere sui futuri approcci diagnostici e terapeutici. "Abbiamo reso disponibili in un database online tutti dati genetici ottenuti, che altri studiosi potranno liberamente consultare per sviluppare nuove ricerche - evidenza Iolascon - Possiamo utilizzare queste mutazioni per individuare soggetti che sono predisposti a sviluppare forme meno gravi o asintomatiche della malattia Covid-19. Inoltre, i livelli sierici dei tre geni individuati potrebbero essere utilizzati come marcatori prognostici della malattia grave. Infine, oggi sappiamo qualcosa in più sulle basi biologiche di questa malattia e dunque abbiamo qualcosa su cui lavorare per sviluppare nuovi trattamenti farmacologici".

## Cina Scenario disastroso senza le misure «zero Covid»

ANDREA CAPOCCI  
PAGINA 9

**UNO STUDIO DI «NATURE MEDICINE» STIMA LE CONSEGUENZE PER LA CINA IN ASSENZA DI RIGIDI LOCKDOWN  
1,6 milioni di morti. Lo scenario catastrofico senza «zero Covid»**

ANDREA CAPOCCI

■ Il governo cinese sembra non aver alcuna intenzione di abbandonare la strategia «zero Covid» che impone rigidi lockdown a Shanghai e presto anche a Pechino. Nella capitale ieri si sono registrati appena 61 casi sintomatici su 24 milioni di abitanti ma scuole, parchi, bar, ristoranti, palestre sono già chiusi. L'inflessibilità della strategia cinese appare incomprensibile agli occhi occidentali e non solo. Persino Taiwan, altro campione dell'approccio «zero Covid», di fronte all'ondata generata dalle varianti Omicron ha deciso pochi giorni fa che fermare il virus è impossibile e tanto vale attrezzarsi a convivere.

**SEMPRE PIÙ CITTADINI** cinesi esprimono il loro dissenso nei confronti di provvedimenti dal grande costo sociale ed economico, dentro e fuori la Cina.

Uno studio pubblicato ieri dalla rivista *Nature Medicine* forse spiega l'inflessibilità del governo cinese. Secondo gli autori della ricerca, senza le regole introdotte per controllare i focolai nel giro di sei mesi la Cina andrebbe incontro a una catastro-

fe sanitaria. Lo studio è stato coordinato dall'epidemiologo Hongjie Yu dell'università Fudan di Shanghai e vede la partecipazione anche dell'italiano Marco Ajelli dell'Università dell'Indiana (Usa).

«L'introduzione della variante Omicron in Cina a marzo 2022 avrebbe avuto il potenziale di generare uno tsunami di casi», affermano gli autori. «Simulando un orizzonte di sei mesi, un'epidemia simile avrebbe causato 112 milioni di casi sintomatici, 5,1 milioni di ricoveri, 2,7 milioni di pazienti in terapia intensiva e 1,6 milioni di morti», un numero esorbitante rispetto ai 5.179 decessi ufficiali per Covid-19 dichiarati dal governo cinese dopo due anni di pandemia. Studi come questi sono basati sulle simulazioni al computer. Gli scienziati hanno elaborato un modello quanto più realistico della società cinese incorporando i dati reali sui flussi di trasporto, sulla dimensione dei nuclei familiari, sulla rete dei contatti sociali e sulle vaccinazioni. Messo a punto il modello, si simula la diffusione di un virus in questa società-modello, ripetendo l'esperimento

milioni di volte per individuare le evoluzioni più probabili. Quello apparso ai ricercatori è uno scenario catastrofico, che metterebbe in ginocchio gli ospedali e che spaventa il governo di Pechino: al picco dell'ipotetica ondata, servirebbero un milione di posti letto di terapia intensiva in tutta la Cina, cioè quindici volte più dei 64 mila attualmente disponibili.

**I RICERCATORI** hanno anche valutato le possibili alternative al lockdown, basate su un'ulteriore campagna vaccinale, sull'utilizzo dei farmaci anti-virali o sul rafforzamento delle misure di distanziamento sociale. Nessuna di queste strategie riuscirebbe da sola a rallentare l'epidemia: «In tutti gli scenari – scrivono i ricercatori – il fabbisogno massimo di posti letto di terapia intensiva supererebbe la disponibilità reale tra le 1,7 e le 14,1 volte».

