



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

08 Settembre 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

LIVESICILIA

Centro regionale trapianti, tutti i dipendenti saranno stabilizzati

SANITA' di [Redazione](#)

“Un risultato importante che restituirà serenità a lavoratori preziosi”. Dopo 15 anni di precariato, il Centro Regionale Trapianti stabilizzerà entro la fine dell’anno tutti i suoi dipendenti. Grazie all’intervento dell’Assessorato Regionale alla Salute, ed alla gestione del Centro, affidata dal 2019 al Coordinatore Regionale Prof. Giorgio Battaglia, i lavoratori saranno assunti con contratto a tempo indeterminato presso il Sistema Sanitario Regionale. Conclusa la procedura per gli infermieri, assunti nella loro totalità tra Luglio e Agosto 2022, il Centro procederà con il personale amministrativo, gli psicologi, l’ufficio stampa e con altre figure professionali.

“Il CRT rappresenta uno dei poli d’eccellenza del nostro Sistema Sanitario Regionale – ha spiegato l’Assessore Regionale alla Salute, Ruggero Razza – Grazie ad un coordinamento tra Arnas Civico di Palermo, Ismett e Policlinico di Catania, i professionisti del Centro si occupano di interventi delicatissimi e fondamentali per la vita di tutti noi. Quando ci siamo insediati, nel 2018, abbiamo trovato una situazione occupazionale indegna del prezioso ruolo di questi lavoratori: contratti a partita iva, collaborazioni e contratti a tempo determinato. Una situazione a cui, grazie al lavoro fondamentale del Professor Battaglia, abbiamo voluto mettere, una volta per tutte, la parola ‘fine’”.

“Oggi – ha concluso Razza – possiamo dire, con una punta d’orgoglio, di essere riusciti a dare serenità ai dipendenti e alle loro famiglie: una preconditione necessaria per garantire all’utenza un servizio di alta qualità”. “Voglio ringraziare l’Assessore Ruggero Razza e tutte le figure che sono state coinvolte nel processo che darà, finalmente, stabilità a tutti i lavoratori del Centro”, ha aggiunto il Coordinatore Regionale del CRT, Prof. Giorgio Battaglia.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Il caso

Ospedale Cervello, protesta per la chiusura del CRR dei pazienti neuromuscolari

La Uildm Palermo giudica inadeguata l'alternativa del ricovero nel reparto di broncopneumologia di Villa Sofia.

8 Settembre 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Nei giorni scorsi la comunicazione, dal reparto di **Pneumologia** del presidio ospedaliero “**Cervello**” di Palermo, della chiusura delle stanze del CRR (Centro di Riferimento Regionale) riservate ai pazienti **neuromuscolari**, per destinarle ad altri reparti, e quindi l’inizio da parte di Associazioni, pazienti e caregiver di una battaglia che possa scongiurare questo rischio. Dall’Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare-Palermo sottolineano: «La conseguenza per i pazienti neuromuscolari, bisognosi di cure urgenti e speciali, sarebbe quella di essere ricoverati nel reparto di **broncopneumologia** di Villa Sofia che, dopo opportuni sopralluoghi, risulta assolutamente **inadeguato** per la degenza di pazienti che necessitano di un’assistenza mirata. I **bagni dell’edificio A** all’Ospedale Cervello, invece, non sarebbero a norma, quando le **stanze** del CRR sarebbero invece ben equipaggiate per le disabilità e funzionanti, almeno fino allo scorso luglio, perchè poi destinate all’oncologia dall’inizio di settembre. Solo successivamente, dopo l’adeguamento dei **servizi igienici** del terzo piano dell’edificio A del presidio Cervello, i pazienti potranno accedere all’UTIR (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria) previa preventiva valutazione». **La Uildm-sezione di Palermo**, insieme all’Associazione Italiana Glicogenosi, ed altre Associazioni, nonché pazienti e familiari coinvolti, martedì 6 settembre si sono recati presso il CCR dove si trovavano due pazienti in attesa di ricovero che, secondo le nuove disposizioni sarebbe dovuto avvenire non nelle stanze ad



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

hoc del Centro, ma nel **reparto** sopra citato. «Solo dopo estenuanti tira e molla, in via eccezionale, è stata loro consentita la degenza al CRR. E **ai prossimi pazienti** cosa succederà? Dove andranno? Quanto dovranno attendere per un ricovero? Intanto è stato allertato anche il sindaco di Palermo, Roberto Lagalla, ricevendo l'impegno di aver in settimana un colloquio con l'assessore alla **Salute Razza**».

Insanitas ha chiesto una replica a Villa Sofia-Cervello, non appena dovesse arrivare sarà pubblicata. Intanto per oggi (giovedì 8 settembre) alle ore 12, presso il CRR – edificio B, secondo piano dell'Ospedale Cervello, ci sarà nuovamente un **presidio** da parte delle Associazioni, pazienti e caregiver «perché è previsto il ricovero di un altro paziente, tra l'altro di fuori provincia, e le preoccupazioni su come possa evolversi sono davvero tante».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Il rettore di Palermo ai candidati governatore: «Policlinico in una situazione imbarazzante»

di Marco Gullà

Da Palermo un **appello del rettore Massimo Midiri ai candidati alla presidenza della Regione**. E così nell'agenda politica dei candidati entra il tema dei policlinici e in particolare quello di Palermo. «Sono necessari significativi investimenti in questi presidi ospedalieri che formano i medici, gli specializzandi e gli operatori delle professioni sanitarie», ha detto Midiri. L'importanza di questo ruolo nel sistema sanitario sarebbe stata addirittura mortificata. Il policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo dotato di alte specialità (cardio e neurochirurgia) ha subito, secondo il rettore, una «forte penalizzazione in termini strutturali, tecnologici e organizzativi, rimanendo per di più privo della direzione generale, affidata a un commissario già gravato da onerosi impegni presso un'altra azienda siciliana». Secondo Massimo Midiri, affiancato da Marcello Ciaccio presidente della scuola di medicina di UniPa nel corso di un incontro allo Steri, **la situazione è molto pesante**. «L'azienda - ha aggiunto - è da mesi priva di un direttore amministrativo e di un provveditore, è in ritardo sulla consegna di strutture sanitarie fondamentali quali l'area di emergenza, sale operatorie, ambulatori e sulla attuazione della programmazione triennale delle assunzioni». **Difficoltà anche nell'attuazione di tanti percorsi sanitari** fondamentali per la formazione. Unipa si è impegnata a mantenere gli standard sanitari necessari ma, a giudizio di Midiri, bisogna uscire da una **«imbarazzante condizione»** appesantita dal fatto che il commissario è part time perché è già direttore generale di un'altra azienda. Da qui l'appello di Midiri ai candidati alla Presidenza della Regione perché nei loro «indirizzi politici» diano spazio a interventi urgenti nei policlinici e perché vengano accelerati i tempi per la costruzione di un nuovo policlinico già da tempo finanziata.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

COVID

Così i nuovi vaccini: bivalente dai 12 anni

Servizio a pagina 15

IL PUNTO SULLA PANDEMIA

Covid, ancora giù i contagi. Via libera al nuovo vaccino per i richiami

Mentre la pandemia di Covid arretra ancora (diminuiscono in 7 giorni i ricoveri dei pazienti sia nelle intensive sia nei reparti e calano anche i contagi e i decessi), arriva il via libera ufficiale al richiamo con il vaccino bivalente per gli over 12.

Dopo l'approvazione da parte dell'Aifa, il ministero della Salute ha infatti indicato in una circolare che il vaccino bivalente a Rna messaggero (mRna) contro il ceppo originario del Sars-CoV-2 e contro la variante Omicron BA.1 è raccomandato «come dose di richiamo, nei soggetti di età superiore a 12 anni, che abbiano almeno completato un ciclo primario di vaccinazione». In particolare, la formulazione bivalente dei due vaccini Comirnaty e Spikevax «è raccomandata prioritariamente a coloro che sono ancora in attesa di ricevere la seconda dose di richiamo, com-

presi operatori sanitari, operatori e ospiti delle strutture residenziali per anziani e donne in gravidanza, e a tutti i soggetti di età uguale o superiore a 12 anni ancora in attesa di ricevere la prima dose di richiamo, indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario, con le tempistiche già previste per la stessa».

Per il ministro Speranza «dobbiamo essere pronti ad affrontare il Covid-19 che rappresenta ancora una sfida. I vaccini sono una leva cruciale per proteggere i più fragili». Dei vaccini ha parlato anche il sottosegretario alla Salute, Pier Paolo Sileri, dicendo che «verrà data priorità a coloro che hanno effettuato l'ultimo richiamo da più di sei mesi, quindi a chi l'ha fatto da 6 a 4 mesi fa, mentre coloro che hanno già effettuato una quarta dose da meno di quattro mesi non dovranno sottoporsi ad una ulteriore vac-

nazione con i vaccini aggiornati. E non sarà necessario riallestire tutti gli hub vaccinali». Intanto secondo l'ultima rilevazione degli ospedali sentinella Fiaso (la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere) si registra un calo del 21,5% dei ricoveri sia nei reparti ordinari sia nelle terapie intensive tra il 30 agosto e il 6 settembre. Segnali positivi anche dai ricoveri pediatrici, scesi del 16%. E secondo i dati del ministero della Salute, nelle ultime 24 ore i contagi sono stati 17.574, contro i 24.855 del giorno prima. Le vittime sono 57, in calo rispetto alle 80 del giorno precedente. Gli attualmente positivi sono 555.745, un numero vicino a quello che si registrava a fine dicembre 2021, ovvero subito prima della diffusione della variante Omicron, quando le infezioni in corso erano circa 530mila. E la ricerca non si ferma: gli scienziati sono convinti che i

vaccini Covid in spray o gocce, da assumere per naso o bocca, siano la vera promessa anti-contagio che potrebbero cambiare la pandemia. Questa settimana è stato dato via libera in Cina all'uso come dose booster della versione inalabile di un vaccino prodotto da CanSino Biologics a Tianjin: quello di CanSino è solo uno degli oltre 100 vaccini orali o nasali in fase di sviluppo in tutto il mondo.

Ancora in calo ricoveri e nuovi casi. La circolare del ministero sul bivalente: sì a tutti gli over 12, priorità a chi ha ricevuto l'ultima dose da più di 6 mesi



ANDREA COSTA Il sottosegretario alla Salute: «Siamo vicini alla convivenza con il virus»

«A ottobre non è attesa alcuna ondata Via le mascherine sui mezzi pubblici»

L'INTERVISTA

Andrea Costa, sottosegretario alla Salute, a una nuova pesante ondata d'autunno non ci crede, «ma il governo saprebbe come intervenire» assicura. Con un virus che fa più contagi che ricoveri più che nuove restrizioni «dal primo ottobre si potrebbero togliere le mascherine su bus, metro e treni, oltre che consentire ai positivi asintomatici di tornare al lavoro con le Ffp2».

A parte la nuova campagna vaccinale c'è un piano del governo per fronteggiare una

eventuale ondata autunnale?

«Iniziamo con dire che oggi non c'è alcun elemento obiettivo che faccia pensare a scenari apocalittici. Chi insiste nel fare previsioni fosche non fa il be-

ne dei cittadini. Dobbiamo invece continuare ad avvicinarci all'obiettivo oramai prossimo della convivenza con il virus, dando meno importanza al numero dei contagi, concentrandoci invece su quello dei ricoveri, che sono in continua discesa. Dopo di che l'esperienza maturata in questi due anni consente al governo di intervenire se necessario».

Tornando alle restrizioni del passato?

«Non credo perché ogni decisione è figlia dei suoi tempi e oggi abbiamo varianti più contagiose ma assai meno capaci di generare forme gravi di malattia, dalle quali sono tra l'altro protetti il 90% degli italiani vaccinati».

A scuola però si torna senza mascherine ma senza nemmeno impianti di areazione. Si poteva fare di più?

«I dati certificano che la ventilazione meccanica riduce di molto la diffusione del virus e

su questo si può fare di più. Il governo ha stanziato risorse ma poche regioni le hanno utilizzate per meccanicizzare il riciclo dell'aria. Ma si può ancora recuperare il terreno perché parliamo di impianti di facile e rapida installazione».

Addio anche agli orari scaglionati d'ingresso nei luoghi di lavoro e in larga parte allo smartworking. Un azzardo?

«No perché stiamo passando da una fase pandemica a una endemica. Dico anzi che dovremo andare oltre, eliminando la quarantena per i positivi asintomatici, che potrebbero benissimo andare a lavoro indossando le mascherine Ffp2. Altrimenti una ripresa dei contagi pur senza una impennata dei ricoveri rischia di assestare un altro colpo alla nostra economia già alle prese con la crisi energetica».

