



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

26 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



Vene varicose, trattamenti con radiofrequenza al Policlinico Giaccone

Si tratta di una tecnica mininvasiva che consente di curarle. La procedura viene eseguita in Day Service per cui il paziente torna a casa nella stessa giornata.

26 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Sono ormai consolidati all'interno dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Flebolinfologia dell'AOUP "P. Giaccone" i trattamenti con radiofrequenza per le persone affette da varici degli arti inferiori. Si tratta di una tecnica mininvasiva che consente di curare le vene varicose, espressione clinica più frequente dell'insufficienza venosa cronica.

Sotto controllo ecografico all'interno della vena malata viene inserito un catetere sottile, collegato a un generatore di radiofrequenza esterno. Il catetere per radiofrequenza lavora emettendo energia all'interno del vaso, provocando la chiusura dello stesso. La procedura viene eseguita in Day Service per cui il paziente torna a casa nella stessa giornata.

“Questa metodica innovativa – spiega il Dott. Mario Bellisi, Responsabile dell'UOSD di Flebolinfologia – è stata sviluppata già da alcuni anni. Da Marzo 2022 la tecnica endovascolare è stata integrata tra le prestazioni eseguite ogni giorno all'interno della nostra unità operativa. Particolarmente gradita ai pazienti, è raccomandata dalle principali linee guida della Società Europea di Chirurgia Vascolare”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Per prenotare una visita e valutare la possibilità di sottoporsi alla procedura con radiofrequenza occorre prenotare tramite il CUP dell'AOUP con impegnativa del medico curante per "visita di Chirurgia Vascolare cod 897CV primo accesso (Ambulatorio di Flebolinfologia)".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Messina, la Fials: «Urgono infermieri, ausiliari specializzati e Oss»

Il sindacato denuncia «la grave carenza dei lavoratori che sono quotidianamente nella trincea operativa»

26 Maggio 2022 - di [Redazione](#)

MESSINA. «All'Asp di Messina non è più prorogabile la questione degli organici del personale del comparto in particolar modo degli Ausiliari Specializzati, Operatori Socio Sanitari e di Infermieri». Lo afferma **Domenico La Rocca**, segretario generale della Fials Messina, aggiungendo: «**I servizi ospedalieri** stanno soffrendo la grave carenza di Ausiliari e per cercare di sopperirla coloro che sono in servizio si sobbarcano di una mole di lavoro non gestibile ed in quanto tale, causa malcontento e stress nei lavoratori, che nel medesimo turno lavorano in più reparti, e disagio ai servizi nei quali mal si concilia la presenza degli stessi operatori a scavalco».

Secondo il sindacalista «la grave carenza dei lavoratori che sono quotidianamente nella trincea operativa nel corso degli anni è stata causata dalla miopia gestionale che ha provocato disfunzioni che in qualche modo venivano sopperite da prestazioni di lavoro straordinario, ma da qualche anno le carenze sono ben visibili sia in termini di condizioni di adeguatezza igienica e di pulizia degli ambienti, sia in termini di qualità assistenziale che gli utenti ormai quasi rassegnati ancora riescono a sopportare».

La Fials Messina, quindi, chiede di «intervenire con urgenza sulle carenze e con una pianificazione strategica finalizzata a dare stabilità organizzativa ai servizi e sicurezza



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

operativa ai lavoratori» e lancia un appello al commissario straordinario: «Lo invitiamo ad accelerare la rimodulazione della pianta organica e superare strutturalmente le gravi carenze ataviche sia del personale infermieristico che di quello ancor più grave del personale Ausiliario Specializzato ed Operatore Socio Sanitario. I servizi non possono continuare a soffrire delle carenze che si ripercuotono sulla qualità e sulla sicurezza assistenziale agli utenti e gli operatori che non possono mantenere a lungo quei ritmi di lavoro finora garantiti».

In assenza di riscontro, dal sindacato annunciano: «Attiveremo tutte le azioni previste dalla legge per la **tutela dei diritti** di tutti i lavoratori e delle prerogative sindacali nonché altre forme di protesta».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Terapia genica, a SR-Tiget ideato protocollo che evita chemio

26 Maggio 2022



(ANSA) - ROMA, 26 MAG - Ricercatori dell'Istituto San Raffaele-Telethon per la Terapia Genica di Milano hanno messo a punto un nuovo protocollo che permette di effettuare la terapia genica per correggere le cellule staminali del sangue senza sottoporre il paziente a chemio o radioterapia. Il protocollo è stato testato su modelli animali e illustrato sulla rivista Cell.

"I risultati spianano la strada verso regimi terapeutici che non prevedano più l'impiego di chemio o radioterapia, minimizzando gli effetti collaterali a breve e a lungo termine causati dall'elevata tossicità di questi trattamenti" commenta Luigi Naldini, direttore di SR-Tiget e professore ordinario di Istologia e di Terapia genica e Cellulare presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. La terapia genica punta a correggere nelle cellule "malate" la funzione di un gene difettoso. Nel contesto delle malattie ematologiche, vengono utilizzate le



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

cellule staminali ematopoietiche da cui hanno origine tutte le cellule del sangue.

Gli attuali protocolli prevedono che queste cellule vengano fatte 'uscire' dal midollo osseo attraverso un trattamento farmacologico (con una procedura detta 'mobilizzazione'), corrette in laboratorio e successivamente trasferite nel paziente. Prima di quest'ultimo passaggio oggi è necessario sottoporre il paziente a chemio o radioterapia per eliminare le cellule staminali malate e fare posto a quelle nuove (condizionamento). Questo intervento, oltre ad avere effetti collaterali nel breve e lungo periodo, limita la platea di pazienti eleggibili alla terapia genica.

I ricercatori sono riusciti a evitare questo passaggio: "Abbiamo dimostrato come i farmaci impiegati per la mobilizzazione - se utilizzati massimizzandone l'efficacia - possono da soli creare, in una finestra temporale ristretta, lo spazio sufficiente nel midollo osseo necessario all'attecchimento delle cellule staminali corrette, senza l'impiego di regimi di chemio o radioterapia", spiega la prima autrice dello studio Attya Omer Javed.

Per fare ciò, i ricercatori hanno anche usato la tecnologia a RNA messaggero - la stessa usata per lo sviluppo dei vaccini contro il Covid-19 - per potenziare la capacità delle cellule staminali corrette di attecchire nel midollo. Se l'efficacia di questa strategia fosse confermata nell'uomo "potrebbe risultare efficace per il trattamento di numerose malattie genetiche, dalle immunodeficienze primarie ad anemie ereditarie e malattie da accumulo - e non solo - aprendo nuovi orizzonti di applicazione per le moderne tecniche di terapia genica e cellulare", conclude Naldini.

LA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Vaccini, quarantena, donazioni di sangue Le regole per fermare i contagi da vaiolo

In Italia i casi sono otto
Le ipotesi: immunizzare
i sanitari e isolare
i contatti degli infetti

di Viola Giannoli

ROMA – Valutare la vaccinazione per il personale sanitario entrato in contatto con il Monkeypox; isolare, fino alla guarigione, i malati e per 21 giorni i contatti stretti; considerare la necessità di applicare la quarantena «in alcuni contesti ambientali ed epidemiologici», vietare le donazioni di sangue e organi ai contatti asintomatici. Mentre si sta cercando di capire la possibile evoluzione del vaiolo delle scimmie, il direttore della prevenzione del ministero della Salute, Gianni Rezza, firma una circolare per «la segnalazione, il tracciamento e la gestione dei casi» di Mpx, il virus che conta oggi almeno 120 persone contagiate in 12 Paesi della Ue, di cui 8 in Italia, oltre a decine di sospetti sotto indagine.

Cinque sono i ricoverati allo Spallanzani di Roma, un altro ad Arezzo. Due i casi in Lombardia, isolati a casa loro e in condizioni stabili non preoccupanti. Numeri molto bassi eppure in crescita (3 giorni fa erano 92 nella Ue) via via che la sorveglianza si estende dove la malattia non è

endemica.

Sembra di essere ripiombati nella terminologia dei primi mesi del Covid, anche se tra i due virus ci sono notevoli differenze. «Nell'attuale focolaio di Mpx umano, la natura delle lesioni presenti suggerisce che la trasmissione sia avvenuta durante i rapporti sessuali», scrive il ministero. Il contagio è possibile anche attraverso il contatto stretto con lesioni cutanee di una persona infetta, tramite le goccioline di sudore o saliva che viaggiano nell'aria in caso di un incontro prolungato faccia a faccia, con lo scambio e la condivisione della biancheria da letto e degli indumenti o in gravidanza tra mamma e figlio. Il ministero non esclude neanche la trasmissione della malattia dall'uomo agli animali domestici, cani, gatti, roditori: uno «spill-over», salto di specie, che potrebbe portare «la malattia a diventare una zoonosi endemica».

Intanto, si legge nella circolare, chi è entrato in contatto stretto con un contagiato «deve essere monitorato quotidianamente per l'insorgenza di sintomi – mal di testa, feb-

bre, brividi, mal di gola, malessere, astenia, mialgia, mal di schiena, eruzione cutanea e linfadenopatia – per 21 giorni dall'ultimo contatto». Periodo in cui, anche se asintomatici, non vanno donati sangue, cellule, tessuti, organi, latte o sperma e vanno evitati contatti con immunodepressi, donne incinte e bambini sotto i 12 anni. Non solo: «In specifici contesti ambientali ed epidemiologici, potrebbe essere richiesta l'applicazione di misure di quarantena». Quanto alle cure, è prevista «l'adozione di farmaci, inclusi specifici antivirali», in particolare per coloro che presentano sintomi gravi o che sono a rischio per via di altre patologie pre-esistenti.