Se però le misure di contenimento fossero adottate in contemporanea, la curva epidemica potrebbe rimanere entro le soglie di tenuta del sistema sanitario anche senza un lockdown generalizzato. «Un elemento cruciale è l'aumento della copertura vaccinale nella popolazione anziana e un uso diffuso

delle terapie antivirali» sottolineano gli autori della ricerca. La maggior parte dei casi gravi, infatti, si verificherebbe nella popolazione anziana non vaccinata, minoritaria ma ancora numerosa. A Shanghai, ad esempio, il 38% degli ultrasessantenni non è ancora vaccinato. Le stesse autorità, d'altronde, hanno ammesso di fare scarso affidamento sull'efficacia dei vaccini cinesi. E ora preferiscono non correre rischi.

**Ma se venissero fatti più vaccini e usati più farmaci antivirali il sistema potrebbe tenere**







» MARIANO BIZZARRI \*

# DANNI COLLATERALI: CIFRE DI UNA STRAGE

**A**lcuni recenti commenti del prof. Giorgio Parisi, premio Nobel per la Fisica, riportati da *La Stampa*, hanno riaperto il dibattito su quanto sia letale l'infezione da Covid-19.

Il tema è sicuramente rilevante, ma di non facile trattazione. La letalità è definita come numero di morti sul numero degli infetti. Questo indice ha subito straordinarie fluttuazioni tra il 2020 e il 2022. Nella prima fase i valori sono risultati inaspettatamente elevati a causa del fatto che il numero delle persone "infette" era sicuramente sottostimato e l'efficacia delle cure limitata. Nella seconda e terza fase, invece, mentre miglioravano le cure e venivano introdotti i vaccini (con evidente riduzione di mortalità), aumentava la quota di persone che venivano testate e scoperte essere positive al Covid-19. Questo ha fatto sì che l'indice di letalità abbia potuto scendere dal 14% dei primi mesi a più ragionevoli stime che, a partire dal maggio 2020, hanno finito con l'attestarsi intorno all'1.16% (poco più di un decesso ogni 100 persone colpite dalla malattia). Attualmente – mettendo in relazione i dati sierologici (che attestano l'avvenuta infezione da Covid) con i decessi – si ritiene che l'indice oscilli in Europa tra 0.5 - 1.0%. L'evoluzione del quadro è ben descritta dalle statistiche della John Hopkins University (*vedi grafico*).

È tuttavia incredibile come, nello stesso intervallo temporale, siano stati registrati valori di gran lunga inferiori in altre nazioni – specificamente in Africa e in Asia – in cui, indipendentemente dallo status socio-economico, la letalità si colloca intorno a valori molto più bassi (0.3 - 0.8%). Questa enorme disparità riflette il fatto che la pandemia da Covid è innanzitutto una sindemia: una malattia, cioè, il cui impatto sanitario cambia in modo straordinario in base all'interazione complessa (e imprevedibile) dell'agente patogeno con le caratteristiche strutturali del contesto geografico e sociale in cui si sviluppa. Questo dimostra che non ha senso parlare di letalità del Covid senza fare riferimento al contesto e alla fascia di età: se la letalità è infatti elevata nelle persone over 80, gravate dalla contemporanea presenza di malattie croniche, i valori sono invece assolutamente minimi per le fasce più giovani: circa 1 decesso ogni 100.000 persone



colpite dal virus tra 0 e 20 anni! Inoltre, come ricordato dall'Istituto Superiore di Sanità, il Covid è causa unica di malattia solo nel 23% dei decessi. Negli altri casi il Covid partecipa, ma non è l'unico attore e non avrebbe portato a morte se non fossero coesistite altre patologie. Se poi, come fa il prof. Parisi, si guarda ai dati complessivi di mortalità (numero di morti per milione di abitanti), che vengono messi a confronto ogni anno, si osserva che, stando alle cifre Istat per il 2020, i decessi "in più" rispetto al 2019 siano stati 112.000. Di questi, quelli assegnati al Covid sono "solo" circa 76.000. A cosa attribuire i 36.000 in più? Il prof. Parisi ritiene che si tratti di morti da virus non comprese nel conteggio ufficiale. Ma questo è inesatto. Non solo perché il test è stato sistematicamente eseguito anche sui cadaveri, ma perché – dopo i primi mesi – il numero dei positivi si è anormalmente espanso a causa dei falsi-positivi per cui risulta vero il contrario. Abbiamo infatti avuto una sovra-estimazione delle morti da Covid, come riconosciuto sia dall'Istat sia dall'ISS. L'aumento dei morti è dovuto sì alla pandemia, ma non al Covid: è la conseguenza di "danni collaterali" imputabili all'aumento di mortalità per altre malattie che, in termini di cura e prevenzione, sono state relegate in secondo piano: tumori, malattie cardiovascolari, suicidio e così via discorrendo. La cancellazione dei trattamenti e delle visite di controllo per tumori ha prodotto un aumento di mortalità stimato dal 40 all'80% rispetto agli anni precedenti, traducendosi in un aumento netto di circa 20.000

