



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

13 Ottobre2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

"Servono donatori midollo", appello dal Sant'Orsola Bologna



(ANSA) - BOLOGNA - "Mi sono ammalata di leucemia nel 2006 e a quell'epoca non si riusciva a trovare un donatore di midollo osseo. Nel 2012, in seguito a una nuova ricerca, si è trovato un donatore compatibile, una ragazza israeliana della quale non so nient'altro, ma che mi ha salvato la vita". Sotto il voltone del padiglione 19 del Policlinico Irccs Sant'Orsola di Bologna, sede del registro regionale dei donatori di midollo, Alessandra Giorgi racconta la sua esperienza da sopravvissuta a una leucemia. Vicino a lei una ventina di giovani camici bianchi - specializzandi, studenti e infermieri - è in fila davanti al camper/ambulatorio mobile Admo per iscriversi al registro dei donatori tramite test salivare. "C'è bisogno di giovani donatori di midollo", è l'appello che lancia l'assessore regionale alla Salute, Raffaele Donini. Dopo il crollo del 60% delle iscrizioni in periodo di pandemia si fatica a tornare ai numeri del 2019, con 3.625 nuovi iscritti nel 2022: una cifra già superiore ai 2.859 del 2021, "ma ancora molto, troppo lontana dagli 8.090 del 2019", riflette la presidente Admo Emilia-Romagna Rita Malavolta. "Ci siamo inventati il kit salivare che ora è disponibile in tutte le Regioni, oltre alla realizzazione di un ambulatorio mobile - prosegue indicando il camper Admo alle sue spalle - che



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

consente di raggiungere i luoghi più lontani in Emilia-Romagna".

"Il trapianto di midollo - ricorda la direttrice del programma Terapie Cellulari Avanzate del Sant'Orsola Francesca Bonifazi - rappresenta l'unica speranza per alcune malattie oncologiche", ma tale trapianto può essere effettuato se si trova una persona compatibile con il paziente e disponibile alla donazione di cellule staminali emopoietiche. Solo uno su centomila è il "tipo giusto" di midollo osseo per un paziente con una patologia del sangue. È possibile iscriversi al registro dei donatori se si ha un'età compresa tra i 18 e i 35 anni, un peso di almeno 50 chili e si è in buone condizioni di salute, mentre è possibile donare fino a 55 anni.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



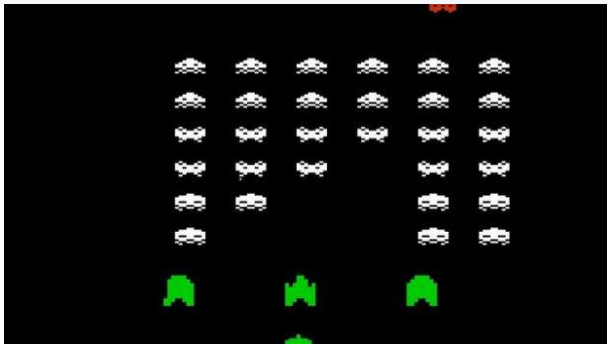
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Cervello: scienziati insegnano a cellule a giocare videogame

13 Ottobre 2022



(ANSA) - SYDNEY, 13 OTT - Scienziati australiani hanno insegnato a cellule cerebrali a giocare con il videogioco Pong, e a giocare meglio con la pratica. Gli studiosi di tre università australiane e della startup di biotech Cortical Labs hanno usato 800 mila cellule sia umane che di topi, che col tempo giocavano in scambi più lunghi e con migliori risultati nel popolare videogame degli anni 1970. E' un'evidenza che le cellule possono essere dotate di facoltà di sentire ('sentience'), scrivono gli autori dello studio sulla rivista Neuron. Pong è un videogioco di arcade lanciato nel 1972, in cui i due giocatori usano racchette per battere tra loro una palla, emettendo il suono 'pong' a ogni contatto. Ebbe enorme successo ed era estremamente semplice. Ed è stata la sua semplicità, con il suo status iconico, a farlo scegliere per le sperimentazioni iniziali. Gli studiosi hanno usato cellule umane derivate da cellule staminali e cellule di topo derivate da cellule embrioniche. Le hanno depositate nel DishBrain, un 'modello' di cervello consistente in un array multi-elettrodico capace di percepire l'attività cellulare e stimolare le cellule, per dare poi feedback alle cellule stesse ogni volta che la palla colpiva la racchetta. L'esperimento ha avuto successo, ed entro cinque minuti le cellule cominciavano a



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

'imparare' come giocare usando un 'linguaggio' condiviso di attività elettrica. Con il tempo giocavano meglio e più a lungo, e le cellule umane giocavano meglio di quelle dei topi. I gruppi di cellule si sono cimentati in 486 giochi e i ricercatori ne hanno testato le reazioni a differenti stimoli o alla loro mancanza. Manipolando i neuroni e mostrando che possono far cambiare comportamento in base al feedback che ricevono, l'equipe di studiosi ha di mostrato l'esistenza di "qualcosa che assomiglia all'intelligenza" - scrive il principale autore dello studio Brett Kagan, direttore scientifico di Cortical Labs. "Questa è la nuova maniera di pensare a cosa sia un neurone. Non è necessariamente un computer, ma è un minuscolo congegno biologico che può processare informazioni e rispondere intelligentemente con velocità incredibile, basso consumo di energia e flessibilità. Un'intelligenza sintetica biologica, finora nel campo della fantascienza, potrebbe essere già raggiungibile", aggiunge Kagan.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La delibera

Arnas Civico di Palermo, ecco i precari stabilizzati e quelli esclusi

Contratti a tempo indeterminato per 9 contrattisti del comparto, mentre altri 25 alla data del 30 aprile 2022 non sono risultati in possesso dei requisiti.

13 Ottobre 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Arriva la **stabilizzazione** di una parte dei precari dell'Arnas **Civico** di Palermo. Il via libera giunge con una delibera a firma del direttore generale **Roberto Colletti** a favore dei contrattisti a tempo determinato in possesso dei requisiti previsti dalla legge **Madia** (articolo 20, comma 1 del D.Lgs. 75/2017 e seguenti). **Le istanze pervenute** da parte del personale del comparto erano state in tutto **63**, tuttavia l'assunzione a tempo indeterminato a partire dal primo ottobre 2022 è stata disposta per **9 precari**, poiché altri 25 alla data del 30 aprile 2022 *“non sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa di riferimento e dall'avviso di indizione della selezione di stabilizzazione”*. Infine, i restanti 29 che hanno inoltrato istanza erano stati già stabilizzati.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Enna, due giovani medici per il reparto di Malattie infettive

Davide Vetri e Gabriele Palermo Hanno sottoscritto il contratto e prenderanno servizio presso l'ospedale Umberto I.

13 Ottobre 2022 - di [Redazione](#)

ENNA. Due giovani medici nell'organico dell'Unità Operativa Complessa **Malattie Infettive** dell'ospedale **Umberto I** di Enna. Hanno sottoscritto il contratto alla presenza del direttore generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, **Francesco Iudica**, del direttore sanitario, **Emanuele Cassarà**, e di **Luigi Guarneri**, direttore del reparto. **Quest'ultimo afferma**: «Grazie all'impegno della **Direzione Strategica** nel garantire il completamento dell'organico dell'Asp, anche il reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale Umberto I è felice di accogliere due giovani colleghi che contribuiranno ad assicurare l'**assistenza infettivologica** per il bacino d'utenza sia della provincia che fuori provincia.

Con l'**assunzione** dei due giovani medici l'equipe incrementa il proprio organico in modo da poter meglio assicurare quei servizi che, nonostante la carenza di personale medico, sono stati comunque egregiamente assicurati con grande spirito di sacrificio dal personale in atto in servizio». I medici sono i dottori **Davide Vetri** e **Gabriele Palermo**. «Integrando la pianta organica, in sofferenza da qualche anno per la carenza di personale medico, si garantirà una migliore assistenza sia ai pazienti acuti che ai pazienti assistiti cronicamente. Durante il



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

periodo di emergenza COVID, tutto il personale in servizio ha profuso **sforzi sovrumani** per garantire la piena assistenza ai pazienti affetti da tale patologia. **L'aumento dell'organico** permetterà di dare risposte sempre più soddisfacenti e appropriate ai molteplici bisogni di cura e assistenza dell'utenza che si rivolge a noi».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Al Niguarda operato bambino di 6 anni per una grave malformazione polmonare congenita. Con una tecnica mini invasiva, utilizzata solo in pochi centri italiani

Grazie a 3 microincisioni, è stato effettuato l'intervento di asportazione del lobo polmonare malato del piccolo paziente, che non consentiva ai suoi polmoni e al cuore di funzionare correttamente. La complessa procedura mininvasiva è stata condotta dalla equipe della Chirurgia Pediatrica di Niguarda insieme a Steven Rothenberg da Denver (USA), massimo esperto mondiale di Chirurgia Toracoscopica Pediatrica.



13 OTT - Intervento straordinario al Niguarda di Milano grazie a un una chirurgia che permette di operare piccoli pazienti grazie all'utilizzo della videotoracoscopia per la correzione di una severa malformazione polmonare congenita. Protagonisti gli specialisti della Chirurgia Pediatrica insieme al massimo esperto mondiale di chirurgia toracoscopica pediatrica, **Steven Rothenberg**.

L'intervento, condotto a 4 mani dallo specialista americano insieme a **Francesco Macchini**, Direttore della Chirurgia Pediatrica di Niguarda, ha permesso di cambiare la storia clinica di un piccolo paziente



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

di 6 anni nato con una grave malformazione congenita che non permetteva ai suoi polmoni e al suo cuore di funzionare correttamente.

“Il vantaggio della procedura che abbiamo utilizzato è quello di una chirurgia mininvasiva, eseguita con piccole incisioni- indica Macchini-. Rispetto alla chirurgia open tradizionale, consente una più rapida ripresa, una riduzione dei tempi di ricovero, netta riduzione del dolore post-operatorio, minime conseguenze sull'accrescimento e lo sviluppo del torace e della colonna spinale. Si tratta di una procedura che al momento viene utilizzata solo da pochi centri italiani”.

In pratica, grazie ad un accesso di 3 -5 mm nell'emitorace su cui intervenire, si introduce una micro-telecamera, e, con altre due micro incisioni si inseriscono gli strumenti operatori. “Per la procedura sono necessari specifici strumenti miniaturizzati di recente produzione, adatti alle dimensioni del paziente pediatrico- sottolinea Macchini-. La lobectomia polmonare inferiore viene eseguita, quindi, legando e sezionando i vasi e i bronchi di pertinenza del lobo polmonare affetto dalla malformazione”.

La malformazione polmonare su cui si è intervenuti in termini tecnici è denominata “sequestro polmonare intralobare”. “E' una condizione congenita caratterizzata da una porzione di tessuto polmonare anomalo, incapace di partecipare agli scambi respiratori perché non comunicante con l'albero tracheobronchiale- spiega Macchini-. Il sequestro intralobare è spesso causa di infezioni ricorrenti, sanguinamenti o versamento pleurico ed, in alcuni casi, di potenziale degenerazione maligna”.

Lo staff della Chirurgia Pediatrica di Niguarda ha accumulato da diversi anni una buona esperienza nel campo delle malformazioni polmonari congenite e della toracosopia pediatrica. Il centro è riconosciuto come uno dei principali per la correzione di queste patologie a livello nazionale. “La collaborazione con il Professor Rothenberg, massimo esperto mondiale in questo campo, risale a 10 anni fa e consente il costante progresso tecnico-scientifico nell'approccio di casi sempre più complessi, come quello trattato in questa occasione- puntualizza Macchini-. Il trattamento di questo caso delicato ha segnato ufficialmente l'inizio di questo tipo di chirurgia nel blocco pediatrico di Niguarda. L'intervento, inoltre, è stata l'occasione per organizzare un evento di live surgery a cui hanno assistito numerosi colleghi provenienti da diversi centri italiani insieme a medici in formazione specialistica e studenti universitari”.

Il 64% dei ricoveri non è a causa del Covid Il bollettino cambia e diventa settimanale

Il monitoraggio Fiaso

Molti scoprono la positività con un tampone prima del ricovero per altri motivi

Marzio Bartoloni

Oggi in ospedale quasi due terzi dei pazienti positivi al Covid (il 64%) non sono ricoverati perché hanno i sintomi tipici del virus come le polmoniti o i problemi respiratori, ma perché hanno scoperto di essere positivi dopo aver fatto un tampone prima di un intervento operatorio o di un ricovero per altro motivo. Ecco un nuovo segnale, forse il più importante, che il Covid sta cambiando pelle e fa meno male rispetto alle prime ondate. Un segnale che mostra come dalla pandemia ci si stia avviando - a meno che non compaiono nuove minacciose varianti - verso la cosiddetta endemia: la convivenza cioè con il virus. Un motivo in più per cambiare la comunicazione che da quasi tre anni ci accompagna: tra le prime misure che dovrebbe prendere il nuovo Esecutivo sul Covid c'è infatti quello di modificare il bollettino che ogni giorno registra l'andamento della pandemia. L'idea che mette d'accordo molti nel centro-destra e anche alcuni nomi di papabili ministri della Salute è quello di rinunciare al bollettino quotidiano in favore di un report settimanale. Non solo, l'idea è anche quella di togliere dal conto dei pazienti ospedalizzati quelli che appunto sono ricoverati "con" il Covid (cioè lo hanno scoperto dopo il ricovero) e non "per" il Covid e dunque hanno i sintomi. Anche perché con una maggiore circolazione del virus dopo i contagi che corrono almeno da una ventina

di giorni - ieri 47.763 nuovi casi e 69 morti - negli ultimi 7 giorni sono cresciuti del 37% anche i ricoveri, come registra nel suo report sugli ospedali sentinella la Fiaso (la Federazione di Asl e ospedali). Un aumento, questo, in linea con quello del 39% registrato nella settimana precedente, ma che tuttavia è quasi completamente relativo ai cosiddetti pazienti "con" Covid, arrivati cioè in ospedale per la cura di altre patologie e trovati incidentalmente positivi al virus attraverso il tampone pre-ricovero.

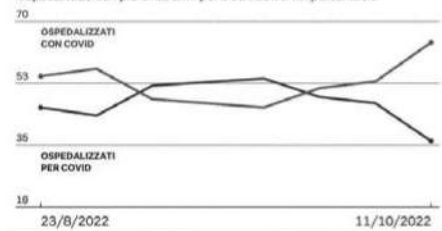
Rispetto al report del 4 ottobre, infatti - aggiunge ancora la Fiaso - la quota di pazienti ricoverati "con" Covid è cresciuta del 64% mentre l'incremento dei ricoverati "per" Covid, ovvero coloro che hanno sviluppato sindromi respiratorie e polmonari, è stato appena del 6 per cento. Insomma il virus circola e contagia di più, ma sembra fare sempre meno danni. «A fronte di un significativo aumento dei ricoveri - conferma il presidente di Fiaso, Giovanni Migliore - registriamo una crescita quasi del tutto a carico di pazienti positivi, ma senza sintomi tipici del Covid, che arrivano in ospedale per curare altre malattie». «Questo trend, se confermato - continua Migliore - vorrebbe dire che ci troviamo di fronte a una endemizzazione del Covid: il virus circola molto, ma incontra le difese immunitarie della stragrande maggioranza della popolazione che ha ricevuto la vaccinazione e i richiami o ha già contratto l'infezione».