Nella circolare si legge anche che, nonostante «la probabilità di trasmissione dell'infezione agli operatori sanitari che indossano camici, guanti, copriscarpe o stivali monouso, Ffp2 e visiere» sia molto bassa, va valutata «la vaccinazione post-esposizione, idealmente entro quattro giorni dal contatto» col monkeypox per medici, infermieri e personale di laboratorio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punti

● L'isolamento

Si raccomanda l'isolamento in ospedale o in casa dei casi sospetti o confermati

● La quarantena

Può essere richiesta in alcuni contesti ambientali ed epidemiologici sulla base di valutazioni delle autorità sanitarie

● I contatti stretti

Devono essere monitorati giornalmente per 21 giorni e non possono donare sangue, organi o latte materno

● La vaccinazione

Può essere adottata per i sanitari entro quattro giorni dall'esposizione al Monkeypox



Al vertice

Gianni Rezza, direttore generale della prevenzione del ministero della Salute, Gianni Rezza. La circolare con le regole per prevenire il contagio da vaiolo è firmata da lui



La raccomandazioni del ministero della Salute sul vaiolo delle scimmie «Quarantene e siero per i sanitari»

••• Aumentano i casi di vaiolo in Italia. Due sarebbero stati registrati in Lombardia. L'allerta resta alta. Intanto il ministero della Salute ha emanato la circolare con le linee guida contro il virus. Tra questa l'indicazione della possibile vaccinazione post-esposizione da considerare per contatti a rischio più elevato come gli operatori sanitari.

a pagina 9

VAIOLO DELLE SCIMMIE

Sono saliti a otto i casi in Italia. In una circolare del ministero della Salute le indicazioni per gestire la malattia

«Valutare quarantene e vaccino per i sanitari»

••• Sono saliti a otto i casi di vaiolo delle scimmie in Italia. Il quinto caso, con caratteristiche cliniche e di trasmissione simili ai precedenti ma che arriva da una città tedesca, e non dalle Canarie come i precedenti quattro casi, è stato notificato ieri dall'Istituto Spallanzani, dove si è presentato anche «un giovane uomo. Il paziente presenta un quadro clinico caratteristico della malattia. Le indagini di laboratorio hanno confermato la diagnosi di monkeypox», riferisce l'Istituto romano. In serata altri due casi in Lombardia. I ricercatori dello Spallanzani hanno inoltre completato la prima fase dell'analisi della sequenza del DNA del Monkeypox virus dei primi tre casi di vaiolo delle scim-

mie osservati in Italia e seguiti presso l'Istituto romano, mentre sono in corso gli accertamenti su altri casi sospetti. Intanto è arrivata una circolare del ministero della Salute, che dà indicazioni su segnalazione, tracciamento dei contatti e gestione dei casi di monkeypox. «La vaccinazione post-esposizione (idealmente entro 4 giorni dall'esposizione)» al virus del vaiolo delle scimmie «può essere presa in considerazione per contatti a rischio più elevato come gli operatori sanitari, compreso il personale di laboratorio, previa attenta valutazione dei rischi e dei benefici». Inoltre «l'adozione di contromisure di tipo medico farmacologico, inclusi specifici antivirali - si spiega - può

essere presa in considerazione nell'ambito di protocolli di uso sperimentale o compassionevole, in particolare per coloro che presentano sintomi gravi o che possono essere a rischio di scarsi risultati, come le persone immunodepresse». Mentre «in specifici contesti ambientali ed epidemiologici, sulla base delle valutazioni delle autorità sanitarie, potrebbe essere richiesta l'applicazione di misure quarantenarie».

Sulla trasmissione «attualmente, si conosce poco sull'idoneità delle specie animali europee peri-domestiche (mammiferi) a fungere da ospite per il virus del Vaiolo delle scimmie. Tuttavia, si sospetta che i roditori, e in particolare le specie della famiglia degli Sciuridae (scoiattoli),

siano ospiti idonei, più dell'uomo, e la trasmissione dall'uomo agli animali (da compagnia) è quindi teoricamente possibile», mentre «la probabilità di trasmissione tra individui senza contatto stretto è considerata bassa».

PIN.SER.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Covid, si va verso l'endemia Il nodo delle visite nelle Rsa

ENRICO NEGROTTI

Una discesa costante di casi e ricoverati con Covid-19, e la situazione degli ospedali in netto miglioramento, in particolare nelle terapie intensive. È quanto fotografano i report settimanali della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), mentre gli attualmente positivi scendono sotto quota 800mila, un dato che non si verificava dal 30 dicembre scorso, prima dell'impennata di casi registrata nelle prime settimane del 2022. In questa situazione che va verso l'endemia del Sars-CoV-2, si manifesta la protesta dei parenti dei ricoverati nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), che ancora trovano difficoltà a incontrare i loro cari. Mentre una causa singolare è stata intentata dagli eredi di un badante di 68 anni (non vaccinato) contro il suo datore di lavoro (nonché la sua assicurazione e l'Inail), per avere un risarcimento della morte del congiunto. Ieri sono stati registrati 22.438 nuovi casi e 114 morti legati al Covid-19, secondo quanto riferito dal ministero della Salute. In calo la pressione sul sistema sanitario: non solo i pazienti in terapia intensiva sono 19 meno del giorno prima, ma anche i ricoverati nei reparti ordinari sono calati di

288 unità. E le persone attualmente positive sono 792mila 583, oltre 17mila meno di martedì.

Ma i dati più positivi sono quelli settimanali. La Fiaso segnala che – negli ospedali sentinella – il numero di pazienti nei reparti ordinari e terapie intensive si è ridotto in una settimana del 16%, nelle terapie intensive addirittura il calo è stato del 48%, «tanto che molti ospedali – osserva il presidente Fiaso, Giovanni Migliore – hanno chiuso e riconvertito alle attività ordinarie le aree Covid. In 12 dei 19 ospedali sentinella a oggi non ci sono più pazienti in terapia intensiva». Anche nei reparti pediatrici il miglioramento è significativo: Fiaso segnala che sono 29 gli *under18* ancora pazienti in uno degli ospedali sentinella (nessuno in terapia intensiva) e i ricoveri sono calati del 21,6% nell'ultima settimana. Dal canto suo Agenas segnala che l'occupazione dei posti nei reparti ospedalieri di area medica è stabile intorno al 10%, mentre nelle terapie intensive è al 3% (e in nessuna Regione supera il 10%). Una situazione fa dire all'epidemiologo Donato Greco (ex componente del Comitato tecnico-scientifico) che «siamo a una endemizzazione del coronavirus, che è diventato anche "bonario", in quanto le attuali varianti non danno sintomi e malattia

grave e rappresentano un booster immunitario con una popolazione in gran parte coperta con le 3 dosi». Chi si lamenta sono i parenti degli ospiti delle Rsa. Dario Francolino, fondatore e presidente di Orsan (Open Rsa Now), movimento nato nei tempi più duri della pandemia, denuncia «decine di segnalazioni» di difficoltà a far visita ai propri familiari: «Io per esempio da marzo 2020 non posso mangiare qualcosa con mia madre e soprattutto continuo a poterla vedere massimo un'ora al giorno». «In alcune regioni italiane – conclude – come la Sardegna, in parte del Lazio e in Veneto, le aperture rimangono intermittenti».

Il caso di un badante, morto di Covid-19, verrà discusso a partire da oggi – riferisce un quotidiano – davanti al giudice del Lavoro del Tribunale di Ravenna, che dovrà decidere della richiesta di risarcimento di danni, patrimoniali e non, pari a un milione e 200mila euro. L'anziano, 83 anni, è risultato positivo al Covid il 1° settembre, il badante – assunto part-time – il 3. I difensori dell'anziano negano che si possa accertare il nesso causale tra la malattia del badante e il luogo di lavoro. E che si era curato dapprima con metodi alternativi: quanto è stato visitato dai medici dell'Usca e ricoverato in pronto soccorso, era ormai troppo tardi.

IL PUNTO

In 12 ospedali sentinella su 19 le terapie intensive sono senza pazienti. Intanto fa discutere il caso di un badante no-vax morto: i suoi familiari fanno causa all'anziano che stava assistendo



ANTIVIRUS



VIRUS E PROFUGHI, IL CASO UCRAINO

*** SECONDO LE STIME** dell'Onu; nel 2019 tre Paesi accoglievano quasi il 60% dei circa 1,2 milioni di ucraini allora presenti sul territorio comunitario. Si trattava di Italia, Germania e Polonia, dove risiedevano rispettivamente 246.000, 241.500 e 218.700 cittadini ucraini. In Italia gli ucraini rappresentavano il 3,9% sul totale degli stranieri residenti. È ragionevole pensare che i rifugiati si rechino principalmente dove ci sono loro connazionali. Le attuali stime numeriche lo confermano. I profughi ucraini sono prevalentemente donne, anziani e bambini. In Italia, in particolare, sono arrivati circa 36.000 minori. Possono usufruire di servizi sanitari che vanno dal tampone per Covid (obbligatorio all'ingresso) alle diverse vaccinazioni. Secondo sti-

me delle istituzioni internazionali che si interessano di migranti, è questa una popolazione a rischio di numerose malattie. Infatti, sebbene in Ucraina la principale causa di morbilità e mortalità siano le malattie non trasmissibili, si registra anche il più alto carico di malattie infettive croniche in Europa, in particolare l'HIV e la tubercolosi (TB)/TBC multiresistente (MDR) a causa del difficile accesso alle cure. Le loro condizioni di vita durante il transito o all'arrivo potranno aumentare il rischio di trasmissione e/o suscettibilità alle malattie e il rischio di focolai prevenibili con i vaccini. L'ultimo focolaio di morbillo a livello nazionale in Ucraina, iniziato nel 2017, ha raggiunto il picco nel 2019 e riflette la copertura vaccinale non ottimale. Un'altra preoccupazione è l'epidemia di poliovirus cir-

colante derivato dal vaccino di tipo 2 (cVDVP2) che l'Ucraina sta vivendo dal settembre 2021. Ricordiamo che solo il 25 febbraio 2022 sono stati rilevati due casi di paralisi e 19 isolamenti del virus da contatti asintomatici. Non mancano anche casi di difterite. È un'allerta che avevamo già evidenziato ma che, a nostro parere, non è stata adeguatamente presa in considerazione. I bambini, com'è giusto che sia, sono accolti nelle scuole ma, a differenza dei compagni italiani, non sono sottoposti a controlli vaccinali. Pensiamoci in tempo almeno per il prossimo anno scolastico.

MARIA RITA GISMONDO

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



L'inferno degli infermieri "Botte e insulti in corsia aggredito uno su tre"

Spesso gli operatori
non denunciano
"Uno dei motivi è la
carenza di personale"

di Michele Bocci

Non solo le botte e i vandalismi: spinte, schiaffi, cazzotti e calci, abbinati anche da porte spaccate e attrezzature mediche buttrate in terra. La violenza di pazienti o loro accompagnatori dentro ospedali e strutture sanitarie spesso è verbale. Si tratta di un flusso continuo. Offese pesanti e minacce sono all'ordine del giorno. Spesso vengono indirizzate agli infermieri, cioè i professionisti che stanno più a contatto con i malati nei reparti nelle sale di attesa degli ambulatori: per chi lavora in certi settori, gli insulti sono pane quotidiano.

