

RASSEGNA STAMPA

17 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



Asp di Palermo, via libera all'assunzione di 10 dirigenti medici

Hanno vinto il concorso per cardiologi che era stato indetto il 7 settembre 2021. Ecco i nominativi, per loro contratto a tempo indeterminato.

17 Novembre 2022 - di **Redazione**



PALERMO. Via libera dall'Asp di Palermo all'assunzione a tempo indeterminato di 10 dirigenti medici di Cardiologia. Con una delibera a firma del direttore generale Daniela Faraoni (nella foto) sono stati approvati gli atti e la graduatoria del concorso pubblico, per titoli ed esami, che era stato indetto il 7 settembre 2021.

I candidati sono stati 86, ma alla prova scritta il 20 settembre del 2022 si sono presentati in 48. Alla prova orale del 13 ottobre i presenti furono 45. Sono state redatte due graduatorie: una con 23 specializzati e l'altra con 22 specializzandi. I dieci assunti sono stati presi dalla prima



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Il caso

Incarico di giornalista pubblico a un dirigente medico, il Bonino Pulejo revoca la delibera

Lo fanno sapere Assostampa Siciliana e il Gruppo Uffici Stampa Sicilia, che avevano contestato quel provvedimento giudicandolo contrario alla normativa.

di **Redazione**

«L'IRCCS Bonino Pulejo ha revocato la delibera che affidava l'incarico di **giornalista pubblico** ad un dirigente medico». Lo fanno sapere la segreteria dell'Assostampa Siciliana e il direttivo del Gruppo Uffici Stampa Sicilia, che nei giorni scorsi avevano contestato quel provvedimento giudicandolo contrario alla normativa in materia, chiedendo appunto il ritiro in autotutela e l'emanazione dei relativi **bandi** per i due profili: quello di specialista della comunicazione istituzionale e quello di giornalista pubblico. Assostampa insieme al GUS avevano spiegato nella nota che il Ccnl del comparto Sanità «prevede due nuovi, diversi, **profili** entrambi in cat. D, uno di specialista della comunicazione istituzionale e uno di specialista nei rapporti con i media giornalista pubblico. Qualifiche quindi del comparto e non della dirigenza e men che meno del ruolo sanitario, ma di quello tecnico-amministrativo».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Corruzione nella sanità: libero il maresciallo del Nas coinvolto nell'inchiesta



Il tribunale del riesame di Palermo ha annullato la misura cautelare dell'obbligo di dimora imposta al maresciallo dei carabinieri del Nas Loreto Li Pomi, coinvolto nell'inchiesta della Procura denominata Sorella Sanità, su una serie di condizionamenti e aggiustamenti di gare di appalto nel mondo degli ospedali e delle aziende sanitarie della Sicilia. I giudici hanno contestualmente respinto anche l'appello della Procura, sempre contro il sottufficiale del Nucleo antisofisticazione dell'Arma: i pm volevano che gli fosse applicata una misura per un tentativo di concussione nei confronti dell'ex manager «pentito», Fabio Damiani. La contestazione era stata ritenuta non sufficientemente grave dal Gip Clelia Maltese e ora il riesame ha confermato questo avviso. Li Pomi, difeso dall'avvocato Michele De Stefani, rimane così libero e senza alcun obbligo. Il mese scorso, quando erano scattati gli arresti disposti dal Gip, l'indagato era stato messo agli arresti domiciliari: secondo il pool coordinato dal procuratore aggiunto Sergio Demontis avrebbe approfittato della sua posizione per favorire un amico rappresentante nell'aggiudicazione di una gara da 17 milioni. Lo stesso giudice Maltese lo aveva poi liberato, imponendogli l'obbligo di dimora, adesso cancellato dal tribunale del riesame.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



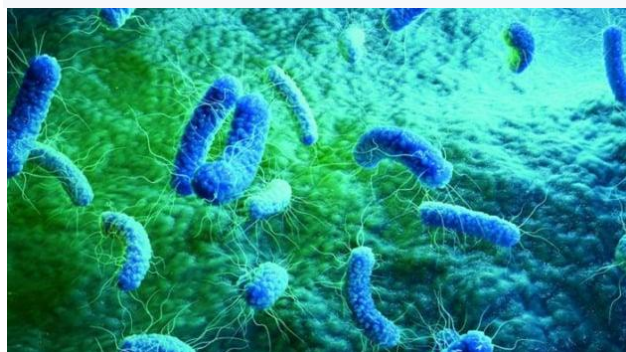
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Ecdc, Italia seconda in Ue per morti da batteri resistenti

17 Novembre 2022



Tra il 2016 e il 2020 Grecia, Italia e Romania sono stati i Paesi europei con più decessi attribuibili a batteri resistenti agli antibiotici. Sono i dati del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc). Nei quattro anni considerati, in Grecia i morti da infezioni resistenti sono stati 20 ogni 100mila abitanti, 19 in Italia, 13 in Romania. In generale, indica l'Ecdc, la resistenza agli antibiotici fa 35mila morti ogni anno in Europa (Ue e spazio economico europeo) e i numeri sono in aumento.

Anche il carico complessivo di infezioni da batteri resistenti agli antibiotici è stato stimato essere il più alto in Grecia, Italia e Romania. Inoltre, secondo un altro indicatore che misura la gravità delle malattie - il Daily, cioè l'attesa di vita corretta per disabilità - gli anni persi a causa dei batteri antibiotico-resistenti sono stimati essere di più in Grecia, Italia e Romania. Il maggior numero di malattie è stato causato da *Escherichia coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione, seguito da *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina e *Klebsiella pneumoniae* resistente alle cefalosporine di terza generazione. La tendenza all'aumento di patologie legate a batteri resistenti è stata generale nel 2016-20, con un rallentamento dal 2019 al 2020.

Nei 30 Paesi dello Spazio economico europeo (i 27 Ue più Norvegia, Islanda e Liechtenstein) si sono registrate tendenze in aumento significativo sia nel numero stimato di infezioni e sia nei decessi attribuibili alla resistenza agli antibiotici. In particolare, è stata osservata una significativa tendenza all'aumento del numero stimato di infezioni in 18 paesi (Cipro, Cechia, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Italia, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Romania, Slovacchia e Svezia) e una significativa tendenza al ribasso in dieci Paesi (Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Malta, Portogallo e Slovenia).

FUORI ONDA

IL MINISTRO SCHILLACI

Quarantene semplificate: gli asintomatici al lavoro dopo quattro, cinque giorni

«I pazienti asintomatici positivi al Covid, dopo 4 o 5 giorni, credo si possano far tornare all'attività normale. Anche chi ha una sintomatologia lieve può tornare prima, dopo almeno 24 ore di assenza di febbre, magari con qualche precauzione come la mascherina, per proteggere i più fragili». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci anticipa le misure, attese in questi giorni, che andranno a semplificare l'isolamento domiciliare per i positivi.

Siamo in una fase di «endemica del Covid» e «per tornare alla normalità dobbiamo avere le stesse accortezze che avevamo prima per l'influenza». «Quando si stava male con l'influenza - ha aggiunto ancora il ministro - appena i sintomi finivano si rientrava a lavoro. Oggi siamo ancora più responsabilizzati in questo e usiamo la mascherina quando siamo in presenza di persone più fragili». Schillaci è poi intervenuto sulle multe ai no vax: «Gli unici

due Stati che hanno messo multe ai non vaccinati e le hanno revocate sono Austria e Grecia». In Italia «per ora sono rimaste, vediamo se ci saranno provvedimenti in tal senso da parte del Parlamento», ha aggiunto il ministro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Covid come l'influenza: senza sintomi si torna al lavoro dopo 5 giorni

► Salute, il ministro Schillaci annuncia la svolta
«La malattia è ormai endemica grazie ai vaccini»

Valentina Errante

prendere una vita normale, a patto che siano asintomatici.

A pag. 13

Il Covid come un'influenza, qualche precauzione per i più fragili, ma nessun isolamento. Dopo quattro o cinque giorni dal tampone positivo, spiega il ministro della Salute Schillaci i pazienti potranno tornare al lavoro e ri-

Covid, al lavoro senza test Schillaci: come l'influenza

► Il ministro: chi ha sintomi lievi tornerà alla normalità dopo 24 ore senza febbre ► Asintomatici a casa per 4-5 giorni: un'ordinanza per cambiare le regole

LA SVOLTA

ROMA Il Covid come un'influenza, qualche precauzione per i più fragili, ma nessun isolamento. Nuove regole sono in arrivo dal ministero della Salute e ad annunciarle, ieri sera dallo studio di "Porta a Porta", è stato il ministro Orazio Schillaci. Dopo quattro o cinque giorni dal tampone positivo - ha spiegato Schillaci - i pazienti potranno tornare al lavoro e riprendere una vita normale, a patto che siano asintomatici. Schillaci anticipa così un'ordinanza, che gli uffici del ministero stanno già preparando. «Anche chi ha una sintomatologia lieve può anticipare il ritorno dopo almeno 24 ore di assenza di febbre - aggiunge il ministro - magari con qualche precauzione come la mascherina, per proteggere i più fragili».

