



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

18 OTTOBRE 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



I dettagli

Centro regionale Trapianti, ecco il nuovo assetto organizzativo

La scelta dell'assessorato di delocalizzare presso le aziende regionali il personale già in servizio al CRT. Il ruolo da capofila del Policlinico di Palermo.



Un **nuovo assetto** sul territorio per contrastare la perdurante opposizione alla donazione di organi e mettere in campo gli strumenti necessari per potenziare la rete trapiantologica siciliana. È questo lo scopo del processo di cambiamento organizzativo avviato un anno e mezzo fa dall'assessorato alla salute con l'istituzione dei coordinamenti locali per i trapianti e l'individuazione del **Policlinico di Palermo** come capofila regionale per le procedure finalizzate ad assegnare alle aziende del servizio sanitario regionale varie figure professionali del **CRT**, giornalisti, psicologi, ingegneri informatici, biologi.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«La scelta dell'assessorato di **delocalizzare** presso le aziende regionali il personale già in servizio al CRT è finalizzato- spiega **Giorgio Battaglia** (*nella foto*), coordinatore regionale del CRT Sicilia- a incrementare le possibilità delle donazioni, che in atto costituiscono un punto di debolezza del nostro SSR. Su questa tema quotidianamente ci scontriamo con un problema di culturale ma anche organizzativo che riguarda i reparti di rianimazione. Il recente messaggio del Quirinale sottolinea come la donazione di organi vada interpretata come un prolungamento della vita e ritengo che lo sviluppo capillare delle attività in capo al CRT sia uno dei punti essenziali del piano di ristrutturazione predisposto dalla precedente amministrazione regionale».

I dati sulle donazioni dal gennaio 2022 alla data di oggi mostrano che i potenziali donatori segnalati dalle rianimazioni sono stati complessivamente 95, i donatori effettivi 45 mentre le opposizioni alla donazione sono state 39. Le aziende con maggior numero di donazioni sono l'**ARNAS Civico**, il **Policlinico di Catania** (con i tre presidi ospedalieri), il **Garibaldi** di Catania (con i presidi Nesima e Centro) e il **Policlinico di Messina**. I dati di quest'anno sono in diminuzione rispetto al 2021: nello stesso periodo dello scorso anno, infatti, i potenziali donatori sono stati 111, gli effettivi 52, le opposizioni 44.

Il commissario del Policlinico "Paolo Giaccone", **Alessandro Caltagirone**, aggiunge: «Il decentramento delle attività, che continueranno a essere coordinate dal CRT, servirà a focalizzare le difficoltà sul territorio e superare il limite culturale e organizzativo. Il Policlinico e l'intera Università di Palermo possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo della consapevolezza dell'importanza della **donazione** attraverso iniziative rivolte agli studenti e non solo. **Il Policlinico e i professionisti del CRT** sono, infatti, al lavoro per la creazione di un progetto che prevede diverse aree di intervento da realizzare in collaborazione con il Rettore dell'Università per sensibilizzare gli studenti dell'Ateneo palermitano, e con il Sindaco di Palermo per sviluppare la consapevolezza dei cittadini al momento del rinnovo o rilascio della carta d'identità».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA [.it](http://www.giornaledisicilia.it)

Trapianti, Quirinale a Crt Sicilia “Vicino alle famiglie dei donatori”

PALERMO (ITALPRESS) – Il Quirinale ha inviato al CRT – Centro Regionale Trapianti Sicilia, attraverso il Coordinatore regionale Giorgio Battaglia, un messaggio da estendere a tutte le famiglie dei donatori italiani e a tutti i professionisti e operatori della Rete Nazionale Trapianti. “La Presidenza della Repubblica – si legge nella nota – esprime un messaggio



PALERMO (ITALPRESS) - Il Quirinale ha inviato al CRT - Centro Regionale Trapianti Sicilia, attraverso il Coordinatore regionale Giorgio Battaglia, un messaggio da estendere a tutte le famiglie dei donatori italiani e a tutti i professionisti e operatori della Rete Nazionale Trapianti. "La Presidenza della Repubblica - si legge nella nota - esprime un messaggio di vicinanza a tutte le famiglie dei donatori di organi per la loro grande generosità e lo spirito di solidarietà sociale mostrate in un momento di profondo dolore. A tutti gli operatori della Rete trapianti la Presidenza della Repubblica manifesta sentimenti di apprezzamento per la professionalità e l'umanità dimostrate quotidianamente in questo particolare settore della nostra sanità". Intanto, in Sicilia si registra un nuovo assetto sul territorio per contrastare la perdurante opposizione alla donazione di organi e mettere in campo gli



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

strumenti necessari per potenziare la rete trapiantologica siciliana. E' questo lo scopo del processo di cambiamento organizzativo avviato un anno e mezzo fa dall'Assessorato alla Salute con l'istituzione dei coordinamenti locali per i trapianti e l'individuazione del Policlinico di Palermo come capofila regionale per le procedure finalizzate ad assegnare alle aziende del servizio sanitario regionale varie figure professionali del CRT, giornalisti, psicologi, ingegneri informatici, biologi. "La scelta dell'Assessorato di delocalizzare presso le aziende regionali il personale già in servizio al CRT è finalizzato - spiega Giorgio Battaglia, coordinatore regionale del CRT Sicilia - a incrementare le possibilità delle donazioni, che in atto costituiscono un punto di debolezza del nostro SSR. Su questa tema quotidianamente ci scontriamo con un problema di culturale ma anche organizzativo che riguarda i reparti di rianimazione. Il recente messaggio del Quirinale sottolinea come la donazione di organi vada interpretata come un prolungamento della vita e ritengo che lo sviluppo capillare delle attività in capo al CRT sia uno dei punti essenziali del piano di ristrutturazione predisposto dalla precedente amministrazione regionale". I dati sulle donazioni dal gennaio 2022 alla data di oggi mostrano che i potenziali donatori segnalati dalle rianimazioni sono stati complessivamente 95, i donatori effettivi 45 mentre le opposizioni alla donazione sono state 39. Le aziende con maggior numero di donazioni sono l'ARNAS Civico, il Policlinico di Catania (con i tre presidi ospedalieri), il Garibaldi di Catania (con i presidi Nesima e Centro) e il Policlinico di Messina. I dati di quest'anno sono in diminuzione rispetto al 2021: nello stesso periodo dello scorso anno, infatti, i potenziali donatori sono stati 111, gli effettivi 52, le opposizioni 44. Il commissario del Policlinico "Paolo Giaccone", Alessandro Caltagirone, aggiunge: "Il decentramento delle attività, che continueranno a essere coordinate dal CRT, servirà a focalizzare le difficoltà sul territorio e superare il limite culturale e organizzativo. Il Policlinico e l'intera Università di Palermo possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo della consapevolezza dell'importanza della donazione attraverso iniziative rivolte agli studenti e non solo. Il Policlinico e i professionisti del CRT sono, infatti, al lavoro per la creazione di un progetto che prevede diverse aree di intervento da realizzare in collaborazione con il Rettore dell'Università per sensibilizzare gli studenti dell'Ateneo palermitano, e con il Sindaco di Palermo per sviluppare la consapevolezza dei cittadini al momento del rinnovo o rilascio della carta d'identità".

18/10/2022

Villa Adria, sale la protesta: «E' un contratto sbagliato»

I dipendenti della struttura sanitaria tornano in strada con due ore di sciopero
Ma l'azienda del Gruppo Kos precisa: «Trattative aperte con Governo e Regioni»

Due ore di sciopero alla fine di ogni turno: scatta la vertenza dei lavoratori di Villa Adria. Un'adesione allo sciopero proclamato dalla Fp-Cgil di Ancona che ha superato il 90%. Personale e organizzazione sindacale chiedono l'applicazione ai lavoratori di Villa Adria del contratto usato dalla Regione per la sanità privata. Dopo quindici mesi il personale della struttura sanitaria di Collemarino - che fa parte del gruppo Kos Care - sono tornati a protestare dopo la manifestazione del luglio 2021 quando avevano bloccato la viabilità lungo via Flaminia. Le motivazioni sono spiegate dallo stesso coordinatore sindacale: «Dal 2013, questa struttura - sono le parole di Giorgio Paterna del settore Funzione pubblica della Cgil Ancona - applica un contratto inadeguato per l'attività svolta dai lavoratori che sono a tutti gli effetti 'ospedalieri' e quindi necessitano del corretto contratto di

settore. Nelle Marche, il caso di Villa Adria è il più eclatante. Il motivo? I posti letto accreditati sono in prevalenza ospedalieri. Senza il dovuto riconoscimento, siamo pronti a proseguire con altre iniziative di sciopero, ancora più forti».