Questi segnali non devono però far abbassare la guardia soprattutto tra i più fragili e anziani che devono proteggersi con il vaccino: in terapia intensiva - dove ci sono i pazienti più gravi - i ricoverati per Covid sono il 65 per cento. Secondo il report Fiaso qui c'è una quota pari al 20% di pazienti no vax. L'età media dei non vaccinati si è abbassata a 59 anni anche se va sottolineato come il 100% di coloro che non ha effettuato il vaccino e si trova in rianimazione è affetto da patologie pregresse. I pazienti vaccinati hanno un'età media molto più alta pari a 70 anni e nel 93% dei casi hanno altre patologie, ma tutti coloro che sono arrivati in terapia intensiva risultano essere sprovvisti della copertura vaccinale della quarta dose.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I ricoveri

Ospedalizzati con più di 18 anni per e con Covid*. In percentuale



(*) Ospedalizzati per altre cause che risultano positivi al Covid dopo un tampone. Fonte: Fiaso





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Covid, perché crescono i ricoveri (e che impatto avrà l'influenza)

VIVIANA DALOISO

Sull'altalena del Covid, che ormai da un mese è tornata a impennarsi verso il cielo con quasi 50 mila nuovi contagi al giorno (e sono solo quelli ufficializzati dai pochi tamponi quotidiani), succede quello a cui la pandemia ci ha ormai abituati: salgono in fretta anche i ricoveri. Altri 225 solo nella giornata di ieri, per un totale di quasi 6.500 posti letto occupati da pazienti positivi nei reparti ordinari, e 4 nelle terapie intensive, per un totale di 225. Numeri non allarmanti per la tenuta del sistema ospedaliero, beninteso, eppure gli occhi degli esperti ora sono puntati più che mai su questa curva perché l'inverno è alle porte e l'influenza è pronta a scaricare tutto il suo carico di problemi sulla stessa popolazione che rischia per il Covid: fragili, immunodepressi, anziani.

Che il punto non sia tanto il virus, quanto il combinato disposto delle due epidemie, è il focus su cui si concentrerà già oggi la riunione trimestrale del Comitato di emergenza dell'Oms, che ieri è tornata a far suonare i suoi campanelli d'allarme sulla situazione internazionale: «Chiaramente oggi ci troviamo in una situazione molto diversa da quella del passato - ha spiegato il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus -. Abbiamo tutti gli strumenti necessari per porre

fine all'emergenza in ogni Paese. Ma la pandemia di Covid-19 non è finita e c'è ancora molto lavoro da fare». Grandi lacune sul fronte vaccinazione, sorveglianza ridotta, bassi tassi di test e sequenziamento, incertezze sul potenziale impatto delle varianti attuali e future: la lista delle inottemperanze dei Paesi è lunga e l'Italia non ne è affatto dispensata. Con l'aggiunta, appunto, dello spettro influenza, uno tsunami che potrebbe rompere gli argini dei sistemi sanitari sovraccaricando gli ospedali già prima di Natale e alimentando nuove ondate di contagi da Covid proprio a partire dalle corsie. Che già oggi, per altro, non si stanno riempiendo di pazienti con problemi legati al virus: se infatti nell'ultima settimana abbiamo assistito a un'impennata del 37% dei ricoveri, come ha rilevato il tradizionale report della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), l'incremento è tuttavia quasi completamente relativo ai cosiddetti pazienti "con Covid", ovvero arrivati in ospedale per la cura di altre patologie e trovati incidentalmente positivi al virus attraverso il tampone pre-ricovero. Per dirla con le parole del presidente Fiaso, Giovanni Migliore: «Ci troviamo di fronte a una endemizzazione del Covid: il virus circola molto, ma incontra le difese immunitarie della stragrande maggioranza della popolazione che ha rice-

vuto la vaccinazione e i richiami o ha già contratto l'infezione». Il nodo resta allora la fetta di pazienti che invece a causa del Covid e dell'insufficienza respiratoria finisce in reparto, nella quasi totalità dei casi non vaccinati e con patologie pregresse: posti letto che potrebbero essere "risparmiati" in vista dell'arrivo dell'epidemia influenzale e che invece continuano a intasare gli ospedali. Di qui l'ennesimo, perentorio appello alla vaccinazione: contro l'influenza e contro il Covid insieme, che è la modalità già accessibile in ogni parte d'Italia, dalle farmacie agli ambulatori dei medici di famiglia fino ai (pochi) hub rimasti ancora operativi da Nord a Sud. «E soprattutto tra anziani e fragili - continua Migliore -, che restano quelli più esposti a complicazioni sia su un fronte che sull'altro».

Chi invece sembra avere già "ammortizzato" gli effetti dell'ondata in corso di Covid sono i più piccoli: a fronte dell'aumento dei ricoveri di cui si diceva poco fa, negli ultimi 7 giorni risulta di segno opposto la curva dei pazienti under 18, in calo del 38%. Una buona notizia: il Covid, che pure circola moltissimo tra bambini e adolescenti, in questa fascia d'età fa meno male, come meno male fa tradizionalmente l'influenza. Gli occhi, ora più di prima, vanno puntati altrove.



Maggioranza a rischio Covid In arrivo un boom di positivi

Pregliasco: «Saliranno ancora i casi». Centrodestra unito contro il lockdown, ma con posizioni diverse

Lodovica Bulian

«I modelli matematici ci dicono che ci sarà un incremento dei casi di covid fino a fine novembre, con punte massime di 90 mila casi. Ma in proporzione i casi gravi saranno inferiori rispetto al passato». Il virologo e direttore sanitario dell'Irccs Galeazzi, Fabrizio Pregliasco affida le sue previsioni all'Agi sul rialzo dei contagi: «Spero che si tratti di un'onda, non di un'ondata, perché rispetto al passato ci sono più vaccinati e guariti. Anche se anziani e fragili dovrebbero comunque proteggersi con la quarta dose». Se la copertura vaccinale resta bassa, dice, «non si possono escludere» nuove chiusure: «Potrebbe tornare a essere necessario, dobbiamo immaginarle come ipotesi ma speriamo che restino nel cassetto». Eccola la prossima grana interna alla futura maggioranza di governo. Sottovoce si indicata nella possibile risalita dei contagi covid il primo

banco di prova per la tenuta degli equilibri tra alleati.

Sul tema restrizioni, mascherine e vaccini, in campagna elettorale il centrodestra ha ribadito compatto il no a ogni tipo di lockdown e soprattutto a quel modello «Speranza» finito nel mirino durante la pandemia. Ma con dei distinguo, soprattutto da dentro Forza Italia, dove convivono sensibilità diverse. Lega e Fratelli D'Italia sono stati netti sul no all'obbligo vaccinale e nel promettere agli italiani che non vedranno più lockdown né certificazioni. Il Carroccio nel suo programma elettorale evidenzia che «pur convinti dell'importanza della vaccinazione diffusa rivolta in particolare alle categorie più fragili, tale trattamento debba essere offerto ai cittadini senza più alcun obbligo, quanto piuttosto garantendo un'ampia campagna di informazione che possa accompagnarli nella scelta più consapevole possibile, promuovendo prima di tutto le cure domiciliari. Nessun obbligo di vaccinazione contro il Co-

vid-19, ma informazione, promozione e raccomandazione alla vaccinazione, in particolare per fasce d'età a rischio e situazioni di fragilità. Piena libertà di scelta tra i vaccini autorizzati dall'Ema e dall'Aifa e richiami». Netta la linea nel programma elettorale di Fratelli d'Italia: «Nessuna reintroduzione del Green pass». In chiusura di campagna elettorale Giorgia Meloni aveva ribadito il concetto: «Libertà vale anche per come intendiamo affrontare l'eventuale ritorno della pandemia: non accetteremo più che l'Italia sia l'esperimento dell'applicazione del modello cinese a un Paese occidentale». Più prudente Forza Italia che nel programma prevede un «aggiornamento dei piani pandemici», e «adeguamenti strutturali», ma «senza la compressione delle libertà individuale». Il responsabile Salute di Forza Italia Andre Mandelli ha più volte chiarito: «Serve una campagna di informazione ai cittadini sullo stato attuale delle terapie e dei vaccini, ma sicuramente la stagione delle chiusure è finita. Forza Italia aveva suggerito a Draghi di rifarsi ai piani pande-

mici e siamo stati sempre molto attenti a rispettare le misure quando erano necessarie e a chiedere le riaperture quando le condizioni epidemiologiche lo hanno consentito».

Più rigide le posizioni di alcuni esponenti azzurri durante il Covid. Ad attirarsi le ire no vax durante la pandemia era stata Licia Ronzulli, ora nel totoministri in quota Forza Italia. Inizialmente si era fatto il suo nome anche per la Salute. Ronzulli si era sempre dichiarata a favore dell'obbligo vaccinale per il personale sanitario e aveva presentato un ddl per estendere l'obbligo delle vaccinazioni ai professori. Difficile che sulla gestione di un eventuale rialzo dei contagi Meloni e Salvini possano accettare mediazioni.

GLI ESPERTI

«Importante estendere la copertura vaccinale a fragili e anziani»



No vax, pronto 1 milione di multe ma la sospensione è già in arrivo

L'emergenza Covid

La maggioranza studia un correttivo al Dl Aiuti ter per bloccare le cartelle

Sanzione di 100 euro per ultracinquantenni e altri obbligati non vaccinati

In arrivo una pioggia di raccomandate e di poste certificate per notificare un milione di multe ai no vax ultracinquantenni. Il ministero della Salute ha comunicato nomi e coordinate dei cittadini che hanno detto no al vaccino anti Covid o al richiamo, e che ora si vedranno recapitare dall'agenzia Entrate riscossione la multa da 100 euro. Ma le cartelle esattoriali potrebbero non partire,

perché, con il cambio di governo, la maggioranza studia un correttivo al Dl Aiuti ter per bloccare l'operazione.

Marco Mobili — a pag. 5

No vax, pronte 1 milione di multe ma la sospensione è già in arrivo

Covid. La Salute ha comunicato all'ex Equitalia nomi e indirizzi dei cittadini che non hanno rispettato l'obbligo vaccinale anti Covid. La maggioranza studia un correttivo al Dl Aiuti ter per stoppare le cartelle

Marco Mobili

ROMA

In arrivo una pioggia di raccomandate e poste certificate per notificare un milione di multe ai no vax ultracinquantenni. Dal ministero della Salute è arrivato l'elenco puntuale, con nomi, cognomi e indirizzi dei cittadini che hanno detto no al vaccino anti Covid o al richiamo (dose booster) e che ora si vedranno recapitare dall'agenzia Entrate riscossione (Ader) la multa da 100 euro. Come detto sono pronte un milione o poco meno di cartelle esattoriali che l'agente pubblico della riscossione dovrebbe inviare entro il 30

novembre agli ultracinquantenni non in regola con gli obblighi vaccinali entro il 15 giugno. Ma il condizionale è ancora d'obbligo perché con il cambio di governo e della nuova maggioranza quel milione di

cartelle potrebbe anche non partire mai e liberare l'agenzia delle Entrate Riscossione di un adempimento che a tutti gli effetti poco a che vedere con il recupero di tasse e contributi non pagati.

Tra le priorità del centrodestra c'è infatti quella di non appesantire famiglie e imprese con nuovi adempimenti o pagamenti in questa delicata fase di crisi. Per questo nel de-

creto Aiuti ter, presentato dal governo Draghi a fine settembre e ora all'esame della Camera in attesa che si avvii la XIX legislatura, la nuova maggioranza tra gli emendamenti da approvare subito inserirà anche



quello della sospensione o del rinvio delle cartelle di agenzia Entrate Riscossione con le multe Covid.

La strada, per altro, era già stata tracciata nel corso della conversione in legge del decreto Aiuti bis, allora dalle opposizioni, ma il governo per mancanza di coperture aveva bloccato il correttivo. In quell'occasione per supportare i lavoratori maggiormente colpiti dalle sanzioni per il mancato rispetto degli obblighi vaccinali si chiedeva l'istituzione di un apposito Fondo nello stato di previsione della spesa del ministero dell'Economia e delle Finanze, con una dotazione di 200 milioni di euro per l'anno 2022. Risorse da utilizzare in quell'occasione per un parziale reintegro della retribuzione non corrisposta, ma che in caso delle multe in arrivo dalla ex Equitalia potrebbero portare alla loro cancellazione.

La sanzione da 100 euro, introdotta a inizio del 2022 per sostenere e rilanciare la campagna vaccinale, si applica agli ultracinquantenni che dall'8 gennaio scorso fino al 15

giugno non si erano vaccinati, ma anche a medici e operatori sanitari, lavoratori impiegati in strutture residenziali, socioassistenziali e socio-sanitarie, o ancora al personale della scuola, del comparto difesa, sicurezza e soccorso pubblico, della polizia locale, degli istituti penitenziari, delle università, delle istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica e degli istituti tecnici superiori che, sempre alla data del 15 giugno 2022, non avevano iniziato il ciclo vaccinale primario, che non avevano ancora effettuato la seconda dose di completamento del ciclo vaccinale primario, nel rispetto delle indicazioni e dei termini previsti dal ministero della Salute o che non avevano effettuato la dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale (dose booster) entro i termini di validità del green pass.

La parola ora passa alla nuova maggioranza e al nuovo Governo che per bloccare la pioggia di cartelle in arrivo è, dunque, pronta a presentare un emendamento firmato da tutti i gruppi da depositare alla Commissione speciale per gli

affari di Governo che, in attesa delle formazioni delle commissioni permanenti, dovrà convertire in legge rapidamente il pacchetto di aiuti da oltre 15 miliardi e occuparsi della Nota di aggiornamento al Def per far partire la macchina della nuova legge di bilancio (si veda l'articolo a pagina 12).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sanzione di 100 euro per ultracinquantenni non vaccinati, ma anche per personale sanitario, della scuola e sicurezza

OBBLIGO PER GLI OVER 50

La scadenza del 15 giugno

A gennaio il decreto legge 1/2022 ha introdotto l'obbligo vaccinale per gli over 50 fino al 15 giugno scorso. In caso di violazione l'irrogazione della sanzione prevista di 100 euro è effettuata dal ministero della Salute attraverso l'agenzia delle Entrate-Riscossione che vi provvede in base gli elenchi dei soggetti inadempienti a trasmessi dal ministero



La stretta. Una manifestazione contro l'introduzione dell'obbligo per gli over 50



SALUTE MENTALE, PROVVEDIMENTO DECRETO COVID. LA GRAN PARTE DEI RICHIEDENTI È TRENTENNE

Bonus psicologico, 300 mila richieste ma l'avrà solo uno su dieci

ANDREA CAPOCCI

■ Le risorse per la salute mentale stanziate dal governo si rivelano insufficienti ancora prima di essere erogate. All'Inps sono già arrivate oltre 300 mila domande per accedere al cosiddetto «bonus psicologo», il nominolo affibbiato al «Contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia» introdotto dai decreti Covid del governo Draghi. Le domande continueranno ad arrivare fino alla scadenza del 24 ottobre. Ma 25 milioni di euro stanziati dal governo bastano appena a soddisfare una piccola percentuale delle domande pervenute.

