



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**15 Novembre 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

# GIORNALE DI SICILIA

## Infezioni alla cornea, il 90% non risponde ad antibiotici



Fino al 90% delle infezioni della cornea è causata da batteri che non rispondono al trattamento antibiotico. Ciò avviene soprattutto a causa di un uso inappropriato dei farmaci antimicrobici; il fenomeno è inoltre aggravato dall'inquinamento e dai cambiamenti climatici. È l'allarme lanciato in vista della Giornata europea degli antibiotici, che ricorre il prossimo 18 novembre, dalla Società Italiana di Scienze Oftalmologiche (Siso). Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza nelle infezioni oculari è in aumento anche in ambito oculistico. Stafilococco, Streptococco e Pseudomonas Aeruginosa sono tra i super-batteri con livelli più alti di resistenza individuati in campo oftalmologico. "Questi patogeni interessano per la grande maggioranza infezioni corneali, che registrano le più alte resistenze agli antibiotici con 9 casi su 10 insensibili alle terapie", spiega Vincenzo Sarnicola, membro del consiglio direttivo Sito. Sul banco degli imputati soprattutto l'uso eccessivo di colliri antibiotici contro le congiuntiviti. "L'uso fai da te degli antibiotici è un grave errore", avverte Scipione Rossi, direttore dell'Oftalmologia dell'ospedale San Carlo di Nancy di Roma e segretario tesoriere di Siso. "La maggior parte delle congiuntiviti infatti è di origine virale e gli antibiotici risultato inefficaci. Ma l'antibiotico-resistenza nelle infezioni oculari è anche il conto che si paga per le troppe prescrizioni degli antibiotici da parte del medico di base o del farmacista e per l'uso profilattico pre e post operatorio", aggiunge Rossi.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Ad aggravare la situazione il cambiamento climatico e l'inquinamento: "a causa dell'erosione del buco dell'ozono si rischia un'eccessiva esposizione alle radiazioni ultraviolette", spiega Vincenzo Sarnicola. In particolare "le onde più lunghe indeboliscono la superficie oculare che è la sua maggiore difesa contro i microbi, rendendola più vulnerabile alle aggressioni dei patogeni esterni". Inoltre, "il biossido di zolfo contenuto nelle polveri sottili rende più acido il film lacrimale rendendola più suscettibile alle infezioni batteriche", conclude l'esperto. (ANSA).



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Tumore vescica, squadra di 21 esperti per nuovo modello cura



Una task-force di 21 esperti tra clinici, pazienti e istituzioni analizzerà l'attuale modello di cura per il tumore della vescica - il quarto tipo di neoplasia più diffuso per incidenza dopo i 50 anni - con l'obiettivo di identificarne le criticità e disegnare un futuro modello di cura. E' il progetto U-Change, ideato e realizzato da Nume Plus e presentato in occasione del 5/o congresso dell'associazione Palinuro. "Nell'ambito del progetto U-CHANGE - dichiara Sergio Bracarda, direttore Dipartimento di Oncologia e S.C. Oncologia Medica e Traslazionale Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni e Presidente SIUrO, Società Italiana di Uro-Oncologia - abbiamo dato vita ad una Consensus multidimensionale, con l'ambizioso obiettivo, per la prima volta, di mettere sullo stesso piano i diversi attori che intercettano il paziente colpito da carcinoma avanzato della vescica nelle varie tappe del suo viaggio: clinici, associazioni dei pazienti, caregivers, fisioterapisti, infermieri, giornalisti di settore, farmacisti ospedalieri, direttori di ASL e di strutture ospedaliere, economisti della sanità nazionale, regionale e locale. In questo modo, tutto il panel degli esperti ha esplorato le diverse dimensioni, discutendo e concordando sia le attuali limitazioni dei modelli di cura e sia le proposte di miglioramento per la costruzione di un futuro modello di cura ancora più efficace". Quello della vescica e? il quarto tumore per incidenza dopo i 50 anni. In Italia nel 2021 questa neoplasia è stata diagnosticata in 25.500 persone e ha causato oltre 6.000 decessi.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

"Questo tumore - spiega il dottor Bracarda - si sviluppa inizialmente nel rivestimento interno della vescica (urotelio), ma può diffondersi alla parete muscolare che la circonda e raggiungere i linfonodi o altri organi come polmoni, fegato, ossa. Per questo motivo, una diagnosi tempestiva è fondamentale, perché influenza la sopravvivenza futura, così come l'approccio terapeutico che, a seconda dello stadio del tumore, prevede interventi anche combinati tra chirurgia, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia". Da un sondaggio condotto da Nume Plus su 1.000 persone dai 18 anni in su, è emerso che il 61% non è mai andato dal proprio medico per segnalare segni o sintomi come sangue nelle urine o bruciore durante la minzione. Il 34% non sa qual è lo specialista che si occupa di questa patologia, soltanto il 52% sa che la causa principale è il fumo mentre quasi il 50% è convinto che il principale fattore di rischio sia la predisposizione genetica. (ANSA).



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Hospice di Enna, Iudica: «Non ci rinunciamo, siamo alla ricerca di una sede alternativa»

*Il direttore generale dell'Asp sottolinea: «Abbiamo dato priorità in quei locali a due realtà altrettanto importanti come Utin ed Emodinamica»*

di **Angela Montalto**



Che fine ha fatto l'**Hospice di Enna**, per le cure palliative dedicate ai malati terminali? Negli scorsi giorni ci eravamo posti [questa domanda](#) a seguito di alcune segnalazioni e oggi arriva la risposta chiarificatrice del direttore generale dell'Asp, **Francesco Iudica** (nella foto), che di seguito riportiamo. «Purtroppo nella vita bisogna fare delle scelte non sempre indolore e bisogna farle seguendo dei criteri di **priorità**» -premette il Dg Iudica- La chiusura dell'Hospice **non è stato un capriccio** tanto meno la manifestazione di scarso interesse sociale da parte dell'Asp che dirigo ma **una necessità** per realizzare due realtà altrettanto importanti. Per la comunità ennese ci siamo prefissati di raggiungere due obiettivi essenziali: l'ampliamento dell'Utin, la **terapia**

**intensiva neonatale**, che dà centralità al nostro territorio, risultando punto di riferimento anche per altre province e negli spazi oggi in uso all'Utin si realizzerà **l'Emodinamica**».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

«**Purtroppo nell'immediato** non abbiamo soluzioni alternative, i parametri costruttivi cambiano anche con il cambiare delle norme- aggiunge Iudica- L'ospedale Umberto I non era concepito per ospitare l'Emodinamica e quest'ultima *(il progetto che l'Assessorato Regionale della Salute ha inserito, nel corso del 2021, nell'elenco di interventi approvati a valere sulle risorse del PO FSR Sicilia, per un importo complessivo di € 2.450.000 ndr)*, ha bisogno di spazi che non si possono ricavare al di fuori della struttura ospedaliera». «Ciò, sia chiaro, non significa che abbiamo rinunciato alla possibilità di avere l'Hospice a Enna. Qualche settimana fa avevo fatto un **sopralluogo** in Oncologia e Anatomia patologica, **reparti confinanti**, ma purtroppo non possiamo ricavare da lì gli spazi necessari. Il reparto per le cure palliative rivolte ai malati terminali deve essere una struttura non distante ma distinta da tutto il resto. Io- conclude il manager- non ci rinuncio, spero di trovare presto una soluzione alternativa e dunque non si tratta della soppressione di un reparto ma di una sospensione temporanea». E noi ci fidiamo delle parole del Direttore Iudica, **sensibile all'argomento**, e restiamo in attesa che presto l'Hospice trovi una nuova casa, l'Emodinamica veda la luce a Enna, dopo molti anni di lotte e l'Utin abbia spazi più comodi per ospitare i bimbi che arriveranno al mondo.