FASE ENDEMICA

La curva dei contagi segna ancora una lieve flessione e in una settimana cala del 2,4%. Dati che incoraggiano il ministro che fa riferimento a una «fase endemica». Se dunque la diffusione si è trasformata, anche le misure per fronteggiarla deve mutare. «Siamo in una fase endemica del Covid - dice il ministro - dobbiamo avere le stesse accortezze che avevamo prima per l'influenza» per tornare alla normalità. «Quando si stava male, con l'influenza, si restava a casa. Appena i sintomi finivano, si rientrava a lavoro. Oggi siamo ancora più responsabilizzati in questo - sottolinea - con l'uso della mascherina quando siamo con le persone più fragili. In questo modo possiamo tornare alla tanto auspicata normalità. E così il ministro, rispondendo ad una domanda sull'addio ai tam-

poni di fine quarantena, ha annunciato che i pazienti asintomatici positivi al Covid dopo 4 o 5 giorni, «potranno tornare all'attività normale».

PANDEMIA CAMBIATA

In linea con il ministro anche Francesco Vaia, direttore generale dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive Spallanzani, che aveva inviato a Schillaci un documento



con una proposta di modifica delle norme sulla quarantena. «La pandemia è completamente cambiata - dice - siamo in presenza di una immunità ibrida, determinata dal grande contagio e, soprattutto, dalla grande campagna vaccinale, che ha visto l'Italia tra i Paesi più performanti del mondo. Questa immunità ibrida - ha detto Vaia sempre dagli studi di Porta a Porta - ci rende più forti. Il virus non è meno cattivo, ma è cambiato nel senso che le nostre azioni lo hanno reso più contagioso ma meno patogeno». Quindi «possiamo guardare al futuro con ottimismo, siamo quasi alla fine di questo percorso».

I DATI

E se i casi Covid sembrano flettere, tocca invece il 25% la quota di ricoverati non vaccinati secondo la consueta indagine Fiaso. Cauti il matematico Giovanni Sebastiani del Cnr. «I casi di Covid sono in aumento in 36 delle 107 province italiane che formano quattro cluster confermati; in altre 67 province la situazione è di stasi che, conclude, in molti casi prelude a una fase di aumento».

Una curva anomala si registra invece nei contagi da influenza. «L'influenza sta tornando a valori 5 volte superiori all'epoca pre Covid: ce lo mostrano i dati del

bollettino Influnet dell'Istituto Superiore di Sanità - spiega il segretario della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg) - in particolare, la popolazione giovane e i bambini, che per due anni non si sono contagiati grazie all'utilizzo di mascherine a scuola, sono "vergini" sul piano immunitario e più suscettibili al virus dell'influenza».

Val.Err.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**D'ACCORDO ANCHE
VAIA: «LA PANDEMIA
È CAMBIATA, SIAMO
IN PRESENZA DI
UN'IMMUNITÀ IBRIDA
DOVUTA AI VACCINI»**



Il medico che sussurra alla premier

Vaia, direttore dello Spallanzani, è il consulente ombra sul Covid
L'ascesa del "Camaleonte" che piace sia a destra sia a sinistra

IL PERSONAGGIO

PAOLO RUSSO
ROMA

Ibene informati dicono che Giorgia Meloni abbia risposto più volte al telefono a lui che non al professor Schillaci, passato dal rettorato di Tor Vergata a capo del ministero della Salute, per dimostrare che il faro resta sempre la scienza. Soprattutto quando non è di intralcio alla politica. Una regola che Francesco Vaia, direttore generale del super-ospedale romano Spallanzani, ha sempre seguito nella sua lunga e travagliata carrie-

ra. Tanto da farlo diventare oggi il vero consigliere ombra della premier. Che di lui si fida, perché sa capire fino a che punto ci si può spingere nel segnare la discontinuità rispetto alla passata gestione della pandemia, senza però far insorgere il mondo scientifico. Anche perché dopo lo strappo sui migranti con l'Europa Giorgia non vuole consumarne un altro, finendo nella lista dei negazionisti. Che per Trump e Bolsonaro ha coinciso anche con quella dei perdenti.

Per questo "Franceschiello", come lo aveva ribattezzato il

suo assessore alla sanità laziale, Alessio d'Amato un secolo fa prima di nominarlo al vertice dello Spallanzani, una sparata come quella di Gemmato sull'assenza di prove circa l'utilità dei vaccini non l'avrebbe mai fatta o consigliata. Perché della campagna vaccinale è stato sempre promotore sin dalle prime punture. E mentre gli stessi super esperti del ministero della Salute vanno suggerendo a Schillaci di toglierla del tutto la quarantena dei positivi, sulla falsa triga di quanto già fatto in Usa, Spagna e Regno Unito, lui alla Premier ha suggerito prudenza, ricordandole la figuraccia del dietro front sulle mascherine in ospedali e Rsa fatta dal governo dopo l'alto là di Mattarella e delle associazioni mediche. Per cui «lasciamo cinque giorni di isolamento a casa e poi liberi tutti senza dover fare il tampone». Una via di mezzo che sa di colpo al cerchio e uno alla botte. Quando alla fine si deciderà il da farsi su una delle ultime restrizioni rimaste dell'epoca pandemica si capirà da come andranno le cose qual è il peso specifico del super-consulente

ombra di Palazzo Chigi. Che spiegando le ragioni della sua proposta sulla scorciatoia alla quarantena dei positivi a *La Stampa* tiene a precisare: «Non dico mai nulla che non sia stato condiviso prima con i miei ricercatori». Anche se il numero uno di questi, l'ex direttore scientifico dello Spallanzani, Giuseppe Ippolito, lo scorso anno ha fatto i bagagli per andarsi ad accomodare dietro la scrivania della direzione ricerca del Ministero dopo liti al limite della rissa con Franceschiello. Che diversamente da Francesco II di Borbone, ultimo re delle Due Sicilie, ha regnato per ben più di un anno. Vaia infatti il ruolo di direttore, prima delle Usi e poi delle Asl, lo ha mantenuto per oltre 15 anni, passando indenne ai cambi di colore delle giunte che via via si succedevano, prima nella sua Campania, poi nel Lazio. L'esordio al centro medico Usi 41 di Napoli, poi alla fine degli anni novanta prima la nomina a di-

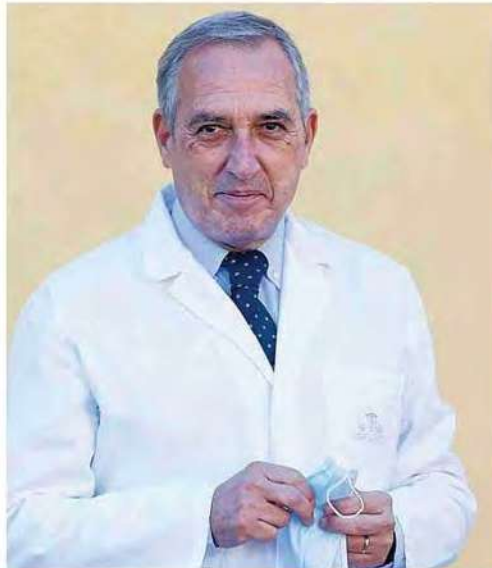


LA STAMPA

rettore sanitario del policlinico romano Umberto I e con il governatore di An Storace la direzione generale della asl Roma C. Vince il centro sinistra e con Marrazzo va alla direzione sanitaria della Roma D. Poi "Lady Asl" lo tira dentro lo scandalo delle tangenti che fioccano dalle parti delle cliniche romane. Dopo una fuga a Gaeta, non da Garibaldi ma dal Gip, Vaia finirà ai domiciliari prima che le accuse finiscano in prescrizione. «Camaleonte» lo definì l'allora consigliere Alessio D'Amato, che poi da assessore ne difenderà la nomina al vertice dello

Spallanzani nonostante l'ex Franceschiello avesse superato i limiti di età per ricoprire l'incarico. Che sarà suo con una unanimità di consensi a destra come a sinistra che la dice lunga sulla sua capacità di districarsi tanto tra i camici che i colletti bianchi. Ed è forse proprio per questo che Giorgia Meloni si affida ai suoi consigli. Per ora nell'ombra, un domani chissà, alla luce del sole di una poltrona nel palazzo dei bottoni. —

**Al vertice dell'istituto
malattie infettive litigò
al limite della rissa
con Ippolito del Cts**



Francesco Vaia, direttore generale dell'Istituto Spallanzani di Roma





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LA CEI Il messaggio della Giornata per la vita

«La cultura di morte non è mai la soluzione di fronte ai problemi»

Oggi sembra che «il produrre morte stia progressivamente diventando una risposta pronta, economica e immediata a una serie di problemi personali e sociali». È una «cultura di morte» che i vescovi italiani invitano a «smascherare».