Il bonus è diverso a seconda del reddito: vale 600 euro per chi ha un Isee inferiore ai 15 mila euro e scende fino a 200 nella fascia 30-50 mila euro, oltre la quale non si ha diritto ad alcun sussidio. Ipotizzando che tutti accedano al sussidio più corposo, il budget totale basta per meno di 42 mila domande, poco più di una su dieci tra quelle arrivate. Ma se anche le richieste riguardassero le fasce di reddito superiori, le domande soddisfatte non potranno superare un terzo del totale di quelle presentate. Risultato: la stragrande maggioranza delle persone che hanno diritto al bonus non potranno contarci. A stabilire ammessi ed esclusi sarà una graduatoria stilata sulla base dell'ordine di arrivo delle

domande e dell'Isee.

Secondo i dati in mano all'Inps e anticipati dal *Sole 24Ore*, il 60% delle domande arriva da persone sotto i 35 anni di età. La percentuale conferma le osservazioni di un report della Commissione europea sull'impatto della pandemia di Covid-19 sulla salute mentale dei giovani, che sarà uno dei documenti più discussi al Summit globale sulla salute mentale organizzato a Roma dall'Oms oggi e domani, al termine della settimana iniziata lunedì 10 ottobre con la Giornata mondiale della salute mentale. Il tema al centro del summit è un «approccio di comunità» alla salute mentale. Per denunciare la contraddizione tra i buoni propositi e le politiche sociali reali, oggi a Roma in piazza Risorgimento (ore 11) si svolgerà il sit-in di un ampio cartello di associazioni, dall'Assemblea anti-psichiatria a Non una di meno, da Medicina democratica all'Unione degli studenti.

Caterina Biti e Filippo Sensi, i parlamentari del Pd che hanno più premuto per l'introduzione del bonus, ora chiedono che il governo che si insedierà allarghi la platea con nuovi stanziamenti. «Come dicevamo allora, quello era soltanto il primo passo», ha detto Biti, «e molti ne restano da fare affinché le politiche per la salute nel Paese si facciano pienamente carico di questo tema, rafforzando strumenti come il

bonus e istituendo la figura dello psicologo di base».

Inizialmente, il budget era persino più esiguo e limitato a 10 milioni di euro, portati poi a 25 con il decreto Aiuti di agosto. Ma il tema della salute mentale continua ad essere largamente sottovalutato. Un rapporto di Mindwork, una società di consulenza nel campo della salute mentale, ha presentato i risultati di un'indagine realizzata dalla Doxa da cui emerge come sia in aumento la percentuale delle persone che lasciano il lavoro per proteggere la salute psicologica. La stessa misura del «bonus» è stata criticata al momento della sua introduzione, in quanto rappresenta solo una misura tampone mentre da tempo le società scientifiche del settore chiedono un rilancio dei servizi territoriali, a partire da strutture pubbliche di prossimità e dal reclutamento di nuovo personale. Fa eco a queste richieste anche l'Associazione nazionale presidi. «Da anni – spiega il presidente della sezione romana Mario

Rusconi e leader storico dei presidi – il mondo della scuola, nelle sue manifestazioni più significative, ha sollecitato le istituzioni politiche a voler ripristinare con miglioramenti due assetti organizzativi che, nel corso degli anni, avevano contribuito a rendere la scuola un ambiente maggiormente protetto: il medi-

co scolastico e l'equipe psicopedagogica». Figure che poi sono sparite «per un'insensata ed irrazionale misura di contenimento degli sprechi», denuncia.

Anche nella riforma della sanità territoriale prevista dal Pnrr la salute mentale recita il ruolo di Cenerentola: nelle case di comunità, i presidi in cui saranno riuniti i principali servizi di cure primarie, la presenza di specialisti per la salute mentale non sarà «obbligatoria» ma solo «raccomandata». Saranno le singole Asl ad attivare o meno tali servizi, che non saranno garantiti in modo universale ma a macchia di leopardo. E dove la sanità pubblica sarà assente si apriranno opportunità di profitto per quella privata.

Sottovalutato il disagio negli anni di pandemia. E anche il Pnrr lo ignora



LA SANITÀ

Il Covid frena i viaggi della speranza i pazienti del Sud non emigrano più

I dati Agenas sul 2021:
crollo dei malati che
vanno a curarsi al Nord,
-35% in Lombardia
“Anche il Mezzogiorno
ha punte di eccellenza
ma mancano i medici”

di **Michele Bocci**

Le valigie sono rimaste negli armadi, preoccupazioni e speranze non hanno preso il treno o l'aereo. Con il Covid, sono diminuiti i viaggi dei malati da una regione a un'altra. E se i numeri del 2020 sono poco attendibili perché il sistema sanitario era di fatto paralizzato, i dati sugli interventi chirurgici del 2021 elaborati da Agenas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni, paiono raccontare una tendenza.

A livello nazionale, la mobilità si è ridotta del 15% (nel 2020 era scesa del doppio) e in buona parte il calo riguarda quella cosiddetta “evitabile”, perché riferita a prestazioni non molto complesse. Tra i dati notevoli c'è un calo importante, del 34% rispetto al 2021, delle somme incassate dalla Lombardia per le cure a chi arriva da fuori regione. Segue la Toscana, con una riduzione del 25%, mentre tengono altre grandi realtà che attraggono malati, cioè l'Emilia-Romagna (-6%) e il Veneto, rimasto stabile. Il Piemonte addirittura ha lavorato di più per i pazienti arrivati da fuori regione rispetto al 2019. Di contro, il Sud ha visto andare a curarsi altrove molti meno residenti. In particolare Campania, Sicilia e Puglia, da dove, considerando il valore medio di un intervento, sono partiti

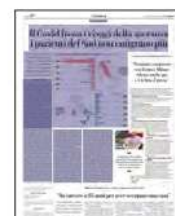
circa 30-35 mila pazienti in meno.

Quando un malato si sposta, la sua Regione paga la prestazione a quella che lo ha curato. Visto che ovunque, anche solo perché a volte l'ospedale più vicino è nella regione confinante, ci sono sia arrivi che partenze, a fine anno si calcola quanto ogni Regione deve dare o avere, a seconda che abbiano prevalso le entrate o le uscite. Gli spostamenti sono sempre stati da Sud verso Nord. La Lombardia nel 2019, al netto delle spese dei suoi cittadini che hanno cambiato regione, aveva incassato un miliardo e 73 milioni per interventi chirurgici. L'anno scorso questa cifra è scesa a 713 milioni. La Toscana ha “perso” 50 milioni. Le altre grandi Regioni hanno invece recuperato, tornando più o meno al livello del 2019. Il che fa pensare a una tendenza che potrebbe consolidarsi anche dopo la pandemia.

La decisione di molti di non spostarsi più può essere positiva perché la famiglia del malato risparmia spese di viaggio e alloggio, oltre a stress e difficoltà. Ha però anche un effetto negativo. Chi resta chiede la prestazione dove vive e se il sistema sanitario è più debole, come capita al Sud, le liste di attesa si allungano. Così alcuni sistemi rischiano di non essere più in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei propri cittadini. «È un problema – spiega

Enrico Coscioni, cardiocirurgo a Salerno e presidente Agenas – La sanità pubblica è in difficoltà perché il personale è poco e da noi ci sono i tetti per l'attività privata in convenzione. Così i tempi si allungano. Per questo temo che i viaggi riprendano». Più ottimista Giovanni Migliore, che dirige il policlinico di Bari e la Fiaso, la federazione delle Asl: «Per rispondere all'aumento della domanda, abbiamo aperto una nuova Chirurgia vertebrale e una Chirurgia maxillo-facciale». Il Covid, limitando gli spostamenti, in alcuni casi ha fatto scoprire le eccellenze della sanità del Sud. «È vero – nota Migliore – ma ora la sfida è dare servizi di qualità in un tempo che non faccia disaffezionare le persone alla sanità pubblica. Dobbiamo puntare a stabilizzare i nostri professionisti». E poi, perché il cambiamento diventi strutturale «alcuni percorsi consolidati devono cambiare. In Puglia, ad esempio, c'è il problema di chi cambia regione per farsi operare all'luce valgo: un intervento che, ovviamente, si potrebbe fare benissimo restando qui».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La sanità

Troppi tagli: così rischiamo il diritto alla salute

di Nicola Bedin

MILANO – Il diritto alla salute è una conquista sociale recente: a sancirlo è stata la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948. Ed è una conquista fondamentale, che tuttavia nei fatti non esiste in diversi paesi anche occidentali; basti pensare agli Stati Uniti d'America, dove l'accesso alle cure non è garantito a tutti. In Italia, invece, il diritto alla salute è sancito dall'articolo 32 della Costituzione e si può dire che sia ancora vivo, anche se va riconosciuto che il Servizio sanitario nazionale è più simile ad un anziano dalle gambe stanche ed esili che non a un giovane sano e robusto. Sono necessari interventi importanti e rapidi al fine di evitare che il vecchio si pieghi su se stesso e cada a terra spossato. La spesa sanitaria pubblica italiana è notevolmente inferiore a quella di altri paesi

europei: in rapporto al Pil l'Italia nel 2021 ha speso solo il 7,2% (la Germania l'11%, la Francia più del 10%) e su base pro-capite solo 3.052 euro (la Germania 6.351, la Francia 4.632). Ciò che è forse ancora più allarmante è che nel Documento di economia e finanza (Def) del 2022 e nella recente Nota di Aggiornamento (Nadef) è previsto un notevole calo del finanziamento nel periodo 2022-2025. Il rapporto tra la spesa sanitaria e il Pil è indicato scendere dal 7,1% nel 2022 (ed era il 7,2% nel 2021) al 6,1% nel 2025, un livello pari a quello della Grecia, e non compatibile con la sopravvivenza del diritto alla salute per come lo conosciamo oggi. In valore assoluto, la spesa sanitaria pubblica è prevista calare da 134 miliardi di euro nel 2022 a 129,4 miliardi di euro nel 2025. Si tolgono 4,6 miliardi di euro a una voce di bilancio che è già misera. Il tutto in un contesto di invecchiamento cronico della popolazione (il 23,5% degli italiani ha più di 65 anni: record europeo) e di aumento del costo dei fattori produttivi.

E necessario spendere di più, questo è un fatto ineludibile. Ed è ovviamente anche necessario spendere meglio (gli sprechi in sanità non mancano di certo). Il nuovo Governo entrerà in carica in un momento particolarmente complicato e si troverà di fronte a molti problemi che richiedono di essere affrontati con urgenza. Ma l'ultima cosa che il Governo che si formerà a giorni dovrà fare sarà quella di non considerare come priorità occuparsi del Ssn, che è centrale sotto diversi aspetti ed ha a che fare con la tutela di un diritto primario ed assoluto. Per dirla con Arthur Schopenhauer, «la salute non è tutto, ma senza la salute tutto è niente».

Dove e quando

Diritto alla salute e sostenibilità del Ssn

Chi: Nicola Bedin con Alberto Mingardi

Dove: Ara Pacis di Roma

Quando: 20 ottobre, alle 15:00

Come: In streaming sul nostro sito



Telemedicina, pronti 750 milioni per le cure on line nelle Regioni

Il piano. Al via anche il bando da 250 milioni per la piattaforma nazionale che dovrà governare il sistema. Il prossimo anno si passerà ai modelli attuativi e dal 2024 prime televisite, teleconsulti e telemonitoraggi

Marzio Bartoloni

Una visita di controllo, un consulto tra più medici per confrontarsi sulle condizioni cliniche di un paziente oppure il monitoraggio di parametri come la pressione, la frequenza cardiaca o la saturazione dell'ossigeno nel sangue. Ecco alcune delle prestazioni sanitarie che si potranno ricevere a distanza collegandosi on line a partire dal 2024 grazie ai piani e ai fondi messi a disposizione dal Pnrr per la telemedicina che investe una dote complessiva di 1 miliardo. Proprio ieri è approvato in Conferenza Stato Regioni il decreto firmato dai ministri della Salute e dell'Innovazione con «le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina» e «i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina» e che adotta le «Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina». Un provvedimento carico di allegati tecnici che di fatto sblocca i 750 milioni a cui le Regioni potranno accedere per far partire le cure on line su tutto il territorio dopo le sperimentazioni a macchia di leopardo degli ultimi anni. Un tassello fondamentale questo che si unisce all'avvio della piattaforma nazionale di telemedicina che dovrà governare tutto il sistema: sempre ieri l'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali diventata da poco anche Agenzia per la sanità digitale, ha pubblicato il bando per l'assegnazione di questo strumento nazionale che sarà gestito attraverso una partnership pubblico-privato: ci sono già diverse aziende in corsa per gestirla e non è escluso che alla fine diverse di queste si possano unire in rete. Questa pro-

cedura aperta per «l'affidamento della concessione per la progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di telemedicina» pubblicata ieri sul sito dell'Agenas scadrà il prossimo 28 novembre. «Questa piattaforma garantirà l'erogazione uniforme della telemedicina su tutto il territorio nazionale assicurando l'interoperabilità e l'integrazione dei vari progetti regionali, validandoli e governandoli in base a standard tecnologici comuni e misurando anche i risultati», spiega il presidente dell'Agenas, Enrico Coscioni. Che sottolinea come «con la costruzione anche di una infrastruttura di telemedicina comincia a prendere corpo quella sanità territoriale che è mancata durante la pandemia e che è sempre più necessaria per gestire soprattutto i milioni di malati cronici che abbiamo in Italia: lo faremo con le nuove Case di comunità dove si potranno fare diagnosi e cure, ma anche - conclude il presidente dell'Agenas - con la possibilità di monitorare questi pazienti con televisite, telemonitoraggi e teleassistenza».