## Fabrizio Pregliasco

### “Prepariamoci a un'altra onda di Covid preoccupa l'attuale gestione del virus”

Il virologo: “Quest'inverno ci aspettiamo una risalita di contagi non pesante come in passato il reintegro dei No Vax veicola un messaggio di noncuranza, però non è ancora finita”

FRANCESCA DEL VECCHIO  
MILANO

«**I**l desiderio di tornare alla vita normale e una certa rilassatezza nella percezione del pericolo epidemico sono senz'altro due dei fattori che hanno inciso» sul rallentamento della campagna vaccinale, specie sulla somministrazione della quarta dose. Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università di Milano e direttore sanitario dell'Irccs Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano, spiega così i dati, anticipati da Nino Cartabellotta della Fondazione Gimbe, sul ritardo delle quarte inoculazioni italiane rispetto a quelle degli altri Paesi Ue. **Pregliasco, è solo “stanchezza vaccinale” o c'è qualcosa che non ha funzionato?**

«La narrazione dell'epidemia e della sua gestione attuale influisce in maniera significativa sulla percezione del rischio pandemico. Per esempio, il recupero del personale medico-sanitario non vaccinato veicola un messaggio di noncuranza. Oltre ad alimentare la facile propaganda No Vax, costruita sapientemente anche a livello internazionale per minare la credibilità dei vaccini e sulla quale sarebbe utile istituire una commissione d'inchiesta. Dunque, si registra una certa fatica nella vac-

cinazione. Noi chiediamo alle persone di fare un richiamo a distanza di sei mesi dall'ultima dose o dalla guarigione, ma molti, nella pratica, ci rispondono: “La terza dose l'ho fatta ma adesso basta”».

**Il governo sta sbagliando?**

«Sicuramente i messaggi politici relativi alle misure anti-Covid erano attesi da molte persone perché sono stati oggetto di campagna elettorale da parte di almeno due dei partiti che oggi sono al governo. Certo, l'obbligatorietà del vaccino è una scelta politica e ciascun governo stabilisce la propria linea, ma nella fase acuta dell'epidemia era indispensabile come strumento contenitivo dall'efficacia oggettiva, per una più rapida ripresa. Oggi viviamo una situazione relativamente positiva, di stabilità, con qualche lieve oscillazione: l'Rt è inferiore a 1 e l'ospedalizzazione è sotto controllo. In ogni caso, il ministro (della Salute, Orazio Schillaci, ndr) l'ha già detto: occorre una comunicazione istituzionale importante e persuasiva sulla campagna vaccinale. La normalità che rincorriamo dipenderà soprattutto da quanto i fragili e i soggetti a rischio saranno protetti con il vaccino. Le risalite ci sono, le curve ci mostrano che ci sarà un'onda, non un'ondata, e che non sarà pesante. Ma bisogna essere preparati. E con

l'influenza stagionale non sarà facile distinguere tra le due patologie».

**Il cambio di periodicità del bollettino Covid da quotidiano a settimanale influisce sulla “rilassatezza” delle persone?**

«A dire la verità, non è la frequenza a incidere quanto l'enfasi che si utilizza nel comunicare quei dati. Sono numeri, e restano disponibili su internet, per chi li cerca. Non credo che quello faccia la differenza».

**Tornando al vaccino, si va verso un'«annualizzazione» della campagna di immunizzazione anti-Covid?**

«Al pari del farmaco anti influenzale, credo sia importante che il vaccino contro il Covid, per le categorie a rischio per patologia e per età, entri a far parte del calendario vaccinale annuale. Non possiamo andare avanti con una campagna emergenziale periodica e disomogenea, sia a livello di costi che di gestione. Quanto alle categorie non a rischio, sulla base dei dati il vaccino è risultato utile anche per far durare meno la malattia in caso di contagio, oltre che per ridurre il rischio di trasmissione della malattia ai familiari fragili. Quindi è uno strumento di protezione sia sociale sia personale».

**L'Italia è passata dai primi**





# LA STAMPA

agli ultimi posti nella classifica europea per percentuale di vaccinazioni effettuate. All'estero sono stati più bravi di noi?

«Difficile fare classificazioni di risultato. A livello mondiale non c'è stata la dovuta copertura vaccinale, quindi il virus ha circolato e circola ancora. Il punto è che c'è stata una disuguaglianza a livello internazionale. Alcune iniziative hanno funzionato, altre meno. Quanto all'andamento dell'epidemia, ciascun Paese ha adottato una propria metodologia: Cina e Corea del

Nord puntano al contagio zero ma, al momento, risulta impossibile per via della contagiosità del virus. India, Brasile e altri, vuoi per ragioni organizzative, vuoi per motivazioni ideologiche, hanno lasciato che la malattia si diffondesse immediatamente. Altri, invece, hanno cercato di spalmare l'incidenza della malattia nel tempo. Ed è quello che abbiamo cercato di fare in Europa». —

## Nuovo governo

L'attuale gestione della pandemia influisce sul calo della percezione del rischio

## Doppia minaccia

La normalità dipende da quanti fragili riusciamo a proteggere. E c'è anche l'influenza

## Richiamo ogni 12 mesi

Il vaccino contro il Covid deve entrare a far parte del calendario annuale

## Immunizzazioni

Non possiamo andare avanti con una campagna emergenziale e disomogenea

## Professore

Fabrizio Pregliasco, direttore sanitario dell'Irccs Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio di Milano



IMAGOECONOMICA

## LA 4ª DOSE REGIONE PER REGIONE

Percentuale rispetto alla platea



WITHUB





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## CONTI PUBBLICI

# Taglio da 5 miliardi allarme sulla sanità

Petrini a pagina 8

DALLA NADEF EMERGE COME IL GOVERNO STIA PENSANDO DI RECUPERARE FONDI PROPRIO DA UN SETTORE VITALE DOPO IL COVID

ROBERTO PETRINI

## Il passo del gambero sulla spesa sanitaria: tagli per ben 5 miliardi in due anni

**I** tagli alla sanità ci sono e i livelli di spesa tornano pre-Covid. Lo conferma la lettura delle tabelle della NadeF, cioè della Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza "rivista e integrata" dal governo Meloni e approvata dal Parlamento nei giorni scorsi. Il colpo di forbice è atteso a cominciare dal prossimo anno: per il 2023 la NadeF formula una previsione di spesa sanitaria di 131,7 miliardi, pari all'1,7 per cento in meno rispetto all'anno in corso con una diminuzione di risorse in termini assoluti di circa 2,2 miliardi rispetto al 2022, anno in cui la spesa sanitaria ha tenuto i livelli di un picco di crescita pari a 133,9 miliardi. Per l'anno successivo, il 2024, la riduzione di spesa continua: sarà del 2,3 per cento rispetto al 2023.

Se si guardano le stime della spesa sanitaria rispetto al Prodotto interno lordo il confronto è ancora più evidente: il 2023 segna un ritorno al tasso spesa sanitaria-Pil del 6,6 per cento, rispetto al 7 del 2022 e ai livelli degli anni 2020-2021, oltre il 7 per cento, segnati dalla pandemia. Il processo di piattatura della spesa sanitaria meditato dall'esecutivo ed indicato nelle tabelle della NadeF è previsto proseguire anche negli anni successivi come conferma la Corte dei Conti nella sua recente "memoria" depositata presso le Camere: "Nel triennio 2023-2025, il profilo è confermato in forte riduzione (-1,1 per cento in media all'anno). Il rapporto tra spesa sanitaria e Pil si porta su livelli inferiori alla crisi sanitaria già dal 2024 (al 6,2 per cento), per ridursi ancora di due decimi nell'anno terminale".

Certo l'emergenza Covid più violenta sembrerebbe essere ormai alle spalle, ma riducendo le risorse c'è il rischio di abbassare eccessivamente la guardia su eventuali recrudescenze e soprattutto sul piano varati dal governo nell'ambito del Pnrr (il Piano nazionale di ripresa e di resilienza) per rafforzare la sanità sul territorio vero e tragico ventre molle del sistema-Italia ai tempi della pandemia. La linea del governo del resto era stata già indicata dalla "bozza" della NadeF lasciata in eredità da Draghi-Franco, che non aveva

l'onere di fare scelte di natura politica, e che prevedeva riduzione e "stabilizzazione" della spesa per i prossimi tre anni "a ragione dei minori oneri connessi alla gestione dell'emergenza epidemiologica". Quali sono i rischi? Un paio li individua già la Corte di conti nella audizione depositata alla Camera. «Andrà verificato - ammonisce la magistratura contabile - se un profilo di finanziamento (e di spesa) quale quello prefigurato nei quadri tendenziali sia compatibile con le necessità che ancora caratterizzano il comparto e, in particolare, con la soddisfazione dei fabbisogni di personale legati anche alla riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr e con le spese connesse all'aumento dei costi dell'energia». Insomma, se non si vuole "spegnere la luce" negli ospedali e bloccare la riforma dell'assistenza territoriale fondamentale per combattere le epidemie, come si è visto nei terribili mesi della pandemia, bisogna stanziare di più. Del resto i segnali che servono nuove risorse già si vedono dall'andamento dei dati di cassa opportunamente citati dalla Corte dei conti e che si riferiscono alla spesa sanitaria nel corso del 2022 e segnata da inflazione e caro bollette. La Corte segnala infatti che nei primi nove mesi dell'anno i costi per il caro bollette, riscaldamento ed energia, hanno registrato un aumento del 54 per cento. L'altro rischio, come accennato, è quello di frenare l'attuazione del Pnrr: il piano già approvato prevede infatti la realizzazione di 1.350 Case di comunità, 400 ospedali di Comunità, 600 centrali operative territoriali di telemedicina per assistere almeno 800mila persone.