Nell'inserto centrale è vita



La morte non è mai una soluzione

Aborto, morte assistita, eutanasia, suicidi, migranti, femminicidi, guerre... Il Messaggio Cei per la Giornata nazionale per la Vita (5 febbraio 2023), diffuso ieri.

Ecco il testo del Messaggio Cei per la 45esima Giornata nazionale per la Vita (5 febbraio 2023), diffuso ieri.

La morte non è mai una soluzione. Dio ha creato tutte le cose perché esistano; le creature del mondo sono portatrici di salvezza, in esse non c'è veleno di morte (Sap 1, 14).

1. Il diffondersi di una «cultura di morte»

In questo nostro tempo, quando l'esistenza si fa complessa e impegnativa, quando sembra che la sfida sia insuperabile e il peso insopportabile, sempre più spesso si approda a una «soluzione» drammatica: dare la morte. Certamente a ogni persona e situazione sono dovuti rispetto e pietà, con quello sguardo carico di empatia e misericordia che scaturisce dal Vangelo. Siamo infatti consapevoli che certe decisioni maturano in condizioni di solitudine, di carenza di cure, di paura dinanzi all'ignoto... È il mistero del male che tutti sgomenta, credenti e non. Ciò, tuttavia, non elimina la preoccupazione che nasce dal constatare come il produrre morte stia progressivamente diventando una risposta pronta, economica e immediata a una serie di problemi personali e sociali. Tanto più che dietro tale «soluzione» è possibile riconoscere importanti interessi economici e ideologie che si spacciano per ragionevoli e misericordiose, mentre non lo sono affatto.

Quando un figlio non lo posso mantenere, non l'ho voluto, quando so che nascerà disabile o credo che limiterà la mia libertà o metterà a rischio la mia vita... la soluzione è spesso l'aborto.

Quando una malattia non la posso sopportare, quando rimango solo, quando perdo la speranza, quando vengono a mancare le cure palliative, quando non sopporto veder soffrire una persona cara... la via d'uscita può consistere nell'eutanasia o nel «suicidio assistito».

Quando la relazione con il partner diventa difficile, perché non risponde alle mie aspettative... a volte l'esito è una violenza che arriva a uccidere chi si amava – o si credeva di



amare –, sfogandosi persino sui piccoli e all'interno delle mura domestiche.

Quando il male di vivere si fa insostenibile e nessuno sembra bucare il muro della solitudine... si finisce non di rado col decidere di togliersi la vita.

Quando l'accoglienza e l'integrazione di chi fugge dalla guerra o dalla miseria comportano problemi economici, culturali e sociali... si preferisce abbandonare le persone al loro destino, condannandole di fatto a una morte ingiusta.

Quando si acuiscono le ragioni di conflitto tra i popoli... i potenti e i mercanti di morte ripropongono sempre più spesso la "soluzione" della guerra, scegliendo e propagandando il linguaggio devastante delle armi, funzionale soprattutto ai loro interessi.

Così, poco a poco, la "cultura di morte" si diffonde e ci contagia.

2. Per una "cultura di vita"

Il Signore crocifisso e risorto – ma anche la retta ragione – ci indica una strada diversa: dare non la morte ma la vita, generare e servire sempre la vita. Ci mostra come sia possibile coglierne il senso e il valore anche quando la sperimentiamo fragile, minacciata e faticosa. Ci aiuta ad accogliere la drammatica prepotenza della malattia e il lento venire della morte, schiudendo il mistero dell'origine e della fine. Ci insegna a condividere le stagioni difficili della sofferenza, della malattia devastante, delle gravidanze che mettono a soqquadro progetti ed equilibri... offrendo relazioni intrise di amore, rispetto, vicinanza, dialogo e servizio. Ci guida a lasciarsi sfidare dalla voglia di vivere dei bambini, dei disabili, degli anziani, dei malati, dei migranti e di tanti uomini e donne che chiedono soprattutto rispetto, dignità e accoglienza. Ci esorta a educare le nuove generazioni alla gratitudine per la vita ricevuta e all'impegno di custodirla con cura, in sé e negli altri. Ci muove a rallegrarci per i tanti uomini e le donne, credenti di tutte le fedi e non credenti, che affrontano i problemi producendo vita, a volte pagando duramente di persona il loro impegno; in tutti costoro riconosciamo infatti l'azione misteriosa e vivificante dello Spirito, che rende le creature "portatrici di salvezza". A queste persone e alle tante organizzazioni schierate su diversi fronti a difesa della vita va la nostra riconoscenza e il nostro incoraggiamento.

3. Ma poi, dare la morte funziona davvero?

D'altra parte, è doveroso chiedersi se il tentativo di risolvere i problemi eliminando le persone sia davvero efficace.

Siamo sicuri che la banalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza elimini la ferita profonda che genera nell'animo di molte donne che vi hanno fatto ricorso? Donne che, in moltissimi casi, avrebbero potuto essere sostenute in una scelta diversa e non rimpianta, come del resto prevedrebbe la stessa legge 194 all'art.5. È questa la consapevolezza alla base di un disagio culturale e sociale che cresce in molti Paesi e che, al di là di indebite polarizzazioni ideologiche, alimenta un dibattito profondo volto al rinnovamento delle normative e al riconoscimento della preziosità di ogni vita, anche quando ancora celata agli occhi: l'esistenza di ciascuno resta unica e inestimabile in ogni sua fase.

Siamo sicuri che il suicidio assistito o l'eutanasia rispettino fino in fondo la libertà di chi li sceglie – spesso sfinito dalla carenza di cure e relazioni – e manifestino vero e responsabile affetto da parte di chi li accompagna a morire?

Siamo sicuri che la radice profonda dei femminicidi, della violenza sui bambini, dell'aggressività delle baby gang... non sia proprio questa cultura di crescente dissacrazione della vita? Siamo sicuri che dietro il crescente fenomeno dei suicidi, anche giovanili, non ci sia l'idea che "la vita è mia e ne faccio quello che voglio"? Siamo sicuri che la chiusura verso i migranti e i rifugiati e l'indifferenza per le cause che li muovono siano la strategia più efficace e dignitosa per gestire quella che non è più solo un'emergenza?

Siamo sicuri che la guerra, in Ucraina come nei Paesi dei tanti "conflitti dimenticati", sia davvero capace di superare i motivi da cui nasce? «Mentre Dio porta avanti la sua creazione, e noi uomini siamo chiamati a collaborare alla sua opera, la guerra distrugge. Distrugge anche ciò che Dio ha creato di più bello: l'essere umano. La guerra stravolge tutto, anche il legame tra i fratelli. La guerra è folle, il suo piano di sviluppo è la distruzione» (Francesco, *Omelia al sacrario di Redipuglia*, 13 settembre 2014).

4. La "cultura di morte": una questione seria

Dare la morte come soluzione pone una seria questione etica, poiché mette in discussione il valore della vita e della persona umana. Alla fondamentale fiducia nella vita e nella sua bontà – per i credenti radicata nella fede –, che spinge a scorere possibilità e valori in ogni condizione dell'esistenza, si sostituisce la superbia di giudicare se e quando una vita, foss'anche la propria, risulti degna di essere vissuta, arrogandosi il diritto di porle fine. Desta inoltre preoccupazione il constatare come ai grandi progressi della scienza e della tecnica, che mettono in condizione di manipolare ed estinguere la vita in modo sempre più rapido e massivo, non corrisponda un'adeguata riflessione sul mistero del nascere e del morire, di cui non siamo evidentemente padroni. Il turbamento di molti dinanzi alla situazione in cui tante persone e famiglie hanno vissuto la malattia e la morte in tempo di Covid ha mostrato come un approccio meramente funzionale a tali dimensioni dell'esistenza risulti del tutto insufficiente. Forse è perché abbiamo perduto la capacità di comprendere e fronteggiare il limite e il dolore che abitano l'esistenza, che crediamo di porvi rimedio attraverso la morte?

5. Rinnovare l'impegno

La Giornata per la vita rinnovi l'adesione dei cattolici al "Vangelo della vita", l'impegno a smascherare la "cultura di morte", la capacità di promuovere e sostenere azioni concrete a difesa della vita, mobilitando sempre maggiori energie e risorse. Rinvigorisca una carità che sappia farsi preghiera e azione: anelito e annuncio della pienezza di vita che Dio desidera per i suoi figli; stile di vita coniugale, familiare, ecclesiale e sociale, capace di seminare bene, gioia e speranza anche quando si è circondati da ombre di morte.