In ballo ci sono gli stipendi, le pensioni e le condizioni di lavoro di oltre 110 lavoratori, gli stessi che ieri mattina da mezzogiorno alle 13 hanno protestato davanti alla sede della struttura sanitaria anconetana. I dipendenti della struttura hanno un contratto che per i neoassunti significa dai 200 ai 400 euro in meno al mese: «Le ore settimanali di lavoro che i dipendenti dovrebbero effettuare, dalle 38 attuali alle 36 previste dal contratto della sanità privata - aggiunge Giorgio Paterna - e poi il problema delle mancate progressioni orizzontali. La protesta continua e

in assenza di un segnale positivo da parte dell'azienda abbiamo indetto altre due giornate di sciopero entro il mese di ottobre».

Sulla vicenda interviene l'azienda: «Il Gruppo Kos applica a Villa Adria come a tutte le proprie strutture il contratto Aris-Rsa e centri di riabilitazioni sottoscritto nel 2012 dai sindacati. Il mancato rinnovo è legato alle trattative aperte con il Governo e con le Regioni che a oggi non hanno assicurato la copertura dei costi legati agli adeguamenti contrattuali. Le strutture del Gruppo Kos nelle Marche operano per conto del sistema sanitario nazionale, le cui attività sono regolate da sistemi tariffari che devono tener conto del periodico incremento del costo del lavoro».



Sanità territoriale, riforma in salita

Le priorità. Aperti i cantieri di case e ospedali di comunità previsti dal Pnrr, però mancano i fondi per il personale e non c'è integrazione con i medici di famiglia. Resta grave la carenza di sanitari e la campagna vaccinale è un mezzo flop

Marzio Bartoloni

Dopo essere stata oltre due anni sotto i riflettori per la pandemia la Sanità, forse perché il Covid ora fa meno danni, sembra tornata la Cenerentola di sempre. Per questo il ministro della Salute che eredita il testimone da Roberto Speranza dovrà non sprecare tutta l'attenzione che si è catalizzata sulle grandi fragilità del Servizio sanitario investito dallo tsunami del Covid. La prima partita da non perdere è quella della nuova Sanità territoriale disegnata dal Pnrr e che ora va messa a terra con i cantieri delle nuove strutture da chiudere e soprattutto trovando i medici e gli infermieri da farci lavorare dentro. Proprio la carenza di sanitari è l'emergenza che si trascina il Ssn che negli ultimi 10 anni ha perso 40 mila operatori, compresi i medici di famiglia. Per quest'ultimi serve una riforma, rinviata in extremis dal premier Draghi, per integrarli di più dopo le difficoltà a gestire il Covid. Il nuovo ministro non potrà poi non spingere sulla campagna vaccinale per over 60 e fragili che finora è stato un mezzo flop. Infine vanno trovati i fondi per le nuove cure da rimborsare e vanno rivisti i tetti di spesa per farmaceutica e dispositivi che strozzano le imprese.

Territorio e medici di famiglia

Dopo l'approvazione della riforma della Sanità territoriale, quella delle cure più vicine ai cittadini mancate tragicamente durante la pandemia e per la quale il Pnrr investe una dote di 7 miliardi, si stanno per aprire i cantieri per costruire 1.350 case di comunità, 400 ospedali di comunità e 600 centrali operative territoriali. Non sono mancate voci di retromarcia su questa riforma dentro la maggioranza di centrodestra, ma il treno dei fondi Ue ormai è partito ed è difficile fermarlo. Anche perché ora il vero rischio è quello di aprire scatole vuote senza fondi sufficienti per le assunzioni di medici e infermieri. Innanzitutto manca ancora il decreto attuativo che deve distribuire alle Regioni le risorse,

stanziare oltre 9 mesi fa dalla manovra di bilancio, per le assunzioni nella Sanità territoriale con fondi che cresceranno fino a un miliardo l'anno a regime (dal 2026). Risorse che anche se ancora non sono arrivate sono già state considerate insufficienti e «incerte» dall'ufficio parlamentare di bilancio. Ma soprattutto non si capisce ancora quale ruolo avranno i medici di famiglia in questa nuova Sanità territoriale: il ministro Speranza aveva preparato una misura che li vincolava - i generalisti sono liberi professionisti in convenzione con il Ssn - a "spendere" almeno 6 ore settimanali nella Casa di comunità e altre 12 nel distretto. Ma la norma praticamente pronta è rimasta nei cassetti con la caduta del Governo Draghi e ora il nuovo governo deve decidere cosa fare: non fare nulla potrebbe essere un errore perché così la sanità territoriale partirebbe monca senza una vera integrazione tra le nuove Case di comunità - dove i cittadini potranno fare le prime diagnosi - e gli studi dei medici di famiglia.

La carenza di sanitari

Come detto il Pnrr rilancia gli investimenti in infrastrutture, ma in questo momento quello che manca di più è l'investimento nell'infrastruttura più importante, quella che regge in piedi tutto il Ssn: medici e infermieri. Da oltre 15 anni è in vigore un tetto di spesa del personale che prevede che per le assunzioni non si spenda più di quanto speso nel 2004 a cui sottrarre l'1,4%. Una strozzatura che ha limitato il ricambio del personale sanitario facendoci trovare sguarniti quando è arrivata la pandemia. Se poi a questo si aggiunge l'imbuto formativo (poche borse di specializzazione per i laureati in Medicina e pochi posti per gli aspiranti infermieri) ecco che oggi è sempre più difficile trovare giovani da inserire. Eppure a conti fatti, anche per lanciare la sanità territoriale, ne servono oltre 80 mila (12 mila medici e 70 mila infermieri). Servono dunque fondi oltre all'abolizione del tetto e misure straordinarie come l'assun-



zione dei giovani specializzandi

Campagna Covid: è mezzo flop

Ora che il Covid è tornato a circolare intensamente, anche se fa meno male, è fondamentale portare a termine la campagna vaccinale per over 60 e fragili: al momento le somministrazioni, anche se sono in risalita, procedono troppo lentamente (alla media di 25mila al giorno) e risulta protetto solo il 18% della platea, mancano cioè all'appello 13,7 milioni di italiani. Per questo il nuovo Governo guidato dal centro destra, nonostante le sirene dei no vax, dovrà sostenere la campagna vaccinale e condurla in porto.

Nuove cure e «payback»

C'è poi il capitolo dei livelli essenziali di assistenza che sono stati aggiornati nel 2017 con nuove cure che però non sono ancora a carico del Ssn perché non si è trovato l'accordo in Stato Regioni sulle tariffe per il rimborso. E così gli italiani, almeno quelli che vivono nelle Regioni dove non sono stati stanziati dei fondi in più, devono rinunciare ancora a queste prestazioni che gli sarebbero dovute.

Un'altra annosa questione è quella dei tetti di spesa per gli acquisti di farmaci e dispositivi medici. Un meccanismo diabolico prevede che metà degli sforamenti siano ripianati dalle aziende del settore. La richiesta è abolire i tetti e individuare i fabbisogni reali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ancora non assegnati i fondi per assumere il personale nelle nuove strutture e le risorse potrebbero non bastare



MINISTERI E PNRR

L'inchiesta sui dossier aperti nei ministeri chiamati ad attuare il Pnrr. Il 6 ottobre l'Istruzione, l'11 il Lavoro, il 12 l'Innovazione, il 14 la Giustizia

7 miliardi

LE RISORSE

Quelle investite dal Pnrr per la riforma della Sanità territoriale che prevede la costruzione di 1.350 case di comunità e 400 ospedali di comunità

I nodi

1

LA SANITÀ TERRITORIALE Mancano fondi per la riforma

La riforma con gli standard della nuova Sanità del territorio prevista dal Pnrr che investe 7 miliardi è stata approvata nei tempi (entro giugno 2022). Ora si stanno cominciando ad aprire i cantieri delle nuove strutture: 1.350 case di comunità, 400 ospedali di comunità e 600 centrali territoriali. Solo che i fondi per assumere il personale per tutti questi nuovi servizi non sono ancora non sono stati assegnati alle Regioni (da 9 mesi è atteso un decreto Mef-Salute), ma come ha segnalato anche l'Upb in un documento di inizio agosto scorso le risorse per far funzionare la nuova Sanità territoriale sono «incerte».