morti per cancro in Gran Bretagna. Negli Usa si è registrato un drammatico incremento nelle morti per alcol e per overdose da oppioidi, +25% e +59%, rispettivamente. Analogamente, un eccesso di mortalità (circa +30/40%) per eventi cardiovascolari è stato osservato nelle grandi città, in numerosi Paesi, tra cui l'Italia. Può quindi sembrare un paradosso: se da un lato si ridimensionano i numeri di morti dovuti al Covid in quanto tale, aumentano quelli legati alla pandemia. Ma questo dato punta l'indice sulla inadeguatezza e improntitudine con cui è stata affrontata l'emergenza, indirizzata a gestire solo il Covid, disinteressandosi di tutto il resto. Se alcune misure potevano avere un senso durante il governo Conte, non sono più state comprensibili con il governo Draghi, quando quasi tutti gli ospedali – in omaggio alla dottrina del Gen. Figliolo – sono stati "riconvertiti" per curare il Covid, nonostante fosse già stata avviata la campagna vaccinale. Questo ha portato a "dimenticare" altre e ben più importanti malattie. Se si va in tv a dire che si





muore più di Covid che di cancro si compie una vera e propria manipolazione della verità. In Italia muoiono ogni anno più di 180.000 persone di cancro e circa 250.000 di malattie cardiovascolari. Aver dimenticato questa semplice verità ha portato a stravolgere la realtà che, come sempre, finisce poi sempre per vendicarsi dell'ideologia. La lezione che dobbiamo trarne è che è tempo di tornare a occuparsi di quelle malattie croniche – tumori, malattie metaboliche e cardiovascolari – che in definitiva sono i fattori determinanti che decidono se l'infezione da Covid possa o non possa essere una minaccia mortale. E questo vuol dire che, prima dei vaccini, occorre occuparsi della nostra disastrosa Sanità. Nessun vaccino la salverà se non si mette mano a una politica di risanamento e ristrutturazione profonda.

\* Università la Sapienza, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## **CIFRE FALLACI** In Italia in questi 2 anni c'è stata una sovra-estimazione delle vittime del virus, come riconosciuto sia dall'Istat sia dall'Iss L'aumento dei decessi è dovuto sì alla pandemia, ma non al morbo



## Al Gemelli arriva Eric, l'assistente virtuale

### TECNOLOGIA

**I**l Policlinico Gemelli di Roma è il primo ospedale in Italia a utilizzare un assistente virtuale per rispondere, grazie all'Intelligenza artificiale, ai dubbi dei pazienti in attesa di effettuare un esame endoscopico.

Eric è il suo nome, è stato realizzato dalla giapponese Olympus in collaborazione con Userbot e Media for Health. È stato progettato per rispondere in maniera autonoma, rapida e puntuale. Al Policlinico è a disposizio-

ne dei pazienti che devono effettuare una colonscopia per fornire loro indicazioni sulla preparazione all'esame.

Alla base dell'introduzione di questo strumento c'è la constatazione che spesso le domande si ripetono da paziente a paziente e pertanto possono risolversi in risposte standard. I pazienti vogliono essere rassicurati se la colonscopia sarà dolorosa, oppure conoscere le precauzioni a cui dovranno attenersi prima o dopo esame.