Una ricerca appena pubblicata fa comprendere la portata del fenomeno. Il 32,3% degli infermieri, cioè quasi 130 mila persone, dichiara di aver subito un episodio di violenza solo nell'ultimo anno. I reparti più colpiti sono stati le medicine, i pronto soccorso e le rianimazioni. Il dato di coloro che ogni dodici mesi segnalano all'Inail un infortunio sul lavoro legato appunto a una violenza è molto più basso, cioè circa 5 mila.

Tre quarti delle vittime sono donne e nel 70% dei casi si tratta di violenza verbale. Il 30% delle

volte invece c'è stato anche il contatto fisico. A realizzare lo studio promosso dall'Università di Genova sono stati otto atenei. Ed è stato impiegato un ampio campione di infermieri, quasi 6 mila persone.

A volte la violenza esplode contro le stesse strutture. Lunedì notte, ad esempio, all'ingresso del pronto soccorso dell'ospedale del Mare di Napoli, un uomo ha sferrato calci alla porta di ingresso perché pretendeva di entrare. È stato denunciato. «Come dimostra il lavoro scientifico, ci sono innumerevoli situazioni che aumentano la percezione di pericolo, alla cui base c'è sicuramente la carenza di personale che, proprio da questa ricerca, emerge in modo chiaro», dice Barbara Mangiacavalli, la presidente della Federazione degli infermieri.

Spesso, come dicono i dati Inail, si preferisce non denunciare e si cerca di sopportare lo stress provocato dalle violenze che per qualcuno, ormai, fanno parte del lavoro. Sono infatti solo il 54% coloro che hanno segnalato gli episodi di offese o aggressioni. Circa i due terzi di chi ha taciuto ha ritenuto che la violenza fosse legata alle condizioni

dell'assistito e circa il 19% pensa, appunto, che il rischio sia una caratteristica dell'impiego. Il 20% dei professionisti non hanno avvistato neanche la loro azienda perché erano convinti che tanto non avrebbero ricevuto risposta.

Ma qual è l'identikit degli aggressori? Intanto sono più numerosi gli uomini, ma non di tanto visto che rappresentano il 52%. Circa il 25% ha tra i 46 e i 55 anni, il 21% tra i 36 e i 45. «Gli infermieri conoscono i tratti e le caratteristiche di un potenziale comportamento di aggressione – spiega la coordinatrice dello studio, Annamaria Bagnasco – Tuttavia, per varie ragioni, non riescono a intercettare e prevenire questi episodi. E una delle concause è la comunicazione inadeguata tra il personale e l'assistito, o il suo l'accompagnatore».



L'intervento
Agenti di polizia davanti a un pronto soccorso



L'intervista

“Io, preso a calci. Ma voglio restare in prima linea”

Andrea Zanella, 43 anni, fa l'infermiere ed è rimasto a casa due mesi per un calcio.

Cosa è successo?

«Un paziente qui al pronto soccorso di Varese mi ha colpito al collo e mi ha spostato una vertebra».

Le è capitato spesso di essere aggredito?

«Verbalmente molte volte, poi ci sono stati spintoni di parenti. In due casi ho subito un'aggressione, con esiti pesanti».

Perché quel paziente l'ha colpita?

«Era un ragazzo in stato di agitazione, probabilmente aveva preso stupefacenti. Ha cercato di colpirmi più volte al viso e al corpo. In certe situazioni verrebbe voglia di reagire: io non l'ho fatto. Ho solo cercato di fermarlo. Si è divincolato e mi ha dato un

calcio. Ho avuto conseguenze serie».

Dopo quanto successo ha chiesto di farsi spostare di reparto?

«Non ci penso nemmeno. Lavoro da 17 anni al pronto soccorso e so che queste cose possono succedere. Non sono accettabili ma capitano». – **mi.bo.**



► **A Varese**
Andrea Zanella,
43 anni, lavora
nel pronto
soccorso
di Varese



Sanità, in porto la telemedicina Avanza riforma della ricerca

La missione Salute
Nel decreto in «Gazzetta»
le linee guida per erogare
le prestazioni a distanza

Marzio Bartoloni

Taglia il traguardo con più di un mese di anticipo il decreto del ministero della Salute che getta le basi per far decollare finalmente la telemedicina su cui il Pnrr investe 1 miliardo. Si tratta di una «milestone» europea ed è uno dei sei obiettivi previsti dal Pnrr per la missione salute da raggiungere entro il 30 giugno. Dopo il via libera della Conferenza Stato-Regioni del 28 aprile è approdato infatti ieri sulla Gazzetta Ufficiale il decreto con le linee guida sul «Modello digitale per l'attivazione dell'assistenza domiciliare» con le procedure per attivare le prestazioni di telemedicina. In pratica si stabiliscono nel dettaglio compiti e ruoli delle varie figure sanitarie e delle strutture come le nuove Centrali

operative territoriali che dovranno assicurare le cure a distanza per i pazienti. Il decreto stabilisce infatti chi potrà prescrivere, attivare ed erogare le varie prestazioni di telemedicina: dalla televisita, la visita a distanza, al teleconsulto che coinvolge più operatori sanitari, dal telemonitoraggio che consente di controllare a distanza valori e parametri vitali del paziente fino al telecontrollo e alla teleriabilitazione. «Nel Servizio sanitario nazionale che stiamo costruendo la telemedicina avrà un ruolo importante. Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale delle linee guida - avverte il ministro della Salute Roberto Speranza - rispettiamo le tempistiche per i finanziamenti del Pnrr e soprattutto gettiamo le fondamenta per la realizzazione della telemedicina su tutto il territorio

nazionale». Intanto scade il 6 giugno il termine per le manifestazioni di interesse per la realizzazione con una partnership pubblico-privata della piattaforma nazionale di telemedicina che gestirà i servizi.

Ieri è anche arrivato il via libera all'unanimità della legge di riordino degli Irccs, gli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, che portano le innovazioni terapeutiche al letto dei pazienti. La riforma, un ddl delega, che ora passa all'esame del Senato è uno dei target previsti dal Pnrr per la missione salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Agevolati gli enti di ricovero e cura

Ospedali

Ricompresi gli Irccs
per le entrate
da convenzione

**Massimo Piscetta
Gabriele Sepio**

Per la mini Ires definito il perimetro anche per gli enti ospedalieri. Come ricordato dalla stessa amministrazione finanziaria, alcune criticità sorgevano a seguito della soppressione di tali realtà per effetto della riforma sanitaria. Con la conseguenza di comprendere quali delle nuove strutture create per l'erogazione del servizio sanitario pubblico siano da considerarsi in continuità giuridica con gli enti ospedalieri.

Secondo l'impostazione fornita dalle Entrate, che tiene conto dell'evoluzione normativa sul punto, l'articolo 6 del Dpr 601/1973 consente di riferire il beneficio della riduzione dell'aliquota Ires agli enti di natura pubblica che svolgono di fatto le funzioni assegnate inizialmente agli enti ospedalieri. Vale a dire a quelle realtà che provvedono al ricovero e alla cura degli infermi.

Un fine questo che il riordino della disciplina in materia sanitaria ha inteso riservare alle aziende e presidi ospedalieri che vengono appositamente dotati di personalità giuridica, con la

conseguenza che a tali enti si applicherà il beneficio.

Discorso diverso, invece, per quanto concerne le aziende sanitarie ospedaliere locali che in linea con i precedenti orientamenti di prassi (circolare 78/E del 2002) correttamente non potranno beneficiare della riduzione dell'aliquota Ires.

A ben vedere, tali realtà nascono quali assegnatarie di ulteriori funzioni rispetto a quelle di assistenza ospedaliera. Le aziende sanitarie locali, infatti, possono svolgere ulteriori attività che esulano da tale perimetro ricomprendendo al suo interno la promozione dell'educazione alimentare, l'istituzione di corsi di aggiornamento. Per quanto riguarda, invece, le case di cura riconosciute quali «presidi ospedalieri» queste restano soggettivamente escluse dal campo di applicazione dell'articolo 6 in quanto trattasi di strutture a carattere privato che esulano dal concetto di ente ospedaliero pubblico.

Infine, per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) confermata la possibilità di utilizzo dell'agevolazione. Attenzione però, l'age-

volazione non spetta per tutte le attività svolte dall'ente, ma si applica limitatamente all'imponibile fiscale generato da prestazioni sanitarie di ricovero e cura rese in regime di convenzione (con esclusione di quelle in regime di «solvenza») e di ricerca scientifica strumentale all'attività sanitaria.

Da chiarire tuttavia alcune questioni legate alla corretta individuazione di enti su cui la circolare non si è soffermata. Si tratta, ad esempio, degli enti ed istituti di assistenza sociale, per i quali, benché siano sicuramente applicabili i principi generali declinati dalla giurisprudenza, non risulta immediata la definizione del perimetro soggettivo. Un inquadramento che avrebbe effetti qualificatori anche in materia Iva tenuto conto della loro menzione nell'articolo 10, numero 27 ter del Dpr 633/1972.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

Obiezione di coscienza diritto, non problema

Morresi nell'insero centrale



Obiezione e aborto, ecco la realtà

I ginecologi che scelgono di non interrompere gravidanze sono «troppi», come si sente dire? I dati del Ministero della Salute mostrano che non è così

ASSUNTINA MORRESI

Sembra impossibile riuscire a parlare di aborto senza polemizzare. C'è però un'evidente volontà di farlo a tutti i costi, anche quando non ve ne sarebbero i presupposti, come ad esempio avviene periodicamente per l'obiezione di coscienza a proposito di aborto, nonostante i dati delle istituzioni competenti come il Ministero della Salute: la sua relazione annuale sull'applicazione della legge 194 è fra le più complete al mondo, anche grazie alla sinergia con l'Istituto Superiore di Sanità (Iss), l'Istat e le Regioni.

Risale al 18 luglio 2013 l'istituzione di un Tavolo tecnico presso il Ministero della Salute a cui sono convocati gli assessori regionali e l'Iss, per «uno specifico monitoraggio sulla piena applicazione di tale legge su tutto il territorio nazionale, avviando una rilevazione ad hoc sulle attività di Ivig e sul relativo esercizio del diritto dell'obiezione di coscienza dei soli ginecologi, a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, e individuare eventuali criticità».