2

MEDICI DI FAMIGLIA Manca il riordino degli studi

I medici di famiglia sono finiti più volte nel mirino durante la pandemia per un ruolo piuttosto marginale accresciuto da una grave carenza in alcune aree del Paese. Da più parti, sono arrivate pressanti richieste per modificare il loro rapporto di lavoro (libero professionale regolato con una convenzione) che rende difficile la loro integrazione. Il premier Draghi aveva annunciato la riforma: l'idea era di vincolarli a "spendere" un certo numero di ore dentro le nuove case di comunità, ma con la caduta del Governo è tutto tornato nei cassetti. Ora il nuovo esecutivo dovrà decidere che ruolo ritagliare ai medici di famiglia per integrarli meglio nella nuova Sanità territoriale

3

EMERGENZA PERSONALE Più fondi e tetto da abolire

Dopo dieci anni di tagli durante l'emergenza Covid è scattata la corsa alle assunzioni per riempire i "buchi" nelle corsie con 15mila ingressi a tempo indeterminato e un boom di contratti a tempo determinato (oltre 50mila). Solo che ne mancano ancora 20mila per tornare almeno ai livelli di 10 anni fa. Secondo le stime degli ospedalieri e degli infermieri (Fnopi) il reale fabbisogno è di 80 mila tra medici (12mila) e infermieri (70mila). Solo che ci sono due ostacoli: la difficoltà a trovare operatori già formati visto l'imbutto formativo del passato che ora li rende difficili da trovare e il tetto di spesa per l'assunzione del personale che prevede che non si superi il costo del 2004 a cui sottrarre l'1,4 per cento

4

I NODI LEA E PAYBACK Cure e farmaci senza fondi

Dalla fecondazione assistita all'autismo fino alla assistenza protesica: sono le prestazioni gratuite bloccate da oltre cinque anni perché manca il decreto per definire le tariffe massime e che andava emanato entro febbraio 2018. Finora tutti i tentativi sono andati a vuoto. Tra le altre misure da rivedere ci sono quelle relative ai tetti di spesa fissati per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici. Tetti che nel caso di sforamento della spesa prevedono che il ripiano dell'extra costo sia per il 50% a carico delle aziende (il cosiddetto payback) e per il restante 50% a carico delle Regioni.



Tenuti in carcere anziché nelle Rems: pioggia di ricorsi alla Corte europea

DAMIANO ALIPRANDI A PAGINA 12

Reclusi “in attesa” di Rems: aumentano i casi pendenti alla Corte Europea

DAMIANO ALIPRANDI

Aumentano i casi pendenti alla Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo (Cedu). Di particolare rilievo si segnalano i ricorsi in materia di applicazione di misure di sicurezza detentive nei confronti di soggetti affetti da infermità psichica. Aumento anche le azioni di rivalsa, visto che a causa della crisi pandemica e non solo, mancano i soldi per pagare le condanne. Parliamo della relazione che permette al Parlamento di avere un quadro sulle inadempienze dell'Italia e sulla necessità di modifiche legislative alle quali, però, non sempre si dà seguito.

Come detto, tra i ricorsi pendenti dinanzi alla Corte europea che meritano di essere segnalati in ragione della rilevanza e della natura della materia trattata, della loro incidenza numerica sul totale dei casi e dell'interesse che potrebbero dispiegare anche in futuro, ci sono quelli in materia di applicazione di misura di sicurezza detentive nei confronti di soggetti affetti da infermità psichica, ovvero il mancato ricovero presso le residenze



ILDUBBIO

per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems).

LO STATO ITALIANO HA VIOLATO GLI ARTICOLI DELLA CONVENZIONE CEDU

Dalla relazione annuale al Parlamento, si apprende che la Cancelleria della Cedu ha comunicato al governo i ricorsi n. 11791/20 Seydou c. Italia e n. 42627/20 Preuschoff c. Italia con i quali i ricorrenti hanno lamentato la violazione da parte dello Stato italiano degli articoli 2 (diritto alla vita), 3 (divieto di tortura e di trattamenti e pene inumani e degradanti) e 5 (diritto alla libertà e alla sicurezza personale e diritto ad un'equa riparazione) della Convenzione chiedendo altresì, ai sensi dell'articolo 39 del Regolamento della Corte, l'adozione in via cautelare di misure urgenti dirette a tutelare a loro integrità psico-fisica.

LA DIFFICOLTÀ DI RICOVERARE I SOGGETTI CON GRAVI CONDIZIONI PSICHIATRICHE

Entrambe le vicende traggono origine alla difficoltà – fondamentalmente per profili disfunzionali organizzativi - di dare tempestiva esecuzione alle misure di sicurezza detentive disposte dall'autorità giudiziaria nei confronti dei ricorrenti, soggetti socialmente pericolosi dichiarati incapaci di intendere volere a causa di gravi condizioni psichiatriche, mediante ricovero presso una Rems. La scarsità di posti disponibili nelle suddette residenze ha determinato la situazione di fatto dedotta dinanzi alla Corte europea dai ricorrenti, che al momento del deposito delle loro domande si trovavano ancora detenuti presso strutture carcerarie ordinarie.

Nel comunicare i ricorsi, la Corte ha sottoposto al governo una serie di quesiti, volti, in particolare, a chiarire se le autorità abbiano adottato tutte le misure necessarie per tutelare il diritto alla vita dei ricorrenti, se siano stati loro garantiti trattamenti medici adeguati durante la permanenza in carcere e se le condizioni di detenzione del ricorrente fossero conformi al loro stato di salute.

LE REMS NON APPAIONO IN GRADO DI FAR FRONTE ALLE NECESSITÀ DEL SISTEMA

Le Rems, strutture destinate all'accoglienza e alla cura degli autori di reato affetti da disturbi mentali ritenuti socialmente pericolosi alla luce dei cri-



teri delineati dall'articolo 133 c.p., sono state introdotte per sostituire gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) soppressi dalla legge n. 9 del 2012 e dalla legge n. 81 del 2014. Le nuove residenze si fondano sui principi della territorializzazione della sanitarizzazione, nel senso che le Rems sono destinate ad accogliere, di regola, soggetti provenienti dal territorio regionale di ubicazione delle stesse e sono chiamate a svolgere eminentemente funzioni terapeutico-riabilitative, orientate a dare effettiva prevalenza al profilo della cura rispetto a quello della custodia, ragione

per la quale il legislatore ha deciso di sottrarle dal circuito penitenziario affidandone la gestione al sistema sanitario regionale, all'interno del quale operano i servizi territoriali dei Dipartimenti di salute mentale, responsabili della presa in carico e degli interventi terapeutici.

Tuttavia, le strutture, organizzate come presidi di tipo sanitario, non appaiono in grado di far fronte in tempo reale con i posti disponibili alle concrete necessità del sistema, con la conseguenza che soggetti psichiatrici, come i ricorrenti, si trovano di fatto a permanere in carcere. Nel comunicare i ricorsi, la Corte ha sottoposto al Governo una serie di quesiti, volti, in particolare, a chiarire se le autorità abbiano adottato tutte le misure necessarie per tutelare il diritto alla vita dei ricorrenti, se siano stati loro garantiti trattamenti medici adeguati durante la permanenza in carcere e se le condizioni di detenzione del ricorrente fossero conformi al loro stato di salute. Con riferimento ai ricorsi pendenti dinanzi alla Corte di Strasburgo, il governo ha ritenuto di esprimere avviso favorevole alla definizione non contenziosa dei casi, formulando proposte di regolamento amichevole. Resta però il fatto che il problema rimane, e i ricorsi sono in continuo aumento.

IL RICOVERO NELLE REMS SAREBBE DOVUTO REALMENTE DIVENTARE UNA EXTREMA RATIO

Che fare? Il problema è da ridursi all'insufficienza dei posti delle Rems? La scelta di creare una rete di Residenze dimensionata al ribasso in termini di posti-letto non è stata casuale o dettata esclusivamente da ragioni finanziarie ma si poneva in linea con il presupposto politico, oggi concretizzato nel noto art. 3-ter, co. 4, d.l. 211/2011 ma già da tempo conosciuto nella giurisprudenza costituzionale riferita agli Opg, secondo cui il ricove-



ro in Rems sarebbe dovuto realmente diventare una extrema ratio, cui ricorrere solo nel caso in cui qualsiasi altra misura non detentiva si fosse rivelata inappropriata o inefficace nei confronti del singolo paziente autore di reato; ciò posto, le Residenze di nuova istituzione non avrebbero dovuto considerarsi sic et simpliciter come dei sostituti dei vecchi Opg.