È vero che il test vero e proprio sull'atteggiamento del governo sarà sulle tasse e sulle pensioni e si vedrà con la prossima legge di Bilancio, ma sul welfare già è stata disegnata una pericolosa cornice di tagli.



## LA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

# La spesa sanitaria pagata dei cittadini cresce del 20%

Boom di spese sanitarie a carico dei cittadini che nel 2021 volano a 37,16 miliardi. La cosiddetta spesa *out of pocket*, quella cioè al di fuori del Servizio sanitario nazionale, secondo l'ultimo monitoraggio pubblicato ieri dalla Ragioneria generale dello Stato è cresciuta del 20,7% rispetto ai valori del 2020 quando era calata dell'11,6 per cento. Un boom di spese sostenute direttamente dai cittadini cresciute soprattutto per farmaci non rimborsabili, visite mediche e diagnostica dopo la frenata legata allo scoppio della pandemia che nel 2020 aveva limitato la spesa sanitaria privata.

Tra l'altro la stessa Ragioneria segnala come «la distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria per l'anno 2021 mostra che la crescita dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale». Rispetto invece alla sua composizione le spese per visite specialistiche ed interventi continuano ad avere un peso prevalente

(46,1%) sul totale della spesa a carico dei privati, confermando il trend degli anni precedenti. «Anche per questo anno, tra l'altro, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri (31,1% del 2021 vs il 33% del 2020)». Complessivamente nel 2021 la spesa sanitaria è stata di 126,6 miliardi a cui si aggiungono appunto i 37 miliardi pagati direttamente dai cittadini.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Sanità a rischio Ssn: entro il 2050 spesa al 9,5% del Pil

Francesca Cerati — a pagina 22

# Ssn a rischio sostenibilità: entro il 2050 spesa al 9,5% del Pil

**Proiezioni.** Meridiano Sanità: per mantenere in futuro la sanità pubblica che varrà 220 miliardi occorre intervenire su cinque leve insieme e far convergere politica sanitaria e politica industriale del Paese

Francesca Cerati

«La sanità pubblica non sarà sostenibile se non ci saranno interventi di correzione rispetto alle attuali dinamiche socio sanitarie». Questa, in sintesi, una delle principali indicazioni che emerge dall'ultimo rapporto Meridiano Sanità realizzato da The European House - Ambrosetti. «Il rapporto - dice Daniela Bianco, responsabile dell'area Healthcare di Ambrosetti - tiene conto dei diversi determinanti della salute, non solo sanitari, ma anche ambientali, sociali ed economici. Ci siamo resi conto che lo scenario 2050, considerando l'evol-

zione del contesto demografico ed epidemiologico, non è sostenibile, di conseguenza occorre intervenire agendo su diversi livelli».

In pratica, il meta modello di partenza mette insieme fattori economici (Pil e spesa sanitaria procapite), prevalenze (malattie croniche), fattori demografici e fattori di rischio (fumo, alcol, obesità, ecc) in un grande frullatore che elabora tutti i numeri includendo le proiezioni demografiche e socio economiche. Da qui, la spesa sanitaria a prezzi reali al 2050 raggiungerà il valore di 220 miliardi di euro, con un'incidenza sul Pil pari al 9,5%, cioè +2,4 punti percentuali rispetto al 2022.

Ma qual è il punto di partenza? «In Italia l'investimento in salute in valore assoluto resta tra i più bassi d'Europa: il 7,2% di oggi pone già il

nostro Paese in coda alla classifica - spiega Valerio De Molli, managing partner e amministratore delegato di The European House - Ambrosetti - Non solo, la spesa sanitaria pubblica pro capite è meno della metà di quella della Germania. E con la previsione contenuta nel Def del 5 novembre 2022 di riportare il finanziamento al 6,2% si va verso un depotenziamento. Al 2050, se prevediamo il 9,5%, è evidente che abbiamo bisogno di molti più soldi. Questo delta differenziale all'anno è di non meno di 16 miliardi».

E ancora. In Italia abbiamo toccato il picco della popolazione nel 2014 e siamo con la marcia indietro ormai già da otto anni. I 400mila nati sono il dato più basso dal 1861 ed è impressionante vedere come la forbice di natalità si sta amplificando. «Questo porta a una struttura demografica che tende verso una popolazione più anziana, che porta una pressione importante sul sistema sanitario e che diventa quasi insostenibile se consideriamo che 9 su 10 degli over 75 soffrono di almeno una patologia cronica e il 65%, cioè due terzi, ha ben 2 patologie - continua De Molli - In prospettiva, al 2050, il 75% dell'intera spesa sanitaria pubblica sarà legato a persone sopra i 60 anni, contro il 60% di oggi». E sul fronte dell'occupazione? «Oggi sono 23,1 milioni gli occupati nella fascia lavorativa, numero che andrà necessariamente a diminuire se diminuisce la popola-

zione e quindi i 23,1 milioni diventeranno 19,1. Tradotto in soldi: i 5800 euro per cittadino pagati oggi in media sulla tassazione dei redditi diventeranno 11.500. Improponibile» precisa l'ad di Ambrosetti.

Nel rapporto sono state fatte simulazioni analoghe anche tenendo conto di altre leve, come l'età pensionabile e il numero di immigrati, per scoprire però che ovunque si «giochi» con i dati il sistema non regge. Ma secondo Meridiano Sanità, se le 5 leve (pressione fiscale, politiche a sostegno della natalità, interventi sull'occupazione, sulla forza lavoro e sull'immigrazione) a disposizione per promuovere la sostenibilità del Ssn sono messe insieme renderebbero accettabile il modello di previsione.

Ma c'è anche un tema di dimensionamento e di valore delle risorse che operano nel sistema. «Oggi il personale di medicina generale, quello ospedaliero e infermieristico ha anch'esso un'anagrafica molto importante - precisa De Molli - e se nel quinquennio 22-27 più o meno il sistema potrebbe riuscire a rigenerare il corpo professionale attraverso le nuove le-



ve, il problema si pone nel tendenziale, se si vogliono tenere le stesse proporzioni di struttura di servizio di oggi. Ipotizzando un infermiere ogni 52 over 65, un medico ospedaliero ogni 134 over 65 e un mmg ogni 331 over 65 (che è la fotografia di oggi e che è essa stessa sottodimensionata rispetto ad altri paesi), scopriamo che abbiamo bisogno nei prossimi 30 anni di 140mila infermieri in più, oltre 54mila medici ospedalieri e 22mila medici di mmg».

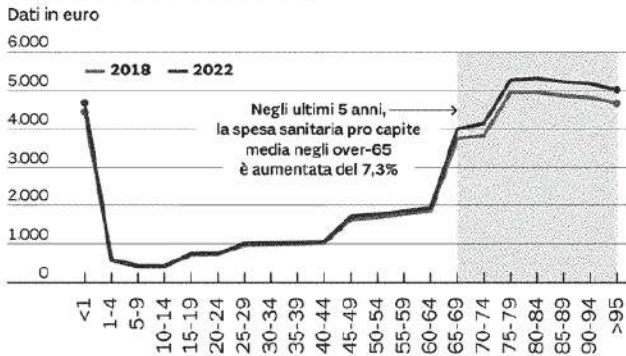
Altro dettaglio: siamo il Paese con le retribuzioni più basse di tutti. Quindi se vogliamo dimensionare e aumentare i compensi per evitare che i medici vadano all'estero dobbiamo aggiungere ulteriori 21,3 miliardi a quel modello già pesante appena descritto. Conclude De Molli: «Quanto più rapidamente muta l'ambiente esterno tanto più è necessaria e indispensabile avere una lucida visione del futuro che oggi non c'è. E quindi un piano nazionale delle Life sciences con una visione di medio lungo termine che veda manifattura e ricerca al centro di un modello di sviluppo del futuro e che privilegi quelle industrie che investono in cultura, produzione e ricerca è un fattore imprescindibile. E per fare questo occorre eliminare quel meccanismo assurdo del payback».