I risultati sono stati illustrati per la prima volta nella relazione al Parlamento del 15 ottobre 2014, e da allora tutti gli anni abbiamo un quadro dettagliato e rigoroso sull'obiezione di coscienza in Italia – a differenza di “studi” approssimativi recentemente pubblicizzati, che hanno bellamente ignorato dati già esistenti.

La relazione al Parlamento si occupa della situazione regiona-





le perché per legge è la regione ad assicurare il “servizio Ivig”, organizzandolo come meglio ritiene: centralizzandolo oppure rendendolo diffuso sul territorio. Ovviamente il Ministero non può imporre un modello organizzativo unico ma deve vigilare sull’offerta del servizio, e non può certo garantire che in ogni struttura sanitaria siano presenti tutte le specialità (ginecologia, cardiologia, oculistica, etc.). Il Tavolo tecnico, che ha lavorato sicuramente almeno per tutta la durata del mandato del ministro Lorenzin (2013-18), ha sempre avuto i dati relativi a ogni singola struttura, fornendoli su richiesta.

Ma veniamo ai numeri. In tutte le relazioni al Parlamento, dal 2014, per l’obiezione di coscienza vengono presentati tre parametri, calcolati per regione: il primo riguarda il numero di sedi fisiche (stabilimenti) con reparto di ostetricia e ginecologia e di quelle in cui si pratica Ivig. Il secondo riguarda il numero di punti Ivig per ogni 100mila donne in età fertile, comparati ai punti nascita rispetto alla stessa popolazione. Sappiamo che gli aborti sono mediamente il 20% delle nascite, ma il numero di punti aborto rispetto ai punti nascita non rispetta la stessa percentuale: in diverse regioni lo supera, e la media nazionale mostra che sono praticamente uguali (questo parametro non compare nell’ultima relazione al Parlamento). Il terzo parametro dice delle ore lavorative a testa per ogni obiettore, cioè il carico di lavoro che ci sarebbe se tutti i non obiettori eseguissero aborti: considerando 44 settimane lavorative all’anno, la media nazionale di Ivig eseguite settimanalmente era 1,4 nel 2012, scesa a 1,1 nel 2019. La relazione mostra poi, per ogni regione, le medie e gli scostamenti all’interno del territorio, intesi come valore massimo degli aborti eseguiti nelle singole strutture: nel 2019 in 4 regioni – Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia – ci sono sedi con un carico di lavoro superiore alle 10 Ivig a settimana (con un massimo di 17,7 in una struttura siciliana). La legge già con-

sta poi, per ogni regione, le medie e gli scostamenti all’interno del territorio, intesi come valore massimo degli aborti eseguiti nelle singole strutture: nel 2019 in 4 regioni – Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia – ci sono sedi con un carico di lavoro superiore alle 10 Ivig a settimana (con un massimo di 17,7 in una struttura siciliana). La legge già con-

sente di rispondere a questa situazione, se fosse una criticità, mediante la mobilità interna regionale del personale, sempre ammesso che l’amministrazione sanitaria non abbia, invece, programmato di concentrare questo servizio in alcune sedi.

I dati del 2018 dicono poi che il 15% dei ginecologi non obiettori non è assegnato al servizio Ivig, «una quota rilevata in 175 strutture di 11 regioni» (fra cui anche Puglia e Sicilia). Secondo le autrici dello “studio” rilanciato nei giorni scorsi dai media, questo fatto – che hanno commentato come se non fosse già rilevato e noto – renderebbe impreciso il dato sull’obiezione di coscienza: al contrario, come già osservato nella stessa relazione (firmata dal ministro Speranza) «un’ulteriore conferma del fatto che in generale non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell’accesso alle Ivig ma probabilmente il modo in cui le Strutture Sanitarie si organizzano nell’applicazione della legge 194/78». Infine: il 5 dicembre 2014 al Ministero della Salute furono ricevute rappresentanze di associazioni di ginecologi per l’applicazione della 194, per discutere la relazione in riferimento a presunte criticità nel territorio sull’applicazione della legge. Chi scrive era presente e, insieme a esperte del Ministero e dell’Iss, ha invitato le rappresentanze a formulare per iscritto segnalazioni su problematiche territoriali di loro conoscenza. Almeno fino al successivo ministro della Salute – giugno 2018 – non è arrivato niente.





Una legge per la vita. Anche alla fine

Il Sistema sanitario e i diritti da garantire, la diffusione delle cure palliative, le condizioni della Consulta: appunti per il dibattito al Senato

PAOLA BINETTI

Non finisce di sorprendere come il Parlamento, che ha avuto ben poche opportunità di esprimere autonomamente le sue scelte in questa legislatura, abbia alla fine optato per assumere tra le sue priorità la legge sulla morte volontaria, medicalmente assistita, ossia la legge sull'eutanasia. Come se esistesse un diritto a morire da tutelare scavalcando mille altri problemi ed esigenze, impegnando un Sistema sanitario, chiaramente in affanno, su questo punto cruciale e non, ad esempio, sul diritto alla cura dell'universo dei pazienti non-Covid, che da due anni attendono di essere assistiti nel modo dovuto. Anche la recente sentenza della Corte costituzionale ha dichiarato inammissibile il referendum perché in caso di legalizzazione dell'eutanasia «non sarebbe stata preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili». Di fatto la legge non parla esplicitamente di eutanasia, come se il solo nominarla potesse evocare tragedie profondamente sommerse nell'animo umano, laddove solitudine ed abbandono, perdita di senso e di significato della propria vita evocano vissuti con cui non ci si vorrebbe affatto confrontare. Una realtà talmente scomoda, ingombrante e dura da accettare che fa apparire la morte assai più desiderabile della vita stessa. Mentre non c'è dubbio che l'attaccamento dell'uomo alla vita è infinitamente superiore; totalizzante, capace di individuare soluzioni laddove sembra proprio che non ce ne possano essere. L'amore alla vita trasforma il rischio della morte in una sfida continua, in cui la prima sembra vincere sempre, nonostante tutto. (...) Almeno una parte del Parlamento ha voluto con tale intensità questa legge da stravolgere perfino i confini marcati dalla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale in occasione della vicenda Fabo-Cappato. Eppure, un limite invalicabile a questa normativa sulla morte volontaria medicalmente assistita, deve pure esserci. Almeno per salvaguardare quelle fasce di persone più fragili, che una successiva sentenza della Corte costituzionale, pronunciata in occasione della inammissibilità del referendum sull'eutanasia, ha detto di voler pro-

teggere in nome della nostra stessa Carta costituzionale e dei suoi principi fondamentali. Dice infatti la sentenza, pubblicata il 15 febbraio 2022, appena tre anni dopo quella che apriva le porte alla parziale depenalizzazione del suicidio assistito: «Quando viene in rilievo il bene "apicale" della vita umana la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima».

Il dibattito parlamentare su questa legge non può ignorare nessuna delle due sentenze e deve trovare il giusto punto di equilibrio tra entrambe, perché è in questa chiave che si realizza il bilanciamento tra due dei diritti fondamentali dell'uomo: l'autodeterminazione e la vita.

La sentenza 242 della Corte costituzionale ha depenalizzando parzialmente l'aiuto al suicidio, imponendo alcune condizioni, che vanno puntualmente verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente. La proposta di legge approvata alla Camera bypassa completamente questo punto chiave. La Corte non entra nelle questioni pratiche e non dice né come né dove il suicidio può essere effettuato, ma soprattutto non afferma affatto che il Ssn sia obbligato ad assicurare l'attuazione del suicidio e non prevede l'obiezione di coscienza, proprio perché non c'è un diritto esigibile a cui fare obiezione. Nella proposta di legge approvata alla Camera quella che era una parziale depenalizzazione del suicidio assistito si è trasformata per il paziente in un diritto riconosciuto dalla legge e quindi in

un dovere assoluto per il Ssn. È quindi necessario che





il Senato, dove la legge è appena approvata, ne modifichi il prima possibile le principali distorsioni, a cominciare dalla strana convinzione di chi crede che ormai il suicidio assistito possa essere regolato come un vero e proprio diritto esigibile da chiunque

in qualunque condizione e completamente a carico dello Stato. Ciò che invece c'è di veramente esigibile sono le cure palliative, previste per legge dalla legge

38/2010 e garantite in modo insufficiente, laddove sono previste, ma soprattutto offerte in modo fortemente discriminante sul territorio nazionale. Le differenze che ci sono da regione a regione sono davvero intollerabili e rendono possibile che i malati si sentano davvero abbandonati; che percepiscano di essere un peso per le proprie famiglie, che non riceva o tutte le cu-

re contro il dolore attualmente disponibili. Sono le cure palliative il vero convitato di pietra di questa legge, che – in flagrante contraddizione con la sentenza 242 della Corte –, non le considera più neppure necessarie, mentre la sentenza della Consulta le considerava una *conditio sine qua non*... Nella norma attuale, che fortunatamente tale ancora non è, il paziente può rifiutarle anche senza averne fatto alcuna esperienza: nel nostro ordinamento non può esserci spazio per un diritto alla morte, neppure implicito. Non si possono mettere sullo stesso piano le cure palliative e quelle misure volte a dare la morte al paziente, come se fossero scelte equivalenti all'interno del nostro Sistema sanitario.



Tante voci in un libro

Viene presentato domani alle 15.30 a Palazzo Giustiniani a Roma il libro «No eutanasia, sì cure palliative» (Aes, 158 pagine, 16 euro) che rilancia gli spunti del recente convegno organizzato al Senato da Paola Binetti. Il volume raccoglie le voci di vari esperti (Abbate, Bologna, Casale, De Lillo, De Marinis, Menorello, Mistò, Morresi e Razzano). Pubblichiamo qui parte dell'introduzione di Paola Binetti.



Milioni di dosi avanzate da smaltire rifilate al Terzo mondo o buttate via

Per gli oratori di Davos l'emergenza non è finita. Ma Moderna ammette: «Costretti a gettare i vaccini, nessuno li vuole». Mentre Pfizer, assieme a Gates, li regala ai Paesi poveri. Dove sorgeranno altre industrie del colosso

di **MADDALENA LOY**



■ «È triste dire che sto per buttare almeno 30 milioni di dosi di vaccino perché nessuno le vuole».