Il calendario per far decollare in Italia la Sanità digitale tante volte evocata prevede ora che ogni Regione - con Lombardia e Puglia capofila - presenti il suo piano operativo e i relativi fabbisogni entro la fine di dicembre. Per ottenere i fondi del Pnrr le Regioni i cui piani sono stati approvati «possono attivare - si legge nel decreto - le soluzioni selezionate esclusivamente attraverso le gare delle regioni capofila». Per presentare i loro piani le Regioni dovranno seguire le indicazioni del primo allegato al decreto con la possibilità anche di poter «recuperare» i servizi di tele-

medicina già attivi. Nel secondo allegato al decreto si dettagliano i servizi che potranno essere erogati in telemedicina con il target dei pazienti a cui si punta per le cure on line: si va dalla generica televisita (in pratica una visita a distanza che non può però mai essere la prima, ma di controllo) al teleconsulto-teleconsulenza (più professionisti sanitari che si confrontano on line su di un caso clinico) fino al telemonitoraggio (rilevamento e trasmissione a distanza di parametri vitali). In particolare le linee guida prevedono anche telemonitoraggi e telecontrolli di alcune categorie di pazienti cronici e cioè quelli con diabete, con patologie respiratorie, cardiologiche, oncologiche e neurologiche.

Il documento spiega anche come la televisita sarà prescritta o il teleconsulto richiesto dai medici del Servizio sanitario nazionale o dai camici bianchi che lavorano nelle strutture private convenzionate con il Ssn che hanno in carico il paziente. E mentre la televisita dovrà essere erogata «in tempo reale», il teleconsulto e la teleconsulenza potranno essere svolti anche «in differita» e potranno essere particolarmente utili «nei casi in cui è impossibile trasportare il paziente o risulta difficile - si legge ancora nelle linee guida - la mobilità per cause cliniche o ambientali».

La televisita non potrà mai invece essere utilizzata come prima visita, ma piuttosto come «conferma diagnostica, prognosi, decisione te-



rapeutica, verifica del trattamento o la sua modifica, prevenzione terziaria e follow up». In particolare la tele visita per il paziente in emergenza «non è suggeribile in quanto non deve costituire ragione per ritardare interventi in presenza nei casi in cui questi garantiscono maggiore efficacia o sicurezza rispetto all'intervento da remoto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1 miliardo

LA DOTE PER LA TELEMEDICINA

Il Pnrr prevede uno stanziamento complessivo di 1 miliardo: 250 milioni per la piattaforma nazionale e 750 milioni per i progetti regionali

Per partecipare al bando per la piattaforma nazionale di telemedicina le aziende hanno tempo fino al 28 novembre

Le principali prestazioni di telemedicina

1

LA TELEVISITA

Usata per visite di controllo

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente anche con il supporto di un caregiver. La tele visita non può sostituire la prima visita medica in presenza ed è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza

2

IL TELECONSULTO

Interazione tra più medici

È un atto medico in cui il professionista sanitario interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio video riguardanti il caso specifico

3

IL TELECONTROLLO

Dati clinici a distanza

Modalità operativa della telemedicina che consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente



L'ALLARME

I GIOVANI CHIRURGHI SENZA PIÙ PRATICA DIROTTATI IN REPARTI DOVE NON SI OPERA

ROBERTO L. MENICONI*



Il diritto alla salute, così come sancito dall'art. 32 della Costituzione, rappresenta un valore fondamentale da tutelare nell'interesse dell'individuo e della collettività. Da sempre si parla di qualità e accessibilità delle cure per tutti, ma la situazione pandemica degli ultimi due anni e la più recente congiuntura economica hanno evidenziato le difficoltà di un Sistema Sanitario Nazionale sempre più in affanno, sguarnito di mezzi e di operatori sanitari, i quali sono costretti a lavorare in condizioni di emergenza permanente.

La questione è stata più volte sollevata dal Collegio Italiano dei Chirurghi, di cui fa parte anche la Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi, che presiede. In particolare i giovani chirurghi italiani, sia in formazione che neo specialisti, sono stati fortemente penalizzati dalla crisi sanitaria ed economica per il netto peggioramento della qualità formativa delle Scuole di Specializzazione.

Le attività cliniche sono state ridotte o addirittura sospese e per la mancanza di professionisti gli specializzandi sono stati inviati sul "fronte Covid" nei reparti di terapia intensiva, nelle medicine d'urgenza e nei pronto soccorso ove la mancanza

di personale è una malattia cronica. Duole dire che ora anche le specialità chirurgiche si trovano nella medesima situazione.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici: una programmazione approssimativa, un percorso formativo e lavorativo incompleto, l'insoddisfazione per lo scarso livello di competenze teorico-pratiche acquisite, per una remunerazione non adeguata al carico di lavoro, e anche per il rischio professionale elevatissimo.

LE CONSEGUENZE

Il risultato finale, oltre alla scontata carenza di giovani chirurghi, è la migrazione di specializzandi e neo-specialisti all'estero, dove notoriamente sono remunerati di più ma soprattutto esiste una formazione migliore.

Anche le modalità di accesso alle Scuole di Specializzazione di Medicina contri-

buiscono alla crisi di vocazioni, consentendo ai candidati di usufruire della borsa anche solo transitoriamente in settori come quelli chirurgici scarsamente appetibili, per poi ripresentarsi in quelli "più remunerativi e meno onerosi".

Il risultato è stato devastante, con un alto tasso di rinunce (e quindi perdita della borsa) al secondo anno e l'ingresso di neo-specializzandi nei reparti chirurgici senza una preparazione minima e, ancor più grave, senza una vera passione per la



nostra professione.

LA RESPONSABILITÀ

Ad aggravare un quadro di per sé drammatico, vi è il problema medico-legale. L'Italia è l'unico Paese europeo insieme alla Polonia ad applicare il codice penale nel contenzioso medico-legale che nella maggioranza dei casi coinvolge i chirurghi. Ogni giorno ci ritroviamo a dover rispondere penalmente nei casi di sospetta colpa grave e in una moltitudine di cause civili, nella maggior parte dei casi prive di fondamento, che rendono molto stressante la vita del chirurgo e allontanano chi vorrebbe intraprendere questa professione.

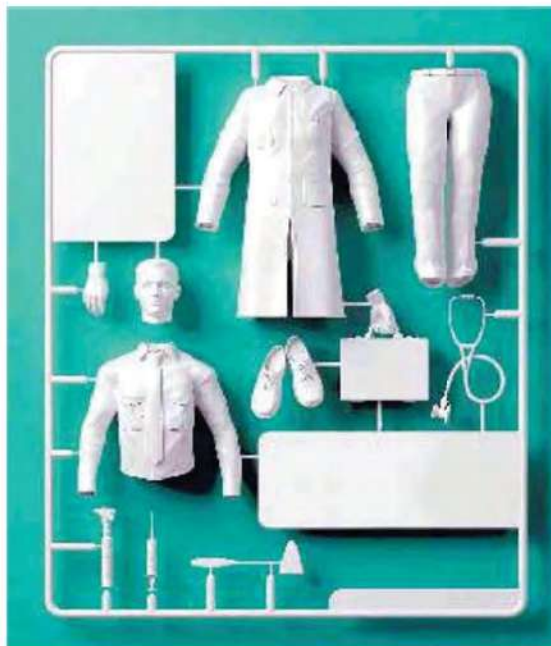
Di fronte a questo panorama poco rassicurante per il futuro del Sistema Sanitario Nazionale, durante la campagna elettorale le proposte dei partiti politici sono state vaghe e prive di una vera progettualità a lungo termine senza affrontare il nodo fondamentale della formazione. Non è abolendo in maniera indiscriminata il numero chiuso per accedere alla

Facoltà di Medicina e Chirurgia che si otterrà un miglioramento della qualità formativa di studenti e specializzandi, né un maggior numero di specialisti preparati e pronti per il mondo lavorativo ospedaliero.

C'è ancora molto lavoro da fare, ma a quanto pare il grido di allarme proveniente dai maggiori esponenti del mondo universitario, ospedaliero e scientifico, resta ancora inascoltato da parte delle Istituzioni e di tutto il mondo politico che stenta a prendere in considerazione le nostre proposte.

** Presidente della Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi e membro del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC)*

IL PARADOSSO
DI SPECIALIZZANDI
E SPECIALISTI:
EMIGRANO O ENTRANO
IN SALA INTERVENTI
SENZA PREPARAZIONE





Dir. Resp. Marco Tarquinio

L'APPELLO Dai Medici cattolici al Centro italiano femminile, associazioni contro le ipotesi di norme locali sul suicidio assistito

«Le Regioni provvedano alle cure palliative, il fine vita tocca allo Stato»

FRANCESCO OGNIBENE

Il percorso di cure palliative è «un prerequisito inderogabile, una priorità assoluta per le politiche della sanità»: lo scrivono le associazioni firmatarie di un appello su «Suicidio assistito e fine vita» (l'Associazione medici cattolici, la Federazione europea delle associazioni mediche cattoliche, il Centro italiano femminile, il Forum socio-sanitario, l'Unione cattolica stampa italiana della Puglia e l'Associazione Crocerossine d'Italia) che rilancia un contenuto "silenziato" della sentenza 242 con la quale la Corte Costituzionale nel 2019 individuò le condizioni di «possibile non punibilità» di chi aiuta un malato a morire. La Consulta, ricorda ora l'appello, «non legalizza l'eutanasia, anzi afferma anche che la garanzia per il cittadino di un percorso di cure palliative e gestione del dolore cronico rappresenta un prerequisito inderogabile». La conseguenza è di tutto rilievo, mentre in alcune Regioni si discute di leggi locali sul fine vita: «L'esortazione della Consulta rivolta al Parlamento a normare la sentenza,

cioè a tradurre la sentenza in una legge che sia unica per tutti i cittadini italiani, non può essere recepita, da un punto di vista giuridico, autonomamente dalle singole Regioni, sulle quali piuttosto grava l'obbligo di dare piena attuazione alla legge 38/2010 sulle cure palliative e il trattamento del dolore cronico, il cui stato di avanzamento non è ancora pienamente realizzato sul territorio nazionale e non è idoneamente supportato da politiche di formazione e informazione del cittadino».

Altro che eutanasia o suicidio assistito: alle associazioni sembra evidente che «le prospettive di fine vita richiedono maggiori investimenti nell'assistenza territoriale e domiciliare, migliori politiche attive e consistenti aiuti economici per quelle persone che hanno familiari non autosufficienti a carico». È altrettanto chiaro che «una società opulenta come la nostra debba sentire come obbligatoria la necessità di dare una risposta ai bisogni degli anziani, soprattutto se poveri, soli e non autosufficienti». Dunque «anziché riproporre leggi eutanasi-

che (come accaduto in Puglia, tentativo appena respinto dal consiglio regionale, ndr) si dia un immediato reale potenziamento all'assistenza dei pazienti con le più gravi, croniche e progressive patologie, idoneo sostegno alle famiglie, piena fruibilità di cure palliative in ogni età e ovunque». La competenza sul fine vita è dello Stato, anche «per non frammentare l'omogeneità delle risposte, delle norme e delle condotte che si chiede agli operatori sanitari di erogare su tutto il territorio nazionale. Su temi di così alta rilevanza etica è necessaria una univoca determinazione nazionale».

L'appello, che ricorda l'intervento dei vescovi pugliesi in luglio assai critico con il disegno di legge regionale, si conclude chiedendo di «comprendere le urgenze e creare nuove opportunità di apertura al mondo della sofferenza, che non ha colore di parte, non ha bandiere, non ha credo, ma impone umiltà di giudizio».

Il caso della Puglia, dov'è stato bocciato un tentativo di normare l'eutanasia, mostra che serve chiarire le urgenze degli enti territoriali





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Vita nascente per la «Giornata» serve una legge

Ancor prima della seduta inaugurale delle Camere (oggi), alcuni parlamentari hanno già depositato progetti di legge per eutanasia e suicidio assistito. Ci sarà altrettanta tempestività in chi promuove la vita umana? La rete di associazioni impegnate perché sia istituita per legge una «Giornata della vita nascente» attende che la proposta di legge già presentata nella legislatura appena conclusa venga ora nuovamente depositata. Del valore di una Giornata nazionale, e di molto altro, si

parlerà il 18 ottobre all'Università Lumsa di Roma (opre 16-18) nel convegno «Aspettando il festival della vita nascente», con un tema programmatico: «Il futuro è giovane... ma i giovani hanno ancora il desiderio di generare la vita?». Interverranno tra gli altri il cardinale Matteo Zuppi, presidente della Cei, il rettore Francesco Bonini, il presidente Istat Gian Carlo Blangiardo, l'economista Leonardo Becchetti e Andrea

Mazzi, coordinatore della rete associativa. A moderare l'incontro Monica Mondo.



“TWINDEMIC” ORA È PIÙ FORTE LO SCUDO DEI VACCINI

C

ovid-19 e influenza insieme. È la “tempesta perfetta” che abbiamo tanto temuto lo scorso inverno e che, complici l’obbligo delle mascherine e le altre misure anti-Covid, alla fine non è arrivata. Questa volta invece potremmo non essere più così fortunati. Il virus Sars-CoV-2 continua a circolare nella sua nuova veste Omicron, una variante più contagiosa rispetto a quelle passate, che sta causando molti casi di reinfezione. Dal canto loro i virus dell’influenza sono pronti a prendersi la rivincita. O almeno questo è quello che è successo nell’emisfero Nord del nostro pianeta: in Australia, dove la stagione influenzale inizia ad aprile e finisce a settembre, la circolazione dei virus influenzali è stata più intensa. Da qui il timore di quella che gli inglesi hanno ribattezzato “twindemic”, ovvero doppia pandemia dei contagi Covid e influenzali.

Anche quest’anno è possibile vaccinarsi

contro Covid e influenza in un’unica seduta. È possibile iniettare i due vaccini quasi in contemporanea: uno in un braccio e il secondo nell’altro. Il vaccino Covid, di cui al momento sono disponibili diverse versioni, non può essere scelto: i più aggiornati e

recentemente approvati, quello contro Omicron 1 e quello contro Omicron 4-5, verranno somministrati in base alle quantità disponibili e in base alle priorità stabilite dal ministero della Salute.

«La co-somministrazione del vaccino antinfluenzale con una dose di vaccino anti-Covid, che sia la prima o anche un richiamo, è sicura ed è un ottimo scudo anche e soprattutto per gli anziani fragili», conferma Francesco Landi presidente nazionale Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg) e direttore dell’UOC Medicina Interna Geriatrica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma. I Centers for Disease Control americani, che raccomandano la doppia somministrazione, spiegano che le due iniezioni insieme non compromettono l’efficacia dei due vaccini e non hanno effetti collaterali importanti diversi da quelli di una sommi-

nistrazione singola. Per evitare conseguenze potenzialmente fatali anche quest’anno la vaccinazione contro l’influenza è raccomandata – le ultime indicazioni dicono che i virus influenzali potrebbero far registrare tra i 6 e 7 milioni di casi in Italia –, e quindi offerta gratuitamente, alle persone con



un'età superiore ai 65 anni e ai soggetti fragili a causa di patologie pregresse che compromettono il sistema immunitario. Il vaccino anti-Covid, invece, rimane gratuito per tutta la popolazione. La doppia vaccinazione è quindi gratis per le persone con più di 60 anni, operatori sanitari, ospiti delle Rsa, donne in gravidanza e persone fragili a causa di altre malattie.