Il problema è la previsione normativa del principio della Rems come extrema ratio non è stata accompagnata da adeguati investimenti nei servizi psichiatrici territoriali: nella maggior parte dei casi e per lo meno nell'ambito di alcune realtà regionali, le Autorità giudiziarie si sono trovate nella pratica impossibilità di prendere in considerazione valide alternative ai ricoveri in Rems, cui ricorrere nei casi in concreto portati alla loro attenzione. Altra criticità è ben argomentata nel penultimo rapporto di Antigone: Gli operatori della salute mentale che lavorano nelle Rems, segnalano una crescente presenza dei c.d. "cripto-imputabili", cioè di persone che non presenterebbero gravi patologie psichiatriche, ma problematiche diverse e non strettamente sanitarie (dipendenza da sostanze, marginalità sociale, biografie crimi-

nali) che vengono comunque ricoverate in Rems, eludendone la funzione terapeutico-riabilitativa. Antigone ha sottolineato che si tratta di un effetto collaterale della bulimia diagnostica che ha segnato gli ultimi decenni di sviluppo della psichiatria, raggiungendo il suo apice nell'ultima versione del manuale diagnostico internazionalmente riconosciuto (DSM V), ove sono indicate un numero di patologie e disturbi psichiatrici mai così grande. La questione dei cripto-imputabili chiama direttamente in causa il ruolo dei periti e dei consulenti tecnici, che, in sede processuale, devono pronunciarsi sulla capacità di intendere e volere della persona: al loro sapere esperto si "affida" infatti il giudice per decidere se la persona presenti un "vizio di mente" o meno. Per minimizzare la questione dei cripto-imputabili, molto sentita dagli operatori delle Rems, secondo Antigone occorre arrivare ad un bilanciamento tra diritti procedurali e questioni operative: «E' auspicabile che i periti, tramite il giudice, entrino in contatto fin dall'affidamento della questione peritale con gli operatori della salute mentale affinché prospettino soluzioni trattamentali condivise, che non vengano "calate dall'alto" dei servizi di salute mentale solo al momento della sentenza?», chiosa l'associazione.

Nella relazione del governo al Parlamento si evince che tra i casi all'esame della Cedu, quelli di maggior rilievo riguardano le persone illegalmente recluse che aspettano di essere ricoverate



Al via quinta dose a over 80 e agli over 60 su richiesta

La lotta al Covid

Circolare sui bivalenti

Quinta dose con i nuovi vaccini bivalenti raccomandata per tutti gli over 80 e i fragili almeno 120 giorni dopo la quarta, ma anche gli over 60 potranno farla su richiesta sempre 4 mesi dopo il secondo booster. Lo prevede una nuova circolare del ministero della Salute, firmata ieri dal dg della Prevenzione, Giovanni Rezza, in cui si riporta una nota congiunta del ministero della Salute, con Consiglio superiore di sanità, Agenzia del farmaco e Istituto superiore di sanità. «Al fine di realizzare un ulteriore consolidamento della protezione conferita dai vaccini nei confronti del-

le forme gravi di Covid-19, e nel rispetto del principio di massima precauzione, si raccomanda - si legge nella circolare - un'ulteriore dose di richiamo con vaccino a mRNA bivalente, a favore delle persone di età maggiore o uguale a 80 anni, degli ospiti delle strutture residenziali per anziani e delle persone di età maggiore o uguale a 60 anni con fragilità motivata da patologie concomitanti/preesistenti, che hanno già ricevuto una seconda dose di richiamo con vaccino monovalente, una volta trascorsi almeno 120 giorni dalla stessa o dall'ultima infezione». Si alla

quinta dose con i nuovi vaccini bivalenti anche per tutti gli over 60 «su richiesta dell'interessato», sempre dopo 120 giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La circolare

Quinta dose a 120 giorni dal richiamo

Chi ha più di 80 anni oppure è «fragile» può vaccinarsi di nuovo. Devono però essere passati almeno 120 giorni dall'aver ricevuto la dose precedente o dall'infezione da coronavirus.

Lo riporta la circolare di aggiornamento delle indicazioni sul richiamo con vaccini a Rna bivalenti

nell'ambito della campagna di vaccinazione anti Covid-19 firmata da ministero della Salute, Css, Aifa e Iss.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA CIRCOLARE DEL MINISTERO

Vaccino Covid, 5^a dose consigliata agli over 80

▶ ARRIVA LA QUINTA DOSE dei vaccini anti-Covid. Una circolare del ministero della Salute "raccomanda un'ulteriore dose di richiamo con vaccino a mRNA bivalente" per over 80, ospiti delle residenze per anziani e over 60 "con fragilità motivata da patologie concomitanti/pree-sistenti" che sono sempre quelle del lungo elenco già previsto per la quarta dose. La quinta potranno farla ad almeno 120 giorni dalla quarta, che per ora è stata somministrata a 3,8 milioni di persone su una platea

di poco meno di 20 milioni. Pur senza raccomandazione la "nota di aggiornamento" prevede la quinta dose a richiesta per tutti gli over 60. È firmata dai responsabili di Salute, Istituto superiore di sanità, Aifa e Consiglio superiore di sanità.



ANTIVIRUS



VACCINI & FAKE-NEWS E LE SCUSE?

✱ FA RIBOLLIR IL SANGUE che, facendo leva sul panico della gente, durante la pandemia siano state fatte asserzioni infondate, offendendo e deridendo chi, nel rispetto della deontologia medica e scientifica, cercava di metterle in discussione. Il bubbone è scoppiato: è stata proprio una rappresentante della Pfizer ad asserire, all'Europarlamento, non solo che il vaccino non abbia mai avuto la capacità di fermare i contagi, ma che nessuno mai avesse chiesto di dimostrarlo. Le ondate di contagi ce lo avevamo fatto capire da subito, ma tale realtà è stata falsata da istituzioni e colleghi soloni che, allineandosi al *mainstream*, hanno goduto di aulica fama, confermata dal successo mediatico. Lasciateci il piacere, noi che siamo stati crocifissi e puniti con il silen-

zio stampa quasi totale, di ricordare alcune delle "bugie". Comunicato stampa n°36/2021 Covid-19: "Il vaccino offre una protezione fino al 100% contro infezioni, ospedalizzazione e morte", Iss. Ricciardi: "I vaccini ci consentono di frequentare gli ambienti al chiuso essendo sicuri che chi è vicino a noi non è infetto e che, naturalmente, non può contagiarci". Draghi: "Il *Green Pass* è una misura con cui gli italiani possono continuare le proprie attività (...) con la garanzia di ritrovarsi tra persone che non sono contagiose" (aprile 2021). Burioni, che ogni domenica ci ha impartito lezioni da *Che tempo che fa* e che ha auspicato che i non vaccinati morissero come sorci: "La vaccinazione è in grado di ostacolare il contagio in maniera notevole, anche se non al 100 per cento".

Si potrebbe sostenere che tali imprecisioni siano dovute all'evoluzione della scienza che può smentire precedenti affermazioni. Certo, ma non in questo caso. Qualunque asserzione scientifica deve essere fondata su risultati sperimentali ottenuti. A quali hanno fatto riferimento gli autori delle citate affermazioni? Come ha dichiarato Pfizer, non solo non sono stati effettuati studi sulla validità del vaccino nel prevenire i contagi, ma non sono mai stati richiesti. Chi ha sbagliato (e offeso) con dichiarazioni infondate, abbia l'eleganza di chiedere scusa e taccia per un po'.

MARIA RITA GISMONDO

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



Sì di Ema a nuovo tetravalente anti-Dengue per Europa e mondo

Il Comitato per i medicinali a uso umano (Chmp) dell'Agenzia europea del farmaco Ema ha adottato un parere positivo per il nuovo vaccino tetravalente anti-Dengue (da virus vivo attenuato), prodotto da Takeda e utilizzato per prevenire la malattia causata dai sierotipi del virus Dengue 1, 2, 3 e 4 nelle persone a partire dai 4 anni d'età. E' la prima volta - spiega l'Ema in una nota - che il Chmp esamina contemporaneamente un medicinale destinato al mercato dell'Unione europea (Ue), secondo la procedura centralizzata, e a Paesi non Ue, nell'ambito del programma 'Eu-Medicines for all', o 'EU-M4all'.

L'iniziativa dell'Ema a supporto di domande parallele, mirate sia a un parere per EU-M4all e sia alla procedura centralizzata, ha l'obiettivo - sottolinea l'agenzia - di rendere disponibili più rapidamente in Europa e a livello globale medicinali e vaccini innovativi o generici che rispondano a esigenze mediche non soddisfatte o che siano di grande interesse per la salute pubblica, evitando al contempo la duplicazione degli sforzi regolatori.

La Dengue è una malattia tropicale trasmessa dalle zanzare causata da quattro tipi di virus. Porta a sintomi lievi simili all'influenza nella maggior parte delle persone, ma un piccolo numero di pazienti sviluppa malattia grave, con emorragie potenzialmente fatali e danni agli organi. Il rischio è maggiore in persone che sono state infettate una seconda volta. I numeri della patologie sono importanti: secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, si verificano in un anno circa 390 milioni di infezioni da Dengue in tutto il mondo, con un tasso di mortalità stimato tra 20mila e 25mila all'anno, principalmente nei bambini. Prima del 1970, solo 9 Paesi avevano sperimentato gravi epidemie di



Dengue; oggi la malattia è endemica in più di 100 Paesi, compreso in Europa. E' la seconda causa di febbre più diagnosticata dopo la malaria tra i viaggiatori di ritorno da Paesi a basso e medio reddito.