L'annuncio choc è rimbombato con fragore nel palazzo dove si sta tenendo in questi giorni il World Economic Forum, a Davos. L'amministratore delegato di Moderna, **Stéphane Bancel**, ha scandito bene la frase, nonostante la pronuncia francofona lo porti a masticare un inglese sbrigativo.

«Non abbiamo più un problema di disponibilità di vaccini nel mondo. Era così due anni fa, oggi non più. Abbiamo, al contrario, un grosso problema di domanda. Stiamo cercando di contattare tutti i governi, la Vaccine Alliance ha stimolato la domanda in tutti i Paesi. Abbiamo anche contattato tutte le ambasciate straniere a Washington - ha ammesso sconsolato

Bancel - ma nessuno vuole prendersi queste dosi».

Una confessione controcorrente, quella di **Bancel**, nel bel mezzo di un panel dedicato invece al progetto opposto: rispondere («in maniera equa», *ça va de soi*) alla domanda di vaccini nel mondo, nonostante dall'arrivo del primo carico sotto scorta, siamo passati alla svendita all'ingrosso. E allora, cosa se ne farà il mercato di questi vaccini che nessuno vuole? Pfizer ha trovato la soluzione: saranno

(temporaneamente) regalati ai Paesi poveri, che in cambio ospiteranno le nuove farm per produrne altri ed esportarli in tutto il mondo. Lo ha annunciato il ceo **Albert Bourla**, anch'egli a Davos in un altro panel insieme con **Bill Gates**. I due hanno lanciato ieri il nuovo «Accordo per

un mondo più sano» spiegando la strategia di marketing: Pfizer renderà disponibili, su base no profit, tutti i vaccini e i farmaci prodotti negli Stati Uniti e in Europa a 1.2 miliardi di abitanti di 45 Paesi a basso reddito, esportando in cambio finanza innovativa, diagnostica, training, logistica e tecnologia per produrne altri. All'Accordo hanno già aderito i governi di Rwanda, Malawi, Ghana, Senegal e Uganda. «Pfizer, ha precisato **Gates**, sta già distribuendo a basso costo il vaccino antipneumococco Prevenar a tutti i bambini del mondo». E continuerà la collaborazione con la Gates Foundation per produrre nuovi vaccini contro lo streptococco B e il virus respiratorio sinciziale.

Sarà un duro lavoro di comunicazione, considerato lo scenario attuale, descritto da **Stéphane Bancel**: «Due anni fa non avevamo capacità mRNA, adesso sì. Moderna può produrre 3 miliardi di dosi l'anno, Pfizer dai 4 ai 7 miliar-

di, ma i cinesi non vogliono vaccini a mRNA. Se togliamo dal mercato mondiale la popolazione cinese, abbiamo una disponibilità di più di una dose a persona. Ma il problema in molti Paesi è che la gente non vuole i vaccini. Non li vogliono negli Usa, non li vogliono in tutto il mondo». Normale: nel mondo occidentale, salvo in Italia, la percezione della cittadinanza è che l'emergenza pandemica è finita. A Davos, invece, si sta lavorando per prevenire la prossima. Il macro-tema «vaccinazione di massa versus vaccinazione mirata», che da due anni impegna, e divide, la comunità scientifica mondiale, non è neanche preso in considerazione. Il vaccino, che nelle comunità è un valore, a Davos è raccontato come un prodotto e le popolazioni sono lo strumento per diffonderlo. Per questo motivo, la pandemia, per gli oratori di Davos, non è affatto finita: viceversa, da flagello eccezionale è ormai cronicizzata come emergenza perenne, cui bisogna far fronte, subito, con risposte strutturali, disciplinate attraverso una massiccia produzione mondiale di vaccini, diversificata geograficamente e non più concentrata nelle mani dei Paesi ricchi e/o più popolati, come Usa, Cina, India.



VERITÀ

Non a caso **Jeremy Farrar** del Wellcome Trust (ente di beneficenza con sede a Londra) propone un network globale di piccoli Paesi produttori di vaccini, ad esempio Costa Rica, Singapore e quelli già citati da **Bourla**, che avrebbero, in questo modo, la possibilità di far crescere il loro Pil.

«Dobbiamo stare attenti, però», ha dichiarato **Seth Berkley**, Ceo della Vaccine Alliance, perché i cittadini si stanno rilassando. Ai tempi di Ebola nel 2015, in cima alla classifica dei rischi stilata dal Wef c'erano le pandemie. L'anno successivo, non più. Questa psico-alternanza tra panico e disinteresse è davvero un problema. Si spera - ha dichiarato **Berkley** - che la gente sia più consapevole di ciò che è successo, dopo 500 milioni di casi e 15 milioni di morti» (il dato ufficiale è di 6,3 milioni, ndr). Anche secondo **Gabriela Bucher**, Direttore esecutivo di Oxfam (organizzazione contro la povertà), «il disinteresse di adesso, tra sei mesi

potrebbe rivelarsi mortale».

Per arrivare preparata al prossimo appuntamento pandemico, Moderna si è impegnata a sviluppare i primi 15 vaccini della top priority list dell'Oms. «Stiamo lavorando - ha dichiarato **Bancel** - per essere capaci di immettere sul mercato 3,5 miliardi di dosi il giorno stesso dell'approvazione dei prossimi vaccini».

Resta da capire se la produzione sarà ancora concentrata nelle mani di Moderna e della quasi monopolista Pfizer. Gli oratori assicurano che non andrà così: «Nel 2000 c'erano soltanto 4-5 produttori di vaccini al mondo - ha spiegato **Berkley** - oggi ne abbiamo circa 18, gran parte nei Paesi in via di sviluppo. Dobbiamo aiutarli a qualificare queste produzioni», esportando la tecnologia a mRNA. «L'hub mRNA messo in piedi dall'Oms a Cape Town è una risposta sostenibile alla pandemia», ha dichiarato **Gabriela Bucher**.

La torta, insomma, è ghiotta e abbondante. Bisognerà però «applicare il nuovo modello subito», ha concluso **Bu-**

cher, cercando di «sconfiggere la riluttanza alla vaccinazione. Dobbiamo fare campagne informative affidabili: la comunicazione non è stata corretta, dobbiamo assicurarci fonti informative sostenibili e attendibili, a cui la gente creda».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

All'accordo hanno già aderito Ruanda, Malawi, Senegal Ghana, e Uganda

La Cina, con oltre un miliardo di abitanti, rifiuta i preparati a mRNA



L'obiettivo è individuare i pazienti e minimizzare i rischi di errore nella prescrizione

Antivirali, un algoritmo per supportare i medici

IL CASO

ALESSANDRO MONDO

Un algoritmo per supportare le scelte e ridurre i rischi di errore. Parliamo del Paxlovid - l'ultimo arrivato tra i farmaci antivirali contro il Covid e per il momento l'unico nella disponibilità dei medici di famiglia, ora chiamati a prescriverlo -, e della difficoltà tra la teoria e la pratica. Di un nuovo strumento, anche, di cui si dota una medicina territoriale alle prese con nuove sfide, e sempre più difficili.

Un avvertimento in questo senso era stato lanciato lo scorso aprile dal sindacato Smi Piemonte nella persona di Antonio Barilla, il segretario: «Usare il Paxlovid non è semplice. Faremo veloci confronti con gli infettivologi per vedere come e quando impiegarlo, e gli effetti collaterali».

L'algoritmo in questione - nato dalla collaborazione tra Cittadinanzattiva e Fimmg, al-

tro sindacato di categoria dei dottori, attraverso la software house "Net Medica Italia" - è la prova di quanto sia complesso orientarsi tra prodotti farmacologici nuovi e sofisticati, fino a poco tempo fa somministrati solo negli ospedali. Prima ancora, capire quali sono i pazienti "eleggibili", cioè che possono farne uso. Un altro passo in avanti, su questo fronte, è rappresentato dall'uniformazione e dall'ampliamento dei criteri di prescrizione di un'altra batteria di farmaci antivirali - remdesivir, nirmatrelvir/ritonavir, molnupiravir - oltre che degli anticorpi monoclonali. Decisione presa dal Comitato tecnico-scientifico nazionale, «in quanto diretti alla stessa fascia di popolazione rappresentata dai soggetti con la malattia Covid lieve/moderata e ad alto rischio di sviluppo di malattia severa».

«In effetti, il percorso neces-

sario per individuare i pazienti e definire i relativi piani terapeutici, è complesso», conferma il dottor Roberto Venesia, segretario Fimmg Piemonte. Semplificando, e non poco: al medico di base spetta il compito di capire se il paziente è candidabile al trattamento, guardare fattori di rischio (ad esempio una patologia oncologica, diabete complicato, obesità o broncopneumopatia), individuare nella storia clinica eventuali fattori di esclusione (come una compromissione renale o epatica severa), assicurarsi che non ci siano problemi per l'eventuale assunzione di farmaci che possono rappresentare controindicazioni al trattamento». L'algoritmo in questione nasce da queste considerazioni. «Uno strumento importante per consentire ai cittadini un accesso facile e sicuro ai farmaci disponibili per la cura del Covid - spiega Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva -

Dal nostro punto di vista, è altrettanto fondamentale perché, anche attraverso questi strumenti digitali, si consolida il rapporto di fiducia fra medico di famiglia e cittadino». Di fatto, aggiunge Nicola Calabrese, vicesegretario nazionale Fimmg, «significa che a questo punto il medico può prendere la migliore decisione possibile, considerando ogni dato clinico rilevante in suo possesso».

E non è nemmeno l'unico, tra gli algoritmi appena sdoganati: quello per ora applicato al Paxlovid è in continuità con quello da poco elaborato, ad altro titolo, per stratificare i pazienti in base alla fragilità per l'accesso ai vaccini anti-Covid. E' iniziata l'era degli algoritmi applicati alla Sanità. —



I dottori di famiglia sono chiamati a nuove sfide





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SALUTE

Vaccino universale contro il cancro

Un nuovo vaccino anti cancro, testato in topi e scimmie, ha dimostrato di riuscire ad abbattere le difese che i tumori mettono in atto per proteggersi dagli attacchi del sistema immunitario, bloccando le cellule malate. I risultati aprono la strada alla possibilità di mettere a punto un vaccino universale, dal momento che la

nuova terapia può superare le diverse variazioni che si presentano in ogni paziente. Lo studio, pubblicato sulla rivista Nature, indica la necessità di nuove sperimentazioni cliniche per arrivare agli studi sugli esseri umani.