«Crediamo che questo

nuovo servizio possa migliorare il percorso e la preparazione del paziente - afferma Guido Costamagna, direttore dell'Uoc di Endoscopia Digestiva Chirurgica della Fondazione Policlinico Gemelli Irccs e Ordinario di Chirurgia generale alla Cattolica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Il sistema QUI

# Il bri sta

Il meccanismo di reazione che ci protegge dai «nemici» (virus, batteri, tumori...) ha in realtà, come obiettivo principale, quello di mantenere una delicata armonia interna. Altrimenti il rischio è che resti attivo anche quando non serve, dando luogo al long Covid, per esempio, o a malattie autoimmuni. Per questo l'idea di «potenziarlo» (ammesso che sia possibile) è sbagliata. E due nuovi libri fanno chiarezza.



di Maddalena Bonaccorso

**N**el complicato equilibrio sul filo che separa la vita dalla morte, la salute dalla malattia, noi esseri umani apparentemente deboli e in balia degli imprevisti, non siamo soli né indifesi. Al nostro fianco, nella lotta tra batteri e anticorpi, virus e linfociti, infezioni e globuli bianchi, guerre silenziose e complicatissime, lavora senza sosta il nostro «apparato» più complesso dopo il cervello: il sistema immunitario.

Questa meravigliosa macchina di difesa e di equilibrio è stata messa sotto scacco dal Covid-19. E oggi, come emerge dagli ultimi studi (e in percentuale maggiore nelle persone non vaccinate), dopo essere guariti dall'infezione da Sars-Cov-2, il sistema immunitario continua a funzionare troppo e per troppo tempo, restando a lungo «sollecitato», anche quando il virus non c'è più e provocando il «long Covid», definito come tale nell'ottobre 2021 dall'Oms.

Fenomeno che fa luce su quanto poco ancora conosciamo delle nostre difese immunitarie, di quando si attivano (e ci salvano la pelle) e di quando «impazziscono» e vanno in tilt. «Già durante la prima ondata di Covid-19 abbiamo visto che lo scatenarsi di quella che chiamiamo «tempesta citochinica» aggravava notevolmente la condizione dei malati di coronavirus» racconta Roberto Cauda, direttore Uoc Malattie infettive, Fondazione policlinico universitario Agostino Gemelli Irccs e componente dello Scientific advisory group dell'Ema. «Le citochine sono molecole proteiche che regolano la funzione delle cellule immunitarie: nel tentativo di eliminare il virus, a un certo punto il nostro apparato di difesa perde il controllo. La reazione abnorme, che va spenta al più presto con cortisonici e altri farmaci, potrebbe essere una delle cause per cui, dopo la guarigione, resta «accesa» una componente autoimmune, che può causare il long Covid».

**È l'emergenza destinata probabilmente a diventare il problema più complesso che i sistemi sanitari nazionali di tutto il mondo dovranno**

fronteggiare nei prossimi anni. Secondo un recente studio dell'Università del Michigan, basato sui dati di 17 Paesi, sono più di 100 milioni le persone colpite dal long Covid (quasi il 40 per cento dei sopravvissuti); mentre un altro lavoro pubblicato su *Nature*, effettuato su veterani americani, segnala che nell'anno successivo alla malattia il rischio di ictus aumenta del 52 per cento e quello di scompenso cardiaco del 72.

Una difesa viene dai vaccini anti-Covid. Un compendio aggiornato a gennaio 2022 dell'Uk Health security agency dimostra che due dosi di vaccino riducono fortemente - fin quasi ad

azzerarle - le sequele invalidanti.

«Se il Covid era una malattia nuova, il long Covid è nuovissima» continua Cauda. «Molti malati ne soffrono, altri no. Per quale motivo? Uno dei principali indiziati è proprio il sistema immunitario. L'ipotesi è che ci siano dei «trigger» autoimmuni per cui l'apparato causa una lunga o lunghissima durata dell'infezione in determinati organi, come polmone, cuore e cervello».

In questo scenario, il libro della giornalista scientifica Agnese Codignola *Il lungo Covid* descrive circa 200 sintomi riferiti da pazienti guariti (spesso giovani in età lavorativa) che per mesi non riescono a tornare alle loro normali attività perché colpiti da fatica cronica, tachicardia, difficoltà respiratorie, depressione, perdita di capacità cognitive, distorsioni olfattive.

Che tutta questa tempesta provenga proprio dalla nostra «macchina di difesa» non deve stupirci se è vero che - come sostiene Philip Dettmer, fondatore di Kurzgesagt, il canale YouTube scientifico più seguito al mondo, autore del saggio *Immune, Viaggio nel misterioso sistema che ci tiene in vita* (Rizzoli): «Il nostro sistema immunitario non è soltanto dentro di noi.