Il Sole **24 ORE**

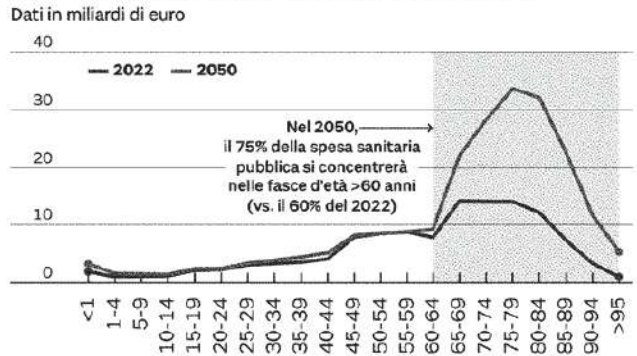
© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Spesa sanitaria pubblica: un trend in netta salita

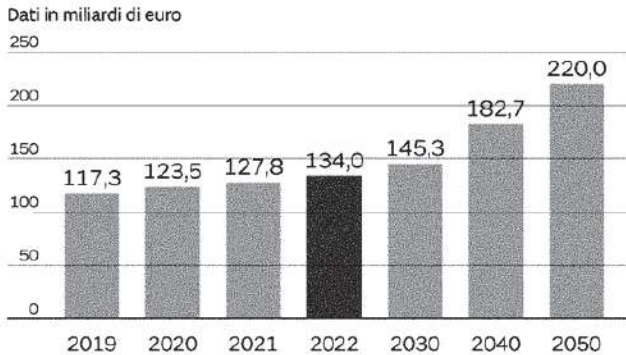
### SPESA SANITARIA PER FASCE D'ETÀ



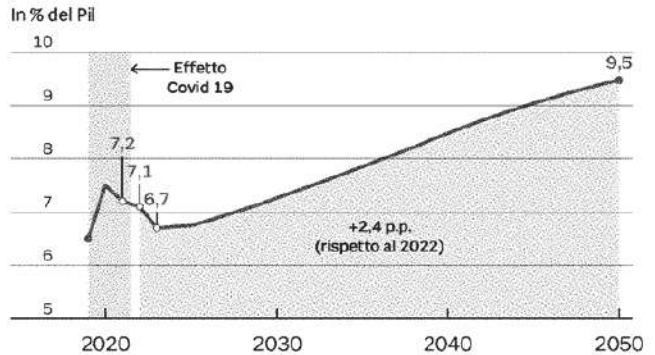
### SCENARIO PREVISIONALE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA



### PROIEZIONE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA



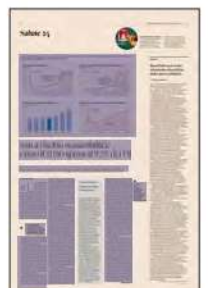
### PROIEZIONE DELL'ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA



Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti

**Le cinque leve: pressione fiscale, politiche pro natalità, occupazione, forza lavoro e immigrazione**

**VISIONE**  
Serve un piano nazionale delle life sciences con una visione di medio-lungo termine



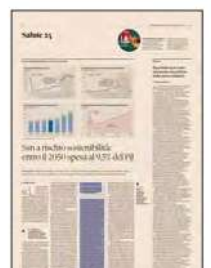
## VISIONE STRATEGICA

# Cabina di regia necessaria

«Con il Pnrr abbiamo un'occasione di finanziamento irripetibile. Sprecare questa opportunità sarebbe colpevole, in particolare nei confronti delle future generazioni» ha detto il presidente del Consiglio superiore di sanità, Franco Locatelli, alla presentazione del rapporto Meridiano Sanità di The European House - Ambrosetti. Anche perché sul fronte ricerca «siamo in un periodo di rivoluzione innovativa. Abbiamo, per esempio, strumenti che si basano su farmaci viventi, come le Car-T. Investire in questo ambito per l'Italia è

fondamentale anche sul piano dello sviluppo». Serve però razionalizzare gli studi e «in questa prospettiva è fondamentale creare una vera Anagrafe della ricerca». Ma serve anche una ricetta basata su risorse e regole. - Quello che chiediamo al nuovo governo di concerto coi ministeri competenti, quindi il Mef, il Mise, Salute e Ricerca, è una visione strategica e una cabina di regia - ha aggiunto Marcello Cattani, presidente di Farmindustria - Abbiamo un tema di regole, risorse, accesso e innovazione che non riguarda

solo l'Italia ma anche l'Europa, perché l'innovazione, come Continente, l'abbiamo persa: oggi 5 farmaci su 10 approvati da Ema vengono dalla ricerca Usa e 2,5 dalla Cina».



# Aborto i perché di un calo

Le interruzioni di gravidanza in diminuzione costante. I medici: «C'è più consapevolezza»  
Ma tra le più giovani conta anche l'accesso gratuito ai contraccettivi: il caso della Toscana

**IL DOSSIER**

**MARIA BERLINGUER**  
ROMA

In Toscana, unica di tre Regioni a distribuire gratuitamente contraccettivi alle ragazze sotto i 25 anni nei consultori, le interruzioni di gravidanza sono in forte calo soprattutto tra le giovanissime. Meno 31 per cento tra le ragazze rispetto al meno 16 per cento del resto delle donne che hanno scelto di interrompere la gravidanza. E solo in Emilia Romagna e in Puglia le donne sotto i 25 anni hanno il diritto di accedere gratuitamente ai contraccettivi. E pure l'aborto è in forte calo ovunque. Gli ultimi dati disponibili e ufficiali dicono, malgrado le alzate di scudi del nuovo governo, che dal 2019 al 2020 gli aborti sono calati del 9,3 per cento. «Questo è stato il merito della contraccezione che ci voglio togliere mettendo consultori cattolici, già la Lorenzin ci ha tolto nel 2018 la contraccezione gratuita e anche questo ha avuto un suo significato - di-

ce Silvana Agatone presidente dei ginecologi non obiettori -: le persone che hanno poco reddito hanno difficoltà anche ad acquistare la contraccezione».

Ma «nonostante tutto c'è un calo, merito di una maggiore consapevolezza. Resta il fatto che una donna che vuole contraccezione si deve pagare tutto - aggiunge - dicono vogliamo meno aborti, beh, cominciasse a pagare la contraccezione nel sistema sanitario». «Gli aborti sono in diminuzione dal 1978, nel mondo muoiono cinquantamila donne ogni anno di aborto non sicuro e quindi le donne abortiscono comunque» spiega Elisabetta Canitano ginecologa e militante per il diritto della donna di scegliere. «Se la Toscana può dimostrarci che l'accettazione della sessualità femminile e quindi la distribuzione gratuita dei contraccettivi funzionano beh dobbiamo applaudire». Canitano che ora milita in Potere al Popolo ricorda che solo Puglia e Emilia Roma-

gna sono altrettanto virtuose.

Silvio Viale da sempre in prima linea a difesa del diritto di abortire conferma il calo delle interruzioni di gravidanza. «Io ho i dati dell'ospedale Sant'Anna di Torino che fa la metà degli aborti del Piemonte e il 90% di quelli di Torino e a settembre eravamo in calo del 6% rispetto all'anno precedente, l'età media degli aborti è uguale a quella delle prime gravidanze, 32 anni, sono aumentati gli aborti nelle donne sopra i 40 anni che addirittura sono superiori rispetto alla donne sotto i 25» dice.