Non è disponibile una terapia antivirale per la Dengue e la maggior parte delle attuali misure, basate sul controllo delle zanzare, non sono molto efficaci nella prevenzione. Esiste un vaccino già approvato, "ma il tetravalente - precisa l'Ema - mostra una protezione più ampia per i bambini piccoli e le persone di età superiore ai 45 anni. Alla luce di ciò, viene affrontata un'esigenza globale insoddisfatta di salute pubblica".

I benefici e la sicurezza dell'attuale vaccino sono stati valutati in 19 studi clinici che hanno arruolato più di 27mila persone di età compresa tra 15 mesi e 60 anni, provenienti da regioni endemiche e non endemiche. "I risultati mostrano che il vaccino tetravalente anti-Dengue previene la febbre, la malattia grave e il ricovero in ospedale causati da uno qualsiasi dei quattro sierotipi del virus", segnala l'Ema. Gli eventi avversi sospetti segnalati più frequentemente dopo qualsiasi dose di questo vaccino sono stati dolore al sito di iniezione, mal di testa, dolore muscolare e sensazione di malessere generale. I medicinali presentati nell'ambito del programma EU-M4all sono valutati dal Chmp in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità e i Paesi target. Il parere scientifico del Chmp nell'ambito di questa procedura supporta lo sviluppo della capacità regolatoria globale e contribuisce alla protezione e alla promozione della salute pubblica al di fuori dell'Ue valutando i medicinali per i Paesi in cui la capacità regolatoria può essere limitata. Le autorità regolatorie nazionali possono fare affidamento sulla valutazione scientifica del Chmp per decidere l'uso del medicinale nei loro Paesi.



Il corsivo del giornodi **Valentina Iorio****LA RICERCA
È FONDAMENTALE
IN TEMPI DI CRISI**

Lo sviluppo industriale di un Paese dipende essenzialmente dalla sua capacità di fare ricerca. La pandemia ha reso evidente quanto il mondo globalizzato sia fragile: se qualcosa va male da una parte si riflette dall'altra. Avere la possibilità di fare ricerca di base e avanzata in loco e investire su questo è fondamentale per evitare la dipendenza da altri Paesi. Lo ha ribadito con forza il premio Nobel per la Fisica, Giorgio Parisi, all'evento di chiusura del Galileo Festival di Padova. Stati come Corea del Sud, Taiwan e la stessa Cina, dai quali noi oggi

dipendiamo per i microchip, sono progrediti spendendo grandi quantità di risorse nella ricerca. In questo modo si sono trasformati da Paesi agricoli a Paesi estremamente avanzati. «Negli ultimi due anni i vaccini contro il Covid-19 sono stati fondamentali per passare da una situazione drammatica a una accettabile. Questo è stato possibile solo grazie alle tecnologie mRNA, che sono frutto di uno sforzo trentennale cominciato negli anni '90», ha sottolineato Parisi. Senza investimenti non sarebbe stato possibile. In Italia su questo c'è stata grande miopia da parte della

politica e continua ad esserci. Secondo l'Ocse (dati 2022) nel 2020 il nostro Paese ha investito in ricerca solo l'1,5% del Pil, contro il 2,2% dell'Europa. Le priorità in questo momento sono altre, dirà qualcuno: ci sono la guerra, l'inflazione, le bollette sempre più care, le imprese che rischiano di chiudere. E invece proprio per questo è il momento di decidere. L'unica via per superare la crisi energetica e quella climatica, ad essa strettamente collegata, è investire nella scienza. Le ragioni le ha elencate Parisi domenica: è fondamentale sviluppare fonti di energie rinnovabili più efficaci di quelle

attuali, carburanti alternativi. E solo la scienza può aiutarci. Bisogna farlo da adesso, perché non possiamo limitarci a pensare a questo inverno: dobbiamo ragionare sul lungo periodo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Modello diffuso Life science, Pnrr e assetto della ricerca

Francesca Cerati — a pag. 22

Life science, gli effetti del Pnrr sull'assetto della ricerca

Modello diffuso. Nella nuova governance, alle Scienze della vita è dedicato un Centro nazionale, un ecosistema, quattro partenariati e 11 infrastrutture. Tra i rischi, la mancanza di fare massa critica

Francesca Cerati

Con la prima fase di implementazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) - con un quarto dei fondi complessivi allocati a Istruzione e Ricerca (30,9 miliardi) e Salute (15,6 miliardi) - quali sono gli effetti sull'assetto della ricerca nelle Scienze della vita?

«Il Pnrr ha ridisegnato la governance della ricerca attraverso la creazione di cinque Centri nazionali per la ricerca in filiera e 11 ecosistemi dell'innovazione a livello territoriale, che verranno accompagnati a importanti investimenti sulle infrastrutture di ricerca (a oggi 931 milioni su 1,08 miliardi di do-

tazione finanziaria) e sulle infrastrutture tecnologiche di innovazione (333 su 500) - ha spiegato Valerio De Molli, managing partner & ceo The European House - Ambrosetti in occasione della presentazione allo Human Technopole dell'ottava edizione del Technology Forum Life Sciences - Questo nuovo modello, a cui il Pnrr assegna 4,3 miliardi, intende costruire un ecosistema integrato di università, imprese ed enti di ricerca pubblici e privati secondo un sistema di governance di tipo Hub & Spoke, con l'obiettivo di valorizzare sia il ruolo primario di coordinamento e gestione dei Centri (Hub), sia la collaborazione con le strutture di ricerca coinvolte (Spoke)».

Uno dei 5 Centri nazionali - coordi-

nato dall'Università di Padova con il coinvolgimento di 49 soggetti tra

università, imprese, enti di ricerca pubblici ed enti privati - svolgerà ricerca in aree di importanza strategica per le Scienze della Vita e le sue attività si focalizzeranno in ambiti ad alto valore innovativo come la terapia genica per la cura del cancro e delle malattie ereditarie e lo sviluppo di tecnologie basate su Rna. L'obiettivo del Centro è di diventare un punto di riferimento in Europa, contribuendo alla crescita della competitività italiana nello sviluppo di farmaci e terapie all'avanguardia. Inoltre, la collaborazione tra i partecipanti vuole favorire la nascita e il rafforzamento di iniziative imprenditoriali a elevato contenuto tecnologico, anche attraverso la creazione e il rinnovamento di infrastrutture e laboratori.

Per quanto riguarda gli ecosistemi dell'innovazione, Tuscany Health Ecosystem (THE) è l'unico che avrà una specifica focalizzazione sulle Life sciences, con un finanziamento di 110 milioni. THE coinvolge 22 soggetti tra atenei, enti pubblici di ricerca e soggetti privati. La funzione di Hub sarà svolta da un consorzio composto da 12 membri dell'ecosistema, mentre le attività di ricerca si articoleranno in 10 settori (Spoke) legati a tematiche di frontiera delle Scienze della Vita: medicina preventiva e predittiva, nanotecnologie per la diagnostica, medicina di precisione, biotecnologie, robotica e auto-

mazione per la salute umana, etc.

Con riferimento alle infrastrutture di ricerca e le infrastrutture tecnologiche di innovazione, sono 11 i progetti più direttamente correlati alle Life sciences. Le infrastrutture tecnologiche di innovazione operano in settori produttivi e ambiti territoriali definiti dalla comunità di sviluppo e innovazione, principalmente Pmi o filiere tecnologiche produttive, che le utilizzano per sviluppare e integrare tecnologie innovative verso la commercializzazione di nuovi prodotti, processi e servizi.

Accanto a queste modifiche nella governance e nelle modalità di funzionamento della ricerca italiana, il Pnrr ha destinato anche 1,61 miliardi per finanziare 14 grandi "Partenariati estesi" tra università, centri di ricerca e aziende sul territorio nazionale, al fine di rafforzare le filiere integrate sul territorio e promuoverle nel contesto strategico internazionale. Al termine della fase di valutazione tecnico-scientifica, sono state ammesse alla fase negoziale 14 proposte su specifici ver-



ticali di ricerca. Di queste, 4 progetti riguardano direttamente le Life Sciences e riceveranno complessivamente finanziamenti pari a 350 milioni. A essere coinvolte sono le università di Palermo, Firenze, Genova e Pavia sui temi della medicina di precisione, le sfide dell'invecchiamento, neuroscienze e neurofarmacologia, malattie infettive emergenti, rispettivamente.