Contro l'infarto avremo anche un "vaccino"

Una cura sperimentale che utilizza la tecnologia a RNA (come i vaccini anti Covid). Per attivare il sistema immunitario. Sarà per le forme gravi di colesterolo alto

di GIULIO POMPILIO

Eugene Braunwald, padre della cardiologia moderna, ha definito il farmaco sperimentale anti-colesterolo inclirisan il futuro "vaccino anti-infarto", un'espressione che ha acceso qualche dubbio nella comunità scientifica. In effetti bisogna usare con cautela la parola "vaccino", per evitare definizioni improprie ed eccessive speranze. In base alla definizione dell'Aifa, i vaccini sono sostanze capaci di attivare il sistema immunitario per impedire l'infezione di malattie virali. Tali sostanze "attivanti" possono essere microrganismi (batteri o virus) inattivati o uccisi, parti specifiche (antigeni) dei microrganismi o sostanze prodotte dal microrganismo stesso (tossine). In occasione della lotta al Covid-19, sono stati introdotti i primi vaccini a RNA, che sono in grado di portare all'interno della cellula la sequenza del codice genetico necessaria per la produzione della proteina virale bersaglio del sistema immunitario. Si producono quindi anticorpi contro la proteina; così, se il soggetto entra a contatto con il virus, lo proteggono dall'infezione. Dunque un vaccino non cura

una malattia, ma la previene, anche se va detto che il concetto è in via di ridefinizione. In oncologia esistono vaccini terapeutici in fase sperimentale. Lo scopo dei vaccini anticancro è insegnare al sistema immunitario dei pazienti a riconoscere le cellule tumorali per eliminarle. In cardiologia non ci sono situazioni sovrapponibili e quindi, nel senso stretto del termine, la definizione di "vaccino anti-infarto" non è perfettamente applicabile. Perché dunque è stata utilizzata da un grande cardiologo come Braunwald? Per sensibilizzare medici e pazienti circa l'arrivo di una nuova classe di farmaci a RNA che agiscono con un meccanismo di "silenzamento genico" di precisione e hanno tossicità ridotta. Si tratta di molecole che interferiscono in modo mirato su specifici geni, disattivandoli. Nel caso di inclirisan, silenziando una sequenza di RNA messaggero a livello delle cellule del fegato, il farmaco modifica i meccanismi molecolari alla base della iperproduzione di colesterolo a bassa densità (Ldl), il cosiddetto "colesterolo cattivo". Un altro punto chiave è che, come un vaccino e il suo richiamo, inclirisan si somministra con un'iniezione sottocute due volte l'anno in ambulatorio. Questa modalità supera il grave problema dell'aderenza del paziente alle terapie quotidiane.

Molti studi dimostrano come nel post-infarto fino al 40% delle prescrizioni farmacologiche vengano disattese per vari motivi nell'arco dei 12 mesi successivi all'evento, annullandone il beneficio e mantenendo alto il rischio di un secondo infarto. Anche per questo, molti cardiologi, e anche noi al Monzino, crediamo moltissimo in questo farmaco d'avanguardia, che ha le carte in regola per diventare un salvavita per i pazienti ad alto rischio di infarto. Come per tutte le terapie biologiche innovative e costose, questo farmaco non è per tutti. Al momento è riservato alle forme più gravi di ipercolesterolemia, non responsive ai farmaci tradizionali. Tuttavia, sono in arrivo nel prossimo futuro altri farmaci della stessa classe. Questa nuova frontiera terapeutica ci permetterà di ridurre ulteriormente il rischio cardiovascolare associato a ipercolesterolemia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PROGETTO

Alzheimer, così possiamo rallentarlo

14 milioni dall'Europa. Per scoprire come diagnosticare la malattia precocemente. E poter intervenire in tempi brevi. L'esperto Rossini: proviamo a correggere i fattori noti

di GIUSEPPE DEL BELLO

Un progetto europeo finanziato con circa 14 milioni dedicato alla prevenzione dell'Alzheimer. Che vede in associazione l'intelligenza artificiale con strumenti diagnostici e test neuropsicologici. Durerà 5 anni, il primo si è appena concluso. E a chi

obietta che non c'è una cura, basterebbe ricordare che la diagnosi precoce di una delle più devastanti malattie neurodegenerative può aiutare a intervenire in tempi brevi, e a ritardarne la progressione.

In Italia, i circa 750 mila individui che fanno i conti con il declino cognitivo lieve, sono a elevatissimo rischio di ammalarsi di demenza. E di questi una metà è già ammalata della forma molto iniziale (si svilupperà nei successivi 3-5 anni). La posta in gioco è dunque alta. L'Italia è partner dello studio con 4 unità operative (Università Cattolica di Roma, Scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari Altems, Dipartimento di Scienze neurologiche e riabilitative Irccs San Raffaele di Roma insieme all'azienda spin-off di ricer-

ca Neuroconnect). Nello studio sono stati arruolati 1000 soggetti tra 60 e 80 anni, tutti con lieve deficit cognitivo (Mci), reclutati oltre che in Italia, in Norvegia, Spagna e Finlandia. In Europa sono affetti da demenza oltre 10 milioni di persone, 20 milioni, secondo le stime, quelli colpiti da deterioramento cognitivo lieve. «La platea di partecipanti, una quota della quale sfocerà nella demenza - chiarisce Paolo Maria Rossini, direttore del centro del San Raffaele - sarà sottoposta al "tempo zero" ai test neuropsicologici, al prelievo di sangue per il profilo genetico e a un elettroencefalogramma. Tutti gli esami, valutati e caricati su una piattaforma digitale con la sicurezza della privacy, vengono ripetuti a sei mesi. Ci aspettiamo di identificare entro due anni tra i 200 e i 300 dementi, in modo da interpretare i biomarcatori che consentono di fare la diagnosi, anche laddove la clinica da sola si rivela incapace. E scoprire chi è ad alto rischio di sviluppare demenza nei prossimi anni».

Lo studio europeo - che è di ricerca applicata - consentirà di identificare soggetti già nella forma prodromica della

malattia. Situazione che può far comodo ai servizi sanitari. «D'accordo, non ci sono trattamenti al momento - insiste il professor Rossini - ma possiamo correggere i fattori di rischio noti: da una parte sedentarietà, obesità e scarsa attività cognitiva, dall'altra quelli prettamente medici, come diabete, ipertensione, cardiopatia, endocrinopatia (soprattutto tiroidea) e valori alterati dell'acido folico. Così, mettendo tutto questo sotto controllo, diminuisce del 30% il rischio di ammalarsi e la velocità di progressione. Un domani, non lontano credo, quando arriverà un farmaco contro la malattia potremo somministrarlo in fase precocissima».



Prevenzione

Il cuore delle donne
dopo la menopausa
corre più rischi
di quello maschile

di **Alice Vigna**



Il cuore fragile delle donne

La convinzione che gli ormoni femminili proteggano per sempre è errata.

Dopo la menopausa la probabilità di problemi cardiovascolari aumenta molto, anche rispetto agli uomini. Serve una corretta prevenzione

di **Alice Vigna**

Abitudini a tavola non troppo salutari, poco movimento, qualche sigaretta. E soprattutto scarsa consapevolezza del rischio: il cuore delle donne è in pericolo perché loro per prime non sanno che devono prendersene cura, visto che non solo gli uomini muoiono per infarti e ictus, anzi. Tante sono convinte che gli estrogeni le proteggeranno a vita e non sono consapevoli che dopo la menopausa la probabilità di incappare in una malattia cardiovascolare aumenta vertiginosamente: lo dimostra il sondaggio italiano CARIN Women (Cardiovascular Risk Awareness for Italian Women), promosso dalle Associazioni regionali cardiologi ambulatoriali (Arca) e condotto su oltre 5.500 donne. I risultati, presentati al primo congresso ARCA dedicato alla medicina di genere e al cuore delle donne,

rivelano come solo il 15% pensi che la probabilità di malattie cardiovascolari dopo la menopausa sia superiore nel genere femminile e il 27% la ritenga addirittura più bassa di quella degli uomini. Eppure queste patologie sono a oggi la prima causa di mortalità fra le donne, più del tumore al seno. E così poche si impegnano davvero a cambiare stile di vita: solo 1 su 5 riesce a fare regolarmente attività fisica, pur sapendo che sarebbe necessaria, e 1 su 3 equipara l'allenamento ai lavori casalinghi; la maggioranza mangia 1 o 2 porzioni di frutta e verdura al giorno anziché 5; 1 su 3 ammette che cambiare abitudini a tavola e diventare meno sedentaria è difficile, il 15% considera parecchio problematico riuscire a smettere di fumare. «In questo panorama è più che mai necessario promuovere informazione» sottolinea Giovanni Battista Zito presidente di Arca.

«Gli uomini e le donne non sono uguali, si ammalano in modo diverso, di malattie differenti, non hanno gli stessi sintomi e rispondono in maniera dissimile alle terapie. Per le malattie cardiovascolari, poi, le donne hanno fattori di rischio specifici: basta per esempio che fumino un terzo delle sigarette di un uomo per essere esposte allo stesso livello di pericolo. Non solo: nelle 30-40enni la sindrome dell'ovaio policistico comporta un incremento del 19% del rischio cardiovascolare rispetto alle coetanee



CORRIERE SALUTE

e lo stesso avviene se si soffre di malattie autoimmuni, più frequenti al femminile, per lo stato di infiammazione cronica a cui si associano; aver sofferto di gestosi e ipertensione in gravidanza raddoppia la probabilità di patologie cardiovascolari entro 5-15 anni e quadruplica quella di ipertensione, il diabete gestazionale accresce il

rischio e così anche la menopausa prima dei 45 anni o aver avuto un tumore al seno».

Saperlo è importante per tenersi sotto controllo e, soprattutto, per avere una spinta in più a seguire uno stile di vita sano.