Roma, 21 settembre 2022

**Il Consiglio episcopale permanente
della Conferenza episcopale italiana**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Da oggi il Congresso nazionale a Riccione della Società scientifica che riunisce gli specialisti del settore

C'è un'attesa di cure palliative che chiede risposte. Adesso

ENRICO NEGROTTI

«Impegno in équipe, presa in carico, lavoro in rete». Sono i punti salienti del filo rosso del XXIX Congresso nazionale della Società italiana di cure palliative (Sicp) che si apre oggi a Riccione (Rimini) dedicato a «La competenza e la responsabilità nella cura», indicati da Gino Gobber, presidente della Sicp e del congresso. «Nell'emergenza Covid-19 è emerso chiaro che la vera sfida è la competenza e la responsabilità nella cura – esordisce Gobber –. Noi palliativisti siamo stati coinvolti nelle risposte sanitarie, chiamati a dare un contributo in condizioni mai viste prima, e a fare formazione a colleghi di altre specialità. A nessuno devono mancare cure palliative». Inoltre «l'emergenza ha stimolato provvedimenti importanti sul piano normativo e organizzativo, come la nascita della Scuola di specializzazione

post laurea in Medicina e Cure palliative, che inseguivamo da tempo e il programma 2023-2025 per completare le Reti di cure palliative, secondo la legge 106/21. Anche nel decreto ministeriale 77, che riforma l'assistenza territoriale, c'è un paragrafo dedicato alle cure palliative: un'indicazione forte alle Regioni e alle aziende sanitarie di un modello vincente anche per le situazioni di cronicità complessa e di fragilità». Infatti «gli studi di stratificazione della popolazione per bisogni di salute ci dicono che di cure palliative ha bisogno annualmente l'1% della popolazione, mentre il 3,5% ha necessità di presa in carico per la cronicità complessa e la fragilità». Quindi, conclude Gobber, «le "parole chiave" delle cure palliative – impegno in équipe, presa in carico, lavoro in rete – tornano utili anche nelle cure primarie, nella geriatria, nelle cronicità complesse».

Non mancherà al congresso uno spazio dedicato al suicidio assistito: «Sarebbe una sconfitta umiliante per il nostro Servizio sanitario – puntualizza Gobber – che qualcuno chieda di accedere alla morte medicalmente assistita perché non trova un percorso di cure palliative che lo accolga. Anche se non tutte le richieste di morte sono annullate dalle cure palliative, il nostro compito è costituire le reti più ampie ed efficaci. Ricordando che, pur muovendoci in maniera rispettosa, siamo la Società italiana di cure palliative, non della morte medicalmente assistita». Resta che, nonostante l'ottima legge 38 del 2010 sulle cure palliative, troppi non riescono ad accedervi. «La copertura è ancora molto bassa, soprattutto nell'area pediatrica. Ma sono fiducioso, conosco molte situazioni di eccellenza, a Nord come a Sud, e anche dove ci sono ritardi ho visto molto fermento negli

operatori. Noi palliativisti dobbiamo essere convincenti e testimoniare quanto bene faccia alle persone e alle loro famiglie, ma anche agli operatori e al servizio sanitario, l'attività delle cure palliative».

Gobber, presidente Sicp:
«Umiliante per il Servizio sanitario se si chiede la morte perché manca il nostro servizio»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

«Nel figlio in grembo la vera speranza»

Da domani il convegno nazionale del Movimento per la Vita. La presidente Marina Casini: il diritto delle donne oggi è la libertà di accogliere ogni figlio

FRANCESCO OGNIENE

Speranza: e chi è più titolato a parlarne del Movimento per la Vita, che a far nascere nuove vite dedica la sua instancabile missione? A Palermo, da domani a domenica, il 42° Convegno nazionale «Carlo Casini» darà voce ai «Costruttori di speranza», come spiega la presidente Marina Casini.

In che modo il MpV può essere oggi «costruttore di speranza»?

Portando la gioia che nasce dalla consapevolezza che ogni vita umana ha un valore immenso e uguale per tutti. Una società che si fa abbraccio per le donne che portano un figlio in grembo è una società che porta la rivoluzione della speranza e mette le basi per realizzare la pace, altro tema del convegno.

A un Paese provato da pandemia, guerra e contese politiche che messaggio invia oggi il Movimento?

Questo tempo chiede la salvezza dell'umanità. Manteniamoci saldi nelle cose che contano davvero, purifichiamo il nostro cuore, coltiviamo l'unità, prendiamo in mano tutti insieme la bussola della vita. Riconosciamoci fratelli, fratelli tutti. Fratelli sempre, fratelli dall'inizio. Ancora una volta torna prepotentemente il tema «uno di noi»: come possiamo garantire una fratellanza solida, profonda, disinteressata, quando una società si organizza per recidere il legame alla sorgente?

Perché nascono così pochi bambini? Cosa si è «rotto»? E come si può «riparare»?

Probabilmente si è «rotto» un «sistema» che anteponeva, soprattutto per la donna, la famiglia alla carriera e che si basava sulla generazione come «investimento». Oggi non si tratta di «incollare» ciò che si è rotto ma di partire su basi nuove, di trovare nuove motivazioni a sostegno della generazione e dell'accoglienza dei figli: è una questione di senso. È necessario scoprire un mistero di bellezza, di bene, di positività in ogni figlio che si annuncia anche quando il figlio arriva inatteso o la gravidanza presenta qualche difficoltà. La convinzione che il figlio concepito è «uno di noi» è un potente motore della fiducia e dell'accoglienza. Certo, servono anche contributi economici e misure che favoriscano la natalità, ma è fondamentale che la società consideri la gravidanza una risorsa che riguarda tutti, perché quel figlio è un dono per la comunità.

Oltre alle nascite, anche gli aborti sono in rapido calo, sebbene siano sempre troppi. Come si possono prevenire?

Penso che i dati meritino una lettura approfondita, soprattutto per quanto riguarda il calo degli aborti. Per la prevenzione, basta guardare quello che fanno Centri di aiuto alla Vita, Case di accoglienza, Progetto Gemma, Sos vita. Ma tutti possono fare qualcosa per prevenire l'aborto. Il primo passo è offrire alla donna la libertà di far nascere il suo bambino, soffocata dalle pressioni per

l'aborto, dalle paure, dalle preoccupazioni. Questo dovrebbe essere un compito basilare per la politica. È importantissima anche la dimensione culturale, perché l'antidoto più potente all'aborto è la consapevolezza che quell'«ospite a bordo» è davvero un figlio.

Cosa dice a chi afferma che l'aborto è un diritto?

Che è l'aborto del diritto, la distruzione dei diritti dell'uomo, una dichiarazione di guerra particolarmente vigliacca perché mossa nei confronti di chi non potendo difendersi non può fare altro che subire; è un'offesa nei confronti delle donne, perché non riconosce il privilegio tutto femminile di questo intimo abbraccio con il figlio in grembo; è una pretesa anti-scientifica, perché la scienza di oggi dimostra la piena identità umana dei figli anche prima della nascita; è un salto indietro nella storia perché nega l'uguaglianza. Ovviamente non è un giudizio sulle donne, i vissuti, i drammi, i singoli. È un giudizio sulla cultura che sfrutta il linguaggio dei diritti per elevare a vessillo la prepotenza del più forte sul più debole. Invece che di diritto di aborto bisognerebbe parlare di diritto alla libertà di accogliere chi ha diritto a nascere.

Qual è oggi il giudizio del MpV sulla 194?

Quello di sempre: «integralmente iniqua», perché le parti della legge considerate «buone» sono in realtà contaminate da un'ambiguità tale da non avere la forza di determinare una inversione di tendenza a favore del diritto a nascere e di una reale tutela sociale della maternità. Tuttavia non faremo battaglie frontali «contro», né alimenteremo polemiche, o inaspriremo il dibattito. L'obiettivo è costruire la civiltà della verità e dell'amore, e per questo valorizziamo anche quella «preferenza per la nascita» che la lettera della legge 194 manifesta. E affinché la preferenza per la nascita non sia solo un «espediente letterario» dobbiamo lavorare moltissimo.

Cosa serve per avviare un confronto finalmente aperto su maternità e aborto? Su quali punti ci si può intendere?

Serve fiducia in un dialogo senza barricate e preconcetti. Al centro la domanda: chi o cosa è il minuscolo esserino la cui presenza determina la gravidanza, e quindi dà il via alla maternità? Se è uno di noi, vanno trovate nuove modalità di tutela della maternità che rinunciando alla sanzione penale non rinuncino però a proteggere il diritto a nascere e il legame madre-figlio che l'aborto distrugge. La prospettiva non è condannare ma rinsaldare l'alleanza tra la donna e la vita nascente e tra la società e le donne con i loro bimbi in grembo. I consultori potrebbero essere il luogo in cui con chiarezza questa alleanza viene custodita. Sui necessari supporti economici e su tutte le misure per favorire la natalità tutti dovrebbero trovarsi d'accordo.