«La Società italiana di pediatria (Sip), come in passato, continua a consigliare la vaccinazione contro il Covid-19 anche alla luce dell'aumento dei casi in età pediatrica», dice Annamaria Staiano, presidente della Sip. Gli esperti, inoltre, consigliano di vaccinare contro l'influenza anche i bambini e i ragazzi, che possono essere un vettore dei virus per i nonni.

La singola o la doppia vaccinazione può essere fatta negli hub aperti durante l'emergenza Covid e ancora rimasti aperti,

negli studi dei medici di famiglia, dai pediatri che hanno aderito e in alcune farmacie. Nel Lazio l'antinfluenzale sarà distribuito in via prioritaria agli studi dei medici, poi agli hub. Si raccomanda di controllare tutte le informazioni sul sito della propria Regione. Per i soggetti fragili e le persone over

65, questo è anche il periodo migliore per effettuare la vaccinazione contro il pneumococco, il patogeno maggiormente associato alla polmonite e quindi potenzialmente fatale. Sempre agli over 65 è raccomandata, infine, la vaccinazione contro l'Herpes Zoster, una malattia causata dalla riattivazione del virus che può avere conseguenze molto gravi sulla popolazione anziana. I vaccini possono essere inoculati nello stesso giorno, ma con due iniezioni diverse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VALENTINA ARCOVIO



A

**I CASI DI SARS-COV-2 IN RISALITA
SOPRATTUTTO TRA I GIOVANISSIMI**

Doppia profilassi: aumentano i contagi da coronavirus e arriva l'influenza che potrebbe far registrare 7 milioni di casi in Italia. Il geriatra Francesco Landi: «La co-somministrazione è sicura ed è un'ottima soluzione per gli anziani»



C

**IL CONSIGLIO DEI MEDICI: TUTELARSI
ANCHE IN ETÀ PEDIATRICA**



B

**INIEZIONI QUASI IN CONTEMPORANEA
PRIMA IN UN BRACCIO POI NELL'ALTRO**



Riconoscimento all'Università San Raffaele Roma e Irccs San Raffaele

Premiato lo studio italiano sugli effetti del fumo nel Covid grave

■ L'Università San Raffaele Roma e l'Irccs San Raffaele sono saliti sul podio della ricerca sugli effetti del fumo nell'aggravamento di Covid-19. È andato, infatti, a Mario Cristina del Consorzio Mebic (Medical Experimental BioImaging Center) il primo premio Sitab-Fondazione Umberto Veronesi per il migliore studio scientifico, su trenta in concorso, con un articolo pubblicato sulla rivista "International Journal of Molecular Sciences", dal titolo "Nicotine in Combination with Sars-CoV-2 Affects Cells Viability, Inflammatory Response and Ultrastructural Integrity".

«Cristina, dottorando all'Università di Roma Sapienza, ha condotto il suo lavoro di ricerca nei laboratori di microscopia elettronica avanzata del Mebic, Consorzio universitario diretto da Matteo A. Russo e partecipato dai con-

sorziati Università Tor Vergata, Università telematica San Raffaele Roma, Irccs San Raffaele, Fondazione San Raffaele e San Raffaele SpA», si legge in una nota del San Raffaele. Lo studio ha dimostrato «come il fumo, e in particolare la nicotina, aumentino in maniera determinante gli effetti citopatici del Sars-CoV-2 inducendo un grave danno cellulare». Il premio, giunto alla quarta edizione, ha lo scopo «di incentivare, selezionare e diffondere progetti e ricerche che abbiano come finalità la lotta al fumo di tabacco e ai suoi danni sull'organismo umano, oltre alla prevenzione primaria e secondaria del tabagismo». Il riconoscimento è stato assegnato in occasione del XVIII Congresso nazionale della Società italiana di tabaccologia che si è svolto a Milano il 7 e 8 ottobre. La ricerca premiata, coordinata da Patrizia Russo da anni

impegnata a indagare gli effetti della nicotina sull'epitelio respiratorio, realizzata in collaborazione con il laboratorio di virologia dell'Irccs Spallanzani di Roma diretto da Fabrizio Maggi, vede tra gli autori anche un pool di ricercatori dell'Irccs San Raffaele e dell'Università telematica San Raffaele: Luigi Sansone, Antonio de Iure, Mario Cristina, Manuel Belli, Laura Vitiello, Federica Marcolongo, Carlo Tomino, Stefano Bonassi e Matteo A. Russo.



L'assegnazione del premio a Cristina



L'INTERVISTA

Parisi “Alla ricerca servono 10 miliardi e un ministero”

di Luca Fraioli

ROMA – Tenere ben distinto il ministero per l'Università e la Ricerca da quello dell'Istruzione. E varare un piano quinquennale da 10 miliardi che porti stabilmente la ricerca scientifica italiana, anche dopo la fine del Pnrr, a livelli di finanziamento confrontabili con quelli della Francia. Sono le due priorità assolute che il premio Nobel per la fisica Giorgio Parisi indica al nascente governo: «Lo stato di salute della scienza italiana è ancora buono, ma non lo resterà a lungo se continuerà l'emorragia di giovani talenti che vanno all'estero per mancanza di occasioni da noi», avverte Parisi.

Professore, siamo alla vigilia della formazione del nuovo governo. Perché ritiene fondamentale che Università e Ricerca restino separati dall'Istruzione?

«Frequento questi ministeri ormai da 25 anni e ho visto cosa succede quando lo stesso ministro si occupa sia di scuole che di università e ricerca. Bastano due numeri: l'Istruzione ha un milione e 200mila dipendenti, università e ricerca non arrivano a 100mila. Se il ministro è unico, non può che essere fagocitato dalla scuola. In passato ho visto ministri volenterosi ed esperti che finivano per occuparsi di università e ricerca un giorno a settimana».

Il presidente Mattarella ha accolto il suo appello per tenere distinti i due dicasteri e si è impegnato a parlarne con il futuro presidente del Consiglio incaricato. Teme ugualmente che ci possa essere un ritorno al ministero unico, il Miur?

«La mia paura è che l'eventuale separazione del ministero dell'Economia da quello delle Finanze comporterebbe l'accorpamento di Istruzione,

Università e Ricerca, per mantenere costante il numero complessivo dei ministeri. Queste dinamiche riflettono la convinzione diffusa che i ministeri economici siano più importanti, ma la ricerca scientifica è fondamentale per il futuro del Paese».

Nel dibattito tra ministri tecnici e ministri politici, lei che posizione prende?

«A volte la competenza è utile, in altri casi non lo si è dimostrata. Ho visto nel lontano passato almeno un caso di ex rettore che non ha fatto un granché. Mentre ministri che avevano il diploma universitario sono stati assai più efficaci. È importante che il ministro della Ricerca sia una persona capace di ascoltare quello che viene dalla comunità scientifica. Ma c'è anche un altro requisito fondamentale: deve essere un ministro che ha un buon rapporto con il premier e con il ministro dell'economia. E deve imporsi nel Consiglio dei ministri per ottenere finanziamenti adeguati. Un politico esperto potrebbe essere l'ideale».

Lei ha partecipato alla stesura di un documento sulla Strategia italiana per la ricerca fondamentale che a luglio è stato consegnato alla ministra uscente Maria Cristina Messa.

«Quando il premier Draghi nel febbraio scorso visitò i Laboratori Nazionali del Gran Sasso gli proposi pubblicamente un piano quinquennale per garantire alla ricerca italiana un finanziamento adeguato anche una volta terminato l'effetto del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Così abbiamo prodotto due documenti: un gruppo ha lavorato per il Miur elaborando la “Strategia” e cercando di venire a capo di quale sia oggi la spesa effettiva

in ricerca e sviluppo da parte del ministero. Il secondo documento è stato prodotto da Ugo Amaldi, Luigi Ambrosio, Luciano Maiani e Angela Santoni: discute in dettaglio l'ammontare dei finanziamenti necessari per il futuro e come utilizzarli».

A quali conclusioni siete arrivati?

«Si vede chiaramente che al termine del Pnrr negli investimenti in ricerca ci sarà uno scalone enorme verso il basso. Si suggerisce di aggiungere finanziamenti ad hoc per sviluppare quei campi non compresi nel Pnrr. E poi mettere in budget fondi che sostituiranno quelli del Pnrr. Lo scopo è arrivare tra 5 anni a spese statali pro capite per ricerca e sviluppo uguali a quelle attuali della Francia».

Quanti soldi occorrerebbero?

«Una cifra dell'ordine di 10 miliardi di euro in 5 anni».

Con la caduta del governo Draghi è tutto da rifare?

«Speravamo che tali provvedimenti potessero essere approvati nella scorsa legislatura. Torneremo alla carica non appena si sarà insediato il nuovo esecutivo».

Il “nazionalismo” della nuova maggioranza potrebbe aiutare la scienza made in Italy, magari sostenendo i giovani studiosi che vogliono fare carriera nel nostro Paese?

«Sono più attento a quello che fanno i politici, meno a quello che dicono. Trump negli Usa è riuscito a far convivere la sua politica Make America Great Again con l'impoverimento della ricerca statunitense. Ma noi non siamo l'America di Trump e spero che non accada anche qui».



PERCHÉ È FONDAMENTALE LA RIFORMA DEGLI IRCCS

Gli Istituti di Ricovero e Cura
a carattere Scientifico sono
i luoghi istituzionalmente deputati
a fare ricerca clinica oltre che
assistenza. Il loro rafforzamento
e riordino ne aumenterebbe
autonomia e prestigio



di **Sergio Harari***

È stato approvato da pochi giorni dal Consiglio dei ministri il decreto legislativo di riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS), una riforma che è strettamente legata al Pnrr e che deve essere varata definitivamente entro il prossimo 31 dicembre.

Il decreto dovrà ora passare all'esame della conferenza Stato-Regioni, poi servirà il parere delle commissioni di Camera e Senato, quindi tornerà in Consiglio dei ministri.

Sarà dunque il nuovo Esecutivo a varare l'atto finale. Sono molti gli obiettivi che si pone questo intervento legislativo, fortemente voluto dal Ministero della Salute: rafforzare la qualità della ricerca sanitaria del Servizio sanitario nazionale in un'ottica traslazionale; elevare i criteri di periodica (quadriennale) valutazione degli Istituti; stabilizzare il personale assunto a tempo determinato; favori-



CORRIERE SALUTE

re lo sviluppo delle reti di ricerca; rafforzare l'autonomia scientifica e gestionale di questi ospedali; garantire l'accesso universalistico agli IRCCS a tutti i pazienti sul territorio nazionale, indipendentemente dalla loro regione di residenza (e per questo è stato previsto uno stanziamento annuale di 40 milioni di euro per la mobilità regionale).

Ma perché queste istituzioni sono così importanti da meritare un intervento legislativo ad hoc?

In realtà gli IRCCS sono una straordinaria peculiarità del nostro servizio sanitario e ne rappresentano la punta di diamante. Non che gli altri ospedali abbiano un ruolo minore, anzi alcuni sono

molto rilevanti e prestigiosi, ma gli IRCCS sono i luoghi istituzionalmente deputati a fare ricerca clinica oltre che assistenza. È un modello che molti altri Paesi europei ci invidiano e che spesso non valorizziamo a sufficienza.

Sono nati da un Regio decreto del 1938 (i primi furono l'Istituto Regina Elena di Roma, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e la Fondazione Pascale di Napoli), che con lungimiranza affidava loro la missione di quella ricerca che oggi chiamiamo traslazionale.

Il loro finanziamento si basa sulla quantità e sulla qualità delle pubblicazioni, calcolate sull'Impact Factor corretto e normalizzato dal Ministero e su alcuni indicatori assistenziali. Nel tempo il numero degli IRCCS è andato aumentando fino agli attuali 52 (22 dei quali pubblici), purtroppo non il finanziamento: 178 milioni di euro nel 2000, 159 milioni nel 2011 (allora gli IRCCS erano 43) e 162 milioni di euro nel 2020.

La riforma in essere prevede un rafforzamento degli IRCCS e ne preannuncia un riordino con criteri di selezione ancora più stretti degli attuali, anche per la designazione di nuove realtà che volessero entrare a farne parte. Inoltre, è evidente l'indirizzo del legislatore a garantirne l'autonomia scientifica, anche attraverso un maggior peso della figura del direttore scientifico che viene equiparato al ruolo del direttore generale (anche economicamente). Si sottolinea e rafforza poi l'importanza delle reti collaborative di ricerca, il cui ruolo è cardinale.

Si tratta di una riforma significativa che, se supererà anche l'ultimo miglio, fa ben sperare per istituzioni che sono il vanto del nostro Paese.

**Direttore Pneumologia e Medicina MultiMedica IRCCS e Università degli Studi di Milano*



Il via libera di Aifa

Nuovo farmaco anti colesterolo da 2 dosi l'anno Sarà rimborsato

L' Agenzia italiana per il farmaco ha approvato la rimborsabilità di una terapia che può dimezzare i livelli di colesterolo «cattivo» (Ldl) in pazienti con ipercolesterolemia grave. Il farmaco, prodotto da Novartis, (il principio attivo è inclisiran), viene somministrato con due iniezioni all'anno per via sottocutanea: dopo la prima iniezione la dose successiva viene data a distanza di tre mesi e in seguito ogni sei mesi. Si tratta della prima terapia a base di *small-interfering Rna* («siRna») che agisce aumentando la capacità del fegato di assorbire il colesterolo Ldl, principale

causa dell'aterosclerosi, la patologia vascolare più diffusa al mondo responsabile di ictus, infarti e altri eventi coronarici. «Si tratta di un'innovazione terapeutica che riteniamo abbia il potenziale per superare le attuali sfide all'aderenza e persistenza alla terapia, grazie alla somministrazione sottocutanea su base semestrale», sottolinea Furio Covilicchi, presidente dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco). «Questa molecola è capostipite di una nuova classe di farmaci altamente

innovativi che mirano direttamente alla radice della malattia aterosclerotica piuttosto che ai suoi sintomi», aggiunge Pasquale Perrone Filardi, presidente eletto della Società italiana di cardiologia (Sic). La novità di questo farmaco è il suo meccanismo d'azione e rientra nella classe degli agenti terapeutici Rnai (Rna interference), farmaci che silenziano gli Rna messaggeri (mRna). Si tratta di un piccolo Rna interferente (siRna) a doppio filamento con un'elevata affinità per il fegato, all'interno del quale riduce i livelli di una proteina chiamata Pcsk9 che è coinvolta nel

metabolismo del colesterolo. Questo meccanismo aumenta la capacità del fegato di assorbire il colesterolo Ldl e porta a una riduzione dei suoi livelli. In Italia il nuovo farmaco è indicato, insieme alla dieta e in associazione a una statina o a altre terapie ipolipemizzanti in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi indicati di Ldl con la dose massima tollerata di una statina o intolleranti alle statine.