L'obbligo di Ffp2 su bus, metro e treni scade il 30 settembre. Verrà reiterato?

«È in corso una riflessione nel

governo. Io sono tra quelli che crede si possano togliere. Vedremo quale sarà la sintesi».

Gli ospedali si sono organizzati per fronteggiare una eventuale ripresa dei ricoveri?

«Lo hanno dimostrato nei mesi scorsi, quando i ricoveri sono aumentati pur senza mandare più in affanno gli ospedali. L'obiettivo era e resta quello di garantire l'attività ordinaria».

Tornando ai vaccini ha senso somministrare ora quelli aggiornati a Omicron 1 quando arriveranno quelli tarati sulla sottovariante 5?

«I dati dimostrano che anche i vaccini non aggiornati conferiscono una protezione alta dalle forme gravi di malattia. Poi è normale che la scienza lavori per migliorare l'offerta di antidoti. Ma intanto è bene proteggersi con quello che c'è e che impedisce di farci finire in ospedale». —P. RUS.



ANDREA COSTA
SOTTOSEGRETARIO
ALLA SALUTE

«L'obiettivo resta garantire l'attività ordinaria negli ospedali. E così sta succedendo»



GIMBE: proposte valide ma frammentate o insostenibili

Ssn: da partiti e coalizioni nessun piano di rilancio

La Fondazione Gimbe ha analizzato le proposte di coalizioni e schieramenti relative a sanità e ricerca biomedica con risultati non troppo rassicuranti. Nonostante le grandi sfide che attendono il nuovo esecutivo (pandemia, attuazione del Pnrr, riforme strutturali, recupero delle prestazioni sanitarie, gestione ordinaria di oltre 130 miliardi di euro di spesa pubblica), per Gimbe "nessuna forza politica sembra aver elaborato un piano di rilancio del servizio sanitario nazionale in grado di garantire alla popolazione il diritto alla reale tutela della salute. Numerose proposte valide ma frammentate, alcune non sostenibili, altre poco attuabili rispetto a norme già in vigore o a quanto previsto dal Pnrr.

Manca una visione di sistema sul Servizio sanitario nazionale, così come la valutazione dell'impatto economico delle proposte.

La gestione di pandemia e campagna

vaccinale rimangono ai margini delle proposte. La pandemia ha progressivamente aumentato la consapevolezza sociale che un sistema sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta un caposaldo della nostra democrazia: "Se tuttavia inizialmente tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare adeguatamente il Servizio sanitario nazionale - dichiara Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione - con la fine dell'emergenza la sanità è "rientrata nei ranghi", finendo di nuovo relegata ai margini dell'agenda politica". Di fatto, le criticità rilevate nel 2019 dal 4° Rapporto Gimbe sul SSN sono ancora lontane dall'essere risolte e la pandemia, oltre a non aver mollato la presa, inizia a far vedere i suoi effetti a medio-lungo termine: ritardo nell'erogazione di prestazioni sanitarie, impatto del long-Covid, conseguenze sulla salute mentale, depauperamento e demotivazione del personale.

Tra gestione della pandemia, attuazio-

ne del PNRR, necessità di riforme strutturali, recupero delle prestazioni sanitarie e gestione ordinaria di oltre 130 miliardi di euro di spesa pubblica - spiega il presidente - la prossima legislatura sarà determinante per il destino del SSN: per questo è indispensabile rimettere la sanità al centro dall'agenda di Governo a prescindere dall'esito delle urne, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio di ideologie partitiche. L'analisi è stata condotta sui programmi elettorali depositati dai partiti entro il 14 agosto 2022 ai sensi della L. 165/2017 e pubblicati nella sezione "Elezioni trasparenti" del sito web del ministero dell'Interno. Sono stati espressamente esclusi dall'analisi i programmi elettorali pubblicati sui siti web dei partiti, oltre che tutti i materiali divulgativi e le dichiarazioni degli esponenti politici.

Ce.Au.



Le modifiche del dl 73/22 hanno effetto sulle operazioni a far data dal 22 giugno 2022

Strutture sanitarie con Iva light

Per le prestazioni di ricovero l'imposta scende dal 22 al 10%

DI FRANCO RICCA

Stop all'Iva del 22% sui servizi sanitari erogati da strutture non convenzionate: dopo le modifiche apportate dal dl n. 73/2022 (semplificazioni), convertito dalla legge n. 122/2022, le prestazioni di ricovero e cura in regime privatistico pagano l'aliquota ridotta del 10%; beneficiano inoltre dell'esenzione sulla componente sanitaria in senso stretto, nei limiti del compenso dovuto dalla clinica al professionista esecutore della prestazione (per esempio, il chirurgo e l'anestesista)..

Vediamo più in dettaglio le modifiche, che hanno effetto sulle operazioni effettuate a partire dal 22 giugno 2022.

Prestazioni sanitarie. Nel nuovo testo dell'art. 10 del dpr 633/72, come integrato dall'art. 18 del dl n. 73, l'esenzione prevista per le prestazioni di diagnosi e cura alla persona rese nell'esercizio delle professioni sanitarie soggette a vigilanza è applicabile "anche se la prestazione sanitaria costituisce una componente di una prestazione di ricovero e cura resa alla persona da un soggetto diverso da quelli di cui al numero 19, quando tale soggetto a sua volta acquista la suddetta prestazione sanitaria presso un terzo e per l'acquisto trovi applicazione l'esenzione di cui al presente numero; in tal caso, l'esenzione opera per la prestazione di ricovero e cura fino a concorrenza del corrispettivo dovuto da tale soggetto al terzo."

Per meglio comprendere la novità, va ricordato che l'esenzione Iva del settore sanitario discende da due distinte previsioni dell'art. 10, che si integrano a vicenda in modo da coprire le varie situazioni in cui sono

erogate le prestazioni dirette alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle malattie delle persone:

- il n. 18), che esenta le prestazioni rese dagli esercenti le professioni sanitarie soggette a vigilanza (medici, odontoiatri, infermieri, ecc.)

- il n. 19), che esenta le prestazioni di ricovero e cura, comprese la somministrazione di farmaci e vitto, "rese da enti ospedalieri o da cliniche e case di cura convenzionate nonché da società di mutuo soccorso con personalità giuridica e da enti del Terzo settore di natura non commerciale".

In via di principio, l'esenzione non si applica alle prestazioni di ricovero e cura erogate da cliniche e case di cura non convenzionate (rese a costi più elevati rispetto a quelli delle corrispondenti prestazioni del servizio pubblico).

Per erogare le prestazioni di ricovero e cura, i soggetti non convenzionati si avvalgono non solo di propri dipendenti, ma anche di liberi professionisti sanitari che fatturano le proprie prestazioni, esenti ai sensi del n. 18), alla clinica, che a sua volta fattura al paziente, in regime di imponibilità, il prezzo complessivo del servizio di ricovero e cura, comprensivo, naturalmente, del costo sostenuto per l'acquisizione della prestazione del libero professionista; tale costo, quale componente del prezzo del servizio reso dalla clinica al paziente, era così gravato dell'Iva, che colpiva il prezzo complessivo della prestazione di ricovero e cura unitariamente considerata.

La modifica apportata dal dl 73 (di dubbia compatibilità unionale, malgrado il diverso tenore della relazione illustrativa) consente ora di isolare, nell'ambito della prestazione unitaria di ricovero e cura resa dalla clinica non convenzionata, la compo-

nente riferibile alla prestazione sanitaria acquistata presso terzi (il professionista) e di assoggettarla al regime di esenzione come se fosse stata resa da questi direttamente al paziente; ciò, tuttavia, nei limiti dell'importo dovuto dalla clinica al professionista. Per esempio, se la clinica riceve una parcella di 15.000 euro dal chirurgo e richiede 25.000 euro al paziente quale prezzo complessivo della prestazione di ricovero e cura, fatturerà in esenzione 15.000 euro e in regime di imponibilità (al 10%, come si vedrà a breve) i restanti 10.000.

Servizi ad aliquota ridotta. Il dl 73 ha sostituito inoltre il n. 120) della tabella A/III allegata al dpr 633/72, che menziona ora, oltre alle prestazioni alberghiere:

- le prestazioni di ricovero e cura, comprese le prestazioni di maggior comfort alberghiero, non rientranti nelle esenzioni di cui ai nn. 18) e 19) dell'art. 10
- le prestazioni di alloggio rese agli accompagnatori dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie, convenzionate e non
- le prestazioni di maggior comfort alberghiero rese a persone ricoverate presso strutture sanitarie convenzionate.

La novità principale è l'assoggettamento all'aliquota ridotta delle prestazioni di ricovero e cura non rientranti nelle esenzioni di cui ai numeri 18) e 19) dell'art. 10, mentre le altre consistono nell'assoggettamento al 10% delle prestazioni di alloggio rese agli accompagnatori dei ricoverati nelle strutture sanitarie, convenzionate e non, nonché nell'esclusione dall'aliquota ridotta delle prestazioni di maggior comfort alberghiero rese ai pazienti ricoverati in strutture non convenzionate. ■



L'altra emergenza che tutti ignorano

Servizio nazionale sempre più in crisi, per questo l'offerta dei privati è ormai essenziale: già 15 milioni di italiani ricorrono alle prestazioni integrative per evitare liste di attesa. Così lo Stato può risparmiare non meno di 2,2 miliardi l'anno. L'effetto della mutualità

MARCO BARBIERI

C'

è un'emergenza salute in Italia che non dipende dalla recrudescenza del Covid. Ed è un'emergenza non meno drammatica di quella energetica. Ma a differenza di questa si può accantonare, fare finta che non ci sia. Basta non curarsi. Se nella tempesta della pandemia e nella bufera del "caro bollette" è possibile ancora ricevere una decente assistenza sanitaria, «è in buona parte grazie alla sanità privata. Il Sistema sanitario nazionale è al collasso, e pensarlo ancora come unico e universale è antistorico per quello che è il nuovo welfare, per come è cambiato e per come è destinato a cambiare» commenta Giovanna Gigliotti, ad di UniSalute, la compagnia assicurativa di sanità integrativa del Gruppo Unipol. «Intendiamoci - aggiunge la manager - nessuno vuole abbattere la sanità pubblica, ci mancherebbe. Ma la sua area privilegiata di intervento deve riguardare la ricerca, l'alta specializzazione, le epidemie, le emergenze come quella del Covid - spiega Gigliotti - anche perché per tutto il resto i cittadini la sanità se la pagano ormai da soli, direttamente o attraverso l'efficienza dei Fondi sanitari».

Ai 115 miliardi del Servizio sanitario nazionale (negli ultimi due anni si è arrivati a 123 miliardi, a causa delle spese extra determinate dalla pandemia) si aggiungono stabilmente oltre 40 miliardi che escono dalle tasche degli italiani. Il lockdown imposto dal Covid ha finito per ridurre eccezionalmente a poco meno di 31 miliardi la spesa del 2020, ma è un dato che deve essere considerato transitorio. La tendenza degli ultimi anni è chiara.

PREGIUDIZIO DA SFATARE

La numero uno della maggiore compagnia assicurativa di sanità integrativa per quantità di clienti gestiti (circa 11 milioni di persone provenienti dalle più grandi aziende italiane, dai Fondi sanitari di categoria e dalle Casse professionali) aveva preparato una relazione circostanziata per un importante appuntamento istituzionale. La crisi politica ha imposto una diversa agenda. L'occasione è rimandata, ma i numeri restano quelli. E ci aiutano a scattare una fotografia essenziale di un settore sempre più vitale per la nostra quotidianità.

«Innanzitutto sfatiamo un pregiudizio ideologico - aggiunge Gigliotti - la sanità privata è essenziale e non grava sulla collettività, anzi». Secondo i dati dell'Anagrafe dei Fondi, le prestazioni erogate dai Fondi Sanitari (per i quali vige il principio della



deducibilità dal reddito per i contributi versati per l'iscrizione al Fondo) ammontano a 2,8 miliardi di euro per l'anno 2019. A fronte di ciò il mancato gettito si può stimare in 610 milioni di euro.

«In altri termini – si legge nel documento predisposto da UniSalute – i fondi sanitari erogano un valore di prestazioni superiore al costo a carico delle finanze pubbliche. Anche dirottando sul Ssn i fondi del mancato gettito, servirebbero circa 2,2 miliardi di euro per garantire l'erogazione delle prestazioni che oggi transitano attraverso il sistema dei Fondi». In sintesi, senza l'intermediazione dei Fondi Sanitari lo Stato dovrebbe aumentare la propria spesa per garantire lo stesso ammontare di prestazioni che sono erogate oggi e i cui costi, per la componente dei Fondi Sanitari, sono supportati dagli aderenti ai Fondistessi.