Sintomi e malattia
si presentano
in modo diverso
nei due sessi



Medicina

Così i farmaci personalizzati aggrediscono la sclerosi multipla

di **Elena Meli**

Speggnere subito la sclerosi multipla

La disponibilità di diverse terapie consente di aggredire la malattia sin dall'inizio in modo «personalizzato» per poi eventualmente adeguare il trattamento nel tempo
--

di **Elena Meli**

La cura giusta fin dal momento della diagnosi: per chi soffre di sclerosi multipla non è più impossibile ed è anche la strada per scongiurare la comparsa di disabilità. Accade già oggi grazie a un arsenale di farmaci che continua ad arricchirsi, succederà forse ancora di più in futuro se sarà possibile applicare la scoperta di ricercatori del Karolinska Institute di Stoccolma, che su *Science Advances* hanno riferito di aver identificato quattro ulteriori proteine contro cui si scatena la risposta autoimmune alla base della sclerosi multipla che si aggiungono agli altri «bersagli» noti della malattia e che potrebbero diventare ulteriori obiettivi per i farmaci, per una personalizzazione della cura sempre maggiore.

Medicina personalizzata

«Sono importanti per capire meglio la patologia e potranno magari indicare nuove strategie di intervento, tuttavia l'applicazione pratica è ancora lontana», commenta Roberto Furlan, direttore dell'Istituto di Neurologia Sperimentale dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano. «Individualizzare il trattamento è però fondamentale ed è possibile già oggi, grazie alle tante cure disponibili (ormai una venti-

na di molecole) per cui il primo consiglio ai pazienti è rivolgersi per l'impostazione della terapia a un centro ad alta specializzazione, con medici esperti, in grado di decidere il principio attivo più adatto al singolo caso fin dalla diagnosi. Tanti pazienti ormai non arrivano a sviluppare disabilità». Ma il primo passo è decisivo, perché se non si imposta bene il trattamento il rischio è «inseguire» la malattia: l'obiettivo dovrebbe essere immaginare una strategia a lungo termine che accompagni il paziente per tutta la vita, per esempio ipotizzando fin da subito che sarà possibile dover cambiare cura e così optando per iniziare con farmaci che consentano più facilmente un passaggio ad altri.

Sotto-trattamento

«L'errore più comune all'inizio è il sotto-trattamento, per paura dei maggiori effetti collaterali dei farmaci più potenti», osserva Furlan. «Gli eventi avversi ci sono, ma sono meno gravi delle conseguenze della malattia: nell'80% dei casi una sclerosi multipla non trattata comporta una recidiva all'anno e quindi nuove lesioni, se queste colpiscono aree critiche si può sviluppare una disabilità seria. Anche se non è un

processo facile, oggi abbiamo tanti elementi per compiere una prima

scelta adeguata, per esempio parametri indicativi del possibile andamento della malattia da valutare all'esordio che aiutano a incasellare il paziente in una classe di rischio. È necessario anche tener conto della modalità di somministrazione per favorire il più possibile l'aderenza alla terapia: una che preveda di assumere il farmaco tutti i giorni difficilmente sarà seguita da un ventenne maschio, per lui sarà preferibile un'infusione una volta al mese o due volte l'anno». Avendo tante opzioni è possibile fare la scelta migliore per il paziente fin da subito: basta non temere i farmaci biologici e discostarsi dalla strategia della *escalation*, per cui si inizia con terapie poco potenti per poi aumentare l'incisività della cura. «Iniziamo ad avere dati solidi, da metana-



lisi con decine di migliaia di casi seguiti a lungo, che mostrano come "uccidere la malattia in culla sia vincente", riprende Furlan. «Pazienti trattati con farmaci di prima linea, che inizialmente avevano mostrato buone risposte, dopo 20 sono spesso in condizioni peggiori di pazienti con malattie più aggressive, curati da subito con medicine più potenti: dare farmaci "forti" all'inizio può premiare con risultati migliori ed è meglio anche in termini di effetti collaterali, perché il paziente più giovane ha meno fragilità connesse all'età e quindi può reggere meglio la terapia. Oggi c'è consenso sull'opportunità di spegnere la malattia all'inizio per poi eventualmente passare a cure più

leggere e man mano adeguate al singolo paziente e alla sua età».

Asintomatici

C'è però una quota di pazienti in cui aggredire al meglio la sclerosi multipla è impossibile per le modalità con cui si presenta: nel 18-20% la prima fase della patologia scorre inosservata, senza dare sintomi. «Può accadere perché le lesioni sono in aree silenziose del cervello o perché il cervello stesso recupera il danno grazie alla sua plasticità», spiega il neurologo.

«Purtroppo dopo 5-10 anni la malattia vira in una forma progressiva degenerativa, contro la quale possiamo intervenire solo con riabilitazione e farmaci sintomatici.

Non riusciamo a modificarne il corso, come invece è possibile nel caso di una sclerosi multipla recidivante-remittente che venga inquadrata e trattata subito nel modo più adatto al singolo caso», conclude lo specialista.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Giornata

Il 30 maggio si celebra il World MS Day, Giornata mondiale della sclerosi multipla. Aism presenterà il «Barometro della sclerosi multipla e delle patologie correlate 2022». Al via, inoltre, sui social e nei centri Sm, la campagna di informazione «Sintonizziamoci» Info: aism.it.



Zanzare ogm o nuovi virus?

Insetti geneticamente modificati come arma contro il diffondersi di molte epidemie causate anche dall'impatto delle attività umane sull'ambiente. Da Zika alla dengue

di PIERO OLLIARO

Con la pandemia Covid-19 tutti si sono resi conto di quanto siamo esposti alle malattie infettive. Restano però ignorate dai più le innumerevoli epidemie di varia entità, causate da virus, batteri e parassiti, che succedono continuamente nel mondo. A meno che malattie prima "tropicali" sbarchino "da noi", eventi che rischiano di divenire sempre più frequenti. Siamo noi la principale causa dei nostri guai tramite i nostri comportamenti che alterano gli equilibri naturali. Quasi due terzi di tutti i patogeni e i tre quarti di quelli "emergenti" provengono da un immenso serbatoio animale, sempre più invaso dalle attività umane: si stimano più di 5 mila specie di mammiferi portatori di uno o più patogeni trasmissibili all'uomo.

Una volta avvenuto il "trabocamento", oggi più di ieri, queste infezioni si diffondono sia perché viaggiano gli umani, che le propagano per contagio diretto, sia perché si espande il territorio occupato da vettori come *Aedes* (la "zanzara tigre") che trasmette dengue, chikungunya e Zika, trovando condizioni ambientali favorevoli (clima e alta densità umana) anche in vaste zone di Europa e Nord America. In Italia, oltre ai casi importati, ci sono saltuari focolai locali di chikungunya, essendo ormai presente una specie di *Aedes* (*albopictus*) che

trasmette questi virus.

Combattere il diffondersi di queste infezioni trasmesse da vettori richiede approcci molto diversi da quelli usati per malattie a contagio respiratorio diretto come il Covid-19 e l'influenza. La lotta antivettoriale copre le fasi del ciclo dell'insetto, dalle larve all'adulto, usando vari metodi. A causa dell'impatto su ambiente e salute umana degli insetticidi chimici, molto usati in passato, e delle resistenze sviluppate dagli insetti nei loro confronti, la ricerca si è rivolta a metodi alternativi per ridurre la popolazione delle zanzare e il rischio epidemico.

Esperienze su vasta scala vengono effettuate per verificare l'impatto di questi interventi. Dopo quelle in Sud America e Asia, ne è in corso una in Florida, dopo anni di dispute e previa autorizzazione dell'agenzia per la protezione dell'ambiente (Epa), che utilizza zanzare geneticamente modificate OX513A. Il processo, nell'attuale versione, consiste nel distribuire uova che rilasciano solo maschi di zanzare *Aedes aegypti* portatori di un gene che, trasmesso tramite l'accoppiamento con femmine presenti in natura alla generazione successiva, è incompatibile con la vita delle zanzare femmine, ma non dei maschi, che così continuano a propagare il gene letale. Questo perché solo le zanzare femmine si nutrono di sangue e, pungendo gli umani, trasmettono i virus. I maschi portano anche un gene che li rende riconoscibili per censimento e monitoraggio.

Un altro approccio è ottenere zanzare maschio sterili, irradiando o infettando con il batterio

Wolbachia le uova; quando i maschi vengono rilasciati si accoppiano con le femmine, le uova non fecondate non si schiudono e si riduce così, almeno temporaneamente, la popolazione e quindi la capacità di trasmettere malattie.

Questi interventi sono eco-compatibili e specifici per un tipo definito di zanzara (*Aedes*) e quindi in grado di ridurre la trasmissione di certi virus (dengue, chikungunya e Zika) e il rischio di epidemie. Ma non sono efficaci a epidemia in corso e non sono la risposta finale, dovendo essere accompagnati da più interventi, tra cui l'educazione della popolazione sulle misure da prendere per ridurre la proliferazione delle zanzare in ambiente domestico e i sistemi di allerta precoce per l'insorgere di epidemie.

Ma gli interventi fondamentali stanno a monte della catena di eventi: ridurre la nostra impronta sull'ambiente e fermare l'invasione dei territori naturali, l'agricoltura e l'allevamento intensivi e tutte le attività umane che ci espongono al pericolo di epidemie da patogeni conosciuti e sconosciuti, a trasmissione interumana o vettoriale.



STUDIO CONDOTTO SU 160 MILA PERSONE PER 20 ANNI

Usa, i benefici di frutta e verdura sulla salute minacciati dai pesticidi

DI SIMONETTA SCARANE

Mangiare frutta e verdura quotidianamente fa bene contro i rischi di tumore, malattie cardiovascolari e polmonari, ma il beneficio è completamente annullato se negli ortaggi e nella frutta che finiscono in tavola c'è un alto residuo di pesticidi. A dirlo è uno studio «impressionante» dell'università americana di Harvard condotto negli Usa e il cui risultato non è trasferibile in Europa dove alcuni pesticidi sono vietati.

Autorità di regolamentazione e scienziati non sono d'accordo sui rischi per i consumatori della presenza di residui di pesticidi in frutta e verdura. Se per le authority non c'è nessun problema, gli studi scientifici degli ultimi anni hanno messo in evidenza una serie di effetti sanitari negativi dovuti alla presenza di tracce di agrotossici (sostanze chimiche utilizzate per ottenere un maggior rendimento dei raccolti) negli ortaggi e nelle insalate che arrivano sulle tavole negli Usa. Al punto che l'esposizione ai residui dei pesticidi per via alimentare può annullare i benefici sulla mortalità secondo i ricercatori del dipartimento della nutrizione, dell'epidemiologia e della salute ambientale dell'università di Boston.