Cristina Marrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il meccanismo
La terapia silenzia gli Rna messaggeri: sarà usata quando le altre falliscono





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SANGUE

Nuove varianti Er «guide» per capire le malattie del feto

Il sistema sanguigno Er era noto agli scienziati già dal 1982 ma l'identificazione di due nuove varianti (Er4 e Er5), che si aggiungono alle altre tre note varianti già conosciute (Era, Erb ed Er3), ha creato molta curiosità nei media. Di fatto in questo modo è stato identificato un nuovo sistema di gruppo sanguigno. La scoperta è frutto del lavoro di un team di ricercatori del National Health Service Blood and Transplant e dell'Università di Bristol. Lo studio, pubblicato sulla rivista «Blood», si è basato sui campioni di 15 individui, tutti portatori degli antigeni del sistema Er. Dei circa 400 antigeni noti sulla membrana dei globuli rossi, non tutti rientrano in uno dei 43 sistemi di gruppo

sanguigno riconosciuti, i più noti dei quali sono i sistemi ABO e Rh. Il gruppo degli antigeni Er fino a oggi non rientrava in nessun sistema di gruppo né era geneticamente caratterizzato. I ricercatori hanno dimostrato il ruolo di questo sistema nell'insorgenza della malattia emolitica grave del neonato e del feto e hanno concretamente ipotizzato il ruolo di queste varianti nella funzione protettiva dei globuli rossi contro la malaria. «La conoscenza più approfondita dei sistemi sanguigni ha una immediata ricaduta clinico-assistenziale. Oggi parliamo di varianti con bassa frequenza nella popolazione: la loro individuazione e correlazione con la malattia emolitica grave del neonato e del feto fornisce

un nuovo strumento diagnostico disponibile in questo ambito, strumento che consentirà di individuare precocemente le pazienti portatrici», è il commento di Gina Zini, direttrice del Servizio di Emotrasfusione del Policlinico Gemelli di Roma.
Elisabetta Gramolini





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Tumore al seno, caccia ai «residui»

«Leggere» con un prelievo di sangue la struttura biologica del cancro per prevenire le metastasi: la frontiera dell'oncologa Lucia Del Mastro

GRAZIELLA MELINA

Se nell'ultimo trentennio la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di un tumore al seno in Italia è cresciuta dal 78 all'88% lo si deve soprattutto all'impegno e alla passione di scienziati come Lucia Del Mastro, ricercatrice Airc dell'Irccs Ospedale Policlinico San Martino e dell'Università di Genova, volto della campagna 2022 Nastro Rosa Airc in corso. «Grazie alla ricerca oggi c'è un'accelerazione incredibile soprattutto per quando riguarda i nuovi farmaci – spiega Del Mastro –. È stato un processo veramente straordinario rispetto a quando abbiamo iniziato gli studi sul tumore al seno».

A che punto sono ora le ricerche?

Stiamo lavorando a capire se con un semplice prelievo di sangue – la "biopsia liquida" – è possibile studiare le caratteristiche biologiche del tumore, in particolare il triplo negativo. Vogliamo provare a comprendere se è possibile identificare le alterazioni. Questo poi ci servirà per modificare il trattamento.

Per evitare possibili terapie inefficaci?

In genere il paziente si sottopone alla chemioterapia ed eventualmente all'immunoterapia prima della chirurgia. In questo modo riusciamo a distinguere i tumori che scompaiono completamente con la chemioterapia – quelli che hanno la prognosi migliore e una probabilità molto bassa poi di determinare lo sviluppo di metastasi – dai tumori che invece, nonostante chemioterapia e immunoterapia, lasciano un residuo. Sappiamo che questi ultimi sono i tumori che purtroppo hanno una maggiore probabilità di determinare metastasi. Però, a oggi, non abbiamo marcatori che riescono a distinguere, prima di cominciare la chemioterapia, il tumore che risponderà al trattamento da quello che non risponderà.

Quanto tempo vi servirà per scoprirlo?

Questo progetto, che stiamo conducendo anche grazie a Fondazione Airc, è in corso ormai da 4 anni: c'è stato lo stop per la pandemia e chiesto una proroga. Dovremmo concluderlo nel 2024. Siamo ancora in fase di analisi, però abbiamo già osservato che, prelevando una parte del tumore della paziente, nonostante vengano classificati tutti come triplo negativi, in realtà sono molto diversi tra loro. E le cellule che rilasciano in circolo sono diverse da tumore a tumore. In sostanza, il nostro tentativo è capire la biologia del tumore con un semplice prelievo di sangue. Questo potrebbe consentire poi di seguire le pazienti nel tempo, ed eventualmente puntare su tutti i tumori solidi,





non solo quelli della mammella.

Lei ha anche studiato come preservare la fertilità...

Quando facciamo la chemioterapia sappiamo che ci può essere una perdita della funzione ovarica come effetto tossico, con effetti sulla fertilità. Avevamo ipotizzato che, se somministriamo un farmaco che mette a riposo le ovaie, queste vengono rese resistenti agli effetti tossici della chemioterapia. Al trattamento nelle donne più giovani in genere associamo anche il prelievo degli ovociti con il loro congelamento.

Da quando ha iniziato i suoi studi come è cambiata la ricerca?

Sicuramente oggi abbiamo a disposizione maggiori risorse economiche e più strutture laboratoriali. La stessa gestione degli studi clinici oggi è molto più automatizzata. La stragrande maggioranza delle sperimentazioni coinvolge centri oncologici in tutto il mondo, e questo consente di portare avanti le ricerche molto più rapidamente. Gli studi che abbiamo condotto all'inizio erano pionieristici, realizzati in un'epoca in cui questo argomento non interessava molto. Infatti siamo stati i primi al mondo a dimostrare la possibilità di preservare la fertilità.

Su cosa puntano ora gli studi in questo ambito?

Ormai c'è un'accelerazione incredibile soprattutto per quando riguarda i nuovi farmaci, di gran lunga superiori ai 30 anni precedenti. Quando ho cominciato a fare l'oncologa l'immunoterapia, per esempio, non esisteva. Adesso abbiamo cominciato a utilizzarla con nuovi farmaci, come gli anticorpi coniugati: si tratta di anticorpi cui sono state legate molecole di chemioterapico, con la capacità di portare il farmaco direttamente all'interno della cellula tumorale. Questi trattamenti negli ultimi due-tre anni hanno dato risultati fantastici.

Come ricercatrice ha a che fare anche con pazienti che

pur troppo non ce la fanno. Come affronta queste situazioni?

Ci si lega molto a tutte le storie. Per questo è molto importante un percorso personale di gestione del dolore. Alcuni di noi fanno corsi di formazione che insegnano a fronteggiare le situazioni particolarmente coinvolgenti dal punto di vista emotivo.

Visti i sacrifici e il tempo dedicato alla ricerca, rifarebbe la stessa scelta?

Sono fortunata perché il percorso legato alla preservazione della fertilità mi ha dato soddisfazioni enormi. Quando le pazienti mi portano i loro bambini per me è una gioia enorme. Certo, era un po' faticoso quando avevo i figli piccoli. Però per fare questo mestiere bisogna proprio volerlo, e crederci. E poi occorre darsi un obiettivo: "io farò qualcosa

di molto piccolo, aggiungerò una tessera per cercare di migliorare la cura dei pazienti con tumore". Senza questa motivazione l'oncologia non avanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In sintesi

1

Una donna su otto viene colpita nella sua vita da una forma di tumore al seno. Per questo un intero mese (ottobre) è dedicato alla prevenzione

2

I risultati della ricerca hanno consentito di portare la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi all'88%, dieci punti in più in 30 anni

3

Sembra dunque mancare poco al risultato pieno, ma è il tratto di strada che richiede lo sforzo maggiore. Info sulle donazioni: www.airc.it



L'INIZIATIVA

LA MOSSA DELLA UE: ABBASSARE L'ETÀ E AGGIUNGERE ALTRI CONTROLLI

"Europe's beating cancer plan" per uniformare
la prevenzione: diventano strutturali
i test specifici per polmoni, prostata e stomaco

GABRIELE ROSANA

S

creening tumorali per tempo e per più persone. La Commissione europea ha presentato ai governi dei Ventisette le sue linee guida sugli esami necessari a una diagnosi precoce del cancro: l'obiettivo del piano - che rientra tra i pilastri della nuova strategia Ue di lotta contro i tumori, lo "Europe's Beating Cancer Plan" - è ampliare la platea estendendo l'età di riferimento per gli screening già in uso e rendendo strutturali i test per tre nuove tipologie di cancro (polmoni, prostata e stomaco). E facendo anche leva su fondi Ue dedicati (a cominciare dai 38,5 milioni tra le risorse salute del Recovery Plan, per continuare con i 60 milioni del programma Ue per la ricerca).

IL FINE

Bruxelles punta a uniformare le prassi mediche tra i Ventisette e rivede così le ultime indicazioni europee in materia di prevenzione, che risalgono

al 2003: da allora ricerca e diagnostica hanno fatto passi avanti, «dobbiamo agire tempestivamente e colmare le lacune create dall'impatto della pandemia nelle

cure oncologiche», ha precisato la commissaria Ue alla Salute Stella Kyriakides. Entro il 2025, al 90% delle persone a rischio cancro al seno, alla cervice dell'utero e al colon-retto dovrà essere offerto accesso allo screening, è l'impegno della Commissione - che in materia sanitaria lavora a stretto contatto con le autorità nazionali -, mentre occorrerà ampliare il ricorso alla diagnosi precoce pure per il tumore ai polmoni, alla prostata e, in determinati casi, gastrico. Per farlo, Bruxelles estende il gruppo anagrafico destinatario della mammografia per il carcinoma della mammella - che passa dall'attuale fascia 50-69 anni a tutte le donne di età compresa tra i 45 e i 74 (mossa che era stata già anticipata da alcune regioni italiane) -, raccomanda che siano effettuati Pap-test e test Hpv per il papillomavirus umano nelle donne tra i 30 e i 65 anni in media ogni cinque anni (e tenendo conto dello stato vaccinale di ciascuna) per prevenire il tumore alla cervice uterina e infine invita a utilizzare test di triage immunochimico fecale (al posto dell'esame del sangue occulto) per la prevenzione del cancro

del colon-retto nella popolazione 50-74 anni (contro l'attuale forchetta 50-69), così da determinare la necessità di un'eventuale endoscopia o colonoscopia.

ALLARGAMENTO

Ma l'esecutivo Ue va oltre e aggiunge pure ulteriori esami mirati nel suo decalogo sulla prevenzione tumorale: viene raccomandato il test per il carcinoma polmonare nei forti fumatori (circa 20 sigarette al giorno) e negli ex fumatori (che hanno smesso negli ultimi 15 anni) tra i 50 e i 75 anni, quello per il cancro alla prostata negli uomini fino a 70 anni (in prima battuta sulla base dell'analisi dell'antigene prostatico specifico con un semplice prelievo del sangue, e quindi, in un secondo momento, con la risonanza magnetica) e infine lo screening dell'*Helicobacter pylori*, responsabile di ulcere e gastriti, e la sorveglianza delle lesioni precancerose dello stomaco limitatamente a quei luoghi che presentano tassi di incidenza e di mortalità elevati per il tumore gastrico. «Secondo le stime,



Il Messaggero

nel 2020 è stato diagnosticato un cancro a 2,7 milioni di persone che vivono nell'Ue, e oltre 1,3 milioni hanno perso la vita a causa di questa malattia - ha detto la commissaria Kyriakides -. Con queste raccomandazioni, il programma europeo di screening garantirà la copertura di tumori che, messi insieme, rappresentano quasi il 55% di tutti i nuovi casi diagno-

sticati ogni anno nell'Ue». Per monitorare i progressi, i Paesi Ue dovranno inserire regolarmente le informazioni sugli esami in un database comune.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il Festival di Salute

Anna Sapino

"Tante cure diverse e su misura per battere i tumori"

La direttrice dell'Istituto di Candiolo tra i protagonisti dell'evento del Gruppo Gedi

SIMONAREGINA

Fino ad alcuni anni fa la parola cancro era difficile, se non impossibile, da pronunciare. Adesso ciò che era considerato un nemico invincibile è cambiato: prevenzione, diagnosi precoce e una vasta serie di cure innovative stanno trasformando l'approccio - e la percezione collettiva - delle malattie oncologiche. «Oggi dal cancro si può guarire», puntualizza Anna Sapino, direttrice dell'Istituto di Candiolo - Irccs e docente di anatomia patologica all'Università di Torino. «Ovviamente non tutti i cancri sono uguali: per alcuni la guarigione è pressoché totale, per altri disponiamo di terapie innovative che consentono di cronicizzare la malattia, garantendo un'adeguata qualità di vita ai pazienti e alle pazienti. Questo è un risultato importante, frutto della ricerca, della possibilità di conoscere e analizzare le alterazioni genetiche, della medicina personalizzata», spiega la professoressa, che sarà tra gli ospiti del Festival di Salute, il 21 ottobre, nel panel dedicato alla «Vittoria della ricerca».

La tempestività della diagnosi fa la differenza: perché più è piccola la lesione cancerosa più probabilità ci sono di guarigione?

«Il diametro è un parametro importante di prognosi e di evoluzione della malattia: più il tumore è piccolo, più è difficile che abbia generato metastasi, che si sia diffuso in altri organi. Buona parte dei tumori, se trovati all'esordio, può essere curata: con la terapia chirurgica, con

la radioterapia... e così via. Ecco perché è importante aderire agli screening: la prevenzione rende i tumori meno aggressivi, se individuati in uno stadio precoce. La biologia intrinseca del tumore, comunque, può guidare la prognosi: per alcuni, come il cancro al seno, c'è una possibilità di cura altissima, altri non hanno un'evoluzione aggressiva, altri ancora, invece, sì».

Quali trattamenti abbiamo a disposizione contro i tumori? Come possiamo affrontare quelli più resistenti e complessi?

«C'è grande fermento nel campo dell'immunoterapia oncologica, che mira a riattivare il sistema immunitario nei confronti del tumore. Il tumore, infatti, riesce a eludere le nostre difese: sa non farsi riconoscere dalle cellule immunitarie che, non identificandolo, non lo combattono. Grazie all'immunoterapia riusciamo, invece, a disattivare questa sorta di scudo e, quindi, a riattivare i linfociti».

Una delle nuove frontiere delle terapie oncologiche è l'immunoterapia con le cellule Car-T: di che cosa si tratta?