IL CONFRONTO TRA DIVERSE NAZIONI SEMINA PARECCHI DUBBI

Più vaccini, meno morti? I dati dicono altro

di ALESSANDRO RICO



del sottosegretario alla Salu-

■ «Non abbiamo la controprova che, senza i vaccini, saremmo stati peggio». Le parole

te di Fdi, Marcello Gemmato, hanno sollevato un vespaio tra i grandi inquisitori sanitari. Ma se la scienza non è una religione e un farmaco non è un talismano, i dati devono essere osservati (...)

segue a pagina 12

► COVID, LA RESA DEI CONTI

Più punture, meno morti? Non sempre Sette punti smontano il «dio» vaccino

I confronti tra Paesi mostrano che a maggiori tassi di profilassi non corrispondono meno decessi. Inoltre, le iniezioni non difendono dalle ultime varianti, perdono efficacia in breve tempo e sono inutili per gli under 40

Segue dalla prima pagina

di ALESSANDRO RICO

(...) con uno sguardo più laico di quello di Enrico Gui Letta e Carlo Torquemada Calenda.

Sì, i vaccini anti Covid sono stati un utilissimo presidio per la popolazione a rischio. Ma non un miracolo né una panacea. Proviamo a spiegare perché.

ALL'ESTERO

Punto primo: cominciamo da un confronto tra Paesi, calibrato in base ai tassi di vaccinazione e ai tassi di letalità del virus (quanti degli infettati muoiono). La doverosa premessa è che ogni paragone è condizionato da fattori confondenti: la quantità di tamponi effettuata, i modi diversi di conteggiare i morti, le difformità nei livelli di assistenza sanitaria per i malati. Le variabili sono tante. Ma qualche cifra, da prendere con cautela, ce l'abbiamo.

Guardiamo, allora, Cile e

Italia: secondo i calcoli della Johns Hopkins university, nel Paese sudamericano, la percentuale di casi fatali ammonta all'1,3%; da noi, allo 0,8%. Eppure, la quantità di persone inoculate non è la stessa: *Our world in data* riporta che, ai piedi delle Ande, a ricevere il ciclo completo è stato il 90% della popolazione; nello Stivale, l'81%. Perché a una maggiore copertura non corrispondono anche meno decessi tra i contagiati? La nazione sudamericana aveva avviato la sua campagna di profilassi con i traballanti sieri cinesi, ma poi ha aggiunto al parco dosi i medicinali a mRNA e ha cominciato a offrire le quarte dosi diversi mesi prima di noi. Cosa è successo, allora? Questione di reddito e Pil? Questione di cure meno adeguate?

D'altra parte, Israele, fermo al 65% di copertura con doppio *shot*, ha un tasso di letalità inferiore al nostro (0,3%). Merito di una popolazione mediamente molto più giovane? Può darsi. Intanto, in Turchia, con il 62% della

popolazione vaccinata, sono morti, in proporzione, quasi altrettanti infettati che in Portogallo: 0,6 contro 0,5%. Solo che i lusitani sono tra i più vaccinati del mondo: l'86,4% della popolazione si è sottoposta al ciclo completo, il 94 ad almeno una dose.

Tra i grandi Stati dell'Ue, come Francia, Germania e Italia, a fronte di servizi assistenziali simili per qualità e facilità d'accesso, a minori tassi di copertura vaccinale non corrispondono peggiori risultati in termini di morti per Covid: sia i transalpini sia i teutonici sono meno «immunizzati» di noi (78% e 76%), eppure mostrano tassi di letalità da Sars-Cov-2 inferiori (0,4%:



la metà dell'Italia). Ora, tutto questo non significa che i vaccini siano inutili. È incontrovertibile che i ritrovati di Pfizer, Moderna & c. abbiano contribuito a schermare i soggetti più esposti alle conseguenze gravi del coronavirus. Questa evidenza, però, va qualificata meglio. E con ciò, veniamo al secondo punto.

Abbiamo scoperto, infatti, che la protezione garantita dalle iniezioni scema in pochi mesi; e quella aggiuntiva, raggiunta con i booster, si dissolve ancor più rapidamente. È un grosso limite dei farmaci anti Covid: essi servivano in particolare a proteggere nonnini e persone malate. Stimolare il loro sistema immunitario è arduo, ma era la sfida che bisognava raccogliere - e che non è stata vinta del tutto. Ad esempio, è sorprendente constatare che, in Italia, stando ai bollettini dell'Iss, nella fascia 60-79 anni, l'incidenza dei ricoveri in terapia intensiva è la stessa tra quadridosati e vaccinati con una o due dosi. Persone per le quali, con ogni probabilità, il miglior scudo è stata l'immunità naturale.

Questo ci porta al punto terzo del ragionamento: possiamo davvero affermare che senza vaccini saremmo stati peggio? Dipende a quale periodo ci riferiamo: anziani e fragili hanno beneficiato dei rimedi a mRNA, quando dominavano il ceppo originario e la variante inglese. Mentre è difficile sostenere che essi ci abbiano difesi da mutanti meno aggressivi, i quali, diffondendosi senza conseguenze disastrose anche tra i non vaccinati, hanno aumentato la copertura anticorpale della popolazione.

Similmente - punto cinque - la tesi che i vaccini abbiano aiutato i giovani, specie gli under 40, è insostenibile. Da subito era apparso chiaro che,

per loro, il Covid presentava un basso rischio di ospedalizzazione e morte. Di recente, uno studio firmato, tra gli altri, dal professor **John P.A. Ioannidis**, ha dimostrato che le stime sulla pericolosità del Sars-Cov-2, tra chi ha meno di 40 anni, sono state esagerate: la letalità era fino a dieci volte più bassa.

Eppure, i ragazzi, nel nostro Paese, sono stati sottoposti al ricatto del green pass, di fatto costretti a porgere il braccio, addirittura convinti a correre negli hub in occasione degli open day. Dove, magari, si somministravano farmaci che aumentavano il rischio di trombosi (ricordate la povera **Camilla Canepa**?). Al contempo, i rischi cardiaci delle punture, sui quali adesso dovranno indagare persino Pfizer e Moderna, sono stati minimizzati.

Per quanto riguarda i ragazzi, forse, è plausibile proprio l'ipotesi opposta a quella dei talebani dell'iniezione: senza vaccini, sarebbero stati meglio.

EXTRAMORTALITÀ

L'aspetto più controverso, che costituisce il nostro punto sei, riguarda però le rilevazioni sulla mortalità in eccesso negli Stati europei.

Qualche settimana fa, un economista tedesco aveva incrociato le statistiche sui tassi di vaccinazione, tratte dal «vaccine tracker» Ue, con i dati Eurostat sulle dipartite. Ebbene, era emerso un andamento strano: da luglio a dicembre 2021, nello scenario Delta, i Paesi più vaccinati erano quelli con la minore mortalità in eccesso. Da apri-

le ad agosto 2022, il trend si è capovolto. Perché?

I maliziosi potrebbero sospettare che si siano manifestati effetti nefasti delle inoculazioni sui giovani. Più credibile è che i lockdown abbiano presentato il conto: pensate ai malati oncologici che avevano ritardato screening, diagnosi e cure. I vaccini non c'entreranno niente, ma non potevano nemmeno salvarci.

Settimo e ultimo punto. Se dobbiamo partecipare al gioco del controfattuale, facciamo fino in fondo. Come sarebbero andate le cose se, prima dell'arrivo del siero soterico, avessimo trattato i positivi seguendo protocolli tipo quello di **Giuseppe Remuzzi**, capaci di abbattere del 90% le probabilità di ricovero?

Non abbiamo controprove. Ma è lecito supporre che la dimensione dell'emergenza ci sarebbe sembrata più contenuta, che avremmo pianto meno vittime e che l'impatto dei preparati di Pfizer e compagnia sarebbe stato più modesto. Qualcuno, invece, ha preferito la vigile attesa del Dio vaccino. Quel Dio non è ancora morto. Ma non si sente tanto bene.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ALLARMISMO INGIUSTIFICATO SUI RISCHI PER CHI SI CONTAGIA PIÙ VOLTE

Reinfezioni, panico per lo studio mal interpretato

La ricerca su «Nature» esamina solo i casi testati, ignorando quelli lievi e asintomatici

di **IRENE COSUL CUFFARO**

■ «Reinfettarsi di Covid può raddoppiare il rischio di morte». È questo il senso attribuito dalla maggior parte dei canali d'informazione a uno studio della Washington University School of Medicine in St. Louis, pubblicato su *Nature*.