Inoltre, è utile ricordare che – a differenza della spesa out-of-pocket (quella direttamente praticata dai cittadini) – la spesa intermediata dai Fondi alimenta enormemente il livello di compliance fiscale, in quanto le prestazioni rimborsate devono essere adeguatamente documentate e quindi escono dall'ombra del nero e dell'evasione fiscale.

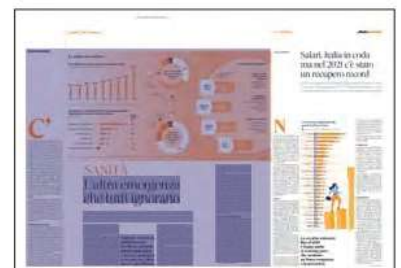
Insomma, la sanità privata conviene ai cittadini – sono ormai quasi 15 milioni gli italiani che possono godere di una copertura assicurativa sanitaria integrativa grazie ai Fondi, cioè oltre 13 milioni di lavoratori dipendenti e i loro familiari – che evitano le attese del Ssn e possono scegliere il professionista che preferiscono, ma conviene anche allo Stato e ai conti complessivi del nuovo welfare. Il Ssn unico e universale è improponibile anche per le risorse necessarie. Il welfare state come lo conoscevamo non c'è più.

Durante la pandemia se non ci fosse stata la sanità privata integrativa avremmo registrato un vero e proprio collasso per la salute degli italiani. I dati sono impietosi. È venuta meno la cura, è crollata la prevenzione. In generale, nel 2020 sono stati 1,3 milioni i ricoveri in meno (-17%) rispetto all'anno precedente. Inoltre, il 42,6% del totale dei ricoveri in meno si riferisce a prestazioni urgenti mentre il 57,4% a ricoveri programmati. Si registrano poi 20,1 milioni di esami diagnostici rimandati, 90,4 milioni di esami di laboratorio rinviati e quasi 19 milioni di visite specialistiche annullate. «Nel primo semestre del 2022 – racconta Gigliotti – le prestazioni erogate da UniSalute sono aumentate del 13% in media, un recupero del backlog cumulato durante il periodo della pandemia».

COLLETTIVE O INDIVIDUALI?

La penetrazione della sanità integrativa nelle famiglie italiane è avvenuta grazie all'evoluzione dei contratti collettivi nazionali di lavoro che hanno destinato una quota di contribuzione obbligatoria all'iscrizione nei fondi. Quote modeste – in media 100 euro l'anno – che comunque, grazie al criterio di mutualità, consentono di supportare prestazioni di qualità. In questo senso le polizze collettive sono di gran lunga le più praticate (capita spesso che a livello aziendale negli accordi integrativi si finisca per indirizzare quote aggiuntive al finanziamento dei Fondi e quindi a un miglioramento delle prestazioni), ma secondo Gigliotti sono destinate a crescere anche quelle individuali. «C'è una domanda crescente. La salute è una priorità. Oggi le polizze individuali valgono il 2-3% del totale, ma possono offrire un'integrazione di copertura rispetto a quelle collettive, con premi modulari per importi assai contenuti».

Gigliotti: «Assistenza pubblica ormai al collasso, pensarla ancora come unica è davvero antistorico se si vuole un welfare nuovo e più efficiente»



Nuovi vaccini a over 60, fragili e a chi deve fare la terza dose

La circolare. Priorità anche a sanitari, Rsa e donne in gravidanza. Intervallo minimo di tre mesi dall'ultima iniezione. Ma è rischio caos a fine mese con l'arrivo dei farmaci aggiornati a Omicron 5

Marzio Bartoloni

Le prime iniezioni con il nuovo vaccino bivalente adattato contro Omicron 1 potrebbero cominciare già lunedì prossimo. Potranno prenotare il nuovo vaccino di Moderna e Pfizer negli hub, nelle farmacie o negli studi medici attrezzati - appena le Regioni avranno aggiornato nei prossimi giorni i loro siti - tutti gli italiani che devono ancora fare la quarta dose e quindi innanzitutto over 60 e fragili, ma anche sanitari, ospiti e personale delle Rsa e donne in gravidanza. Ma a loro si potranno unire anche tutti gli italiani over 12 che devono ancora fare la terza dose perché magari l'hanno rinviata. A patto che siano trascorsi almeno tre mesi dall'ultima somministrazione con il "vecchio" vaccino monovalente realizzato sul ceppo originario del virus (quello di Wuhan).

A dare il via alla nuova campagna vaccinale contro il Covid - la prima fatta in base a richiami annuali - dopo quella partita a dicembre 2020 che ha messo in fila la bellezza di 140 milioni di somministrazioni è la circolare firmata ieri dal dg Prevenzione del ministero della Salute Gianni Rezza. Circolare che appunto sottolinea come i vaccini "aggiornati" - i booster bivalenti (Wuhan+Omicron 1) di Pfizer e Moderna approvati dall'Agenzia italiana del farmaco lo scorso 5 settembre - «sono raccomandati prioritariamente a coloro che sono ancora in attesa di ricevere la seconda dose di richiamo», la cosiddetta quarta dose, «in base alle raccomandazioni e le tempistiche già previste per la stessa», dunque over 60 e persone con elevata fragilità, «incluso anche operatori sanitari, operatori e ospiti delle strutture residenziali

per anziani e donne in gravidanza», e «a tutti i soggetti di età uguale o superiore a 12 anni ancora in attesa di ricevere la prima dose di richiamo» o terza dose, «indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario, con le tempistiche già previste per la stessa». Insomma non solo chi deve fare la quarta dose - over 60 e fragili - potrà farsi somministrare il nuovo vaccino ma anche chi, over 12, ne ha fatte solo due di dosi e magari ha saltato la terza (ma chi nel frattempo si è contagiato con il Covid è considerato come avesse fatto una dose). «Si avvicina l'autunno e dobbiamo essere pronti ad affrontare il Covid-19 che rappresenta ancora una sfida», ha ricordato ieri il ministro della Salute Roberto Speranza da Praga dove c'era un vertice Ue con i suoi colleghi ministri. «Tutti i Paesi e le istituzioni internazionali - ha continuato Speranza - devono agire in modo coordinato e deciso per sostenere le campagne anche con i vaccini aggiornati e per contrastare la disinformazione».

Ma una incognita potrebbe gettare nel caos la campagna vaccinale che come detto partirà impiegando i vaccini bivalenti di Pfizer e Moderna studiati su il ceppo di Wuhan e la variante Omicron 1. Le fiale sono attese già entro il 10 settembre in modo da far partire subito dopo le prime somministrazioni. Ma un altro vaccino bivalente è in arrivo: già a metà settembre l'Ema, l'Agenzia europea del farmaco, dovrebbe autorizzare anche il bivalente Wuhan-Omicron 4-5 e quindi entro fine mese potrebbe arrivare questo vaccino "aggiornato" alla sottovariante ora più diffusa anche in Italia. Come ci si comporterà quando si avrà la disponibilità di entrambi i vaccini?

Il ministero della Salute deciderà quando ci sarà anche questa disponibilità, ma la strada da seguire potrebbe essere quella di finire prima le scorte del vaccino bivalente "tagliato" su Omicron 1 per poi passare a quelli studiati per le sotto varianti Omicron 4-5. Il rischio però potrebbe essere quello che molti italiani potrebbero preferire aspettare l'ultimo vaccino più "aggiornato" e rinviare così la vaccinazione.

In realtà gli esperti già assicurano che i vaccini per Omicron 1 sono efficaci anche per le altre sotto varianti (la Ba.4 e la Ba.5 appunto). E la stessa Ema nella sua approvazione al bivalente di Pfizer e Moderna dello scorso 1 settembre e poi confermato dall'Aifa nella sua autorizzazione dello scorso 5 settembre ha sottolineato come i nuovi vaccini per Omicron 1 «hanno mostrato la capacità di indurre una risposta anticorpale maggiore di quella del vaccino monovalente originario sia nei confronti della variante Omicron BA.1 che delle varianti BA.4 e BA.5». Resta il fatto però che altri Paesi hanno fatto una scelta diversa: è il caso degli Stati Uniti e della sua Fda (Food and drug administration) che ha direttamente autorizzato l'impiego solo dell'ultimo vaccino bivalente Wuhan-Omicron 5 con le somministrazioni che partiranno proprio in questi giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Prime iniezioni nei prossimi giorni. A metà settembre l'Ema approverà anche il vaccino per Omicron 5



Covid, i “nuovi” vaccini raccomandati come quarta dose per i fragili e come 3^a per tutti

Via libera al richiamo con il vaccino bivalente per gli over 12. Il ministero della Salute ha infatti indicato in una circolare che il vaccino contro il ceppo originario del virus SarsCoV2 e contro la variante Omicron BA.1 è raccomandato prioritariamente “a coloro che sono ancora in attesa di ricevere la seconda dose di richiamo (la quarta, ndr)”, compresi operatori sanitari, operatori e ospiti delle strutture residenziali per anziani e donne in gravidanza, e “a tutti i soggetti di età uguale o superiore a 12 anni ancora in attesa di ricevere la prima dose di richiamo (la terza, ndr), indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario, con le tempistiche già previste per la stessa”. Secondo il sottosegretario alla Salute, Pierpaolo Sileri, “verrà data priorità a coloro che hanno effettuato l’ultimo richiamo da più di sei mesi, quindi a chi l’ha fatto da 6 a 4 mesi fa, mentre coloro che hanno già effettuato una quarta dose da meno di quattro mesi non dovranno sottoporsi a una ulteriore vaccinazione con i vaccini aggiornati. E non sarà necessario riallestire tutti gli hub vaccinali”.

Intanto secondo l’ultima rilevazione degli ospedali sentinella Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) si registra un calo del 21,5% dei ricoveri sia nei reparti ordinari sia nelle terapie intensive tra il 30 a-

gosto e il 6 settembre. Segnali positivi anche dai ricoveri pediatrici, scesi del 16%. Secondo i dati del ministero della Salute, nelle ultime 24 ore i contagi sono stati 17.574 (-19,4% rispetto a sette giorni fa). Le vittime sono 57, in calo rispetto alle 80 di martedì e alle 90 di sette giorni fa. Il tasso di positività scende al 10,7%. Ricoverati in terapia intensive ci sono 184 persone, (saldo -1 nelle ultime 24 ore, con 27 ingressi in un giorno), mentre i ricoverati con sintomi sono 4.299, (160 in meno rispetto a martedì). Gli attualmente positivi sono 555.745, un numero vicino a quello che si registrava a fine dicembre 2021, ovvero subito prima della diffusione della variante Omicron, quando le infezioni in corso erano circa 530 mila.

Secondo l’analisi di Cesare Cislighi, già presidente della Società italiana di epidemiologia, “a inizio giugno c’è stata la crescita dei contagi che ha avuto il massimo a metà luglio”, da allora i casi sono “diminuiti fino a Ferragosto”, rimanendo per una “decina di giorni più o meno allo stesso livello”. Adesso i contagi stanno ricominciando a scendere.

MINISTERO DELLA SALUTE



Covid, autorizzato il richiamo via al bivalente per gli over 12

IL PIANO

Via libera al richiamo con il vaccino bivalente per gli over 12, mentre la pandemia di Covid arretra ancora: diminuiscono in sette giorni i ricoveri dei pazienti sia nelle intensive sia nei reparti e calano anche i contagi ma con l'autunno alle porte «il virus è ancora una sfida da affrontare», come ha detto il ministro della Salute, Roberto Speranza.

In seguito all'approvazione da parte dell'Aifa, il ministero della Salute ha infatti indicato in una circolare che il vaccino bivalente a Rna messaggero (MRna) contro il ceppo originario del virus SarsCoV2 e contro la variante Omicron BA.1 è raccomandato «come dose di richiamo, nei soggetti di età superiore a 12 anni, che abbiano almeno completato un ciclo primario di vaccinazione anti SarsCoV-2/Covid-19. La formulazione bivalente dei due vaccini Comirnaty e Spikevax, è raccomandata prioritariamente «a coloro che sono ancora in attesa di ricevere la seconda dose di richiamo», compresi operatori sanitari, operatori e ospiti delle strutture residenziali per anziani e donne in gravidanza, e «a tutti i soggetti di età uguale o superiore a 12 anni ancora in attesa di ricevere la prima dose di richiamo, indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario, con le tempistiche già previste per la stessa».