I ricercatori si sono concentrati sulla mortalità, dovuta a cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie registrate nel tempo in tre grandi coorti (gruppi di persone) epidemiologiche. In totale sono state passate ai raggi X

le abitudini alimentari di 160 mila uomini e donne americane nell'arco di un ventennio. Frutta e verdura sono state classificate in due categorie: a alto e a basso tenore di residui di pesticidi. La distinzione è stata effettuata dai ricercatori basandosi sui dati ufficiali forniti dal ministero dell'agricoltura degli Stati Uniti. Insalate e verdure a foglia le più a rischio residui.

Lo studio di Harvard ha mostrato una minore mortalità pari al 36% nelle persone che consumavano in media quattro porzioni di frutta e verdura a basso residuo di pesticidi in confronto a quelle che ne consumavano meno di una porzione al giorno. Un risultato che corrisponde ai benefici sanitari attesi dal consumo di frutta e verdura fresche sulla mortalità per tumori, problemi cardiaci e di circolazione e malattie dell'apparato respiratorio.

Tuttavia, se lo stesso confronto viene effettuato con il consumo di frutta e verdura a maggiore residuo di pesticidi allora non c'è nessuna diminuzione di mortalità, secondo gli autori dello studio: in pratica, mangiare ogni giorno meno di una porzione di questi frutti e ortaggi non ha effetti sulla mortalità per cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie. Inoltre, diminuendo il residuo di pesticidi anche in una sola porzione al giorno di frutta e verdura si riduce dell'11% l'indice di mortalità.

© Riproduzione riservata



Verdure a foglia più a rischio



LA MISSIONE COVID DEL 2021

“Le russe escluse
da dati riservati”

© MANTOVANI A PAG. 16



COVID-19

“Le russe allo Spallanzani? Escluse dai dati riservati”

LE ACCUSE DI SPIONAGGIO L'Istituto romano e le scienziate
in missione: “Non avevano password, usavano i loro computer”

» **Alessandro Mantovani**
Una “relazione interna dello Spallanzani”, di cui ha dato notizia ieri il *Corriere della Sera*, dice che le tre ricercatrici russe mandate nel giugno 2021 a Roma per studiare l'efficacia del vaccino Sputnik, avevano accesso “ai laboratori e al sistema informatico” dell'Istituto infettivologico. Non sappiamo chi l'abbia firmata, “non l'ho mai vista, non risulta agli atti”, sostiene il direttore scientifico Enrico Girardi. Secondo il *Corriere* invece risale a qualche giorno dopo l'arrivo delle tre studiose dell'Istituto Gamaleya, il 4 giugno 2021. E significa che potenzialmente le russe avevano accesso a “dati sensibili”, forse di quelli che giustificano la minaccia di “conseguenze irreversibili” indirizzata al nostro Paese da esponenti russi. Le fonti di *intelligence* che abbiamo consultato non mostrano preoccupazione, come per la missione russa del marzo

2020 in Lombardia: “Anche volendo – dice una fonte qualificata – quali dati avrebbero trovato nel laboratorio dello Spallanzani?”.

IL TEMA è noto, la Russia voleva promuovere il suo vaccino mai autorizzato in Europa e lo Spallanzani ha contribuito ad avvalorarne l'efficacia, come dimostrano diverse pubblicazioni poi contestate da altri studiosi. “Abbiamo 12 progetti internazionali di ricerca sui vaccini contro il Covid, uno era con l'Istituto Gamaleya”, spiega Girardi, delegato a rispondere al *Fatto* dal direttore generale Francesco Vaia. Era però l'unico che ha comportato lo scambio di ricercatori e quindi la permanenza per 24 giorni, nell'Istituto romano, delle tre ricercatrici: Inna Vadimovna Dolzhikova, Daria Andreevna Egorova e Anna Sleksieyevna Iliukhina, giovani ma, specie le prime due, con curricula di tutto rispetto.

Spiega Maria Rosaria Capobianchi, fra i primi al mondo a isolare Sars-Cov2, che nel giugno 2021 dirigeva il laboratorio dello Spallanzani: “Erano lì per effettuare i test di neutralizzazione sui sieri delle persone vaccinate con Sputnik, che avevano spedito, contro i ceppi virali che erano nostri. In parallelo le persone del laboratorio hanno lavorato sui sieri di persone vaccinate con Pfizer. E si sono scambiati i dati, poi pubblicati. Non hanno avuto accesso a informazioni riservate o pericolose o ai dati dei pazienti. Era una collaborazione



sperimentale, come tante altre. Non capisco il complottismo”.

Ad aprile lo Spallanzani ha chiesto specifiche relazioni alle ricercatrici che avevano gestito la collaborazione con le russe, a giugno e poi a dicembre 2021. “Non sono stati forniti dati personali e/o dati inerenti la salute dei pazienti (...)”. Le tre ricercatrici non sono mai state autorizzate dell’Istituto ad accedere alla rete Intranet (...). Non hanno avuto la possibilità di accedere ad alcun *database* clinico”, scriveva Concetta Castilietti, il 12 aprile sulla visita di giugno, diffondendosi sui

processi di pseudonimizzazione. “Non sono mai state lasciate libere di permanere da sole nelle varie stanze, né hanno avuto accesso alla Banca Biologica”, si legge nella relazione di Anna Rosa Garbuglia sulla visita, tra dicembre 2021 e gennaio 2022, di Daria M. Grousova e Anna V. Kovyrschina. “Non è mai stata data loro nessuna chiave di accesso ai nostri computer – ha scritto Garbuglia –, hanno redatto ogni documen-

to con i loro computer. Non hanno avuto la possibilità di venire a conoscenza di dati sensibili o sanitari”. Certo, con le spie le password non sempre bastano. Ma intanto tre professori esterni, su richiesta dello Spallanzani, hanno valutato le relazioni e “assolto” l’istituto sul tema dei dati sensibili: sono il direttore dell’Infettivologia di Roma Tor Vergata, Massimo Andreoni, il presidente della Società di Virologia, Arnaldo Caruso, e la direttrice della Microbiologia del Sacco di Milano, Maria Rita Gismondo.

Il parere Tre prof esterni (Andreoni, Caruso, Gismondo) hanno valutato le relazioni e “assolto” l’istituto sui dati sensibili

PROTAGONISTI



M. R. CAPOBIANCHI

• Ex direttrice del laboratorio Spallanzani, tra le prime al mondo a isolare il Covid-19



ENRICO GIRARDI

• Epidemiologo, direttore scientifico dell’Istituto Spallanzani di Roma



Sos Sanità

Mancano pure gli infettivologi

Sbraga a pagina 25

**SANITÀ NEL CAOS**

La direttrice dell'Ares 118: i camici bianchi sono diventati merce rarissima e spesso non accettano di lavorare con noi

Mancano pure gli infettivologi

*Medici sempre più col contagocce nel Lazio. E da cinque mesi soffre anche lo Spallanzani***ANTONIO SBRAGA**

••• Medici sempre più col contagocce nel Lazio. Persino l'Istituto nazionale per le malattie infettive, lo Spallanzani, da 5 mesi fatica a trovare 12 specialisti in malattie infettive (è riuscito ad arruolare solo 2 camici bianchi più 2 specializzandi con 2 bandi). Anche l'Ares 118 è al secondo concorso per colmare la carenza di 55 medici: all'ultimo bando hanno risposto solo «29 medici in possesso del diploma di specializzazione» e altri «7 medici in formazione specialistica iscritti a partire dal III anno».

«I medici per noi sono diventata merce rarissima - ha detto in un'audizione in Consiglio regionale la direttrice generale dell'Ares 118, Maria Paola Corradi - in un concorso solo 5 hanno optato per noi e, di questi, 4 non hanno accettato». Questa «grave carenza di personale medico in cui versa l'Ares 118» ha già portato alla «chiusura temporanea di 2 postazioni medicalizzate nella città di Roma a causa dell'insufficienza del personale a disposizione»: in

Via Curione e in Via Treviso. Ed ora, considerata la «forte carenza di personale medico che opera nel settore dell'emergenza e urgenza, diffusa su tutto il territorio regionale, e la difficoltà a reperire risorse professionali per l'esercizio delle specifiche attività ad esso connesse con il rischio concreto che si possa verificare un'interruzione della continuità dei servizi assistenziali emergenziali», la Regione ha deciso di farsi la propria scuola di formazione.

Affidando proprio all'Ares 118 un corso «formativo per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività sanitaria di Medico di Emergenza Territoriale» (nei 50 PS laziali mancano 357 medici). Il corso ha «lo scopo di formare e rendere idonei i laureati in Medicina e Chirurgia alle attività di "Medico dell'emergenza territoriale"». Mentre allo Spallanzani neanche 2 bandi hanno «permesso di soddisfa-

re il fabbisogno di dirigenti medici, disciplina malattie infettive». Con la manifestazione d'interesse indetta nel gennaio scorso, infatti, erano arrivati solo un medico specialista ed uno specializzando. Stesso esito ora per il nuovo bando. Ma tutte le 7 aziende ospedaliere del Lazio soffrono di perdite negli organici, oltre che di quelle nei bilanci. La Regione ha appena deliberato una «assegnazione dei contributi per ripiano perdite delle Aziende Sanitarie riferite all'annualità 2020».

Nell'annus horribilis del Covid, infatti, «le perdite di esercizio maturate ammontano complessivamente a € 458.449.987 (San Camillo 132.947.988 - Umberto I 92.647.659 - San Giovanni



Addolorata 83.397.395 - Sant'Andrea 51.327.438 - Ifo 40.859.567 - Tor Vergata 34.212.975 - Ares 23.056.960». E il Rapporto Salute & Ospedali avverte: «La Regione Lazio presenta un quadro di perdite costanti nel corso di tutti gli Esercizi (dal 2013 sino al 2020), pur apparendo evidente lo sforzo posto in atto in funzione del

rientro per tutte le Aziende Ospedaliere, con una sostanziale diminuzione delle perdite (salvo qualche ripresa e quindi successivo recupero) tra il 2013 e il 2019: ma l'esercizio 2020 ha rimesso in moto verso l'alto il disavanzo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Non solo organico

Le 7 aziende ospedaliere soffrono di perdite di esercizio per oltre 450 milioni di euro

Nei pronto soccorso

Le unità che andrebbero rimpiazzate al più presto sono 357 in tutta la regione

Spallanzani

È l'ospedale di riferimento per le malattie infettive, Covid compreso



118
La direttrice
Maria Paola
Corradi