Rispetto ai modelli innovativi di ricerca già noti ed esistenti come quello dell'it e dello Human Technopole, cioè la messa a disposizione di grandi risorse su un unico centro, localizzato, verticale che possa generare impatto, nel caso dei centri di

ricerca è invece un modello diffuso, a imbuto sul Centro per poi riaprirsi sui vari soggetti. «Il rischio che vediamo è che non si riesca a fare massa critica, che è fondamentale nella ricerca» ritiene Corrado Panzeri, responsabile Innotech Hub, The European House Ambrosetti - L'altra grande criticità resta ancora il supporto alle attività di Trasferimento tecnologico, che al momento non sono state implementate e che ci vedono fanalino di coda rispetto ai paesi competitor europei». Non ultimo sarà necessario che vengano definiti anche meccanismi di monitoraggio per seguire gli avanzamenti.

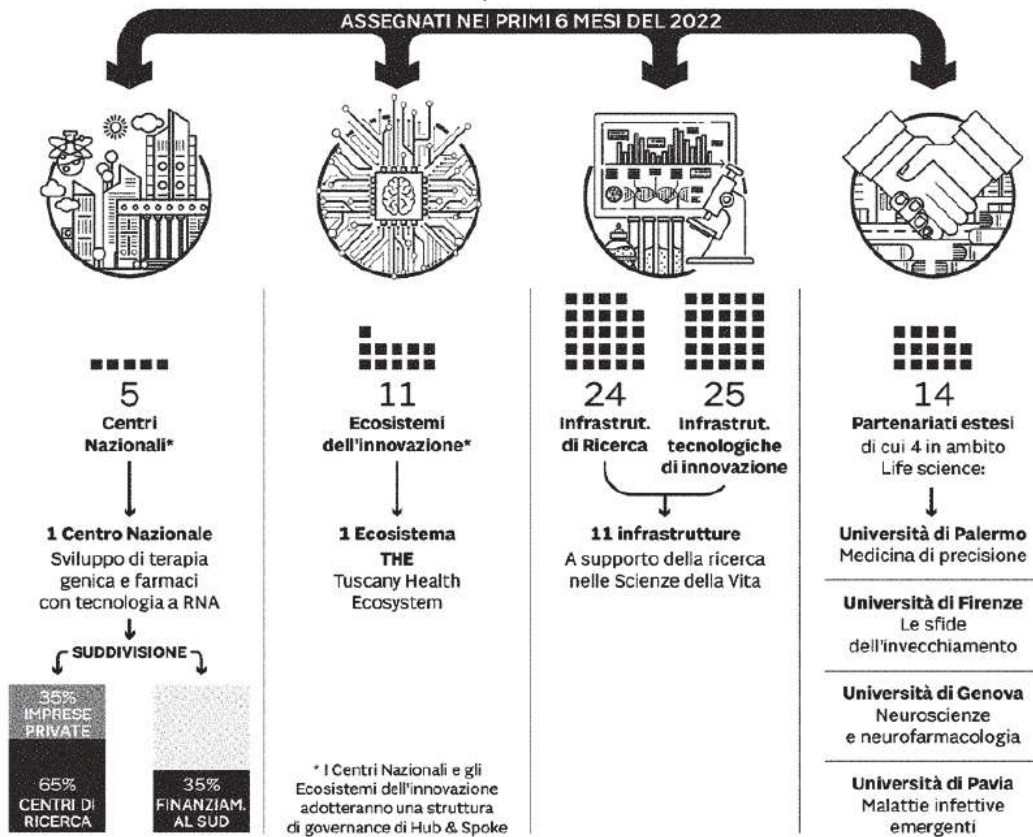
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La nuova governance della ricerca

La prima fase di implementazione del Pnrr in ambito ricerca e innovazione

4,3 MLD DI €

ASSEGNATI NEI PRIMI 6 MESI DEL 2022



PERCENTUALE DI LAUREATI STEM NEI PAESI UE

Sul totale dei laureati
Valori percentuali, 2019

Germania	36,8
Austria	31,4
Romania	30,0
Finlandia	28,4
Portogallo	29,0
Slovenia	28,0
Estonia	27,9
Grecia	27,3
Svezia	27,3
Croazia	27,3
Lituania	27,3
UE27	26,1
Rep. Ceca	25,9
Francia	25,8
Irlanda	25,3
ITALIA	24,5
Ungheria	23,3
Danimarca	22,5
Spagna	22,0
Slovacchia	21,8
Polonia	20,8
Lettonia	19,9
Bulgaria	19,8
Lussemburgo	19,0
Paesi Bassi	18,6
Belgio	17,6
Malta	17,1
Cipro	13,6

Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Ministero dell'Università e della Ricerca, 2022 - Elaborazione The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2022



Farmaci, torna a correre la spesa ospedaliera: 12 miliardi nel 2022

Il bilancio. Dopo il rallentamento a causa del Covid i costi sono cresciuti del 6%. Lo sfioramento del tetto stimato a 2,5 miliardi, metà sarà a carico delle aziende

Marzio Bartoloni

Dopo una frenata nel 2020 a causa del Covid che aveva ridotto le cure in ospedale e una mini ripresa nel 2021 quest'anno la spesa ospedaliera per farmaci torna a correre (+6%) a livelli pre pandemia toccando il tetto dei 12 miliardi. Una impennata che come accaduto puntualmente negli ultimi anni si traduce in un massimo sfioramento del tetto di spesa, nonostante sia stato innalzato, con un salasso per le aziende farmaceutiche che dovranno mettere di tasca propria almeno 1,2 miliardi di euro.

A mettere in fila i numeri in base ai consumi attuali - sono definitivi i dati dei primi sei mesi - è Iqvia, il provider globale di dati sanitari che prevede appunto un disavanzo complessivo della spesa per acquisti diretti di farmaci tra 2,4 e 2,5 miliardi di euro. Di questi la metà, cioè 1,2 - 1,25 miliardi, dovrà essere ripianata dalle aziende farmaceutiche: tocca infatti alle imprese coprire, con il sistema del cosiddetto «payback» la metà del disavanzo registrato per farmaci. La restante parte è invece pagata dalle singole Regioni in base al loro superamento del budget assegnato.

Il tetto di spesa per l'acquisto diretto di farmaci, anche se ancora provvisorio, dovrebbe essere intorno a 9,6 miliardi di euro, ossia il 7,8% del Fondo sanitario nazionale. Un livello più alto rispetto al 2021 ma tuttavia non sufficiente a evitare lo sfioramento perché secondo Iqvia la spesa per acquisti diretti sarà intorno a 12 miliardi di euro (in aumento di circa il 6% rispetto al 2021). Lo sfondamento aumenterà infatti di circa il 18% rispetto al 2021, nonostante l'aumento di 2 miliardi del Fondo sanitario e l'incremento della percentuale dedicata alla spesa farmaceutica per acquisti diretti che è passato da 7,65% del 2021 a 7,8% di que-

st'anno (al netto dei gas medicinali). Entrambe queste misure sono state decise dalla manovra dell'anno scorso. Sono esclusi da questo computo i farmaci innovativi e innovativi oncologici che, da quest'anno, rientrano in un unico fondo separato da 1,1 miliardi di euro. In questo caso, Iqvia prevede un aumento di spesa sia per quanto riguarda i farmaci innovativi sia per i farmaci innovativi oncologici, ma poiché i due fondi sono ora uniti, non si prevede alcuno sfioramento. Inoltre, il fondo unico gode di un aumento di 100 milioni di euro (da 500+500 milioni a 1,1 miliardi). Anche la spesa convenzionata (quella con la ricetta rossa in farmacia) è prevista in crescita di circa 1,5% rispetto al 2021 arrivando tra gli 8,0 e gli 8,1 miliardi di euro.

Per Sergio Liberatore, amministratore delegato di Iqvia Italia «se vogliamo una sanità all'avanguardia bisogna superare questi meccanismi che rischiano di penalizzare la qualità della sanità in Italia e danneggiare un comparto riconosciuto come il primo per investimenti in innovazione scientifica. Bisogna, innanzitutto, superare il meccanismo dei tetti di spesa, visto che si sa in partenza che verranno sfondati per oltre due miliardi di euro e che, purtroppo, l'industria farmaceutica sarà chiamata a ripianare questo disavanzo. È importante che questo tema torni a essere una priorità della politica».