L'interpretazione nefasta, che ben si sposa con la propaganda allarmista ancora in auge in Italia, non è tuttavia del tutto corretta. Andiamo con ordine. Innanzitutto, gli esiti dello studio sono stati presentati dai media come la prova del maggior rischio di morte, ospedalizzazione e disturbi a polmoni, cuore, cervello e ai sistemi sanguigno, muscolo-scheletrico e gastrointestinale, sia nella fase acuta, sia in quella post-acuta, della reinfezione. Un secondo, terzo, quarto contagio sarebbe dunque altrettanto o più pericoloso del primo. Tuttavia, sono gli stessi autori della ricerca (**Benjami-**

ne **Bowe, Yan Xie e Ziyad Al-Aly**) a smentire la tesi, scrivendo a chiare lettere nel paper: «La nostra analisi non dovrebbe essere interpretata come una valutazione della gravità di una seconda infezione rispetto a quella di una prima infezione».

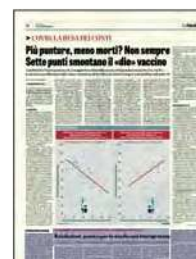
In secondo luogo, la ricerca è stata svolta analizzando oltre 5 milioni di cartelle cliniche del database sanitario nazionale del Dipartimento dei veterani degli Stati Uniti. Le reinfezioni considerate nello studio sono solamente quelle registrate in seguito a un tampone. L'assunto può sembrare un'ovvietà, ma l'inghippo sta proprio qui: è poco probabile, infatti, che chi si reinfetta ed è asintomatico o con sintomatologia lieve si sottoponga a un test. Perciò, le reinfezioni «catturate» dallo studio rilanciato dai media nostrani, verosimilmente sono quelle più gravi, mentre le reinfezioni asintomatiche o con scarse manifestazioni sono di conseguenza ignorate. La fotografia della realtà viene così, quindi, distorta, poiché lo studio è incapace di registrare i casi in cui la reinfe-

zione è meno grave della precedente.

Ciò, ovviamente, non significa che le reinfezioni non abbiano effetti, né tanto meno che sia il caso di non prestare attenzione alcuna. Come ogni malattia, è sempre meglio non contrarre nemmeno il Covid, una o più volte che sia. Tuttavia, sulla base dello studio citato e contrariamente a quanto sbandierato dalla stampa italiana, non è possibile affermare con certezza che le reinfezioni causino ecatombi.

Un aspetto curioso della ricerca mostra inoltre che questi teorici rischi aumentati di morte e ospedalizzazioni sono indipendenti dallo stato vaccinale dei soggetti. Ovvero, un non vaccinato non risulterebbe più in pericolo di chi ha ricevuto più dosi. Ma su questo punto, che contraddice, ancora una volta, la narrazione salvifica della puntura, nessun seminatore di panico pare essersi soffermato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MORBO SI PUÒ COMBATTERE

L'Alzheimer è l'ultima scusa per l'eutanasia degli anziani

di **SILVANA DE MARI**



■ Rischio eutanasia per gli anziani dementi? Oppure certezza di eutanasia per gli anziani dementi, come accade nella evolutissima Olanda, luogo di civiltà, che tra un festival per l'inclusione e l'altro, vanta già la gloria di essere «Down free», cioè di aver sterminato (...)

segue a pagina 15

► BATTAGLIA PER LA VITA

Contro l'Alzheimer non siamo inermi ma troppi medici tifano eutanasia

Oggi sappiamo molto di come agisce il morbo e di ciò che possiamo fare per prevenirlo o rallentarlo. Il dramma è che chi dovrebbe spiegare queste cose, invece, dipinge come ineluttabile la soppressione degli anziani malati

Segue dalla prima pagina

di **SILVANA DE MARI**

(...) tutti i bambini down nel ventre delle loro madri.

Il primo novembre, giorno di Tutti i santi che si saranno rivoltati nella tomba, il dottor **Roberto Bernabei**, ordinario di medicina interna e geriatria dell'Università Cattolica e direttore del dipartimento scienze dell'invecchiamento, nella trasmissione *Restart* su Rai 1, ci ha ricordato che «oggi in Italia ci sono 805.000 ultranovantenni. Di questi, quasi 600.000 sono donne ultranovantenni, la metà della quali sono dementi. I letti nel Rsa in Italia sono 315.000. Fatevi due conti. Vista la denatalità queste donne sole e dementi possono solo aumentare. Il rischio eutanasia è quello che pavento fortissimo, perché è veramente complicato sostenere questi costi e cercare di mantenere

queste povere Rsa al livello migliore».

Le malattie neurologiche sono sempre state la finestra di Overton: si intitola *Io accuso* (*Ich klinge an*) il lungometraggio voluto da **Goebbels** sull'eutanasia. Si trattava di un'opera di propaganda fatta con grandissima intelligenza. Non si parlava di quattrini risparmiati, ovviamente, ma di diritti. La parola diritti è una parola fondamentale nel momento in cui bisogna organizzare un'apocalittica truffa, come quella di annientare contemporaneamente l'etica di un popolo e il diritto dei cittadini di essere amati e accuditi anche quando sono malati. La trama del film: una giovane donna chiede il diritto di morire dopo aver scoperto di essere affetta da sclerosi laterale amiotrofica, malattia che uccide i muscoli e che in alcuni casi può causare demenza. Il marito medico che, con grande dolore, realizza il suo sofferto deside-

rio, denunciato dal cognato, andrà al processo. Nel momento in cui si avvia verso il tribunale viene rimproverato dai genitori di una bimba resa gravemente disabile dalla meningite di aver salvato la vita alla loro bambina: sarebbe stato meglio farla morire. Morire è una delle nuove palate di diritti umani, che poi diventano un dovere e vengono estesi anche ai non consenzienti. Il libro di **Mireille Horsinga-Renno** *Una ragionevole strage* narra la loro storia, come avvie-



ne oggi nella splendida Olanda, e come avverrà anche da noi.

Le nuove palate di diritti umani servono a celare la sottrazione dei diritti fondamentali. Il diritto all'aborto cela la mancanza di salari decenti e di aiuti decenti per poter diventare madri, e realizza il sogno delle élite di abbassare la popolazione da loro considerata inutile. Il diritto all'eutanasia cela una sanità pubblica sempre più allo sfascio, dove, se mancano posti, non si aumentano i posti, si diminuiscono i pazienti. La sanità pubblica diventa una trappola maledetta, chi costa troppo potrebbe essere eliminato, ma pare brutto ed è meglio presentarlo come diritto, un diritto che una volta acquisito diventerà dovere. Si intitola *L'esame* il racconto di **Richard Matheson** scritto nel 1954 e ambientato nel 2003 dove si ipotizza che a 80 anni, o anche prima se un familiare fa denuncia, gli anziani debbano sostenere una specie di test per stabilirne la capacità cognitiva. Chi non lo supera è pregato di passare al Centro governativo per l'iniezione. Tutto è pulito e in ordine, nessuno parla di morte.

Mi ha lasciata perplessa ascoltare un geriatra parlare del morbo di Alzheimer come di una malattia incurabile, una malattia che è impossibile prevenire, per la quale l'eutanasia sembra l'unica soluzione. Invece dell'eutanasia si potrebbe proporre fantastiche cose, per esempio aumentare i fondi alla sanità così che ci sia spazio per tutti, e soprattutto dare le istruzioni per prevenire Alzheimer oppure, dove ci sia già, fermarlo o migliorarlo. L'Alzheimer è determinato dal deposito di Beta amiloide. La proteina precursore dell'amiloide si chiama APP, se è tagliata da una proteasi in un solo punto genera due peptidi che contrastano

la malattia, se viene tagliata in tre punti genera quattro peptidi più piccoli, questi sono pro malattia. Se la beta amiloide comincia a depositarsi, è ulteriormente facilitato il taglio che genera beta amiloide. Innumerevoli molecole influenzano il «taglio» della proteina APP, così da far produrre o le molecole a favore della malattia o quelle che la combattono. L'aumento nel sangue di citochine proinfiammatorie peggiora tutto questo. L'Alzheimer si nutre di infiammazione cronica. L'Alzheimer si nutre di glicemia mal compensata e quindi si nutre di zucchero: chiunque pubblicizzi merendine, dolci e bibite zuccherate per i vostri figli sta spianando la strada verso l'Alzheimer, non solo verso il diabete. L'Alzheimer si nutre di ore passate davanti alla televisione, può essere combattuto dalla riabilitazione cognitiva, che costa tempo, impegno e fatica, ovviamente denaro, necessario a pagare qualcuno che spieghi gli esercizi e li faccia fare.

L'Alzheimer si nutre di carenza di nutrienti, per esempio metilfolato, piridoxal5fosfato, e metilcobalamina, l'Alzheimer si nutre di infezioni orali ricorrenti, l'Alzheimer si nutre di stress e mancanza di relazioni sociali, ringraziamo commossi il ministro Speranza per il suo squisito accudimento verso gli italiani. L'Alzheimer si nutre di omocisteina alta e vitamina D bassa, che devono essere monitorate e, nel caso corrette. L'Alzheimer si nutre di tossicodipendenza, che però non è né vietata né sanzionata, benché costi cifre enormi al Sistema sanitario nazionale senza calcolare i costi in termini di denaro e dolore dovuti a incidenti stradali, pestaggi nelle discoteche e fuori, violenze. L'Alzheimer si nutre di glutine,

perché il glutine è stato modificato. Il grano che mangiamo adesso ha una genetica diversa di quello che mangiavano i nostri antenati e questo causa un'infiammazione cronica dell'intestino che perde la sua funzione di barriera, che a sua volta predispone un'infiammazione cronica del cervello. Il grano che mangiamo adesso arriva dal Canada, non dalla pianura Padana e in Canada ha bisogno di glifosato, perché il clima non è adatto.