IL MINISTRO

Per il ministro Speranza «si avvicina l'autunno e dobbiamo essere pronti ad affrontare il Covid-19 che rappresenta ancora una sfida. I vaccini sono una leva cruciale per proteggere i più fragili», ha affermato intervenendo al vertice dei ministri della Salute Ue a Praga.

Dei vaccini ha parlato anche il sottosegretario alla Salute, Paolo Sileri, dicendo che «verrà data priorità a coloro che hanno effettuato l'ultimo richiamo da più di sei mesi, quindi a chi l'ha fatto da sei a quattro mesi fa, mentre coloro che hanno già effettuato una quarta dose da meno di quattro mesi non dovranno sottoporsi ad una ulteriore vaccinazione con i vaccini aggiornati. E non sarà necessario riallestire tutti gli hub vaccinali».

Intanto secondo l'ultima rilevazione degli ospedali sentinella Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) si registra un calo del 21,5% dei ricoveri sia nei reparti ordinari sia nelle terapie intensive tra il 30 agosto e il 6 settembre. Segnali positivi anche dai ricoveri pediatrici, scesi del 16%.

Secondo i dati del ministero della Salute, nelle ultime 24 ore i contagi sono stati 17.574, contro i 24.855 del giorno prima. Le vittime sono 57, in calo rispetto alle 80 di ieri.

Effettuati 163.107 tamponi con un tasso del 10,7%. Nelle intensive ci sono 184 pazienti ricoverati, uno in meno, nei reparti sono invece 4.299, (-160). Gli attualmente positivi sono 555.745, un numero vicino a quello che si registrava a fine dicembre 2021, ovvero subito prima della diffusione della va-

riante Omicron, quando le infezioni in corso erano circa 530mila.

Secondo l'analisi di Cesare Cislighi, già presidente della Società italiana di epidemiologia, «a inizio giugno c'è stata la crescita dei contagi che ha avuto il massimo a metà luglio», da allora i casi sono «diminuiti fino a Ferragosto», rimanendo per una «decina di giorni più o meno allo stesso livello». Adesso i contagi stanno ricominciando a scendere. «La mia interpretazione - spiega l'esperto - è che alla curva di discesa più o meno regolare, si sono aggiunti pochi casi, dovuti ai maggiori assembramenti per le vacanze. Attualmente i contagi scendono al ritmo del 20% circa a settimana». Per Cislighi resta difficile fare previsioni su cosa ci aspetta nelle prossime settimane.

«La cosa corretta è dire che i rischi ci sono e che precauzioni semplici, che non comportano grossi disagi, devono essere mantenute, come le mascherine o evitare situazioni a rischio, un minimo di precauzione sulle situazioni abbassa la probabilità di contrarre il virus».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA VACCINAZIONE
RACCOMANDATA
AGLI OPERATORI
SANITARI, AI FRAGILI
E AGLI ANZIANI
OSPITI NELLE RSA**



Covid Via ai nuovi vaccini per dodicenni e donne incinte

PAOLO RUSSO - PAGINA 19

Le regole dei nuovi vaccini

Il ministero avvia la campagna con i farmaci aggiornati ma a fine mese potrebbero arrivarne altri più recenti

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

Parte la campagna vaccinale d'autunno con i nuovi vaccini Pfizer e Moderna aggiornati su Omicron 1. Ma rischia di essere una falsa partenza, perché gli italiani ancora in attesa della terza e quarta dose potrebbero decidere di tergiversare ancora un po', visto che entro fine mese sarà autorizzato il più efficace antidoto tarato sulla versione 5 di Omicron, che è poi quella ad oggi prevalente. Un vaccino che l'americana Fda ha invece già approvato, autorizzando da subito la somministrazione.

A dare intanto il via libera ai vaccini aggiornati sulla originaria Omicron è la circolare a firma del direttore del dipartimento prevenzione del ministero della Salute, Gianni Rezza, che autorizza la nuova somministrazione del vaccino «a coloro che sono ancora in attesa di ricevere la seconda dose di richiamo, in base alle raccomandazioni e le tempistiche già previste per la stessa, includendo anche operatori sanitari, operatori e ospiti delle strutture residenziali per anziani

e donne in gravidanza; a tutti i soggetti di età uguale o superiore a 12 anni ancora in attesa di ricevere la prima dose di richiamo, indipendentemente dal vaccino utilizzato per il completamento del ciclo primario, con le tempistiche già previste per la stessa».

In pratica il vaccino nella versione aggiornata andrà somministrato ai 15 milioni di over 60, più operatori sanitari, ospiti delle Rsa e donne incinta che non si sono ancora decisi a fare il passo per coprirsi con la quarta dose. In più potranno ricevere la versione aggiornata anche tutti gli over 12 che si sono fermati alla seconda dose. Come spiegato nel lungo allegato tecnico devono però essere trascorsi almeno quattro mesi dall'ultima somministrazione del vaccino o dall'avvenuta guarigione dal Covid per poter iniettare anche questo tarato su Omicron 1.

Le vaccinazioni con i nuovi prodotti dovrebbero iniziare già da lunedì, previa prenotazione tramite i siti regionali o presso farmacie e medici di famiglia che abbiano aderito alla campagna vaccinale.

A frenare l'operazione c'è però l'ingorgo vaccinale che si profila all'orizzonte, visto

che l'agenzia europea del farmaco, l'Ema, conferma che già il prossimo 15 settembre potrebbe arrivare il via libera al più efficace vaccino Pfizer aggiornato sulla varian-

te oggi prevalente, ossia la versione cinque di Omicron. Una decisione che sarà seguita a ruota dalla nostra Aifa, mettendo così a disposizione degli italiani un antidoto capace di offrire maggiore protezione non solo rispetto alle forme gravi di malattia, ma anche nei confronti del contagio. Una opportunità che potrebbe spingere i più a temporeggiare, visto che la versione aggiornata sulla oramai scomparsa Omicron 1 sembra solo di poco più efficace dei vecchi vaccini predisposti contro l'originario ceppo di Wuhan. E infatti ne-

gli Usa si è deciso di bruciare le tappe partendo subito con l'antidoto di Pfizer costruito per rispondere agli attacchi di Omicron 5. Ma secondo lo stesso coordinatore della risposta alla pandemia della Casa Bianca, Ashish Jha, «è ragionevole che chi ha avuto di recente la malattia vera e propria aspetti qualche mese prima di farlo». Sulla quantificazione dei tempi di attesa non c'è però chiarezza, in quanto le ultime varianti Omicron hanno



LA STAMPA

evidenziato la capacità di infettare anche chi aveva fatto i booster precedenti. Tuttavia le ultime linee-guida dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie suggerivano di attendere tre mesi dopo l'eventuale infezione con il Sars-Cov2.

Vari studi hanno infatti evidenziato che distanziare le dosi dei vaccini di tre mesi aumenta la risposta immunitaria e quindi l'efficacia dei booster. Che è poi la scelta fatta anche dalla circolare approvata ieri su vaccini che rischiano però di ve-

dere la luce già vecchi. Perché si sia deciso di partire lo stesso senza aspettare la versione ancora più aggiornata lo ha spiegato però il Ministro Speranza al vertice con i suoi colleghi Ue. «Si avvicina l'autunno e dobbiamo essere pronti ad affrontare il Covid-19 che rappresenta ancora una sfida. I vaccini sono una leva cruciale per proteggere i più fragili». Come dire che è meglio fare in fretta, prima che il virus rialzi la testa. —

I punti chiave

1

Over 60, donne incinta, sanitari e ospiti delle Rsa senza la quarta dose, potranno fare il nuovo vaccino

2

Potranno ricevere la versione aggiornata anche tutti gli over 12 che si sono fermati alla seconda dose

3

Le vaccinazioni con i nuovi prodotti aggiornati dovrebbero iniziare già a partire da lunedì

4

Per la nuova dose ci si può prenotare tramite i siti regionali o presso farmacie e medici di famiglia

17.574

I casi di ieri
in calo
rispetto
ai 24.855 di martedì

57

I decessi di ieri
in calo
rispetto
agli 80 di martedì

Prenotazione

Le vaccinazioni con i nuovi farmaci dovrebbero iniziare lunedì, previa prenotazione tramite i siti regionali o presso farmacie e medici di famiglia



ANSA/GRILLOTTI-VANNISSELLI



Ema-Ecdc, nuovi booster per autunno contro ondate e pressione ospedali

"La vaccinazione e l'impiego di booster in maniera tempestiva prima di una potenziale ondata autunnale e invernale di casi Covid è essenziale per proteggere le persone e impedire che i sistemi sanitari vengano sopraffatti. Si consiglia alle persone che non hanno ancora avuto la vaccinazione primaria o il booster di farli secondo le raccomandazioni dei loro Paesi". E' il messaggio lanciato dall'Agenzia europea del farmaco (Ema) e dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc), in una dichiarazione congiunta con cui forniscono indicazioni e considerazioni aggiornate di salute pubblica sull'uso dei vaccini Covid adattati di recente autorizzazione in Ue. Obiettivo: supportare la pianificazione delle campagne di vaccinazione autunnali-invernali.

I vaccini adattati "sono approvati per l'uso solo come dosi di richiamo in persone che hanno completato almeno un ciclo vaccinale primario, indipendentemente dai vaccini utilizzati" per le prime dosi. L'Ema e l'Ecdc nel raccomandare che nella somministrazione dei booster aggiornati venga data priorità alle categorie più a rischio per Covid (over 60 e fragili dai 12 anni in su, ospiti e operatori di Rsa, donne incinte e sanitari) tengono a puntualizzare anche che "i vaccini originali anti-Covid continuano a fornire protezione contro malattie gravi, ospedalizzazione e morte e dovrebbero essere utilizzati per le vaccinazioni primarie ed essere presi in considerazione per dosi di richiamo quando non sono ancora disponibili vaccini più recenti". La dichiarazione arriva dopo che l'Ue nei giorni scorsi ha ampliato il proprio arsenale con due booster bivalenti adattati per coprire il virus originale e la sottovariante Omicron BA.1. Si tratta di Comirnaty* bivalente, di Pfizer-



BioNTech e Spikevax* bivalente di Moderna. Esporre il sistema immunitario alle versioni più attuali del virus "in modo che apprenda e riconosca le varianti successive" a quella originale, "è la chiave per costruire una risposta immunitaria più ampia". "L'autorizzazione dei primi due vaccini adattati è un passo importante nella nostra lotta in corso contro la pandemia", ha affermato il direttore esecutivo dell'Ema, Emer Cooke. "Abbiamo un virus che si evolve rapidamente e in modo imprevedibile. È importante che l'Ue disponga di un'ampia gamma di vaccini aggiornati rispetto alla loro composizione, in modo che gli Stati membri abbiano più opzioni per soddisfare le loro esigenze quando progettano le loro strategie di vaccinazione". Cooke ha aggiunto che "le autorità sanitarie nell'Ue stanno facendo del loro meglio affinché le persone vengano vaccinate". Anche la direttrice dell'Ecdc Andrea Ammon ha evidenziato come ora "gli Stati membri avranno una gamma più ampia di scelte per lanciare campagne di immunizzazione autunno-inverno volte a proteggere da Covid i gruppi più vulnerabili e a rafforzare la loro immunità contro le varianti emergenti più recenti". Poiché, ha aggiunto Ammon, "questi nuovi vaccini sono attualmente approvati per l'uso solo come dosi di richiamo, quelli originali rimangono essenziali per aumentare la copertura vaccinale primaria tra i non vaccinati e colmare il gap immunitario. Saranno le autorità nazionali degli Stati Ue a prendere le decisioni finali sull'introduzione di vaccini e richiami, tenendo conto di fattori quali la diffusione dell'infezione, l'impatto di Covid sulle diverse popolazioni e l'emergere di nuove varianti. Questi elementi determineranno quali vaccini le persone dovranno ricevere e quando, in base al loro livello di rischio e alla situazione epidemiologica. I due enti Ue continueranno a valutare da vicino l'efficacia e i dati epidemiologici e aggiorneranno di conseguenza le loro raccomandazioni.