Coincide con noi... Attiva complesse linee di difesa, comunica sulle lunghe distanze, chiama i rinforzi e condanna a morte miliardi di nemici. Ha l'enorme responsabilità di mantenerci sani il più a lungo possibile».

**E la sua storia parte da lontano: «L'immunità cellulare è stata studiata, tra i primi, da Robert Koch a fine Ottocento, testando e valutando gli effetti dell'agente della tubercolosi sul sistema immunitario»** spiega Cauda. «Da allora molti premi Nobel sono stati conferiti a quella che si configurava come una "nuova scienza", il cui progresso è stato tumultuoso soprattutto nella seconda metà del Novecento e poi con l'arrivo dell'Aids, una sindrome da immunodeficienza acquisita. Aver posto al centro del dibattito scientifico il sistema immunitario ha permesso grandi passi in campo medico: basti pensare al fatto che riuscire a controllare la risposta immunitaria e il rigetto ha consentito lo sviluppo della trapiantologia».

Oggi, intorno ai vaccini anti-Covid e a una stimolazione delle nostre difese ravvicinata nel tempo c'è grande dibattito. Sono sostenibili i richiami ogni tot mesi? «Nel caso specifico, i richiami ravvicinati non sembrano avere effetto negativo sulla risposta immunitaria» afferma Maria Rescigno, ordinario di Patolo-

gia generale all'Humanitas University e Group leader dell'Unità di immunologia di Humanitas. «Non si notano controindicazioni. Anche con la quarta dose, dai dati finora in nostro possesso appare che il sistema immunitario non solo non si "deprime" ma si riattiva».

Anche se sull'utilità della quarta dose «di massa» non c'è ancora tra gli scienziati un consenso generalizzato: «Negli Usa sono già partiti» continua Rescigno, «ma gli studi da Israele, pubblicati sul *New England Journal of Medicine*, mostrano che la quarta dose ri-stimola, è vero, la risposta immunitaria ma non protegge di più da Omicron. In un soggetto sano, che ha già risposto bene dopo la terza dose, la quarta non aggiunge molto».

Ma quando il nostro sistema naturale di difesa non ce la fa, o si lascia ingannare dal virus (che sia il Covid-19 o altri),

è una buona idea «aiutarlo» con integratori, supplementi, vitamine o altro?

«Il sistema immunitario è anch'esso soggetto a stimoli positivi e negativi» risponde Cauda. «Molte ricerche si sono concentrate su come utilizzare un farmaco piuttosto che un altro per

stimolarlo, esiste qualche molecola che agisce sul timo, ma i risultati non sono particolarmente significativi. Per parlare di utilità di vitamine e integratori occorrono più complessi studi randomizzati, dati solidi che per ora non ci sono».

**Nel suo affascinante saggio, Dettmer dedica un capitolo proprio all'idea di «rafforzare» dall'esterno linfociti, anticorpi, globuli bianchi e via dicendo.** Idea sbagliata e «utilizzata solo da gente che cerca di farvi comprare roba inutile». Anche perché, almeno per ora, non esiste alcun modo scientificamente provato per potenziare direttamente il sistema immunitario con un prodotto facilmente reperibile. «E se ci fosse, sarebbe pericoloso usarlo senza supervisione medica». Il motivo? Il sistema di difesa che abbiamo in dotazione, spiega Dettmer, è come una complicata sinfonia che deve funzionare armoniosamente. Qualsiasi scostamento è controproducente. «E anche il semplice termine "sistema immunitario forte" è improprio. Quello che vogliamo è che sia equilibrato». Altrimenti, il rischio è il long Covid (per esempio) o l'innescarsi di malattie autoimmuni.

Calma, dunque; prendersi cura di sé stessi, conducendo uno stile di vita sano e tenendo il più possibile lontano lo stress, è al momento l'unico modo che abbiamo per aiutare questa nostra meravigliosa macchina di difesa, con tutto il suo corollario di strategie, attacchi, difese, vittorie, disfatte e sacrifici per proteggerci dal male. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# L'elisir di lunga vita: poco cibo, orari fissi

## LO STUDIO

**P**orzioni piccole e ad orari fissi. Ecco l'ultimo dettame della scienza per allungare la vita. A portata di mano, dunque, bilancia e orologio se si vuol fare di tutto per guadagnare anni.