Sospetti sempre più gravi si abbattano sul glifosato, una recente ricerca sui ratti dell'Università dell'Arizona pubblicata sul *Journal of neuroinflammation* dimostra che il glifosato supera la barriera emato encefalica, il «muro funzionale di protezione» che protegge il cervello, e questo potrebbe avere implicazioni in molte patologie cerebrali. L'uso dell'intestino a scopo ricreativo genera un alto tasso di infiammazione cronica e questo è il motivo per cui chi permette che il suo intestino sia usato a scopo ricreativo triplica il rischio di Alzheimer, ed è per questo che l'Alzheimer sta comparando in molti film, per esempio *Supernova*. L'infiammazione cronica dell'intestino potrebbe aumentare se sostituiamo le proteine animali con altre proteine, per esempio quelle degli insetti? Verosimilmente sì. Non sarà mai ripetuto abbastanza che l'Alzheimer si nutre di infiammazione cronica.

Nel momento in cui un paziente non è più in grado di superare il test come quello del racconto, esiste anche



VERITÀ

da noi e si chiama minimental, viene rinchiuso in una Rsa dove lo nutrono a fette biscottate e minestrina (glutine) e lo mettono davanti alla televisione. Se i pazienti sono troppi, qualcuno invocherà l'eutanasia. Tra i molti libri che parlano dell'argomento *La fine dell'Alzheimer* di **Dave Bredesen** è il più completo. Dove siano state seguite le istruzioni, inclusa la complessa dieta, dove gli esercizi siano stati fatti con costanza, il mostro si è fermato, addirittura si vedono i miglioramenti del minimental. Cercate un dottore che vi curi. Cercate le istruzioni dietologiche per preve-

nire il mostro. Camminate molto e pensate molto. Mette al mondo magnifici bambini, che diventeranno gli uomini e le donne che vi proteggeranno quando il vostro momento di essere anziani sarà venuto. Non usate droghe: sono la strada per la demenza. Non ho mai incontrato in vita mia un consumatore cronico di cannabis che mi abbia impressionato per la sua intelligenza. Metanfetamina, cocaina, crack ed eroina sono l'autostrada per la demenza. Buffo che le stesse persone che per salvare la vostra salute vi hanno fatto prendere il caffè in piedi piuttosto che seduti ora si battano per libertà di

devastare proprietà private altrui per fare rave dove metanfetamina di pessima qualità è venduta a costi minori delle caramelle. La vostra salute mentale evidentemente non è una delle loro priorità, tanto, nel caso, c'è l'eutanasia. Ultimo consiglio: raccomandatevi a San Giuseppe Moscati, che illumini la medicina, ma anche la società, di scienza e compassione.

*Il meccanismo
retorico utilizzato
è quello di unire
l'impennata
della speranza
di vita ai costi
insostenibili
dell'assistenza*

*Tenere allenati
mente e corpo,
fare figli così
da non restare soli,
seguire una dieta
sana, sono piccole
cose che aiutano
a essere meno indifesi*



Tumori, gli uomini spaventati dai controlli «Serve prevenzione»

LO STUDIO

ROMA Anche l'uomo all'apparenza più forte e coraggioso non accetta di buon grado di sottoporsi agli screening oncologici per il tumore alla prostata. Secondo i dati dello studio Ipsos - presentato ieri a Roma durante il convegno "Androday", organizzato da Fondazione Pro (Prevenzione ricerca oncologia) - soltanto il 6% degli uomini italiani ha eseguito uno screening di tipo oncologico per prevenire questo tipo di carcinoma, mentre il 40% non ha fatto alcun tipo di controllo, e il 57% si è sottoposto esclusivamente a una visita generica. E dire che il tumore alla prostata non è affatto raro: nell'ultimo decennio, come riporta l'Associazione italiana registro tumori, il cancro prostatico è diventato il più frequente nella popolazione maschile dei paesi occidentali (19% di tutti i tumori maschili). E spesso l'esito non è positivo: nel 2021, sono stimati infatti 7.200 decessi per tumori della prostata. Attenzione poi all'ereditabilità, che - av-

vertono i promotori del progetto di screening nazionale sulla familiarità del tumore prostatico, promosso dalla Fondazione Pro, Fnomceo e Agenas con il supporto di Netmedica - è un fat-

tore di rischio consolidato stimato intorno al 58%. «Il tumore della prostata colpisce ogni anno circa 40mila uomini e ne uccide 7mila - spiega Vincenzo Mirone, presidente di Fondazione Pro Onlus e ordinario di Urologia all'Università Federico II di Napoli - Gli uomini con un padre o un fratello che hanno avuto un tumore alla prostata corrono un rischio doppio di ammalarsi. Il rischio però aumenta con l'aumentare del numero dei parenti malati. Per chi ha avuto un padre e un fratello con tumore, o due fratelli, le probabilità di ricevere la temuta diagnosi salgono al 55 per cento a 75 anni. Non basta chiamare in causa una generica familiarità per ipotizzare un generico rischio: bisogna tenere in considerazione l'età, la diagnosi e il numero di parenti che hanno avuto un tumore alla prostata».

GLI SCREENING

Ma perché allora gli uomini fan-

no meno screening rispetto alle donne? «Un po' per paura - precisa Mirone - Molti uomini vengono a fare i controlli accompagnati dalle mogli. Ci sono poi alcuni uomini che non si sottopongono agli screening perché hanno la presunzione di ammalarsi difficilmente». Segnali specifici che possano preallarmare per il tumore alla prostata non esistono. «Sono evidenti i sintomi di patologia prostatica, ma non sono legati al carcinoma - precisa Mirone - È chiaro però che se si ha una prostata che si ingrossa per anzianità dovremo fare anche prevenzione per la qualità della vita».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SOLTANTO IL 6%
HA FATTO
UN ESAME
ONCOLOGICO
PER LA PATOLOGIA
PROSTATICA**



HUMANITAS Oggi la Giornata Tumore al pancreas laboratorio hi-tech per studiare i tessuti

VITO SALINARO

Le diagnosi in Italia nel 2015 furono 12.500; nel 2020 sono arrivate a 14.300. Il tumore del pancreas non è tra quelli più diffusi ma resta maledettamente letale. Attualmente è al quarto posto per mortalità ma si stima che possa diventare la seconda causa di morte per cancro, entro il prossimo decennio, nei Paesi occidentali. La prognosi è spesso infausta perché la malattia, quasi sempre asintomatica, ha una progressione fulminea e, se non presa a uno stadio precoce, è difficilmente trattabile. Per i ricercatori di tutto il mondo migliorare diagnosi e terapie nei confronti di questo big killer è una sfida senza tregua.

A Rozzano, due passi da Milano, l'Istituto Humanitas assiste ogni anno più di 1.000 pazienti con questa patologia, cui si aggiungono circa 250 casi di tumori neo-endocrini, che interessano sempre il pancreas. Fondamentale è ricercare i meccanismi all'origine della malattia e migliorare le tecniche chirurgiche.

A quest'ultima esigenza risponde il completamento di un laboratorio di Humanitas, realizzato con il Politecnico di Milano, «per la caratterizzazione biomeccanica del tessuto del pancreas». Lo scopo è creare un modello fisico dell'organo (detto *phantom*) in materiale artificiale, sia per la preparazione di chirurghi e specializzandi, sia per individuare strumenti specifici per la chirurgia pancreaticata. Grazie alla creazione di questo speciale macchinario di prova, dice la professoressa Maria Laura Costantino, responsabile del Laboratorio "Artificial Organs" del Politecnico di Milano, «è possibile studiare piccole porzioni di tessuto pancreatico e identificare caratteristiche quali modulo elastico e resistenza meccanica, per poi arrivare a elaborarne la sua completa caratterizzazione».

Non è l'unica novità in casa Humanitas. Uno studio finanziato con il 5x1000 permette di applicare algoritmi di intelligenza artificiale ai dati clinici e agli esami di *imaging* pre-intervento del paziente, al fine di elaborare «una capacità di predizione pre-operatoria e valutare, per il singolo paziente, la probabilità di comparsa di complicanze e la loro gravità, così da mettere in atto provvedimenti per limitarle». Di enorme importanza, poi, è il progetto per identificare marcatori pro-

gnostici: si tratta di molecole contenute nei campioni di tumore prelevati con la biopsia, «che ci permettono di predire in anticipo, paziente per paziente, la risposta alle terapie, evidenzia Federica Marchesi, la docente di Patologia generale alla Statale di Milano e ricercatrice Humanitas.