05

Ema-Ecdc, 'priorità nuovi booster Covid a over 60, fragili, donne incinte e sanitari

"Sebbene i primi due vaccini anti-Covid adattati" autorizzati in Ue abbiano ricevuto il via libera "per l'uso in persone di età pari o superiore a 12 anni che hanno ricevuto almeno la vaccinazione primaria contro Covid, l'Ecdc", Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, "e l'Ema", Agenzia europea del farmaco, "consigliano che questi richiami siano diretti in via prioritaria alle persone che sono più a rischio di progredire verso una malattia grave a causa di determinati fattori di rischio. Ciò include: persone di età pari o superiore a 60 anni, immunocompromessi e altre persone fragili (a partire dai 12 anni di età) con patologie di base che espongono a maggior rischio e donne in gravidanza". E' l'indicazione contenuta in una dichiarazione congiunta di Ema ed Ecdc sull'uso dei vaccini anti-Covid adattati. Inoltre, aggiungono i due enti Ue, "dovrebbe essere data priorità agli ospiti e al personale delle case di riposo a lungo termine", Rsa. Anche "gli operatori sanitari possono essere presi in considerazione per via della loro maggiore esposizione in caso di future nuove ondate di Sars-CoV-2 e del loro ruolo chiave per il buon funzionamento dei sistemi sanitari".



IL DIALOGO

La politica ci ascolti solo la scienza può evitare il disastro

**ROBERTO ESPOSITO
ANTONELLA VIOLA**

Ascoltando i candidati alle prossime elezioni, provo la sensazione di vivere una realtà distopica. - Pagine 30 e 31



IL DIALOGO

Roberto Esposito e Antonella Viola Ascoltate la scienza ci salverà

Il filosofo e l'immunologa rivolgono un appello alla politica: senza un nuovo approccio andremo incontro a un altro disastro

ROBERTO ESPOSITO E ANTONELLA VIOLA

Antonella Viola. Ascoltando le argomentazioni e i dibattiti dei candidati alle prossime elezioni, provo la sensazione di vivere una realtà distopica. O, se voglio essere più diretta e meno evocativa, direi che trovo i nostri politici, con pochissime eccezioni, del tutto inadeguati al contesto. Una serie di gravi emergenze sanitarie, ambientali, climatiche ed energetiche sta sferzando il Pianeta e mettendo in discussione la vita stessa degli esseri umani (e non solo). La pandemia Covid19 ci ha mostrato la fragilità e la forza di un mondo globalizzato di fronte alle infe-

zioni: quello che accade in un punto del globo, anche in un lontano mercato cinese, colpisce tutto il Pianeta; che però poi reagisce collettivamente, generando strumenti di protezione di massa come i vaccini. E lo stesso vale per tutti gli altri patogeni umani, dal virus del vaiolo delle scimmie o del Nilo occidentale a quello della poliomielite.

Ma, anche al di fuori dell'ambito strettamente sanitario, le crisi che interessano clima, ambiente ed energia sono ugualmente crisi globali, che superano i confini nazionali e coinvolgono (o

stravolgono) l'intero Pianeta. E che necessitano quindi di una reazione coordinata e condivisa a livello sovranazionale. Eppure, la nostra politica è rimasta piccola e provinciale, legata alle beghe del cortile, incapace di elevarsi per ottenere un punto di vista ampio e completo. La politica, oggi, dovrebbe essere in grado di guidare questo cambiamento radicale delle no-



LA STAMPA

stre democrazie verso una globalizzazione che non sia solo superficiale ma strumentale ad affrontare i reali problemi dell'umanità.

Roberto Esposito. Condivido questa impressione di scarto tra le parole della politica e quel che abbiamo davanti: tre crisi gravissime, climatica, epidemica e bellica, tutte esposte a un possibile esito catastrofico. Per non parlare delle difficoltà economiche che ne derivano. L'inedeguatezza - di linguaggio, di tono, di contenuto - è sotto gli occhi di tutti. E peserà certamente su un'astensione massiccia. Personalmente non metterei tutte le forze politiche italiane sullo stesso piano. Non lo sono state sulle misure di contrasto alla pandemia, come tu stessa hai spesso notato: non tutte hanno strizzato l'occhio ai no-vax. E non danno la stessa lettura dei grandi eventi globali che ci colpiscono. Nessuno di questi, né la crisi pandemica né quella climatica, né, tantomeno, la crisi bellica sono affrontabili all'interno di confini statali, anche se gli Stati devono fare la loro parte.

Rispetto al Covid, sotto la minaccia letale del virus, un atteggiamento comune alla fine si è trovato: prima una sorta di comunità del dolore per le vittime e poi una comunità di ricerca per l'elaborazione del vaccino. Naturalmente anche qui non sono mancati conflitti, ma alla fine una certa solidarietà è stata raggiunta. È più difficile convergere verso obiettivi comuni sulla crisi ambientale, dove pesano ancora troppo gli interessi dei singoli Stati. Ed è ancora più difficile per la guerra, che sta spaccando il mondo in due parti contrapposte.

Ma anche in questo caso la posizione dei partiti italiani non è la stessa. C'è chi ripiega su una prospettiva sovranista e chi, comunque, spinge per una maggiore integrazione europea. Oggi stiamo passando un limite storico dav-

vero epocale. Mentre fino ad adesso è stato possibile che una parte del mondo prosperasse a spese di un'altra, ormai non è più così. Crisi ambientale, crisi pandemica e «guerra civile in pezzi» determinano un quadro completamente nuovo, in cui il mondo o si salva tutto insieme o perisce tutto insieme. A dettare le nuove regole della politica non sarà solo l'etica, ma l'interesse di tutti. Basta un solo Paese fuori dal mantello della vaccinazione e tutti gli altri rischiano. Rispetto a questo, hai ragione, nel suo complesso, il ceto politico italiano appare al di sotto di un'accettabile soglia di consapevolezza.

AV Certamente le forze politiche in gioco hanno affrontato, stanno affrontando e affronteranno le crisi diversamente. I governi della pandemia, sia quello Conte sia il successivo guidato da Mario Draghi, hanno avuto il coraggio di prendere decisioni molto difficili e dimostrato saggezza nel lasciarsi guidare dalla scienza ufficiale. Se non lo avessero fatto, se avessero strizzato l'occhio ai no-vax o se avessero inseguito il consenso attraverso la rinuncia al controllo sulla pandemia, l'Italia avrebbe pagato un prezzo altissimo, in vite umane prima di tutto, ma anche in credibilità. E mi preoccupa molto che atteggiamenti antiscientifici possano caratterizzare il prossimo governo: sarebbe un disastro di dimensioni inimmaginabili. Tuttavia, non posso non sottolineare la mancanza di preparazione di tutta la classe politica di fronte a crisi che erano da tempo annunciate.

La scienza aveva previsto la pandemia: sapevamo che sarebbe arrivata e che sarebbe stata una malattia di tipo respiratorio. E nonostante ciò la politica ha ridotto i posti letto negli ospedali, nelle terapie intensive, non ha investito nella formazione di medici specializzati (pensiamo agli anestesisti) e ha distrutto la medicina del territorio. Non è stata in grado di

preparare un piano pandemi-

co aggiornato e, quindi, non avevamo scorte di mascherine, non eravamo pronti con i test diagnostici e con la macchina del tracciamento dei contatti.

Una mancanza di visione e di «preparedness» che ci è costata davvero molto cara nella prima fase della pandemia. Ma la scienza ha anche annunciato da tempo altre crisi, di cui la politica non si è mai occupata e che ancora oggi trovano poco spazio nei programmi elettorali. Dalla crescente resistenza dei batteri agli antibiotici alle malattie emergenti (alcune legate al cambiamento climatico); e, ovviamente, il surriscaldamento del Pianeta, tema legato a doppio filo alla questione energetica e alla necessità di utilizzare risorse rinnovabili.

Abbiamo tutti parlato invano, però: la scienza era muta o la politica sorda. Ciò che è certo è che il fallimento di questo dialogo ha un costo altissimo per l'umanità.

In sintesi, quello che penso è che la complessità del presente richieda alla politica un nuovo sguardo, un nuovo passo e un nuovo linguaggio. E un nuovo rapporto con la scienza.

RE Effettivamente, se solleviamo lo sguardo a livello globale, bisogna dire che le classi dirigenti dei Paesi liberal-democratici - per quelli autoritari bisognerebbe aprire un discorso a parte - non hanno colto a sufficienza la svolta avvenuta già da qualche decennio. Si tratta dell'ingresso nella stagione che alcuni definiscono «biopolitica» o, forse più precisamente, «immunopolitica». Cosa è successo? Che la vita biologi-



LA STAMPA

ca degli individui e delle popolazioni è diventata sempre più direttamente oggetto di scelte politiche. Nulla di «metafisico», nessun complotto post-totalitario, nessun centro di potere occulto. Semplicemente un passaggio storico, come ce ne sono stati altri. A partire da un certo momento si è ridotta la distanza tra storia e natura. La stessa natura umana ha perso la sua intangibilità per diventare oggetto di opzioni tecniche e politiche. Se ci riflettiamo, tutto quel che sta accadendo, dalla crisi ambientale alla pandemia alla questione del fine vita, è entrato in un orizzonte, appunto storico-politico, da cui prima era escluso.

Le classi dirigenti internazionali, compresa quella ita-

liana, non sono state all'altezza di questa svolta, non l'hanno fino in fondo percepita. Quando è arrivata la pandemia, ci ha colti tutti impreparati - con l'eccezione di quegli scienziati, virologi ed epidemiologi che l'avevano in parte predetta. Già nel 2006, parlando a Boston, Anthony Fauci, che ha diretto finora la politica sanitaria americana, aveva evocato la Spagnola, prevedendo oltre 30 milioni di ospedalizzazioni e sette milioni di morti - una previsione errata solo per difetto. Un anno prima Michael T. Osterholm, direttore del Cen-

tro di ricerca e politica delle malattie infettive a Washington, aveva scritto un articolo su *Foreign Affairs*, intitolato *Prepararsi alla prossima pandemia*, in cui immaginava una crisi pandemica mondiale con gli ospedali sommersi dalle richieste di ricovero in terapia intensiva, incapaci di soddisfarle per mancanza di respiratori e mascherine. L'esercito sarebbe stato mobilitato per organizzare la vaccinazione, mentre l'economia sarebbe entrata in crisi, con un incremento vertiginoso dell'inflazione. Vi ricorda qualcosa?

Oggi quando qualcuno lamenta il rilievo politico che

ha assunto la medicina negli scorsi due anni, dovrebbe domandarsi perché ciò è avvenuto, mentre i politici dell'ultimo ventennio smantellavano la Sanità pubblica. Dunque, mi associo al tuo auspicio per la politica a venire: un nuovo sguardo, un nuovo passo e un nuovo linguaggio.—

LE ELEZIONI

Questi politici sono inadeguati di fronte alle crisi sanitaria, ambientale ed energetica

IL POST PANDEMIA

Non sottovalutate gli allarmi sulle malattie emergenti come avete fatto col virus

"Con-vivere" a Carrara

Pubblichiamo il dialogo tra Roberto Esposito e Antonella Viola, che oggi alle 19 si confronteranno a "Con-vivere", il festival fondato da Remo Bodei e diretto da Maurizio Ferraris che si apre a Carrara e continuerà fino all'11 settembre. Info: www.con-vivere.it

L'emergenza bellica o la pandemia non sono affrontabili all'interno di confini statali

IL DIBATTITO

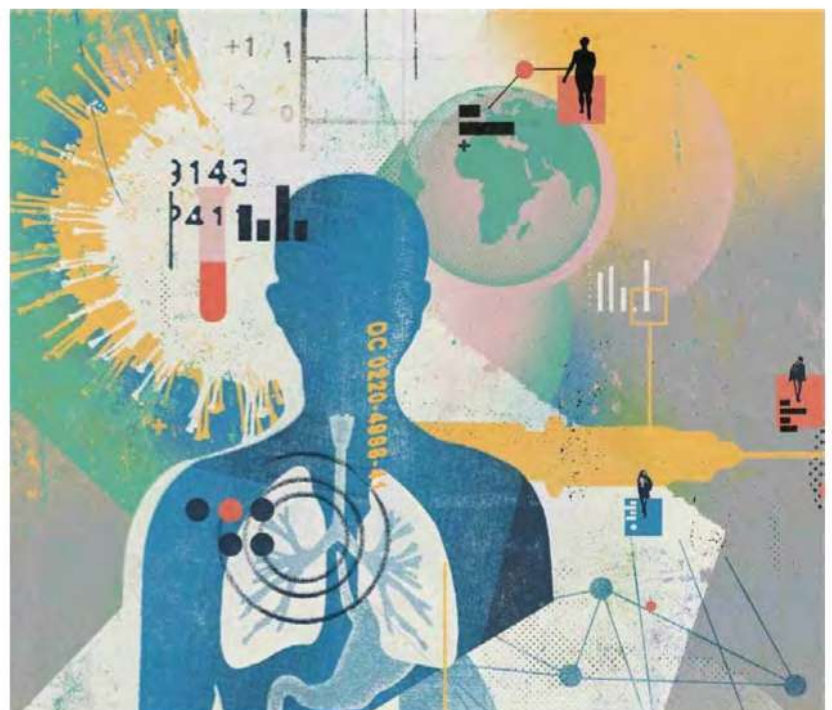
La vita biologica degli individui è diventata sempre più oggetto di scelte politiche

IL CAMBIAMENTO

Siamo entrati nella stagione che alcuni definiscono "biopolitica" o "immunopolitica"

L'esperienza del Covid ha mostrato la fragilità e insieme la forza del mondo globalizzato

Le classi dirigenti si sono dimostrate sorde, anche se con grandi differenze tra loro



Due anni di vita in più per gli italiani azzerando quelle morti “evitabili”

LUCA MAZZA

Azzerare le cosiddette morti “evitabili” farebbe guadagnare all’Italia e ai suoi abitanti quasi due anni di aspettativa media di vita: si passerebbe dagli attuali 81,7 anni a 83,7 anni, senza distinzioni per sesso. È uno dei dati contenuti nel rapporto 2022 sul *Benivere delle province e dei comuni italiani*, che sarà presentato al quarto Festival dell’economia civile e in cui si fotografa lo stato di salute delle varie aree della Penisola prendendo in esame diversi parametri: da quelli ambientali agli aspetti relativi alla salute.