Per quanto riguarda il bilancio definitivo dei primi sei mesi del 2022 in ospedale il consumo di farmaci è cresciuto a valori dell'8% passando da 5 miliardi nel 2021 a 5,4. I mercati che hanno guidato la crescita sono quelli a maggiore innovazione come l'immunologia, in particolare la sclerosi multipla e la psoriasi, e le malattie rare, come la fibrosi cistica e l'amiloidosi. Tuttavia, il mercato in maggiore espan-

sione resta l'oncologia con terapie nuove per la leucemia linfoblastica acuta e la leucemia linfocitica cronica. Invece, a volumi il mercato cala dell'1% a causa della maggiore incidenza dei farmaci più costosi ad alta innovatività.

Il comparto della distribuzione per conto (Dpc), un modo di dispensare i farmaci che vengono acquistati direttamente dalle Asl e distribuiti attraverso le farmacie che si trovano sul territorio, cresce del 10% rispetto allo stesso periodo del 2021, da un miliardo di euro passa a 1,1 miliardi. Sempre secondo Iqvia, il mercato dei farmaci etici (quelli con ricetta medica) sono stati venduti per un totale di 7,1 miliardi in farmacia nei primi sei mesi del 2022, una crescita di quasi il 3% rispetto allo stesso periodo del 2021.

Il mercato dei prodotti commerciali venduti in farmacia (per esempio farmaci da banco e senza prescrizione, integratori, creme e cosmetici, siringhe, lattini in polvere e prodotti veterinari) è in crescita nei primi sei mesi del 2022 di quasi il 12%, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, registrando vendite per 5,6 miliardi di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TUMORI FEMMINILI

Se scopri il gene la cura è possibile

Endometrio e ovaio: fino a ieri neoplasie difficilissime da aggredire. Ma la scoperta di alterazioni del Dna responsabili ha aperto la strada a potenziali terapie. Eccole

di **Tiziana Moriconi**

MILANO – Ovaio ed endometrio, i tumori femminili che fanno paura. Ma oggi i test genetici stanno finalmente aprendo la strada a nuove vie di cura. Perché gli scienziati hanno scoperto le cosiddette “interazioni molecolari” che causano il tumore e possono essere il bersaglio per farmaci mirati. Farmaci che, almeno in parte, ci sono.

«Pensavamo che il tumore dell'endometrio fosse privo di alterazioni molecolari da utilizzare come bersaglio, e tutte le pazienti venivano trattate allo stesso modo, cioè con la chemioterapia», dice Giorgio Valabrega, responsabile della ricerca clinica nelle neoplasie ginecologiche presso l'Ospeale Mauriziano Umberto I: «Oggi invece, grazie ai test genetici possiamo distinguere almeno 4 categorie di carcinoma dell'endometrio. Una di queste presenta una caratteristica che rende

i tumori molto sensibili all'immunoterapia. Alcune donne, dopo la terapia, non presentano segni della malattia; e questa condizione può durare a lungo persino quando arrivano a curarsi che sono già in fase metastatica». È una buona notizia, e riguarda un un circa un terzo dei casi. Per queste donne, l'immunoterapia è ora disponibile e rimborsata anche in Italia quando vi sia una progressione dopo la chemioterapia.

Anche per il tumore dell'ovaio fino a 10 anni fa l'unica cura possibile era la chemioterapia. A cambiare le carte in tavola è stato l'arrivo di farmaci mirati chiamati Parp-inibitori. Sviluppati per i tumori caratterizzati dalle mutazioni dei geni BRCA1 e 2, questi farmaci si sono rivelati efficaci anche per tumori che presentano ciò che i

genetisti chiamano “deficit della ricombinazione omologa” (HRD), «si tratta - spiega Valabrega - dell'incapacità delle cellule di riparare il danno al DNA che dà origine al tumore. Una condizione presente nella metà delle pazienti che potrebbero beneficiare dei farmaci».

Ma se il test genetico per le mutazioni BRCA è ormai eseguito in tutte le pazienti, il test HRD ancora non lo è.

**L'unica cura
disponibile
era la chemio.
Ora per
alcune donne
è possibile
l'immunoterapia**

I dati in Italia

Endometrio

Circa 8.300 mila donne l'anno. La sopravvivenza a 5 anni è quasi dell'80%, grazie alla diagnosi precoce. C'è un sintomo spia: il sanguinamento.

Ovaio

5.200 nuovi casi l'anno. La diagnosi è spesso tardiva. La sopravvivenza a 5 anni è infatti del 43%.

Per registrarsi



Inquadrando il QR Code puoi iscriverti agli eventi. Fino a esaurimento posti

Dove e quando

Cancro: il male curabile
Dalla parte delle donne
Chi: Giovanni Scambia, Giorgio Valabrega
Dove: Ara Pacis di Roma e streaming sul nostro sito
Quando: 21 ottobre, alle 11:00



▲ Coraggio Una paziente in terapia contro il cancro



SPECIALE

ROMA - ARA PACIS
20 - 21 - 22 OTTOBRE 2022



Inquadra il QR code
con la telecamera
dello smartphone
per iscriverti al Festival
in programma a Roma



Il Festival di Salute

Diagnosi in ritardo e assistenza a metà "Il dramma di chi soffre di asma grave"

L'Sos di Simona Barbaglia, presidente dell'Associazione Respiriamo Insieme
"Al prossimo governo chiediamo di favorire anche le terapie domiciliari"

FABIO DI TODARO

Chi con l'asma grave ha a che fare, come paziente o caregiver, ne porta i segni nel corpo e nell'anima. Simona Barbaglia, presidente dell'Associazione Respiriamo Insieme, sarà uno dei protagonisti del talk del 21 ottobre al Festival di Salute, intitolato «Il fuoco dentro: combattere l'infiammazione di tipo 2». Si commuove, quando parla del primo faccia a faccia con la malattia. «A soffrirne è mio figlio Andrea, che oggi ha 14 anni. La sua asma, adesso, è sotto controllo. Ma dal 2008 ha affrontato quasi 40 ricoveri. Di questi, 14 in meno di 12 mesi. E tre in terapia intensiva. Ogni sua crisi respiratoria mi ha tolto anni di vita. Nel momento in cui abbiamo trovato finalmente il giusto nome alla sua malattia e una cura è scattato il desiderio di aiutare altri genitori che vivono lo stesso calvario».

Cosa significa convivere con l'asma grave?

«L'associazione, sin dalla sua costituzione nel 2014, ha inserito tra le proprie priorità l'impegno verso chi soffre di asma grave. L'impatto per il paziente, che vede la qualità di vita compromessa in tutti gli ambiti, è notevole. Chi ha vissuto l'esperienza di una crisi la descrive come la peggiore esperienza della vita,

un momento in cui ha temuto di morire. Convivere con questa malattia, almeno fino a una corretta diagnosi, vuole dire portare sempre con sé la paura di avere un nuovo attacco. Forse proprio quello fatale». **Infanzia e adolescenza: è in queste fasce di età che si registra il maggior numero di diagnosi. Che impatto ha l'asma grave in una fase della vita di per sé complessa?**

«L'impatto dell'asma grave nei bambini getta la famiglia nell'angoscia e nella paura di non saper gestire la crisi del figlio. I bambini faticano a comprendere la propria situazione o la necessità di sottoporsi a continui controlli sanitari e ricoveri, oltre a vedere limitata sia la frequenza della scuola sia di altri luoghi di socializzazione. Si innesca così un circolo vizioso: i figli stanno male e il malessere si riversa sui genitori, che sempre più spesso avvertono il bisogno di un supporto psicologico. Quanto agli adolescenti, il quadro è reso ancora più complicato dalla delicatezza di questa fase della vita. I giovani pazienti asmatici possono sentirsi esclusi dalla cerchia di amici o dai compagni di classe e rifiutare per questo le terapie o negare la malattia: al punto da rendere l'aderenza terapeutica difficile da raggiungere».

Perché l'impatto di questa malat-

tia è così significativo?

«Parliamo di una malattia cronica. E, sebbene oggi si abbiano più strumenti per gestirla, è destinata a fare compagnia a chi ne soffre per tutta la vita. A ciò occorre aggiungere che l'asma grave viene quasi sempre diagnosticata in ritardo di almeno 3-4 anni. Il paziente tipo è colui che, prima di ricevere una corretta diagnosi, ha registrato il fallimento di diverse terapie».

Perché le diagnosi non sono quasi mai tempestive?

«I pazienti devono essere indirizzati in centri di riferimento, in cui possano affidarsi a un team multidisciplinare, composto da quella che noi volontari definiamo la magica triade: pneumologo, allergologo-immunologo e otorinolaringoiatra. Sono le figure essenziali per ricevere una corretta diagnosi, a cui nei centri più avanzati si possono aggiungere il gastroenterologo e lo psicologo. Le emozioni che più spesso si registrano nei pazienti che convivono con una malattia così severa sono la frustrazione e la solitudine».