In Piemonte non vengono distribuiti gratuitamente i contraccettivi ma questo per Viale è un falso problema. «Fino a pochi anni fa erano dati dal sistema sanitario. Ma c'erano molti più aborti. È la maggior consapevolezza che ha fatto calare gli aborti. Le donne italiane sono tra le più virtuose, in Francia e in Svezia gli aborti sono il doppio. La Francia fa un terzo di figli in più

e fa il doppio di aborti». Il grosso calo in parte è dovuto alla riduzione della popolazione in età feconda, ma la diminuzione è doppia rispetto al calo delle nascite. «Negli ultimi 40 anni abbiamo avuto due terzi in meno di aborti mentre le nascite sono calate del 16%» prosegue Viale. Le donne con meno di 25 anni in Italia sono 3 milioni e ci sono circa dieci milioni di donne in età feconda: secondo le stime il 20 per cento utilizzerebbe la pillola. Secondo i dati 2020, 41 donne su mille hanno avuto una gravidanza, il 5,4 per cento ha scelto l'interruzione. —

**-31%**  
La riduzione delle interruzione di gravidanza tra le donne under 25 in Toscana

**-9,3%**  
La diminuzione degli aborti registrata tra il 2019 e il 2020 in Italia

**50 mila**  
Le donne che perdono la vita ogni anno nel mondo a causa di aborti insicuri



Allarme di Cartabellotta (Fondazione Gimbe): tanti fragili non protetti

## Quarte dosi, Italia a rilento “Siamo tra gli ultimi nell’Ue”

### IL CASO

MILANO

**L'**Italia è tra gli ultimi Paesi dell'Ue per numero di quarte dosi somministrate. A dirlo è il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta. «Nel 2021 abbiamo svolto, sia con le coperture vaccinali, sia con la mutazione del virus che è diventato molto meno aggressivo», ha spiegato, aggiungendo che «bisognerà gestire queste ondate periodiche che non sono sempre prevedibili. Purtroppo con le quarte dosi per i fragili siamo molto indietro». I dati su cui le valutazioni del numero uno di Gimbe si basano non sono ancora disponibili, ma stando al rapporto sulla situazione vaccinale nazionale fornito dall'istituto bolognese, le quarte dosi somministrate nel nostro Paese al 9 novembre sono state

4.504.806, con una media di 28.883 al giorno. In lieve aumento rispetto alle 28.310 della scorsa settimana (+2%). In base alla platea ufficiale di circa 19 milioni di persone di cui 13 milioni over 60, poco meno di quattro milioni tra fragili e immunocompromessi, il tasso di copertura nazionale per le quarte dosi era a quella data del 23,6% con nette differenze regionali. Positivo il tasso di somministrazione nazionale della terza dose, l'84,5% con il 78,5% della Sicilia e l'88,4% della Lombardia. Calano del 18,5% i nuovi vaccinati: 1.127 rispetto ai 1.382 della settimana precedente. Di questi il 20,8% è rappresentato dalla fascia 5-11 anni. Calano anche tra gli over 50, più a rischio di malattia grave, i nuovi vaccinati: -12,7% rispetto alla settimana precedente. Intanto, restano poco più di

sei milioni le persone vaccinabili di età superiore a 5 anni che non hanno ricevuto nemmeno una dose. Quanto all'andamento del contagio - l'ultimo monitoraggio risale alla settimana dal 26 ottobre al 1° novembre - per la terza settimana consecutiva si registra un calo dei nuovi casi settimanali (-23,5%): da 236 mila scendono a quota 180 mila. Il calo «riguarda tutte le Regioni, dal -10,2% della Basilicata al -46,8% del Piemonte», spiegano da Gimbe. Ad esclusione della provincia di Prato (+2,1%), in tutte le altre si registra una diminuzione dei nuovi casi e l'incidenza supera i 500 casi per 100.000 abitanti in 4 province: Rovigo, Padova, Venezia e Belluno. «La pubblicazione dei dati a cadenza settimanale - ha spiegato Cartabellotta - rappresenta un tassello della strategia

oscurantista del governo nella gestione della pandemia: dal reintegro anticipato dei sanitari non vaccinati al “ritiro” della circolare del ministero sul piano di preparazione per la stagione autunno-inverno, al silenzio sulla campagna vaccinale per i più fragili». F.D.V. —

**4,5**  
I milioni  
di quarte dosi  
somministrate  
nel nostro Paese





## ANTIVIRUS



# VACCINI: L'ETÀ FA MOLTA DIFFERENZA

**✱ I VACCINI** sono stati utili e opportuni. Il settimo Rapporto prodotto dall'Istat e dall'Iss fotografa l'impatto dell'epidemia Covid sulla mortalità totale del biennio 2020-2021. Da marzo 2020 a gennaio 2022 l'eccesso di mortalità rispetto alla media 2015-2019, è stato di 178 mila decessi, con gran parte dell'eccesso 2021 osservato nel primo quadrimestre, quando la copertura vaccinale era ancora molto bassa. Con il progredire della campagna di vaccinazione, la mortalità è significativamente diminuita a partire dalla ventesima settimana del 2021: l'82% circa dei decessi nel 2021 è avvenuto nel primo quadrimestre. In particolare, si è molto ridotta la mortalità Covid nella fascia di età 80 anni e più. Prova inconfutabile che i vaccini abbiano funzionato so-

prattutto nelle fasce di età più anziane. Successivamente, con il miglioramento generale della pandemia, l'eccesso di mortalità si è assottigliato. Di pari importanza dei dati Istat sono i dati relativi agli effetti collaterali. Come era da aspettarsi, solo il tempo può far luce su alcuni aspetti positivi o negativi dell'impiego di un farmaco o di un vaccino. Quanto, in merito, pubblicato in Italia, non ci appare particolarmente chiaro. Siamo andati a consultare il sito *Swiss Medic*, dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici. Il tasso di notifica di effetti collaterali da vaccini Covid è 0.9%, 15.781 segnalazioni di eventi avversi, su 16.012.150 dosi di vaccino somministrate fino al 24 agosto 2022. Se questi primi dati confermano un profilo rischio-beneficio positivo, ciò è però da intendersi nella

globalità. I grafici di questo report illustrano la suddivisione degli effetti collaterali per fasce d'età. Ciò che subito salta all'occhio è il fatto che la maggior parte degli interessati (66,9%) aveva un'età compresa tra i 18 e i 64 anni (in media 50,1 anni), mentre gli over 65 ne erano risparmiati. Il rapporto rischio-beneficio è stato massimo in questi ultimi, ma sensibilmente minore nei più giovani. Dati che sono concordanti anche con il rischio di patologia. Nella fase epidemiologica attuale siamo sempre più convinti che sia necessaria una riflessione sull'ulteriore impiego dei vaccini.

**MARIA RITA GISMONDO**

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



## ***Ricerca Usa: senza mascherina a scuola più positivi e più assenze anche con alti tassi di vaccinazione***

**DI EMANUELA MICUCCI**

La mascherina in classe contro il covid funziona. E fa perdere meno giorni di scuola agli studenti e assentare meno per malattia i docenti. Anche con tassi di vaccinazione elevati. Un nuovo studio sul «New England Journal of medicine» lo dimostra, esaminando i tassi di casi di covid di 72 distretti scolastici dell'area di Boston, che comprendevano 294.084 studenti e 46.530 dipendenti scolastici, dopo che il dipartimento dell'istruzione (Dese) del Massachusetts ha revocato, a febbraio 2022, il ricorso alle mascherine nelle scuole in tutto lo stato in conformità con le nuove linee guida del Cdc. La revoca dell'uso della mascherina a scuola è stata associata a ulteriori 44,9 casi di covid ogni 1.000 studenti e personale scolastico durante le 15 settimane successive alla fine del loro utilizzo, che corrispondono a una stima di ulteriori 11.901 positivi.

**Questi positivi in più rappresentano il 33,4%** dei casi nei distretti scolastici che hanno abbandonato l'uso delle mascherine e il 29,4% dei casi in tutti i distretti scolastici durante quel periodo. Un effetto che è più pronunciato tra docenti e personale scolastico. La revoca dei requisiti di mascheramento, infatti, è stata associata a ulteriori 81,7 casi di covid ogni 1.000 dipendenti scolastici nelle 15 settimane successive, pari al 40,4% dei casi tra il personale dei distretti scolastici che hanno revocato le mascherine. Contagi da covid che hanno portato a una sostanziale

perdita di giornate scolastiche in presenza, stimate in minimo 17.500 giorni di assenza scolastica negli studenti e 6.500 giorni di assenza del personale scolastico.

**Le mascherine, quindi, sono una componente fondamentale** per ottimizzare l'apprendimento degli alunni. Gli autori dello studio hanno, di fatto, seguito un esperimento naturale sull'impatto dell'uso delle mascherine, poiché i distretti scolastici hanno rimosso l'utilizzo in momenti diversi e per niente, con quelli di Boston e di Chelsea che hanno mantenuto le mascherine per tutto il periodo dello studio di 40 settimane.

**Scoprendo così che i tassi di incidenza di covid erano simili** tra i distretti prima che fosse revocato l'uso della mascherina a scuola per poi discostarsi rapidamente con incidenza di casi covid più elevati nei distretti immediatamente dopo la rimozione del requisito della mascherina, soprattutto durante 12 delle 15 settimane successive alla revoca.

**Un'associazione tra le politiche di utilizzo della mascherina e incidenza del covid** che è stata più forte durante le settimane in cui l'incidenza del covid nelle città e nei paesi circostanti era più elevata.