L’indicatore. Secondo la definizione dell’Istat la “mortalità evitabile” è costituita essenzialmente da due componenti: la mortalità trattabile e quella prevenibile. In generale si riferisce a cause di decesso che potrebbero essere evitate con interventi sanitari efficaci, compresi quelli che si verificano dopo l’insorgenza di malattie per ridurre la mortalità, la prevenzione secondaria e il trattamento. La soglia di età convenzionale considerata nei decessi curabili dall’Istat è 75 anni, per cui le morti di pazienti al di sopra di tale età sono state escluse dal calcolo.

L’indicatore finale, dunque, è la somma di tutti i decessi avvenuti in condizioni e in seguito a patologie considerate curabili fino a 74 anni. Calcolare l’impatto netto dei decessi evitabili sull’aspettativa di vita a livello provinciale permette di avere un’analisi specifica sull’importanza della qualità e dell’efficienza dei sistemi sanitari territoriali.

I risultati. Il numero medio di decessi curabili all’anno, secondo i calcoli e le stime ef-

fettuate nel rapporto, è di 19,25 ogni 10mila abitanti. Ovviamente il dato cambia a seconda della zona d’Italia esaminata. Il valore più basso per paese è di 10,86 decessi, mentre il più alto è di 31,8. La speranza di vita media nel periodo del campione (dal 2004 al 2021) sfiora gli 82 anni (81,99), con un divario tra provincia più alto e quello più basso per il 2021 di poco meno di 4 anni (80,15 di Caltanissetta contro 83,93 di Firenze). Nel rapporto si evidenziano alcune differenze territoriali. Per esempio, se Napoli avesse un numero di morti evitabili uguale a quello della provincia con la migliore performance l’aspettativa di vita della provincia di Napoli salirebbe di 1,28 anni. In caso di zero morti evi-

tabili (l’apice teorico a cui ogni sistema sanitario dovrebbe ambire) Napoli avrebbe un’aspettativa di vita più alta addirittura di 2,68 anni. L’aspettativa di vita massima in caso di zero morti evitabili sarebbe però nelle due province che hanno i dati migliori (Treviso e Prato), di 84,88 anni (quasi tre anni in più della media nazionale). In generale, comunque, applicando i dati del migliore e del peggiore sistema sanitario (10,86 decessi evitabili contro 31,8 ogni 10000 abitanti) si scopre che il divario in termini di aspettativa di vita tra i due sistemi è di circa due anni.

Gli altri fattori. La diffusione delle tecniche e delle conoscenze mediche è solo uno degli indicatori che determina i gap tra aspettativa di vita media rispetto alle due condizioni esaminate (zero morti evitabili e performance migliori sulle morti evitabili). Ad influire sono infatti anche una serie di altri fattori: dall’efficienza nella presa in carico dei pazienti dal sistema sanitario locale alla qualità di vita del singolo territorio, passando per l’educazione sanitaria e la disposizione dei cittadini alle cure. Quest’ultimo elemento, in particolare, non è da sottovalutare. «L’avversione ideologica alla cura è un proble-

ma che si è reso evidente con la pandemia del Covid 19 – si legge nel rapporto –. In questo caso, il rifiuto di cure mediche (ad esempio le vaccinazioni e le terapie) può produrre decessi “accettabili” che sono interamente sotto la responsabilità del paziente e non del sistema sanitario».

Conclusioni e indicazioni. Oltre a numeri e stime, il rapporto suggerisce anche possibili soluzioni sul tema della longevità attiva. L’impatto che una drastica riduzione delle morti evitabili avrebbe sull’allungamento dell’aspettativa media di vita della popolazione, si legge nel rapporto, dovrebbe comportare «non solo un aumento della spesa sanitaria e un miglioramento della qualità e del personale medico, ma anche un miglioramento dell’accesso alla sanità pubblica e un investimento nell’educazione sanitaria, nella cultura e nella comunicazione».

Nata da un’idea di Federcasse, che la promuove insieme a Confcooperative, organizzata e progettata con NeXt (Nuova economia per tutti), Scuola di Economia civile e Fondosviluppo, la kermesse si è ormai accreditata come punto di riferimento per la società civile e stimolo alla politica

ANTICIPAZIONE

È uno dei dati contenuti nel rapporto 2022 sul Benivere delle province e dei comuni italiani: quanto si vivrebbe in più se la sanità territoriale funzionasse meglio





Dir. Resp. Marco Tarquinio

BENVIVERE DEI TERRITORI 2022, L'ANTICIPAZIONE

Più cura e prevenzione regalano due anni di vita

LUCA MAZZA

Azzerare le cosiddette morti "evitabili" farebbe guadagnare all'Italia e ai suoi abitanti quasi due anni di aspettativa media di vita: si passerebbe dagli attuali 81,7 anni a 83,7 anni, senza distinzioni per sesso. È uno dei dati contenuti nel rap-

porto 2022 sul *Benvivere delle province e dei comuni italiani*, che sarà presentato al quarto Festival dell'economia civile e in cui si fotografa lo stato di salute delle varie aree della Penisola prendendo in esame diversi parametri.

Becchetti

alle pagine 10 e 11



LONGEVITÀ ATTIVA TEMA CHIAVE PER LA QUALITÀ DEL NOSTRO VIVERE

LEONARDO BECCHETTI

Il progresso delle scienze mediche negli ultimi due secoli è stato spettacolare e ci ha regalato una quantità enorme di anni di vita. L'economista indiano Partha Dasgupta ricorda nel suo rapporto sulla biodiversità che nell'anno zero della nascita di Cristo eravamo 230 milioni e vivevamo in media 24 anni mentre nel 2020 siamo diventati 7,8 miliardi con una vita media di 73 anni. In Italia siamo passati da una vita media di 28 anni nel 1860, l'anno dell'unità d'Italia (quando la mortalità infantile era molto elevata) ad un'aspettativa di vita superiore agli 80 anni (80,6 per gli uomini e 85,21 per le donne).

Anche nel campo della salute come in quasi tutte le altre dimensioni del benvivere le disuguaglianze territoriali sono sensibili. Nel rapporto sul Benvivere delle province italiane che sarà presentato al quarto festival dell'economia civile a Firenze il prossimo 16 settembre abbiamo provato a misurare come la differente qualità dei sistemi socio-sanitari si riflette sull'aspettativa di vita. Abbiamo utilizzato un indicatore consolidato come quello delle morti evitabili, definite da un panel di esperti di salute a livello Ocs. Le morti evitabili sono quelle che, per età del paziente e tipo di malattia, sono considerate in un determinato momento storico

curabili dato lo stato delle conoscenze e della pratica medica. Il numero di morti evitabili è dunque un indicatore standard di qualità dei sistemi sanitari territoriali. Con un semplice modello ad effetti fissi che usa dati delle regioni italiane per diversi anni e replica quanto già realizzato a livello europeo abbiamo osservato che è possibile dal dato delle morti evitabili effettuare una predizione dell'aspettativa media di vita per anno e per regione con una qualità della stima molto elevata.

Abbiamo pertanto stimato quale sarebbe l'aspettativa media di vita in un territorio in caso di zero morti evitabili (la frontiera "teorica" di qualità di un sistema socio-sanitario) o nel caso di convergenza al numero di morti evitabili della provincia italiana più efficiente (la frontiera effettivamente raggiungibile nel caso in cui il gap di efficienza venisse colmato).

Il risultato nell'indagine presentato nel rapporto e in quest'anteprima indica come azzerare le morti evitabili porterebbe l'Italia ad aumentare di quasi due anni la vita media del Paese non divisa per sesso (da 81.9 ad 83.7).

continua a pagina 11

segue da pagina 10

Guardando alle differenze tra province si evidenzia inoltre che, se Napoli avesse il numero di morti evitabili uguale a quello della provincia italiana con la migliore performance, l'aspettativa di vita nella provincia sarebbe più alta di 1,28 anni. Mentre con zero morti evitabili Napoli avrebbe un'aspettativa di vita più alta di 2,68 anni (ovvero i limiti del sistema socio-sanitario locale sottraggono più di due anni e mezzo di vita in media alla popolazione locale). L'aspettativa media di vita massima in caso di zero morti evitabili sarebbe nelle due province che hanno i dati migliori (Treviso e Prato) di 84,88 anni (di quasi tre anni superiore all'attuale media nazionale non divisa per sesso).

I gap di aspettativa media di vita rispetto alle due frontiere (zero morti evitabili e morti evitabili della provincia migliore) non dipendono solo dalla diffusione di scienza e tecnologie medicali ma da un complesso articolato di fattori che includono: i) efficienza nella presa





in carico dei pazienti del sistema sanitario locale, ii) qualità territoriale dei fattori di longevità attiva (qualità vita di relazioni, formazione permanente, alfabetizzazione digitale) che aumentano la generatività degli anziani e creano condizioni psicofisiche che ritardano l'insorgere di patologie, iii) educazione sanitaria e disposizione dei cittadini alle cure. Il meccanismo dei livelli essenziali di assistenza non basta evidentemente ad eliminare queste disuguaglianze che dipendono da molti fattori incluso il tempo di attesa medio e non solo dunque la qualità delle prestazioni minime assicurate dal Sistema Sanitario Nazionale.

La fotografia presentata nel rapporto può essere il punto di partenza e uno stimolo per un dibattito su un tema chiave, quello della longevità attiva, in un paese come il nostro. Il Pnrr con il modello delle case di comunità ha ben chiara questa prospettiva dove la qualità della vita degli anziani

dipende dal loro patrimonio di relazioni familiari e non, e dalla loro generatività (capacità di essere e sentirsi utili nonostante i limiti che avanzano) e deve provare a tradurlo in un modello funzionante e concreto.

L'aumento di aspettativa di vita non basta e non si traduce automaticamente in aumento di qualità della vita. Sempre da un punto di vista statistico sempre più importante diventerà ridurre il gap tra aspettativa di vita tout court e aspettativa di vita in buona salute. Fondamentale anche vincere la sfida della generatività negli anni non in buona salute e non in autosufficienza assicurando agli anziani non più autosufficienti i valori chiave per la loro vita (qualità della vita di relazioni, domiciliarità ove possibile, incontro con le generazioni più giovani) oltre che accesso ad assistenza e cure sanitarie di qualità. Come ben noto a tutti il Sistema sanitario nazionale che è un vanto del nostro paese assicura qualità elevatissima e costi ridotti in

caso di acuzie (emergenze di salute) mentre risulta molto meno efficace in situazioni non emergenziali dove le disponibilità economiche dei pazienti fanno purtroppo la differenza per l'accesso ad assistenza e cure di qualità, creando purtroppo le premesse per una correlazione positiva e significativa tra povertà e rischio di deterioramento della salute. Le differenze tra territori che fotografano differenze tra sistemi sociosanitari territoriali (che originano poi le migrazioni sanitarie) nascondono un fossato profondo ed una correlazione forte tra benessere economico e salute che il progresso nella qualità dei sistemi sanitari deve cercare di ridurre.





Tumori e terapie «bersaglio»

RAS, TP53, MYC, PTEN: queste strane sigle, che ai non esperti di biologia e scienze mediche, possono sembrare prive di significato, sono il nome di geni la cui alterazione conduce allo sviluppo di tumori aggressivi. Sono inoltre target tumorali difficilissimi da combattere, contro i quali è impresa ardua l'individuazione di efficaci terapie a bersaglio molecolare. Negli ultimissimi tempi però si registra un importante cambio di rotta.