«Si tratta di una terapia a misura di singolo paziente, basata sui linfociti T ingegnerizzati per combattere in modo specifico il cancro. In altre parole, sono cellule del sistema immunitario prelevate dal paziente, educate in laboratorio a riconoscere e uccidere le cellule tumorali, cioè modificate, e infine reinfuse nel paziente, affinché attacchino selettivamente il bersaglio».

A che punto si è con queste sperimentazioni?

«Sono diverse le sperimentazioni cliniche in corso per i tumori ematologici. Per i tumori solidi, invece, come al colon o alla mammella, è più difficile identificare l'antigene, la proteina specifica del tumore, quella che lo differenzia dai tessuti dell'organismo e contro cui attivare in modo selettivo i linfociti. Identificare il target specifico è fondamentale per non creare effetti collaterali. A proposito delle nuove frontiere terapeutiche, si sta anche lavorando per mettere a punto nuovi vaccini anticancro: siamo appena all'inizio, ma si stanno facendo passi avanti con i vaccini a mRNA, proprio come quelli sviluppati per il Covid-19».

Tra le opportunità terapeutiche ci sono anche gli anticorpi monoclonali?

«Certamente: da anni vengono sviluppati questi farmaci che riconoscono la molecola, la proteina responsabile della crescita tumorale, e, interagendo con questa, come una chiave inserita all'interno della



LA STAMPA

serratura, ne inibiscono l'azione». **Professoressa, a cosa state lavorando all'Istituto di Candiolo, che è centro di riferimento per la cura e la ricerca contro il cancro?**

«Stiamo lavorando a diverse linee di ricerca, sia traslazionali sia cliniche. Abbiamo sviluppato sistemi di diagnosi che utilizzano la biopsia liquida e possono guidare le scelte terapeutiche per il tumore al colon. Stiamo, inoltre, lavorando sul fronte della diagnostica del tumore alla mammella: un nostro obiettivo è trovare delle modalità per identificare diversi sottotipi tumorali e, quindi, supportare l'oncologo nell'individuazione della terapia da seguire. Il tumore è molto etero-

geneo e qui, all'Istituto di Candiolo, abbiamo la tecnologia che ci consente di studiarlo a livello delle singole cellule. Comprendere la biologia del tumore è fondamentale per identificare i possibili target terapeutici». —

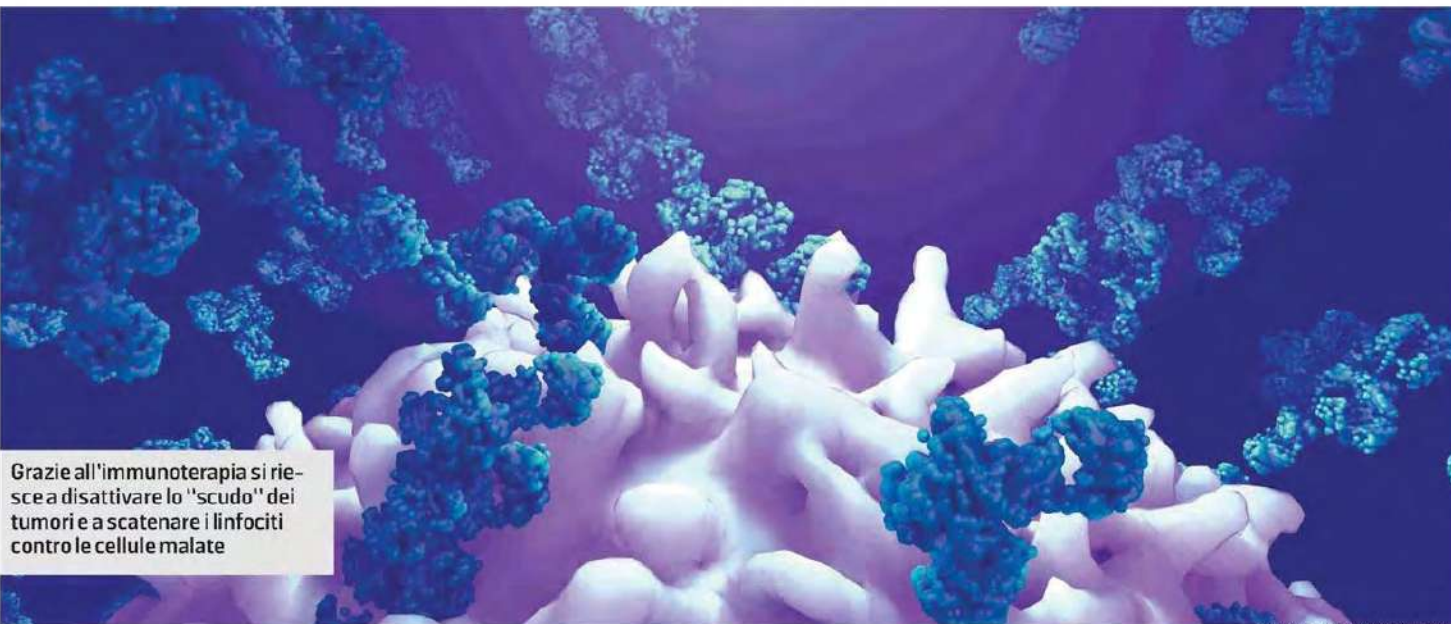
Si lavora per i vaccini anticancro: si stanno facendo passi avanti con quelli a mRNA già usati contro il Covid

**ROMA - ARA PACIS
20 - 21 - 22 OTTOBRE 2022**

Inquadra il QR code con la telecamera dello smartphone per accedere alla sezione Salute



ANNA SAPINO
DIRETTRICE DELL'ISTITUTO
DI CANDIOLO - IRCCS



Grazie all'immunoterapia si riesce a disattivare lo "scudo" dei tumori e a scatenare i linfociti contro le cellule malate

SCIENCE PHOTOLIBRARY RF / AGF



«SESSO, ETÀ E MODO DI VIVERE LE CURE SONO SU MISURA»

La pneumologa di Bari è la prima italiana a guidare la Società internazionale di Medicina di genere. «Abbiamo aggiunto nuovi parametri di interpretazione delle diversità tra pazienti. Per donne e uomini risposte differenti anche al Covid e al vaccino»

CARLA MASSI

O

biiettivo della sua ricerca, anni fa, era quello di individuare il perché di alcuni errori medici. Sia diagnosi che terapie. Oggi è la prima italiana alla guida della Società internazionale Medicina di genere, lo studio dell'influenza delle diversità biologiche (donna e uomo) e socio-economiche culturali sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Anna Maria Moretti, 71 anni, due figlie, responsabile della Struttura delle malattie dell'apparato respiratorio all'ospedale Santa Maria Gvm di Bari, è stata eletta poche settimane fa a Padova al summit internazionale degli specialisti. «Non ci credevo quando hanno fatto il mio nome. Ma sono contenta. Per il gruppo italiano che da anni lavora in questo campo è una grande soddisfazione. E ora, credo sia arriva-

to il momento di chiarire con esattezza qual è la nostra ricerca. E come è cambiata».

E allora, cominciamo subito. Qual è il primo punto, come dice lei, da chiarire?

«La medicina di genere non riguarda solo la salute delle donne, né è limitata alle malattie che colpiscono gli organi della riproduzione. Ma si interessa delle malattie che possono colpire entrambi i sessi. Un cambio di cultura nell'analisi del paziente».

Quindi non lavorate solo sullo studio delle differenze tra lei e lui?

«Oggi, oltre al sesso, abbiamo aggiunto nuovi parametri di interpretazione delle

diversità tra i pazienti. Sia per le diagnosi che per la cura. Parliamo di età, etnia, indicatori culturali ed economici. Senza dimenticare l'organizzazione sanitaria che deve farsi carico di organizzare percorsi



assistenziali in ottica di genere».

Numerosi studi dimostrano che uomini e donne sono diversi dal punto di vista della sensibilità alle malattie. Ci fa subito un ritratto a grandi linee?

«Le donne, come si sa, vivono più a lungo degli uomini ma si ammalano di più, con-

sumano più farmaci e sono più esposte alle reazioni indesiderate. Se consideriamo gli anni di vita trascorsi in buona salute, il vantaggio a favore delle donne diminuisce in modo considerevole».

Le ricerche, negli anni Novanta, sono partite quando una sua collega americana si rese conto che studi e sperimentazioni in ambito cardiologico erano stati fino a quel momento condotti su animali ed esseri umani solo di genere maschile. Qualcosa è cambiato?

«Per fortuna sì. Sia nelle sperimentazioni che nelle prescrizioni dei farmaci. Che ormai, per alcune patologie, vanno sicuramente prescritti e dosati in modo diverso nei due sessi. Dal 2018 è diventato obbligatorio lo studio clinico sia sulle donne che sugli uomini e questo ha consentito e continua a consentire di dare risposte immediate in ambito clinico e terapeutico».

Perché si è sempre preso il modello maschile per sperimentare?

«Perché studiare l'uomo rispetto alla donna è più semplice. La donna ha varie fasi della vita: la pubertà, la gravidanza o la menopausa che possono influenzare il caso clinico. Il campione maschile è sempre uguale. Quello femminile ha una varietà di periodi, soprattutto ormonali, e quindi di risposta ai farmaci».

Ci sono malattie considerate tipicamente femminili che, invece, ci si è accorti che colpiscono anche gli uomini?

«Un esempio è l'osteoporosi, che colpisce prevalentemente le donne, ma è una minaccia anche per gli uomini anziani che,

in seguito a fratture importanti, come quelle dell'anca e del femore, hanno conseguenze più gravi e una mortalità più alta. Oggi la densitometria ossea viene prescritta con frequenza anche agli uomini. Purtroppo alcuni farmaci, a loro, non sono, come si dice, passati dal servizio sanitario nazionale».

E perché?

«Perché il prontuario, fino ad oggi, li prevede per prevenzione o cura delle donne».

La depressione, a leggere i numeri, sembra essere meno frequente negli uomini. È davvero così?

«La depressione sembra essere ancora meno frequente negli uomini probabilmente perché non si considera che tendono a ritardare la richiesta d'aiuto. Inoltre, poiché gli studi sono stati condotti prevalentemente sulla popolazione femminile, l'accertamento della malattia psichiatrica negli uomini è più complessa perché non presentano i sintomi indicati dalle linee guida attuali».

Lei, da pneumologa, è stata in prima linea nella lotta al Covid. L'infezione ci ha mostrato che le differenze nei sintomi e nella risposta alla cura tra lei e lui sono molte, vero?

«La pandemia ha avuto un impatto diverso: se la letalità resta più alta negli uomini, le donne sono state quelle maggiormente suscettibili alla malattia anche se è negli uomini che si sviluppano le forme più gravi rappresentate dalla polmonite con insufficienza respiratoria. Le donne però hanno il doppio delle probabilità di sviluppare il Long Covid. Nei pazienti affetti da Covid anche le comorbidità sono presenti in maniera differente nei due sessi; ricordiamo la maggiore prevalenza di malattie autoimmuni nel sesso femminile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«L'OSTEOPOROSI
NON È PIÙ PATOLOGIA
TIPICAMENTE FEMMINILE,
MA IL SERVIZIO
SANITARIO NON NE TIENE
ANCORA CONTO»

«LA POPOLAZIONE
MASCHILE È MENO
LONGEVA MA
TENDE AD AMMALARSI
IN MISURA MINORE
ANCHE DI DEPRESSIONE»



ANTIVIRUS



IL GRANDE GAP DEGLI ANTIBIOTICI

✱ LA DISPONIBILITÀ dei farmaci in commercio segue inevitabilmente le regole di mercato. Le aziende farmaceutiche investono nella ricerca di quei prodotti che in un arco di tempo ben preciso possano produrre introiti significativi. Il tutto parte da un'indagine epidemiologica per definire il fabbisogno e quindi quanti "pezzi" è ipotizzabile vengano venduti al momento della immissione in mercato del prodotto. Con calcoli sofisticati, che semplifichiamo, si calcola il BreakEven Point, cioè il punto in cui ricavi e costi (ricerca, pubblicità, ecc) si equivalgono e questi devono essere più brevi possibile. Altra valutazione è la "vita" del farmaco in commercio, cioè per quanto tempo si ipotizza sia acquistato. Il fenomeno che ne deriva è che saran-

no favoriti i prodotti più remunerativi e trascurati o poco sviluppati gli altri. Un esempio di disallineamento tra necessità e mercato è dato dagli antibiotici. In seguito alla comparsa dell'AIDS, la ricerca e il mercato farmaceutico, ha praticamente dimenticato, nell'ambito dell'infettivologia, le infezioni batteriche, dedicandosi esclusivamente alle terapie antivirali. I risultati della ricerca sono stati strepitosi, trasformando una malattia letale in cronica e restituendo ai positivi HIV una qualità di vita normale. Il mercato dei farmaci antivirali che ha avuto il suo apice nel decennio scorso è ancora molto ricco. La spesa del trattamento terapeutico per ogni paziente è valutata in circa 6000 euro all'anno. Tali ricavi hanno procurato il totale disinteresse nei

confronti delle infezioni batteriche, che si stanno dimostrando sempre più resistenti agli antibiotici oggi in uso. Stando ai dati riferiti, nel 2021 c'erano solo 27 nuovi antibiotici in fase di sviluppo clinico contro i patogeni prioritari e probabilmente solo pochi di questi saranno approvati. Poiché è impossibile e illogico interferire sulla programmazione di un business privato, è necessario si promuovano investimenti di altro tipo. La resistenza agli antibiotici, come è stato detto in altre sedi, è la probabile prossima pandemia. Dobbiamo essere preparati.

MARIA RITA GISMONDO

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





SPAGNA Le ricerche di Elías Campo a Barcellona portano a comprendere meglio i meccanismi alla base della forma più aggressiva

In campo per «neutralizzare» la leucemia linfatica cronica

PAOLA DEL VECCHIO

L'evoluzione della leucemia si può conoscere dalle tappe iniziali della malattia. È la principale conclusione di una ricerca condotta da scienziati spagnoli dell'Institut de Investigació Biomèdica August Pi i Sunier (Idibaps) dell'Hospital Clinic di Barcellona, con la quale sono stati identificati i meccanismi che determinano il decorso della leucemia, le ricadute dopo il trattamento e la trasformazione in metastasi o in un linfoma molto aggressivo in alcuni pazienti. Lo studio, pubblicato su *Nature Medicine*, apre la porta a diagnosi precoci e a trattamenti più efficaci per i pazienti.

Lo studio è stato realizzato sul genoma di 19 persone affette da leucemia linfatica cronica (Llc), la più frequente, con un'incidenza di circa 5 casi per ogni 100mila abitanti, e ha permesso di scoprire che le cellule cancerose all'origine delle ricadute o delle metastasi sono già presenti all'inizio della patologia, e anche prima che questa si sviluppi, sebbene in piccola quantità e "dormienti".