—© Riproduzione riservata—■



# Tetti di spesa, prezzi e burocrazia frenano l'innovazione nelle cure

**Il report I-com.** Italia poca attrattiva per gli investimenti per i colli di bottiglia  
Pesa anche il ritardo nel recepire le regole Ue sulle sperimentazioni cliniche

**Marzio Bartoloni**

Il treno dell'innovazione delle cure potrebbe non fermarsi più in Italia rischiando così di restare esclusa dalla montagna di investimenti - circa mille miliardi di dollari - previsti da qui al 2025 per il settore della ricerca clinica. Che l'Italia non sia un «ecosistema attrattivo» per l'innovazione è noto da tempo, ma il nuovo Report «Salute e competitività: strategie e investimenti per vincere le sfide del Recovery e della Crescita» realizzato dall'Istituto per la Competitività (I-Com) che sarà presentato oggi a Roma nel suo tradizionale appuntamento annuale mette in fila tutti i «fattori di freno» e i «colli di bottiglia» che rendono oggi poco competitivo il nostro Paese, come dimostrano in modo molto evidente i numeri sulle sperimentazioni cliniche, la ricerca cioè che si fa per arrivare ai nuovi farmaci: «L'Italia - si legge nel report - è tra gli ultimi paesi in Europa con 3,14 trial clinici avviati per 100.000 abitanti nel 2021, nettamente al di sotto della media Ue di 5,43» e lontanissima dai numeri a due cifre dei Paesi del Nord Europa.

Innanzitutto a rendere «ostile» il nostro ecosistema c'è il punitivo meccanismo dei tetti di spesa e del *payback* di cui solo l'Italia è dotata e che costringe le aziende farmaceutiche (e presto anche quelle dei dispositivi medici) a ripianare metà dello sfioramento dal tetto, cosa che a esempio accade puntualmente da anni per i cosiddetti acquisti diretti (la farmaceutica ospedaliera).

Per il report di I-Com «le dinami-

che che influenzano l'evoluzione della spesa farmaceutica non possono essere racchiuse in un tetto fissato come percentuale delle risorse del Ssn. Ne sono un esempio la scadenza dei brevetti, la variazione del mix prescrittivo o l'introduzione di nuovi farmaci». Tra l'altro la sottostima dei tetti diventa una tagliola per le aziende e così non si può ignorare il fatto che questa «unicità» tutta Italiana per tenere a bada la spesa diventi un boomerang comportando «una perdita di attrattività del nostro Paese per gli investimenti dell'industria».

Ma l'autogol italiano sull'innovazione non si ferma qui: mentre al livello europeo all'EmA, l'Agenzia Ue del farmaco, a causa dell'emergenza Covid si sono sperimentate con successo procedure ultra-rapide - la cosiddetta rolling review - per approvare i vaccini, l'Italia è ancora alle prese con «un impianto normativo e regolatorio non adeguato alle attuali necessità del settore, con un iter di approvazione degli studi lento e difficoltoso che - avverte I-com - porta tempi lunghi e sforzi duplicati nell'approvazione degli studi, poco compatibili con la competizione internazionale». Il carico da undici arriva poi dal tormentato recepimento del nuovo Regolamento europeo sui Clinical Trials (453/2014) che introduce un portale unico per le sperimentazioni di nuovi farmaci nella Ue con un taglio della burocrazia, mantenendo solo fino al 2023 le vecchie procedure per chi non si è adeguato. Ma se diversi Paesi hanno già completato «una profonda revisione e semplificazione del proprio

apparato regolatorio», l'Italia «dopo 8 anni dalla deliberazione della nuova normativa, non ha ancora emanato i necessari decreti attuativi». Restano infatti molti nodi irrisolti e vincoli burocratici: dalla definizione dei requisiti dei centri autorizzati alle sperimentazioni al «punto cruciale» e cioè - spiega I-com - «la riduzione dei comitati etici territoriali a un numero massimo di 40 (oggi sono circa 90), oltre ai 3 a valenza nazionale».

Infine c'è la questione dei prezzi e del rimborso del costo dei farmaci su cui il nostro Paese è ancora indietro rispetto alle sperimentazioni di altri Paesi che si basano sempre di più sui principi della «Value Based Healthcare» che il report definisce come «una cornice strategica e metodologica in grado di guidare un'assistenza sanitaria basata su esiti di salute anziché su volumi di prestazioni e su partnership con le aziende anziché su meri rapporti di acquisto e vendita». L'idea in sostanza è «applicare logiche innovative di condivisione del rischio su farmaci e dispositivi medici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

84

## NUOVI FARMACI APPROVATI

nel 2021 nel mondo approvati 84 nuovi farmaci, il doppio rispetto a 5 anni fa e il numero di pazienti arruolati (esclusi gli studi Covid) è cresciuto di quasi il 40%



## PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO

Per Antonella Levante vice presidente Iqvia è necessario agire «con decisione su modelli agili di partenariato pubblico-privato»



ANALISI

## Il payback non è uno strumento di gestione della spesa sanitaria

di **Vincenzo Fortunato**

**A**nche quest'anno il legislatore si accinge a prevedere il payback per finanziare la spesa farmaceutica. In pratica, è il meccanismo che impone ai soggetti della filiera farmaceutica e, in particolare alle imprese farmaceutiche, di contribuire al ripiano della spesa per l'acquisto di farmaci.

Inizialmente il sistema fu introdotto nel 2007 come "clausola di salvaguardia" della spesa per i farmaci distribuiti tramite le farmacie (spesa per "acquisti convenzionati") che, in quanto non controllabile direttamente, poteva portare a eccedere le risorse stanziate. Tale sistema ha poi subito infinite modifiche e la sua estensione alla spesa per i farmaci acquistati dagli ospedali e dalle Asl (spesa per "acquisti diretti") ha portato a numerosi contenziosi giurisdizionali, alcuni dei quali ancora pendenti. Da ultimo, è stato sollevato un ulteriore e delicato profilo di illegittimità che attiene alla compatibilità del payback con i principi costituzionali e comunitari in materia contabile.

La questione è la seguente: il legislatore prevede, sotto forma di un tetto costituito da una percentuale del Fondo Sanitario Nazionale, uno stanziamento complessivo per la spesa farmaceutica che viene poi suddiviso in due tetti separati, uno per la spesa per "acquisti diretti" e l'altro distinto per la spesa dei farmaci per "acquisti convenzionati". Di fatto le risorse complessive allocate dal legislatore alla spesa farmaceutica, sono sistematicamente sottodimensionate rispetto all'effettiva necessità fin dal 2013. Inoltre, apparentemente senza una ragionevole spiegazione, nella suddivisione di tali risorse già insufficienti, lo stanziamento per gli "acquisti diretti" negli anni è sempre stato sottostimato mentre lo stanziamento per gli "acquisti convenzionati" è stato quasi sempre sovrastimato.

Consapevole delle conseguenze pratiche della deliberata sottostima del finanziamento della spesa per acquisti diretti, il legislatore ha introdotto la regola che il 50% di tale disavanzo fosse posto a solo carico delle imprese farmaceutiche presenti in questo canale di distribuzione, mentre la sovrastima dello stanziamento per la spesa convenzionata ha consentito alle Regioni di disporre liberamente delle somme stanziate in eccedenza e, inoltre, di mantenere indenni le imprese che producono i medicinali destinati alle farmacie.

Ebbene tale sistema non appare compatibile con i principi contabili imposti dalla Costituzione che richiedono che i bilanci pubblici siano veritieri, realistici, prudenti e fondati sulla attendibilità delle

previsioni passate e appare altresì incompatibile con il corretto governo delle previsioni macroeconomiche e di bilancio ex ante ed ex post previste dalla dir. 85/2011/Ue.

Il tema è ora all'esame del CdS che dovrà valutare se anche tale questione risulti non manifestamente infondata e quindi vada rimessa all'esame della Corte Costituzionale o della Corte di Giustizia della Ue. Inoltre, anche la Legge di Bilancio 2022 al comma 282 dell'art. 1 prevede esplicitamente che, a parità di risorse stanziate per la spesa farmaceutica, la loro allocazione nei due tetti di spesa possa essere "rideterminata sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale". A tutt'oggi, tale norma è rimasta inapplicata e la speranza è che gli uffici della Camera quest'anno pongano attenzione al suddetto profilo ponendovi rimedio.