Si è trovata finalmente la strada per colpire alcuni di questi ostici target tumorali. Il primo eclatante esempio sono i farmaci contro KRAS mutato, per il trattamento del cancro al polmone non a piccole cellule. Se fino a po-

co tempo fa i pazienti avevano una sopravvivenza a 5 anni del 5-10%, ora la sopravvivenza è diventata del 40%, fino al 45% in alcuni casi, proprio grazie alle nuove terapie tra cui le terapie a bersaglio molecolare e l'immunoterapia con gli anticorpi monoclonali. In linea con questo brillante modello, il workshop che si è appena concluso all'IRCCS Istituto Tumori Regina Elena (Roma), organizzato dal Direttore Scientifico Gennaro Ciliberto, si è focalizzato proprio sul mostrare come «rendere possibile l'impossibile»: cioè come si stanno affrontando con successo obiettivi difficili nella ricerca sul cancro e nello sviluppo di nuovi percorsi terapeutici. «Grazie ai breakth-

rough come quello dei farmaci contro KRAS - evidenzia Ciliberto - ci possiamo aspettare che man mano anche altri famosi bersagli tumorali difficilissimi da attaccare, quali ad es. p53 o MYC, "crolleranno" e noi riusciremo sempre più ad avanzare nella lotta contro i tumori».

Nel workshop sono emerse tantissime novità in campo oncologico. Una tra tutte riguarda gli importanti risultati di studi pre-clinici e clinici della ricercatrice californiana Ciara Metcalfe, sulle terapie ormonali di ultima generazione, in grado di interferire con l'attività degli estrogeni, responsabili dello sviluppo di almeno i due terzi dei tumori mammari. Metcalfe ha spiegato che si sta

rivelando molto promettente un nuovo farmaco denominato Giredestrant, nuovo antagonista del recettore alfa dell'estrogeno, capace di inibire l'azione proliferativa delle cellule tumorali mammarie.



ORTOPEDIA

GINOCCHI E ARTROSI

L'effetto rigenerativo delle cellule del grasso

Con la «Lipogems», risoluzione dei sintomi nel 75% dei pazienti dopo l'infiltrazione

Antonio Caperna

■ Artrosi del ginocchio, dell'anca e della spalla, ulcera del piede diabetico, fistola perianale da malattia di Crohn sono i principali campi di impiego delle cellule con potenziale terapeutico presenti nel tessuto adiposo, che permettono un processo rigenerativo. Ad oggi sono stati trattati oltre 50mila pazienti nel mondo e sono stati pubblicati oltre cento lavori scientifici su prestigiose riviste. Si parte dal prelievo del grasso, tramite liposuzione normalmente a livello addominale, e tutta la procedura minimamente invasiva può essere completata in meno di un'ora sia in sala operatoria che in un ambulatorio chirurgico adeguatamente attrezzato. È noto da anni che il grasso contenga una popolazione cellulare con effetto terapeutico, tuttavia uno dei problemi principali da risolvere è stata la tecnica per isolarla, possibile solo tramite lunghe e complesse metodiche di laboratorio. Una risposta vincente è arrivata qualche tempo fa con la microframmentazione, ovvero una manipolazione minima, che permette però di sfruttare il potenziale terapeutico del

grasso.

I vantaggi sono molteplici: «Il grasso è ridotto a una consistenza e dimensioni tali da poter passare attraverso aghi molto sottili, permettendone un'applicazione per via infiltrativa - spiega la dottoressa Laura de Girolamo, Direttore del Laboratorio di Biotecnologie applicate all'Ortopedia e di RE.GA.IN (Regenerative Galeazzi Institute) all'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano - Dal punto di vista biologico, la microframmentazione esercita un microtrauma del tessuto adiposo, che fa attivare le cellule terapeutiche, cioè i periciti o cellule staminali mesenchimali. Queste cellule fino ad allora dormienti, si attivano e acquistano un fenotipo pro-rigenerativo. Infine la presenza di soluzione fisiologica nel dispositivo esercita una purificazione continua del tessuto adiposo, che elimina i residui ematici e la fase oleosa che contengono molecole pro infiammatorie».

Questo dispositivo medico, certificato e autorizzato per il prelievo e la processazione del tessuto adiposo, si chiama Lipogems e porta a un prodotto di dimensione microframmentata, facilmente infiltrabile, e purificato dalle componenti potenzialmente pro-infiammatorie, conservando

l'architettura della nicchia vasculo-stromale del tessuto adiposo in cui risiedono le cellule mesenchimali con attività terapeutica.

«Si tratta di un sistema molto semplice, che parte da un'idea estremamente brillante, ovvero sfruttare le proprietà del tessuto adiposo nell'ambito della medicina rigenerativa. Il tessuto adiposo contiene infatti un'abbondante quantità di cellule staminali mesenchimali, che hanno un potenziale terapeutico molto importante, in grado di risolvere quadri infiammatori», sottolinea l'esperta.

Per il trattamento di patologie degenerative delle articolazioni come l'artrosi, questa metodica è disponibile da alcuni anni in Italia e i dati mostrano un sollievo dalla sintomatologia dolorosa in più del 75% dei pazienti, a seguito di un'infiltrazione con il sistema Lipogems. Si ha una risoluzione dei sintomi sicuramente mediata dall'effetto anti-infiammatorio prodotto nel tessuto adiposo microframmentato. La patologia artrosica, essendo degenerativa, non può essere completamente risolta



ma si ha un miglioramento anche della durata di qualche anno e poi si può ripetere il trattamento.

È lo specialista ortopedico, che valuta i pazienti più idonei e i centri in Italia sono numerosi con il Galeazzi di Milano, che rappresenta un'eccellenza e un punto di riferimento, e l'Istituto Don Calabria di Negrar in provincia di Verona. Una importante novità è che la Food and Drug Administration (FDA), a inizio giugno, ha approvato l'avvio, negli Stati Uniti, di uno studio clinico per

certificare l'efficacia di Lipogems nel trattamento dell'osteoartrite del ginocchio, comunemente definita artrosi. «Questa autorizzazione, che innescherà un processo atto ad ottenere la rimborsabilità del trattamento, lascia tutti estremamente soddisfatti per il futuro della medicina rigenerativa», conclude la dottoressa Laura de Girolamo, dato che al momento questi trattamenti sono eseguiti in regime di solvenza non rimborsati dal sistema sanitario. Sono in corso valutazioni in Italia con evi-

denze di trattamento davvero valide e la decisione della FDA può portare alla rimborsabilità nel tempo anche da parte del nostro SSN in tutta la penisola. Al momento, infatti, ciò è possibile solo in Emilia Romagna e in Veneto».



SVOLTE L'ospedale Galeazzi di Milano è stato uno tra i primi ad avere applicato il sistema del Lipogems sui suoi pazienti. Ora la Fda ha approvato uno studio specifico negli Stati Uniti



SU SCIENZE I RISULTATI DEL TEST USA SULLE SCIMMIE

Sperimentato il farmaco killer dei parassiti del morbo di Chagas

DI MARTA OLIVERI

Un vaccino ancora non c'è contro il morbo di Chagas, dal nome del brasiliano Carlos Chagas che ha scoperto questa malattia tropicale parassitaria trasmessa all'uomo dalla puntura di cimici infette. E che può restare silente anche per molti anni, causando danni ai tessuti e provocando poi anche esiti letali solitamente per scompensi cardiaci.

Nonostante ogni anno colpisca più di un miliardo di persone nel mondo, secondo i dati dell'Oms (organizzazione mondiale della sanità) questa patologia, diffusa soprattutto nelle comunità povere in America Latina dove colpisce in particolare donne e bambini, è stata finora abbastanza trascurata dai ricercatori.

Basti pensare che gli ultimi due farmaci approvati per il trattamento della Chagas, benznidazolo e nifurtimox, risalgono ormai a quasi mezzo secolo fa.

Resistono ancora, però, nonostante non sempre raggiungano lo scopo in via definitiva (devono essere assunti per almeno 60 giorni consecutivi) anche perché i quattro potenziali nuovi trattamenti per la malattia di Chagas che hanno raggiunto la fase dei test clinici negli ultimi dieci anni si sono rivelati tossici e meno efficaci.

Ora rispetto a queste patologie cosiddette «trascurate» come è il morbo di Chagas, che si sta diffondendo nel mondo anche per via dell'emigrazione (288 mila persone negli Usa sarebbero portatrici del parassita *Trypanosoma cruzi*, causa della malattia) i ricercatori si stanno concentrando nella ricerca di nuovi farmaci capaci di uccidere i parassiti *T. cruzi*.

Uno studio americano condotto con successo su un gruppo di 19 scimmie infette, relativo agli effetti di un nuovo trattamento (una molecola denominata AN15368) contro il parassita *T. cruzi*, causa della malattia di Chagas, è stato pubblicato martedì 6 settembre sulla rivista *Science*. Dopo 60 giorni di somministrazione tutte le scimmie si sono riprese e i ricercatori le hanno tenu-

te monitorate per i successivi tre anni constatando che il farmaco ha eliminato i parassiti dagli animali.

Una svolta che lascia ben sperare, ma sono necessari ulteriori test sugli animali e sulla sicurezza del farmaco. Inoltre, i risultati positivi della ricerca aprono alla possibilità della sperimentazione sull'uomo.

Guarite le scimmie trattate

Ok Aifa a primo farmaco per Pfic

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) ha autorizzato il rimborso, di Bylvay* (odevixibat) per il trattamento di tutti i tipi di colestasi intraepatica familiare progressiva (Pfic). Il medicinale è un potente inibitore del trasporto ileale degli acidi biliari, da assumere per via orale una volta al giorno, che ha un'esposizione sistemica minima e che agisce localmente nell'intestino tenue come trattamento per la Pfic, una patologia rara e devastante che causa una malattia epatica progressiva. Lo annuncia Albireo Pharma, azienda specializzata nelle malattie rare del fegato che sviluppa nuovi modulatori degli acidi biliari per il trattamento di patologie epatiche pediatriche e degli adulti. "E' estremamente importante aver ricevuto una decisione positiva da parte dell'Aifa. Questo consente l'accesso a Bylvay per il trattamento bambini affetti da Pfic. Essendo il primo farmaco approvato per la Pfic, sono lieto di avere la possibilità di offrire ai nostri pazienti un'opzione terapeutica non chirurgica che fornisce benefici clinici significativi per la vita dei pazienti e delle loro famiglie", dichiara Lorenzo D'Antiga, direttore dell'Unità di epatologia, gastroenterologia e trapianti pediatrici dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

"Il peso della malattia è devastante per i bambini e le famiglie che vivono con la Pfic", spiega Giuseppe Maggiore, direttore della divisione di epatologia, gastroenterologia, endoscopia digestiva, nutrizione e trapianto di fegato dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. "Il prurito – continua lo specialista - è così invalidante da avere un impatto enorme sui pazienti e compromettere le loro comuni attività quotidiane, provocando perdita di sonno, scarsa attenzione e un minore rendimento scolastico. Il prurito intrattabile può, da solo, giustificare il trapianto di fegato in questi pazienti. Siamo entusiasti - conclude Maggiore - di avere Bylvay come opzione terapeutica innovativa non chirurgica e auspichiamo che possa migliorare significativamente la gestione



della malattia e, potenzialmente, modificarne il decorso naturale".

Bylvay – spiega l'azienda - ha ottenuto dall'Aifa lo status di 'Innovazione terapeutica piena', una designazione speciale applicata a farmaci selezionati che rispondono a un elevato bisogno terapeutico non soddisfatto determinando un valore terapeutico aggiunto anche sulla base della robustezza dell'evidenza scientifica. Questo status consente di accedere ad appositi finanziamenti nazionali. Secondo Francesca Lombardozzi, responsabile della rete Pfic Italia e madre di un bambino di 3 anni che vive con la patologia, "Bylvay è in grado di trasformare la vita di coloro che sono affetti da Pfic e la sua disponibilità in Italia segna un'importante pietra miliare per la nostra comunità Pfic. Conosco in prima persona il carico enorme e le sfide che i pazienti e i caregiver della Pfic devono affrontare. Questo è un primo grande passo per tutta la comunità e speriamo che altri seguano. Sono grata al team di Albireo – aggiunge Lombardozzi - per i continui sforzi compiuti per garantire l'accesso a questo farmaco fondamentale, che avrà un enorme impatto sulle nostre vite". "Siamo grati all'Aifa per questa decisione positiva, che riconosce il valore clinico ed economico di Bylvay", commenta Thomas Topini, direttore generale Italia di Albireo. "E' grazie all'impegno dell'Aifa che siamo riusciti ad accelerare l'accesso al rimborso di Bylvay e ad aiutare i pazienti affetti da Pfic e le famiglie italiane che vivono con gli effetti devastanti di questa malattia". Bylvay è stato approvato in Europa per il trattamento di tutti i tipi di Pfic in pazienti di età pari o superiore a 6 mesi, sulla base dello studio Pedfic 1 e dello studio di estensione in aperto (Ole) Pedfic 2. Il rimborso del farmaco è già stato approvato in Europa, in Germania, Inghilterra, Galles e Irlanda del Nord e Scozia. Bylvay è attualmente in fase di valutazione nello studio di fase 3 Assert per la sindrome di Alagille (Algs) e nello studio di fase 3 Bold per i pazienti con atresia biliare. Gli studi Assert e Bold prevedono la presentazione dei dati principali rispettivamente nell'autunno del 2022 e del 2024.