LA STAMPA

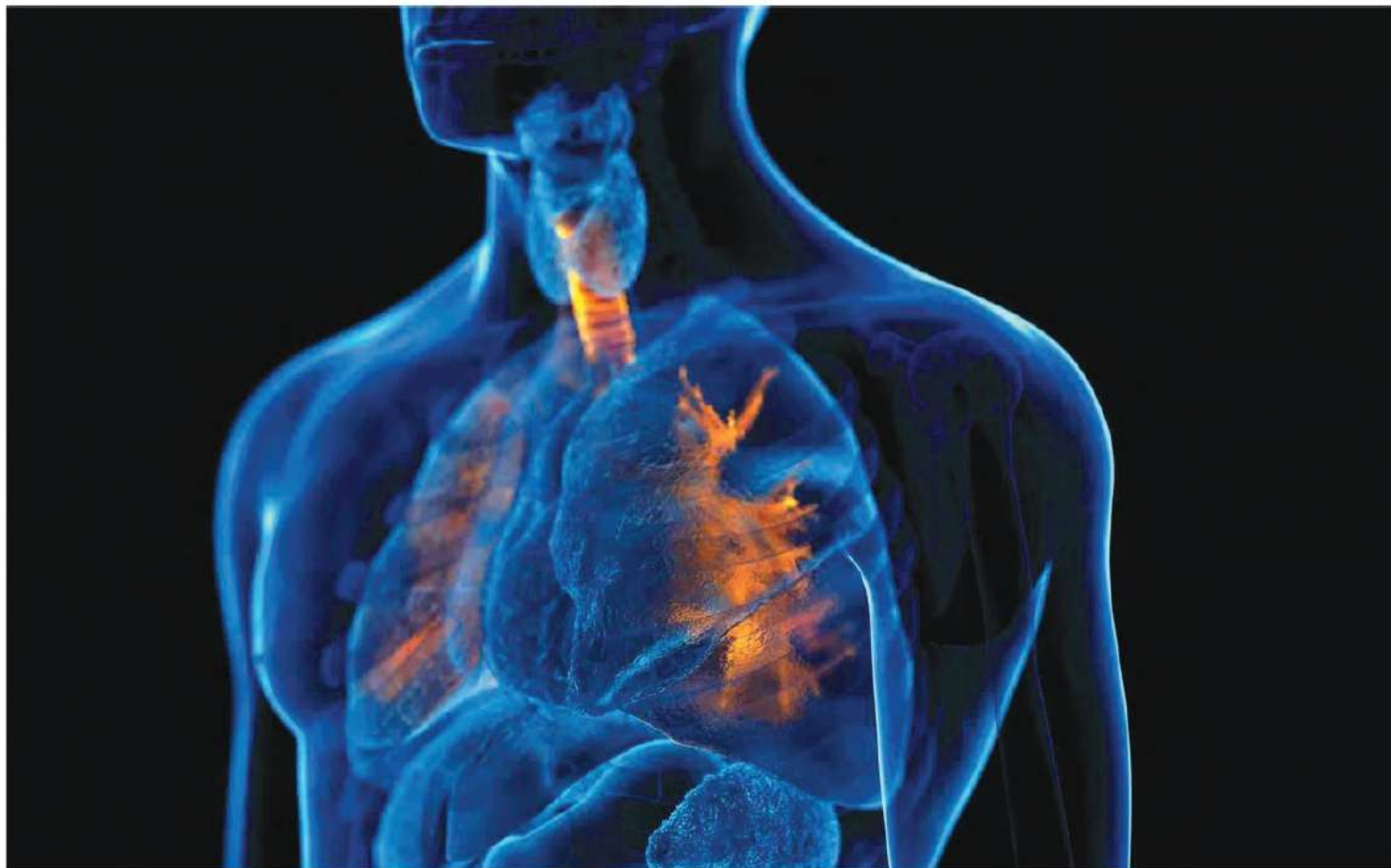
Se potesse rivolgersi al futuro ministro della Salute, cosa chiederebbe?

«Occorre rendere più omogeneo l'accesso alle prestazioni di cura per tutti, anche potenziando la presenza dei centri di riferimento su tutto il territorio e costruire una rete tra questi e i servizi della zona per agevolare i percorsi terapeutici domiciliari. È fondamentale fare informazione, perché le persone affette dalla patologia possano essere indirizzate tempestivamente nei luoghi di cura più adatti dai medici di medicina generale. Serve inoltre ampliare l'offerta di prestazioni garantite nei Livelli Essenziali di Assi-

stenza. Molti attingono ai propri risparmi per esami diagnostici e di follow-up. A ciò dobbiamo aggiungere che l'asma grave spesso porta con sé una serie di malattie concomitanti: dalla rinite allergica alla rinosinusi- te cronica, dal reflusso gastroesofa- geo ad altre allergie».

Anche l'inquinamento non aiuta: è così?

«I numeri dell'asma grave sono più elevati nelle aree fortemente antropizzate. Se potessi chiedere un'altra cosa al prossimo governo, desidererei un'attenzione altissima ai temi dell'inquinamento e del cambiamento climatico. Ne va della salute di tutti: non solo degli asmatici». —



Simona Barbaglia



RAPPORTO DEL MINISTERO

Senza medici né infermieri Ospedali laziali in ginocchio

La nostra regione ha gli operatori sanitari più anziani e paga straordinari da record fino a 1.736 euro mensili

Le cause sono i concorsi fermi che bloccano l'ingresso di nuovi chirurghi anestesisti, pediatri e dottori di famiglia

ANTONIO SBRAGA

... Ora lo certifica anche il Ministero della Salute: il servizio sanitario regionale nel Lazio ha gli organici tra i più bucati d'Italia. All'appello mancano oltre un migliaio di medici e ben 7mila infermieri. «Attualmente il personale sanitario italiano rapportato alla popolazione è caratterizzato da un numero complessivo di medici congruo e da un numero di infermieri insufficiente. Nell'ambito del personale medico risultano carenti alcune specializzazioni - ha scritto l'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) nel suo nuovo Report - Tale fenomeno, sebbene riguardi tutto il personale sanitario, appare naturalmente più minaccioso per i profili professionali già carenti. Le due categorie più a rischio appaiono essere i medici di medicina generale e gli infermieri».

Il Lazio dispone di meno infer-

mieri rispetto a 4 Regioni più piccole: solo 20.797 a fronte dei 27.631 dell'Emilia Romagna, dei 25.715 in Veneto, dei 22.720 in Toscana e dei 22.408 in Piemonte. Perché il Lazio «soffre attualmente la carenza di circa 7.000 infermieri, nelle stime dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma», come ha sottolineato nei mesi scorsi il presidente, Maurizio Zega. Negli ultimi 8 anni la Regione ha perduto 1.485 infermieri secondo la stima di Salutequità che avverte: «il Lazio è la seconda Regione con la quota più elevata di straordinari: 1.736 euro mensili». Non solo: il Lazio è anche una delle 5 «Regioni che hanno il maggior numero di infermieri al di sopra dei 58 anni sono: Lombardia, Sicilia, Lazio, Campania e Emilia Romagna», sottolinea il sindacato Nursing Up. Ed ora non ha più neanche le graduatorie aperte «sufficienti a colmare il fabbisogno», come ha scritto l'Ifo-Regina Elena, che

ha ritenuto «necessario procedere all'espletamento di una gara autonoma per l'affidamento del servizio infermieristico» all'esterno. Mentre all'Ares 118 «lo svolgimento del concorso da infermiere al momento è ancora fermo ad

una delibera», denuncia Alessandro Saulini, segretario NURSIND Ares 118.

Ma non scarseggiano soltanto le divise, nelle corsie c'è anche carenza di camici bianchi. Nel Lazio il Report dell'Agenas ha contato soltanto 8.055 medici mentre la Campania, che ha pressoché lo stesso numero di residenti, ne ha 9.157 (e la più piccola Emilia Romagna 9.098). Solo nei 50 Pronto Soccorso del Lazio, infatti, «il deficit attuale è di ben oltre 400 medici, pari a circa il 40% del fabbisogno a regime», come ha denunciato la Simeu Lazio in un esposto inviato a Procura, Prefettura e Questura di Roma. Mentre fra gli «anestesisti,

che nel Lazio sono 1.400, attualmente ne mancano 500», ha quantificato l'Aaroi-Eimac. Ma ci sono anche carenze di chirurghi, pediatri e medici di famiglia: su questi ultimi la stessa Regione ha scritto che servirebbero «492 medici, occorrenti per il rispetto del rapporto ottimale».

In corsia
Mancano all'appello mille medici e settemila infermieri nel Lazio