Che mangiare in modo parco aiuti a vivere tanto quanto Matusalemme è una realtà scientifica ormai acquisita. Ma adesso, uno studio appena pubblicato su *Science* firmato dai ricercatori dell'Howard Hughes Medical Institute a Chevy Chase nel Maryland (Usa), aggiunge al puzzle della longevità un altro importante tassello. Chi aspira a vivere a lungo, infatti, deve non solo mangiare poco, ma preferibilmente anche ad orario. E il ritmo circadiano (le variazioni cicliche che ogni giorno coinvolgono le nostre attività biologiche) gioca un ruolo determinante in questo effetto-longevità.

## IL MONITORAGGIO

Le indicazioni scaturiscono da una ricerca condotta su un piccolo esercito di topi, studiati e monitorati con grande attenzione in laboratorio, per un periodo di quattro anni. I risultati parlano chiaro: i topini sottoposti solo a dieta ipocalorica vivono il 10% più a lungo, ma quelli che consumano lo stesso numero di calorie al picco di attività del loro metabolismo (che per un roditore si verifica la notte, mentre per l'uomo sarebbe di giorno), ottenevano un bonus-longevità del 35%. Vivevano, cioè, nove mesi più a lungo. Il che, per un animaletto che vive in media 2 anni, è davvero rimarchevole.

Il felice risultato è dato dall'equazione "mangia meno e fallo solo quando il tuo metabolismo lavora a rotta di collo". Lo studio, dunque, dimostra che i ritmi circadiani e gli orologi biologici esercitano un impatto notevole nel potenziare i cosiddetti "effetti Matusalemme" di una dieta a basso contenuto di calorie.

Da anni è stato dimostrato che la restrizione calorica estende la durata di vita di qualsiasi essere vivente, dal verme all'uomo, passando per mosche, topi e scimmie e lo fa non solo attraverso la perdita di peso, ma migliorando il metabolismo del glucosio, abbassando la pressione arteriosa e riducendo l'infiammazione.

Questo lavoro, già considerato dagli esperti una pietra miliare, aggiunge un nuovo ingrediente alla ricetta della longevità: i ritmi circadiani, il rispetto dei quali a tavola fa campare più a lungo, per meccanismi che restano però al momento oscuri. L'autore principale del lavoro è Joseph Takahashi, autorità mondiale in tema di orologi biologici. È sua, per esempio, la scoperta del primo gene che controlla i ritmi circadiani nei mammiferi. Il suo team lavora da anni alla comprensione delle basi molecolari e genetiche dei ritmi circadiani nei mammiferi, utilizzando i topini (ma anche alcune cellule particolari contenenti il "metronomo" della vita), come strumento per scoprire le basi genetiche di queste complesse battute dell'orchestra della vita.

«La nostra vita è scandita da cicli di ventiquattro ore - spiega Takahashi - e tutti gli organismi viventi hanno sviluppato modi per anticipare le alterazioni quotidiane di luce e temperatura. Modi che accomunano tutti: batteri, piante, l'uomo. Sono gli

"orologi biologici" che possono anticipare cosa accadrà in questi cicli di ventiquattro ore. Quello più noto è il ciclo sonno-veglia».

Takahashi è comunque rimasto così impressionato dai risultati della sua ricerca da averli già messi in pratica. Il ricercatore ha reso noto che ha preso a concentrare i suoi pasti quotidiani all'interno di una finestra temporale di 12 ore durante la giornata, per poi chiudere i battenti (dello stomaco) fino al giorno successivo. Una sorta di mito di Proserpina condensato in 24 ore: dodici di buona tavola (ma con poche calorie), dodici di "riposo" dello stomaco. Con piccoli sgarri, il meno possibile.

## LA PASTICCA

Sembra esserci ancora molto da studiare in materia. Dal momento che, secondo altre ricerche (una dell'Università di Guangzhou in Cina pubblicata recentemente sul *New England Journal of Medicine*) il dimagrimento e il benessere dipenderebbero solo dalla scarsità delle calorie e non dall'orario in cui viene consumato il cibo.