Al di là di quanto previsto dalla norma citata, per una soluzione della questione che non comporti una maggiore spesa complessiva, basterebbe prevedere espressamente la possibilità di utilizzare gli avanzi di gestione dello stanziamento sovrastimato ("spesa convenzionata") per coprire, in tutto o in parte, lo sfioramento delle spese sottostimate ("spesa per acquisti diretti"). A ben vedere questa soluzione si sarebbe dovuta risolvere in via amministrativa anche con un'interpretazione "comunitariamente orientata" ma ciò non è stato possibile a dimostrazione di una volontà politica che deve essere corretta dal legislatore.

In conclusione, il payback non è uno strumento di gestione della spesa e ciò è dimostrato dai numerosi contenziosi e dalle continue richieste di modifica della governance della spesa farmaceutica da parte di Regioni ed aziende. L'auspicio è, quindi, che il legislatore riveda le attuali norme in modo da consentire un'efficiente gestione dell'assistenza farmaceutica oltre a una rappresentazione dei bilanci pubblici che siano veritieri, realistici, prudenti e fondati sulla attendibilità delle previsioni, come richiesto dall'Unione europea.

*Professore e Avvocato di Diritto Amministrativo*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Una partita da mille miliardi fino al 2025

### La ricerca clinica

La pandemia e il miracolo dei vaccini contro il Covid realizzati in tempi record hanno definitivamente acceso i riflettori sulla strategicità della ricerca clinica, quella che porta alla scoperta di nuove cure e farmaci. Un treno che corre a grande velocità già da diversi anni come mostrano i dati di Iqvia, provider globale di dati sanitari: nel 2021 nel mondo sono state approvati 84 nuovi farmaci, il doppio rispetto a cinque anni fa e il numero di pazienti arruolati (escludendo gli studi Covid) è cresciuto di quasi il 40% rispetto al 2020. Per alimentare questa innovazione l'industria investe grandi quantità di risorse: oltre 130 miliardi di dollari a livello globale considerando solo le prime 15 principali aziende farmaceutiche, con una crescita di circa l'8% dal 2016. Ma più in generale da qui al 2025 sono attesi mille miliardi di investimenti. La grande vitalità della ricerca clinica a livello globale è dimostrata anche dai numeri delle sperimentazioni cliniche: i trial clinici sono

aumentati del 14% tra il 2020 e il 2021, passando da 4.890 trial nel 2020 a 5.580 nel 2021.

Al momento i maggiori investimenti riguardano l'oncologia e le malattie rare. Sempre secondo Iqvia, nel periodo 2019-2023, le pipeline dell'industria si stanno concentrando per il 45% sui cosiddetti farmaci orfani (quelli per le malattie rare) e per il 35% sui biologici (tra questi: ormoni, enzimi, emoderivati, sieri e vaccini, immunoglobuline, allergeni e anticorpi monoclonali). Nel caso dell'oncologia, sono i tumori rari ad avere la maggioranza degli investimenti, incluso i vaccini a mRNA. Stanno, inoltre, emergendo altre aree di ricerca, come quella gastrointestinale con la modulazione del microbioma per il controllo dell'infiammazione. In campo neurologico è l'Alzheimer a ricevere più investimenti e in psichiatria la depressione. Inoltre sta crescendo l'attenzione della ricerca sull'infettivologia e la prevenzione di future pandemie, dopo la corsa alle terapie contro il Covid.

Per Antonella Levante, vicepresidente Iqvia Italia «la ricerca è sviluppo e competitività. Gli ospedali di eccellenza deputati alla ricerca clinica in Italia non devono perdere l'opportunità di essere in prima linea. È certificato che ci sono importanti benefici per i paesi che investono in ricerca clinica». «In generale, c'è la necessità di adeguare gli organici e sviluppare nuove competenze, ad esempio in ambito di informatica medica e data science, ma anche agire sulla governance dei centri clinici», avverte ancora Levante che giudica molto positiva l'annuncio dell'arrivo in Italia di Moderna: «È una conferma dell'eccellenza del nostro Paese, capace di attrarre investimenti per la ricerca e la produzione farmaceutica». «Il nostro Paese - continua la vice presidente Iqvia Italia - è forte dei una grande tradizione di eccellenza che deve ora aprirsi alle nuove tecnologie cui guardano anche le aziende Biotech. Solo questa costante azione di investimento e apertura all'innovazione,

ci consentirà di continuare ad attrarre talenti, avere un parco di strumentazione e servizi diagnostici evoluti, all'altezza della competizione globale». Bisogna poi spingere sull'alleanza con il privato che - conclude Levante - «è una straordinaria opportunità che rischiamo di perdere non agendo con decisione su modelli agili di partenariato pubblico-privato». —Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Silvio Garattini A OGNUNO LA SUA MEDICINA (DI GENERE)

I farmaci, studiati sugli uomini, hanno efficacia e tossicità diverse sulle donne: occorre una ricerca più sex oriented che tuteli il sesso femminile. L'appello del grande studioso

di **Rossella Briganti**

**Nella popolazione italiana, le donne sono 1,6 milioni in più degli uomini.**

Ma benché siano in maggioranza, le "quote rosa" sono più penalizzate del "sesso forte" in molti campi: scuola, lavoro, carriera, retribuzione, persino sotto l'aspetto sanitario. Sì, anche nella possibilità di ricevere una diagnosi e una terapia tempestive e adeguate. Persino la ricerca è a senso unico. «Su 628 studi di nuovi farmaci che abbiamo analizzato, ben il 73% non riferiva dei diversi effetti su maschi e femmine. Eppure efficacia e tossicità di una molecola variano in base al sesso», esordisce il professor Silvio Garattini, farmacologo e ricercatore, presidente e fondatore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano. «Per questo ho voluto scrivere un

libro che sia uno spunto di riflessione per il governo italiano, che dovrebbe finanziare una ricerca meno generica e più "sex oriented", per tutelare le donne. Anche le associazioni di pazienti femminili dovrebbero fare sentire la loro voce ed esigere cure adeguate al proprio genere. Affermare che la medicina è costruita intorno all'uomo è una verità scomoda. Ma è la verità».

## **Perché le donne sono discriminate?**

Per colpa di pregiudizi culturali duri a morire. In passato la discriminazione iniziava già all'università, in quanto si riteneva che ad accedere alla facoltà di medicina dovessero essere gli uomini. Oggi questa preclusione è caduta ma se si dice "chirurgo ortopedico" o "neurochirurgo" il pensiero va a un uomo in carice verde, non a una donna che ha la stessa esperienza e capacità. Anche il mondo accademico è discriminatorio: nel nostro paese 87 rettori universitari sono maschi e solo sei femmine.

## **Questa discriminazione avviene anche nella ricerca?**

Gli studi clinici vengono condotti mediamente su esponenti del sesso maschile di 45 anni e con un peso medio di 70 chili. Le donne sono scarsamente o per nulla rappresentate. E questo gap inizia già a livello degli studi prelini-

ci condotti in laboratorio. Non suona strano che le linee cellulari siano quasi tutte di provenienza maschile o non specificata? Idem per gli studi su cavie (9 topi su 10 sono maschi) e su quelli di fase tre inerenti gli esseri umani.

## **La risposta ai farmaci è diversa nei due sessi?**

Cambia in base al sesso, ma anche in base alla genetica, alla dieta e al microbiota intestinale, al peso del paziente e alla sua composizione corporea, agli stati emotivi e allo stress, al suo stile di vita (fuma? beve alcolici? conduce una vita sedentaria?), all'esposizione agli inquinanti ambientali, al suo assetto ormonale e all'interazione con altri farmaci assunti in contemporanea, compreso i contraccettivi ormonali. Questi, infatti, interagiscono con antiepilettici, antidepressivi, antibiotici (rifampicina e rifabutina) e antiretrovirali.

## **Qualche esempio?**

Un farmaco è come un seme gettato in un terreno. Un esempio? Il cuore della donna è più piccolo, pesa di meno e con coronarie di calibro minore. E non è solo questione di dimensioni: la stessa miosina, la proteina che fa contrarre il muscolo cardiaco, si esprime in modo differente nei due sessi. Ragion per cui, a parità di dosaggio, un farmaco prescritto per il cuore è destinato a produrre maggiori reazioni avverse nella donna, piuttosto che nell'uomo.