«Potremo bloccare e lasciare inerti le cellule maligne della leucemia», spiega Elías Campo, direttore dell'Idibaps e responsabile dell'équipe di Patologia molecolare in neoplasie linfoidi dell'Hospital Clinic Barcellona, coordinatore della ricerca finanziata con un milione di euro dalla Fondazione La Caixa. «Abbiamo rilevato che queste cellule hanno un tallone di Achille, attaccabile con un farmaco sperimentato in test clinici, che blocca questo metabolismo e riduce sensibilmente la crescita. Potremo inibirle e renderle inattive», as-

sicura lo scienziato, nel 2020 premio nazionale di Ricerca Gregorio Marañón in Medicina. Finora si credeva che le cellule tumorali acquisissero mutazioni del genoma che le rendevano resistenti ai farmaci e alle terapie somministrate ai pazienti. E che, alla lunga, fossero la causa della trasformazione della leucemia in tumori più aggressivi. Invece il completamento della sequenza genomica della Llc ha permesso di riscontrare un diverso meccanismo: «È come se la cellula madre della leucemia avesse generato moltissimi "semi-figli" dall'inizio della malattia, ognuno con altera-

zioni diverse, che le permetteranno di proliferare in futuro, quando le condizioni saranno più adeguate – rileva il patologo molecolare –. Questa nuova visione apre la porta a prove diagnostiche molto sensibili, che ci consentiranno di intercettare e trattare questi "semi" così maligni prima che possano proliferare fuori controllo».

Una speranza per gli ammalati di Llc, che nel 5-10% dei casi può derivare in un linfoma a grandi cellule B, molto aggressivo, con un'attesa media di sopravvivenza inferiore a un anno. La scoperta è stata possibile grazie agli investimenti privati. In Spagna la maggior parte di quelli destinati a ricerca e sviluppo (I+D) in campo medico sono realizzati nel settore pubblico. Ma diventano "invisibili" una volta trasferiti all'industria, soprattutto quella farmaceutica, secondo i dati del rapporto «Interesse pubblico nella ricerca biomedica» realizzato dalla Fondazione Salute per Diritto. Il dossier evidenzia come, sebbene la gran parte dei fondi siano statali (il 62% rispetto al 38 delle imprese private), il settore pubblico ne "perda il controllo" quando il prodotto o la tecnologia risultante della ricerca si trasferisce al privato.

L'obiettivo è identificare le cellule cancerose all'origine delle ricadute, già presenti all'inizio della patologia, e renderle inoffensive



Elías Campo



La legge del centrodestra Soldi e aiuti alle donne che evitano l'aborto

In Piemonte le associazioni potranno andare nei consultori e offrire sostegno alle future mamme: contributi per mutui e bollette, ma anche per vestiti e culle

CATERINA MANIACI

■ Un fondo di 460 mila euro per aiutare concretamente le donne in difficoltà economica che così possono decidere di rinunciare all'aborto. Una scelta, un bivio, quello a cui ci si trova davanti all'interruzione di gravidanza, comunque la si pensi, sempre cruciale, sempre doloroso. Le spese e i problemi che inevitabilmente si moltiplicano quando arriva un figlio, ancor più pesanti se il figlio non è stato "previsto", se la vita ti mette davanti a un evento così travolgente da scardinare ogni regola, ogni progetto, quando a malapena si riesce a provvedere a se stessi, figuriamoci un bambino... Il provvedimento - denominato «Vita nascente» - secondo le intenzioni espresse da chi lo ha promosso, si ripromette di aprire un'altra via a chi si trova davanti al bivio. Ora è stato approvato dal Consiglio regionale del Piemonte. I fondi, però, saranno resi disponibili attraverso un assestamento di bilancio, che dovrà essere a sua volta approvato.

Dopo il provvedimento regionale che aveva ammesso le associazioni pro vita

all'interno dei consultori, ecco quindi la delibera attuativa che prevede appunto l'istituzione del fondo «Vita Nascente» che le stesse associazioni potranno usare, per chi ne vorrà usufruire, come contributo alle spese di casa (bollette, mutuo, affitto) e per quelle legate alla cura del neonato fino a 18 mesi. Il denaro sarà elargito anche alle madri che decideranno di non riconoscere il bambino: saranno allora i consorzi assistenziali a farsi carico del mantenimento del neonato fino al momento dell'affido, mentre la donna verrà assistita per due mesi dopo il parto.

PAPPE E PANNOLINI

Pannolini, pappe, culle, tutine, scarpette, medicine, insomma tutto quello di cui un bimbo ha bisogno, quello che rappresenta la spicciola ma impellente necessità quotidiana, che può spaventare e diventare ostacolo insormontabile, entra quindi nelle pieghe di una legge, che non intende occuparsi astrattamente di una questione "di principio" ma sembra tenere presente i bisogni reali di persone in carne e ossa.

Una "interpretazione" della 194, dunque, sempre secondo i suoi sostenitori, avrebbe tutte le carte in regola per piacere al futuro go-

verno targato Giorgia Meloni - del resto il provvedimento è stato strenuamente sostenuto dall'assessore regionale al Welfare Maurizio Marrone di Fratelli d'Italia - e potrebbe anzi diventare un modello da seguire a livello nazionale. Il tema "caldo" e divisivo dell'aborto è tra quelli che la futura capo dell'esecutivo ha da sempre affrontato, tenuto "in agenda", e per il quale è stata spesso e volentieri oggetto di roventi polemiche e degli strali dei movimenti femministi.

Polemiche che puntualmente si ripropongono anche nel caso di quanto avviene in Piemonte. Un provvedimento «oscurantista e liberticida» contro i diritti delle donne, che sostiene i movimenti antiabortisti e li spingerà a fare terrorismo psicologico sulle donne che hanno dubbi sulla loro gravidanza. Soprattutto un attacco alla legge 194, con l'intento di abolirla. Un aiuto concreto a tutte coloro che vorrebbero portare avanti



la gravidanza ma hanno problemi a sostenere economicamente questa scelta, e quindi, in fondo, non sono libere di fronte all'alternativa aborto sì, aborto no. Un sostegno alla vita, quindi. Lo scontro, quindi, è frontale e spesso ideologizzato, come di solito accade, soprattutto nel nostro Paese. In mezzo, ci sono tante storie quotidiane, drammi dolorosi, tragici.

LE ACCUSE

Chiara Appendino e Sarah Disabato, rispettivamente deputata e capogruppo regionale dei 5 Stelle, esprimono le ragioni di chi si oppone con più vigore al fondo. «Se volesse davvero

aiutare le donne e le famiglie, la Giunta Regionale dovrebbe fare tutto ciò che non ha fatto in questi anni sul capitolo welfare e sanità», accusano. Insomma, sarebbe giusto prevedere reali sostegni alle donne, invece di erogare aiuti alle associazioni pro vita contro l'aborto.

Ma l'assessore Marrone risponde e difende la legge, perché chi protesta in nome della 194 «dovrebbe leggerla tutta. Il fondo Vita nascente», sostiene, «darà finalmente attuazione alla parte della legge che sancisce la tutela sociale della maternità e incarica le istituzioni di rimuovere, in collaborazione con le organizza-

zioni di volontariato, le cause economico-sociali che possono determinare la scelta di interrompere la gravidanza».

La delibera, inoltre, definisce chiare e precise modalità di accesso e criteri di assegnazione dei finanziamenti. Il che per garantire di evitare abusi o irregolarità. O almeno tentare di evitarli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

LA LEGGE 194

■ La legge 194, approvata nel 1978, è quella che in Italia regola le interruzioni di gravidanza: consente alla donna, nei casi previsti dalla legge, di ricorrervi in una struttura pubblica nei primi 90 giorni di gestazione; tra il quarto e quinto mese è possibile solo per motivi di natura terapeutica.

IL PASSAGGIO INATTUATO

■ In realtà la stessa legge 194 stabilisce anche che le stesse istituzioni debbano contribuire attivamente «a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza». Un elemento importante che, per la verità, è rimasto pressoché inattuato



Allarme violenze nei pronto soccorso**Sanità, una aggressione ogni due giorni
L'assessore D'Amato: «Serve il Daspo»**

Medici di Medicina d'urgenza non ci sono diventati per caso. Quella strada l'hanno intrapresa con «convinzione nella certezza e anche speranza di far parte di quella prima linea che soccorre le persone», dice Davide Marsiliani, 38 anni, romano tra i camici bianchi in servizio al pronto soccorso Grassi di Ostia. Dodici ore di lavoro in media e quella passione che non è stata scalfita neanche dalle violenze subite.

Mozzetti a pag. 60

**IL FOCUS**

Boom di aggressioni nei pronto soccorso: «Una ogni due giorni»

►L'assessore Alessio D'Amato invoca il Daspo. La Prefettura avvia la ricognizione negli ospedali per nuovi presidi di polizia

Medici di Medicina d'urgenza non ci sono diventati per caso. Quella strada l'hanno intrapresa «deliberatamente e con convinzione nella certezza e anche

prima linea che soccorre le persone», dice Davide Marsiliani, 38 anni, romano tra i camici bianchi in servizio al pronto soccorso Grassi di Ostia. Dodici ore di lavoro in media ogni giorno e

quella passione che non è stata scalfita neanche dalla violenza subita sul proprio corpo. «Una costola rotta da una paziente 2lenne in stato di ebbrezza - racconta Marsiliani - che voleva la-



sciare l'ospedale». Era estate quando la ragazza dalla barella sferrò due calci. Uno colpì il medico al costato provocando una frattura, l'altro lo prese al volto. «Due giorni a casa, eravamo in carenza di personale - prosegue il medico - sono rientrato in servizio». Episodio isolato? Solo lui da anni fa i conti con aggressioni cicliche, che sono per lo più verbali, con le minacce, «gli sputi e la necessità di mettermi in mezzo quando qualcuno si scaglia contro delle colleghe». Non è un ring ma pare che lo sia diventato, la zona triage di molti pronto soccorso romani. Per la Società di Medicina di emergenza e urgenza del Lazio i casi di violenza sono in costante aumento, nei pronto soccorso si registrano aggressioni quotidiane anche molteplici e gli ingressi annuali nei presidi del Lazio superano i due milioni (solo per dare la misura della quantità effettiva). Pazienti che non sopportano, che non aspettano, che sono sotto effetto di droghe, psicofarmaci, alcol. Pazienti che se non arrivano a mettere le mani addosso ad un medico o ad un infermiere mandano in frantumi vetrine, spaccano sedie.

LA RECRUDESCENZA

«Siamo arrivati al punto che non denunciavo neanche più - chiosa Giulio Maria Ricciuto, presidente regionale del Simeu - il sistema ha fallito». Dal San Giovanni all'Umberto I, passando per i Castelli, tornando a Tor Vergata. Pure negli ospedali che contano oltre alla vigilanza interna dei posti di polizia l'escalation è in aumento. Un caso ogni due giorni nella migliore delle ipotesi e un exploit soprattutto nelle ore notturne. «Se non hai di che vivere o vivi in una condizione disagiata - conclude Marsiliani - e ci si mette anche l'imprevisto, quando c'è una situazione di stress si tenderà a sfogarla e nei prossimi mesi sarà solo peggio».

Solo qualche tempo fa i locali del pronto soccorso di Tivoli furono praticamente distrutti dalla furia di un paziente che si scagliò anche contro il personale sanitario. «Abbiamo chiesto alla Regione Lazio interventi certi, come il ripristino dei posti di polizia in tutti i pronto soccorso e non solo nei grandi», conclude Ricciuto. L'assessore alla Sanità Alessio D'Amato risponde: «Ho sollecitato il Prefetto ed ho trovato la massima attenzione. Nei

nostri pronto soccorso transitano ogni giorno migliaia di persone e garantire la sicurezza e l'incolumità degli operatori e dei malati è assolutamente importante. A mio avviso andrebbe disposto anche una sorta di Daspo per chi reiteratamente compie gesti di violenza».

LE RISPOSTE

Da palazzo Valentini, il prefetto Matteo Piantadosi ha avviato una ricognizione relativa ai presidi attualmente operativi negli ospedali e sono state chieste informazioni sugli spazi attualmente usati dalle forze di polizia e questo perché l'approfondimento non è soltanto sull'effettiva presenza ma anche sull'adeguamento delle risorse strumentali. In sostanza si deve garantire la possibilità di interventi a tutela della sicurezza di operatori e pazienti.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**RICCIUTO (SIMEU):
«SIAMO AL PUNTO
CHE MOLTI NON
DENUNCIANO PIÙ,
COSÌ IL SISTEMA
HA FALLITO»**



Il pronto soccorso del Grassi



L'intervista al primario di Palermo

“Possiamo competere con Roma e Milano Adesso anche qui c'è la lista d'attesa”

Vito Chiantera è primario della Ginecologia oncologica del Civico di Palermo. Cioè di uno dei reparti che in questi anni hanno visto crescere la loro attività, e ridursi i viaggi delle pazienti, in particolare verso la Lombardia.

Quando è nata la sua Chirurgia?

«Sette anni fa. Lo scopo era proprio quello di far calare il numero delle donne che andavano altrove a farsi operare di cancro».

Quante operazioni fate?

«Partendo praticamente da zero siamo arrivati a 500 interventi all'anno. Prima c'era solo una Ginecologia e ostetricia, che è rimasta ma si occupa d'altro. La nostra forza è il lavoro multidisciplinare, un po' come quello che viene fatto allo Ieo di Milano o al Gemelli di Roma. E poi abbiamo il robot chirurgico e tutte le tecnologie migliori».

Con il Covid ha visto aumentare la richiesta?

«Sì, e infatti adesso abbiamo 170 pazienti in lista di attesa. La crescita della domanda è praticamente quotidiana ma noi stiamo aumentando la nostra capacità di risposta proprio per abbattere le attese, e a breve ci riusciremo».

Al Sud non tutti potranno fare

Combattiamo la mobilità perché ha lo svantaggio che chi può permetterselo prende l'aereo, chi resta ottiene servizi sanitari scarsi

come voi.

«La Regione Sicilia si è organizzata proprio per ridurre la mobilità, visto che quella passiva rappresentava una spesa importante. La chiave è creare centri specializzati per le varie patologie, non disperdere la cura in tante strutture. Bisogna puntare su posti che fanno molti interventi».

Qual è il risvolto peggiore della mobilità?

«Che chi può permetterselo prende l'aereo e chi resta ottiene servizi sanitari scarsi. Questa è la cosa bruttissima. Nel nostro settore abbiamo invertito la tendenza. Se la sanità dev'essere in mano alle Regioni, come prevedono le norme,

allora le Regioni dovrebbero essere autosufficienti, e offrire ai propri cittadini il massimo delle cure per tutte le patologie».

– **mi.bo.**

©REPRODUZIONE RISERVATA