Un bagno tra gli alberi per il corpo e la mente

*Una ricerca del Cnr conferma gli effetti benefici della terapia forestale
Un insieme di pratiche che coinvolgono la meditazione e il respiro*

Rappresentano uno degli habitat più ricchi di biodiversità presenti sulla Terra e svolgono un ruolo cruciale nella regolazione del clima, assorbendo CO₂ dall'atmosfera. Ma non solo. Le foreste offrono un «ambiente terapeutico» e la loro frequentazione rappresenta un potenziale supporto sanitario: lo spiega Federica Zabini, curatrice del nuovo volume sulla terapia forestale. Pubblicato da Cnr Edizioni, «Terapia forestale 2», è frutto della campagna di ricerca condotta dall'Istituto per la BioEconomia (Cnr-Ibe) del Consiglio Nazionale delle Ricerche insieme con il Cai e con la collaborazione scientifica del Centro di Riferimento Regionale in Fitoterapia.

Il filo conduttore è il debito e la gratitudine verso gli alberi. «Il libro espone le ragioni fondamentali che rendono la foresta un ambiente terapeutico», dice Zabini che, insieme con il collega Francesco Meneguzzo, referente tecnico nazionale del Comitato Scientifico Centrale del Club Alpino Italiano, sottolinea come ogni bosco sia in grado di contribuire al nostro benessere psicofisico.

«Gli effetti benefici sulla salute che derivano dall'esposizione agli ambienti forestali sono noti da decenni, tanto che in alcuni Paesi la te-

rapia forestale ha un ruolo riconosciuto nella prevenzione medica, con risultati in termini psico-fisiologici confermati da una crescente produzione scientifica. L'immersione in foresta produce effetti diretti e misurabili con un'azione ad ampio spettro che investe, tra le altre, la sfera psicologica, neurologica, cardiocircolatoria e immunitaria».

Come scrive Meneguzzo, gli effetti preventivi e curativi delle foreste sono stati ampiamente documentati nella letteratura scientifica e si riferiscono nella maggior parte dei casi alla frequentazione libera, contemplativa e in assenza di esercizio fisico o, al più, a brevi passeggiate: in questo caso si parla di «immersione forestale». Il cosiddetto «bagno di foresta» ne rappresenta un'evoluzione e prevede l'organizzazione di attività di promozione della salute quali brevi camminate e semplici attività rilassanti, spesso con accompagnamento di una guida. Mentre la «terapia forestale» è molto più strutturata: ci si riferisce a itinerari guidati, che prevedono siti specifici presso i quali svolgere determinate attività (camminata, meditazione,

esercizi del respiro...). «La terapia forestale è spesso organizzata in programmi a lungo termine con sessioni ripetute e, talvolta, dirette a specifici gruppi di persone, generalmente condotte da professionisti in collaborazione con operatori sanitari, permettendo così di ottenere i migliori risultati per la salute».

Benefici che sono stati recentemente riconosciuti dall'Onu, spiegano gli autori, anche nell'ambito della ripresa verde dalla pandemia da Covid-19. Motivo in più per cui le foreste, che sono un patrimonio ampiamente saccheggiato, necessitano di attenzione e protezione. «Le iniziative e gli investimenti nella promozione, almeno del benessere mentale attraverso il contatto con gli ambienti naturali, sono appena all'inizio in Europa, nonostante la legislazione comunitaria riconosca già dal 1999 i cosiddetti "servizi ecosistemici culturali" delle foreste (Fces). In Italia la stessa terapia forestale è stata riconosciuta quale servizio socio-culturale degli ambienti forestali nella Strategia Forestale Nazionale 2020 prodotta dal ministero per le politiche agricole alimentari e forestali». S.REG.—



Bollette, costi triplicati Sos di ospedali e Rsa: «Si rischia di chiudere»

► I rappresentanti delle strutture convenzionate: «Servono aiuti»
Nella Capitale l'8 novembre prevista l'accensione dei termosifoni

I rincari del costo dell'energia stanno mettendo a dura prova la sanità del Lazio. Gli operatori privati convenzionati che partecipano alla filiera della salute pubblica del Servizio sanitario regionale, sono in crisi. Si tratta di più di 250 tra strutture ospedaliere e Rsa in tutte e cinque le Province del Lazio.

Proprio ieri pomeriggio Aiop, l'Associazione italiana ospedalità privata, ha lanciato il suo Sos all'assessore alla Sanità Alessio D'Amato. Solo loro contano 120 istituzioni sanitarie e socio sanitarie con 12.000 posti letto associati, delle quali circa l'80% è accreditato con il Servizio sanitario nazionale. La presidente e il direttore di Aiop Lazio, Jessica Veronica Faroni e Mauro Casanatta, hanno espresso le loro preoccupazioni direttamente alla giunta Zingaretti perché a rischio è la stabilità del sistema. «D'Amato ci ha assicurato che interverrà presso il Governo - spiega Casanatta - Ci sono imprenditori che ci dicono continuamente di essere a rischio di chiusura se non arrivano interventi». Gli imprenditori della componente privata del Servizio sanitario chiedono soluzioni: tra queste, anche l'ipotesi di aumenti dei rimborsi "a tempo", in attesa che rientrano i rincari dei costi energetici.

IL CARICO

«La situazione è drammatica:

gli aiuti previsti per far fronte ai rincari dei prezzi dell'energia e del gas escludono, nel primo decreto legge, gli ospedali accreditati di diritto privato, sebbene noi eroghiamo il 25% dei servizi ospedalieri resi dal Servizio sanitario nazionale», commenta la presidente di Aiop, Barbara Cittadini.

«Abbiamo fatto uno studio sui costi ed è mediamente triplicato, soprattutto sul gas - aggiunge Cittadini - È un incremento che mette a rischio la sostenibilità per garantire le forniture dei servizi». Nella lista delle emergenze, le esigenze legate alle sale operatorie, le degenze e i costi energetici legati alle apparecchiature come Tac e risonanze magnetiche. Cittadini parla di una «anomalia»: «pur essendo strutture energivore e gasivore» non vengono riconosciute come tali. «Vorremmo essere equiparati alle componenti pubbliche del servizio sanitario che, invece, ha avuto misure diverse - prosegue la presidente di Aiop - Il solo inserimento tra le realtà energivore sarebbe una soluzione non soddisfacente ma, comunque, si tratterebbe di un aiuto importantissimo».

Il caro-energia «per gli ospedali è una questione di vita o di morte», commenta all'Adnkronos Salute Rocco Bellantone, direttore del Governo clinico della Fondazione Policlinico Gemelli Ircs di Roma e preside

della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. «Con questi aumenti delle bollette - aggiunge Bellantone - non possono reggere. Serve, da parte di questo Governo e non del prossimo, un provvedimento urgente per la 'bolletta sanitaria'. Nessuna struttura può reggere questi carichi».

PIANO NAZIONALE

Intanto, nel nuovo "Piano nazionale di contenimento dei consumi energetici", del Governo, Roma ridurrà l'accensione dei termosifoni di un'ora: potranno essere in funzione per 11 ore al giorno, dall'8 novembre al 7 aprile. Il taglio è di due settimane: nell'ultimo inverno erano rimasti accesi dal primo novembre al 15 aprile.

Giampiero Valenza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE EMERGENZE PRINCIPALI RIGUARDANO LE SALE OPERATORIE E L'UTILIZZO DEI MACCHINARI PER TAC E RISONANZE MAGNETICHE

**BARBARA CITTADINI,
PRESIDENTE AIOP:
«CHIEDIAMO SOSTEGNI
COME QUELLI GIÀ
PREVISTI PER
IL SERVIZIO PUBBLICO»**



EX PRIMARIO DI CHIETI

Medico assolto per le violenze: colpa dei farmaci

di **Alessandro Fulloni**

Assolto dall'accusa di violenza sessuale perché «assumeva un farmaco e non controllava gli impulsi». Per i giudici di Chieti, l'ex primario era «incapace di intendere e di volere» quando provava a baciare le mamme dei bimbi in visita da lui.

a pagina 19

Chieti, la sentenza

Assolto l'ex primario accusato di violenza «Non si controllava a causa dei farmaci»

di **Alessandro Fulloni**

Assolto dall'accusa di violenza sessuale perché era incapace di intendere e volere al momento dei fatti. E questo perché, sofferente di Parkinson, usava un farmaco, piuttosto noto, che come effetto collaterale gli provocava il «discontrollo della funzione sessuale». L'uomo dichiarato martedì non punibile, in primo grado, dal Tribunale di Chieti è Giuseppe Sabatino, 72 anni, pediatra, ex primario ospedaliero e professore universitario.

L'indagine che lo coinvolse, e per la quale finì inizialmente ai domiciliari, risale al 2014 e fu avviata dall'esposto ai carabinieri presentato da una puerpera seguita dal medico. Furono poi altre otto le mam-

me che denunciarono fatti analoghi.

Nel corso dell'inchiesta furono installate delle telecamere nell'ambulatorio di Sabatino che finì indagato anche per una storia di bustarelle. Avrebbe infatti prescritto alimenti per l'infanzia ai piccoli che aveva cura dopo aver intascato mazzette dai rappresentanti di due aziende farmaceutiche. Per l'accusa di corruzione è ancora in corso il processo. Dopo l'arresto Sabatino andò in pensione, lasciando l'università di Chieti, dove insegnava Pediatria, e l'incarico all'ospedale cittadino presso cui era primario di Neonatologia.

Il medico avrebbe cercato di baciare, palpeggiandole anche, le mamme che porta-

vano i bimbi in visita da lui. Da subito Andrea Di Lizio, l'avvocato che assiste Sabatino, ha puntato la difesa sugli effetti provocati da quel farmaco che il medico prendeva per curare il Parkinson che lo affliggeva da tempo. «Grazie a tre perizie presentate in tempi diversi del processo, abbiamo chiarito — spiega il legale — che il professore era vittima degli effetti collaterali, dimostrati clinicamente, del medicinale che assumeva per la terapia». In particolare l'ultima perizia, quella decisiva, disposta dal collegio giudicante



ed effettuata dal neuropsichiatra Giovan Battista Camerini, ha ritenuto Sabatino totalmente incapace di volere e parzialmente capace di intendere al momento dei fatti. Dunque non punibile.

Delle 9 parti civili iniziali, ieri in aula se ne sono presentate solo 2. Le restanti 7 avrebbero tentato un'azione risarcitoria nei confronti della Asl presso la quale lavorava Sabatino, rinunciando così all'esercizio dell'azione civile nel processo penale.

Ma l'accusa di corruzione? Il reato fu stralciato dalla pm

Lucia Campo, titolare dell'inchiesta, dando vita all'ulteriore procedimento. All'epoca dell'avvio dell'indagine la procura di Chieti, forte delle risultanze delle intercettazioni, scrisse di «somme promesse e in parte consegnate» dagli informatori farmaceutici per un valore complessivo di circa 20 mila euro.

Per l'avvocato Di Lizio, la perizia grazie alla quale Sabatino è stato dichiarato non punibile potrebbe essere presentata anche nel processo per corruzione. «Nulla esclude che la problematica riguar-

dante gli effetti collaterali, ovvero l'incapacità di controllarsi, possa riguardare anche altri ambiti».

 Alefulloni

L'indagine

Il professore venne posto ai domiciliari nel 2014 dopo l'esposto di una neo mamma



Neonatologo

L'ex primario e professore universitario Giuseppe Sabatino, 72 anni, dichiarato non punibile dai giudici di Chieti perché incapace di intendere e volere al momento dei fatti contestati: sarebbe stato vittima degli effetti collaterali di un farmaco (Il Centro)