## **Quindi le donne subiscono più effetti collaterali?**

Sì, e in diversi campi farmacologici. La donna manifesta più emorragie da farmaci antitrombotici, più squilibri

elettrolitici da diuretici, più dolori muscolari (miopatie) da statine (farmaci usati per abbassare il colesterolo), più tosse da Ace-inibitori, una classe di antipertensivi molto in voga. Nell'insieme, il gentil sesso manifesta il 30% di effetti collaterali in più rispetto agli uomini. È chiaro, quindi, che se a una donna viene data la stessa molecola e allo stesso dosaggio degli uomini, senza tenere conto delle differenze nella farmacocinetica (il percorso che compie all'interno del corpo umano), si manifesteranno più effetti avversi. Tanto per rimarcare le differenze, nelle donne il flusso sanguigno è più elevato e ciò permette ai farmaci di raggiungere più celermente, nella stessa unità di tempo, gli organi-bersaglio. Infine, alcune medicine funzionano solo negli uomini. Prendiamo il caso della cardioaspirina (acido acetilsalicilico), prescritta per prevenire le tromboembolie nei soggetti a rischio. Fino a qualche anno fa questo antinfiammatorio veniva prescritto a entrambi i sessi, ma poi si è visto che nella donna non serve a prevenire attacchi al cuore e ictus. Non ne conosciamo la ragione, ma sappiamo che con "lei" non funziona.

## **Consigli per antinfiammatori e antidolorifici?**

Sono molecole di cui spesso si abusa. Il mio consiglio da farmacologo che ha passato una vita a studiarli è: usateli il meno possibile. Non dipendete dal cachet per il mal di testa, il mal di schiena o i dolori mestruali. I farmaci non sono caramelle e ogni molecola è densa di effetti collaterali. Quanto alle donne che spulciano i "bugiardini" alla ricerca della posologia, ricordatevi che avete un peso e una massa corporea inferiore a quella degli uomini, per cui il principio attivo si "diluisce" meno nel corpo. A parità di dosaggio, nella stessa unità di tempo, la donna mostra infatti una concentrazione ematica maggiore della molecola assunta. Più benefica?



# Starbene

No. Più a rischio di effetti collaterali indesiderati. →

## → Anche l'età ha un ruolo importante?

Certamente. In premenopausa la pressione sanguigna è più bassa che in post-menopausa e anche gli eventuali farmaci prescritti per l'ipertensione sono tendenzialmente diversi. Altre volte non è necessario cambiare molecola, ma occorre rivedere il dosaggio. E questo perché le fluttuazioni ormonali nella donna sono di gran lunga più importanti di quelle che avvengono negli uomini, anche in andropausa. Per il gentil sesso, quindi, vale la regola: non adagiatevi sulla stessa terapia per anni. Qualunque essa sia, "fate il tagliando" dallo specialista almeno una volta all'anno.

## Come possiamo proteggerci noi donne?

Innanzitutto occorre avere una maggiore consapevolezza nella gestione dei farmaci, anche quelli "di scorta" che vengono malamente conservati per anni negli armadietti dei medicinali. Occorre ricordarsi che la Rete Nazionale di Farmacovigilanza registra molte più segnalazioni di reazioni avverse nei pazienti femminili che in quelli maschili, anche per quanto riguarda i vaccini (compreso quelli anti-Covid) che innescano una reazione anticorpale più rapida e massiccia nelle donne. Inoltre, ricordiamo che ogni farmaco viene metabolizzato dal fegato, ma che il metabolismo epatico è diverso negli uomini e nelle donne, dipendendo da un complesso di proteine chiamato citocromo P450. Un esempio? L'enzima CYP1A2 si esprime meglio negli uomini, fatto che porta a una maggiore assimilazione di caffeina, lidocaina (un anestetico) e morfina (potente antidolorifico). La donna, invece, mostra una maggior espressione genica dell'enzima CYP2A26 che la fa assimilare di più la nicotina (quindi, il

fumo di sigaretta è ancora più dannoso per "lei") e i farmaci ansiolitici quali le benzodiazepine. Ragion per cui, nel caso in cui questi farmaci vengano prescritti per curare l'ansia, bisognerebbe provare a usarli a un dosaggio leggermente inferiore di quello indicato sul foglietto illustrativo, riferito agli uomini. L'ideale sarebbe procedere per gradi, con una dose di ansiolitico in ordine crescente, per verificarne a mano a mano gli effetti e correggere il tiro. Si tratta, comunque, di "prove tecniche" che vanno fatte sotto stretto controllo medico, tenendo sempre bene a mente che la risposta a un farmaco è molto soggettiva. Uomini o donne che siano. ●

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## ATTENZIONE AL CUORE!

Infarto e ictus nella donna provocano il 40% di mortalità, calcolata sia sull'evento acuto sia a distanza di sei mesi-un anno. Per contro, il tasso di mortalità negli uomini è la metà, il 20%. Questo perché si ritiene ancora che l'infarto sia appannaggio maschile, quando i numeri ci dicono che in post-menopausa la forbice tra i due sessi si chiude e le donne finiscono per ammalarsi tanto quanto gli uomini. Perché viene a cadere la protezione ormonale, ma anche perché negli ultimi 20 anni è aumentato il fumo tra il sesso femminile, insieme ad altri fattori di rischio quali stress, sedentarietà, incremento del peso corporeo (l'11% di donne è obeso e ben il 44% in sovrappeso), diabete di tipo 2. Le donne, inoltre, sono meno informate sui sintomi dell'infarto. La maggior parte crede che il campanello di allarme sia il dolore retrosternale irradiato al braccio sinistro, ma ciò è tipico degli uomini. In loro, i segnali sono sfumati: malessere generale, dolore al braccio destro, al collo o tra le scapole, fiato corto, nausea, vomito e disturbi allo stomaco. Meno allenata a decifrare i sintomi, la donna arriva tardi in pronto soccorso. A volte, persino gli infermieri del triage le danno il codice



**BAMBINO GESÙ**

# Sanità, tumore cerebrale: così i piccoli pazienti potranno vivere più a lungo

Una terapia sperimentale, realizzata per la prima volta al Bambino Gesù, accresce l'aspettativa di vita dei bambini affetti da glioma inoperabile. Si tratta di un tumore cerebrale molto aggressivo e non asportabile per il quale la sopravvivenza media dei piccoli pazienti è inferiore ai 12 mesi dalla diagnosi. La cura innovativa è frutto di uno studio clinico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, sostenuto dall'associazione "Il Coraggio dei Bambini". L'ospedale della Santa Sede è tra i primi Centri a livello internazionale ad aver sperimentato una terapia basata sulla caratterizzazione genetica molecolare del tumore di ciascun paziente e sull'uso di farmaci "target", ossia mirati.

## LE MUTAZIONI

I gliomi diffusi della linea mediana sono tumori tipici dell'età pediatrica caratterizzati, per oltre il 90%, da mutazioni della proteina H3K27M. Questi terribili tumori si sviluppano nelle

strutture medie del cervello come il ponte e la parte del tronco encefalico che regola funzioni vitali come il respiro e l'attività cardiaca. I gliomi tendono a diffondersi rapidamente e infiltrarsi in profondità e, proprio a causa della loro sede, non possono essere asportati chirurgicamente. In Italia vengono diagnosticati circa 20-25 casi pediatrici con un picco d'incidenza tra i 5 e i 10 anni di età. Nonostante i trattamenti radio e chemioterapici, la sopravvivenza media è molto bassa (9-12 mesi). Meno del 2% dei bambini sopravvive a 5 anni dalla diagnosi. Una cura efficace contro questo cancro senza scampo, ad oggi, non esiste. Lo studio condotto dal team multidisciplinare di Neuro-Oncologia del Bambino Gesù è durato quattro anni e coinvolto 25 bimbi tra i 5 e i 14 anni. La terapia sperimentale si è basata sullo studio delle caratteristiche genetiche del tumore di ogni paziente. Oltre alla terapia standard, in un secondo momento, a

9 bambini su 25 è stato possibile somministrare anche farmaci "target", cioè diretti contro le specifiche mutazioni individuate nel loro tumore.

In questi pazienti la sopravvivenza media è passata da 12 a circa 24 mesi dalla diagnosi. Un risultato incredibile. «Per i gliomi H3K27M alterati oggi non esiste una cura ma questi tumori possono esprimere altre anomalie genetiche contro cui abbiamo delle armi - spiega Angela Mastronuzzi, coordinatrice dello studio e responsabile di Neuro-Oncologia - Consentire ai bambini malati di vivere più a lungo significa dare loro una chance in più per beneficiare di nuovi trattamenti via via disponibili». Intanto la ricerca scientifica, al Bambino Gesù, continua senza sosta.

**Barbara Carbone**

**SI TRATTA DI UNA CURA  
SPERIMENTALE  
CHE COINVOLGERÀ  
I BAMBINI  
AFFETTI DA GLIOMA  
INOPERABILE**