Ma la vera ambizione, questo si evince dal lavoro americano, è quella di capire i meccanismi della longevità celati nella scheda alimentare disegnata sull'attività del metabolismo. Questo potrebbe aiutare a mettere a punto un farmaco in grado di potenziare i misteriosi meccanismi regolati dall'orologio biologico. L'elisir di lunga vita. In compresse, anziché una pozione liquida, come la tradizione tramanda.

**Maria Rita Montebelli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# San Camillo, la Regione chiede un audit

Dopo le foto shock e le testimonianze raccolte da Repubblica la decisione dell'assessore D'Amato

Ci volevano le foto shock e le testimonianze strazianti in prima persona per far aprire gli occhi alla politica su quando avviene quotidianamente all'interno dei Pronto Soccorso. Dopo il racconto in presa diretta dal girone al piano meno 1 del padiglione del San Camillo, tra sovraffollamento, il Tetris di barelle, i giorni costretti in una lettiga per essere ricoverati in re-

parto, l'assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato ha deciso di "disporre un audit".

di **Arianna Di Cori** • a pagina 4



SANITÀ

## Pronto Soccorso San Camillo D'Amato apre un'indagine

Dopo l'inchiesta di "Repubblica" che ha documentato sovraffollamenti e attese infinite per essere visitati e ricoverati

di **Arianna Di Cori**

Ci volevano le foto shock e le testimonianze strazianti in prima persona per far aprire gli occhi alla politica su quando avviene quotidianamente all'interno dei Pronto Soccorso. Dopo il racconto in presa diretta dal girone dantesco al piano meno 1 del padiglione centrale del San Camillo, tra sovraffollamento, il Tetris di barelle, le attese infinite per esse-

re visitati e ancora peggio, i giorni costretti in una lettiga per essere ricoverati in reparto, l'assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato ha deciso di "disporre un audit sul San Camillo".

Un'indagine interna, in cui chi indaga fa parte della stessa squadra dell'indagato, per appurare quello che *Repubblica* ha raccontato negli ultimi giorni: il sistema dell'emergenza, finito l'allarme Covid - per de-

creto, e almeno fino al prossimo autunno - è nel caos più totale. I Pronto Soccorso, le "discariche" del sistema sanitario regionale, ogni giorno non solo accolgono migliaia di cittadini, ma si ritrovano a fare da para-



fulmine a tutto quello che la sanità territoriale non riesce a fare: prendersi cura di una popolazione - in particolare anziani, e malati cronici - che nei reparti di emergenza e accettazione trovano l'ultima spiaggia. Il personale impegnato nel più "democratico" dei reparti, in cronico sottorganico, è costretto a gestire non solo il flusso costante in entrata, ma anche il cosiddetto "boarding": pazienti che vengono stabilizzati dai medici e dagli infermieri e che poi restano "parcheeggiati" per giorni (tra i 600 e i 900 al giorno, ovvero l'equivalente dei posti letto totali di un ospedale come il San Camillo) in attesa di essere presi in cari-

co dai reparti a cui sarebbero destinati, che però si ritrovano a corto di posti letto. Una tempesta perfetta.

Sorprende però la modalità con cui l'assessore ha deciso di gestire la faccenda. Prima di annunciare l'audit, infatti, D'Amato ci ha tenuto a sottolineare che dopo essersi «recato personalmente a verificare l'attuale situazione presso il pronto soccorso dell'azienda ospedaliera San Camillo», e dopo aver comunicato i numeri (impressionanti, appunto) di ieri - 115 pazienti presenti di cui 65 in attesa di ricovero - ha «trovato una situazione impegnativa, ma sicuramente non critica tale da pregiudicare l'assistenza». Centinaia di

persone ammassate nei corridoi sono dunque per D'Amato uno standard accettabile. Anzi, no, dato che, nello stesso comunicato, il numero uno della sanità regionale dispone un'indagine interna. Così nasce una nuova figura: la smentita con autosmentita annessa. Non resta che sperare nel protocollo tra Regione e Simeu, messo a punto da chi lavora in prima linea per porre fine ai disagi. D'Amato ha annunciato che oggi verrà firmato. Le autosmentite stavolta non saranno accettabili.

***L'assessore alla Sanità "Ci sono andato di persona, situazione impegnativa ma non critica". Però ha dato il via all'audit***

**▲ L'emergenza**

L'affollamento dei pazienti in attesa al Pronto Soccorso del San Camillo