Altri progetti di ricerca riguardano il ruolo della fibrosi (ispessimento dei tessuti e formazione continua di cicatrici) nel cancro al pancreas e quello delle infezioni batteriche nel corso delle operazioni. Inoltre, con l'Ospedale San Raffaele di Milano, sono appena stati indagati i benefici dell'autotrapianto delle isole pancreatiche per ridurre le complicanze degli interventi più complessi. Oggi, in occasione della Giornata mondiale di questo tumore, Humanitas lancia un video sui canali Youtube, Instagram e Facebook che racconta il "dietro le quinte" della caccia al "big killer dell'oncologia".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Novità contro la
neoplasia che diventerà
la seconda causa
di morte per cancro



Maria Laura Costantino





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

BAMBINO GESÙ

Nuova terapia anti-glioma

Una terapia sperimentale accresce l'aspettativa di vita dei bambini affetti da un tumore cerebrale molto aggressivo e inoperabile: il glioma diffuso della linea mediana. La sopravvivenza media di questi piccoli pazienti passa da meno di 12 mesi dalla diagnosi a circa 24. Il risultato arriva da uno studio clinico dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, tra i primi Centri a livello internazionale ad aver sperimentato una cura basata sulla caratterizzazione genetica

molecolare del tumore di ciascun paziente e sull'uso di farmaci "target", cioè mirati. Lo studio è stato pubblicato sulla rivista scientifica «Therapeutic Advances in Medical Oncology».



SALUTE UN CAVEAU DI AVATAR PER AIUTARE LA RICERCA

CARLA MASSI

I loro nome è organoidi ma, più comunemente, vengono definiti avatar. Sono modelli innovativi della ricerca biomedica, repliche in miniatura di organi e tessuti umani. Anche di un tumore.

Oltre centomila organoidi nati da materiale di biopsie sono custoditi nella biobanca (una sorta di caveau con armadi frigorifero che arrivano a temperature variabili tra - 80 e -180) dell'Istituto di ricerca e cura Candiolo, alle porte di Torino. Focus sui tumori del colon, testa-collo, seno, sarcomi, melanomi e tumori rari. Un esempio di ricerca pura che può diventare, grazie agli studi sul materiale, una terapia al letto del malato. Uno scatto del lavoro scientifico che permette il passaggio dalla medicina personalizzata a quella, del futuro molto vicino, di precisione.

«Il nostro vantaggio è avere modelli realizzati sul paziente e non su tessuti di cui non conosciamo l'origine. Grazie alle donazioni abbiamo potuto realizzare le biobanche di organoidi su cui poi facciamo sperimentazione di nuovi farmaci, e valutiamo le alterazioni in considerazione della eterogeneità del singolo tumore, oltre

che mettendo a confronto i tumori tra pazienti», fa sapere Anna Sapino, direttrice scientifica di Candiolo.

Sono tumori in miniatura, dunque, che derivano da campioni chirurgici o biotipici freschi di pazienti e vengono coltivati in vitro in una matrice tridimensionale. Ogni prototipo conservato ha un suo codice per garantire in modo assoluto l'anonimato del donatore. Che diventa uno dei protagonisti della ricerca.

«Quando i materiali sono imbibiti in questa matrice formano una struttura che ricalca il tumore del paziente – spiega Livio Trusolino, direttore del laboratorio di Oncologia traslazionale dell'Istituto – In tutte le sue caratteristiche, appunto come un avatar. L'utilizzo degli organoidi è finalizzato all'identificazione di nuove terapie. Mirate, in particolare, verso forme



neoplastiche che oggi non rispondono a quelle correnti. Lo facciamo grazie a un'indagine molecolare profonda ed este-

sa che ci consente di conoscere alcune alterazioni genetiche. Nel caso questa alterazione suggerisca un potenziale trattamento, interveniamo sull'organoide. Lo trattiamo con il farmaco che potrebbe avere una potenziale efficacia e, se l'organoide si riduce di dimensioni e se riusciamo a validare questa risposta su altri organoidi con caratteristiche molecolari simili, trasferiamo le informazioni al paziente».

I PASSAGGI

Nel Laboratorio di Oncologia traslazionale di Candiolo già si programmano i passi successivi. Il primo riguarda la creazione di organoidi più complessi di quelli oggi coltivati nella biobanca. «Oltre alle cellule del tumore – aggiunge Trusolino – saranno contenute anche quelle del sistema immunitario che nei pazienti contribuiscono a contrastare il tumore o a farlo crescere». Un'immensa mole di materiale messo a disposizione della ricerca ma anche del paziente che ha donato. Dal momento che quelle informazioni possono diventare fondamentali in caso di recidiva del tumore.

L'Istituto (800 persone di cui il 70% donne) è il primo centro oncologico in Italia (e il secondo in Europa) per aver ottenuto il riconoscimento di leader nell'Information Technology Ospedaliera grazie alle tecnologie di cui dispone che permettono la gestione complementare informatizzata clinico-sanitaria.

Mentre la ricerca sugli organoidi mira a individuare e poi, se possibile, "costruire" nuove terapie contro i tumori quella, definiamola predittiva, ha lo scopo di intercettare la patologia ancora prima di mostrare i segni. Al Candiolo ci si sposta di stanza e ci si avvicina ai due mondi paralleli che lottano contro il cancro. Si esce dal caveau dalla biobanca e si entra nei laboratori dove si lavora per scoprire i tumori quando sono ancora invisibili. Per arrivare a una diagnosi precocissima. L'obiettivo, dunque, è quello di identificare il tumore quando ancora si trova in uno stato cellulare, in modo di poter somministrare la terapia prima che diventi massa vera e pro-

pria e comprometta l'organismo.

L'EVOLUZIONE

Secondo i ricercatori dell'Istituto «la genomica da sola non basta più». Ed è giunto il momento, nella battaglia contro il cancro, di affidarsi anche ad altre scienze in evoluzione. Parliamo di proteomica (lo studio della struttura e della funzione delle proteine di un organismo), la metabolomica (lo studio delle impronte chimiche lasciate da specifici processi cellulari) e la radiomica (l'applicazione dell'intelligenza artificiale alla diagnostica per immagini e allo studio delle caratteristiche genetiche della persona).

«Negli ultimi anni – spiega Vanesa Gregorc, direttrice dell'Oncologia medica di Candiolo – ci siamo resi conto che la sfida non si può giocare solo studiando il tumore ma anche analizzando le caratteristiche dei pazienti. Si tratta di un cambio di paradigma che, man mano che la tecnologia si è evoluta, ha aperto nuove linee di ricerca. Con il progetto Proactive, ad esempio, grazie alla ricerca sul Dna tumorale circolante e sulle primissime tracce che il cancro rilascia nel nostro sangue, stiamo lavorando allo sviluppo di nuove metodiche che ci consentano di prevedere lo sviluppo di un tumore, diverso tempo prima che diventi radiologicamente visibile».

Le armi che abbiamo a disposizione, fanno capire i ricercatori, sono più efficaci quando ancora il tumore si trova in una fase precoce di sviluppo. «In questo modo – aggiunge Gregorc – veniamo messi nelle condizioni di lottare contro il cancro nella sua fase più vulnerabile. Quando non ha ancora messo le radici e sfoderato tutto il suo potenziale invasivo. Significa anche intercettare in alcune persone, come i familiari dei pazienti, il rischio di sviluppare tumori ereditari, modificando il loro destino».

SAPINO, DIRETTRICE SCIENTIFICA:

«IL VANTAGGIO È AVERE MODELLI REALIZZATI SU PAZIENTI»





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'ATLANTE DELL'INFANZIA A RISCHIO IN ITALIA REALIZZATO DA SAVE THE CHILDREN

Povertà, vita più corta per i bimbi al Sud

Quasi 4 anni di meno. Allarme salute psichica degli adolescenti: boom di ricoveri in pandemia

LUCA LIVERANI
Roma

La povertà nuoce gravemente alla salute. Se contratta da piccoli, accorcia la vita. A Caltanissetta un bambino ha 3,7 anni in meno di aspettativa di vita di un bambino di Firenze. Peggio ancora per l'aspettativa di vita in buona salute: i ragazzini calabresi hanno 12 anni in meno (54,4) con i coetanei di Bolzano (67,2). È l'Italia in cui 1 milione e 400 mila bambini vive in povertà assoluta e dove la pandemia ha peggiorato la miscela tossica di disuguaglianze e salute. Perché il Servizio sanitario nazionale delle eccellenze poi è carente nella medicina territoriale. E perché la salute non è fatta solo di sanità, ma di benessere economico, scuola, educazione, città salubri, alimentazione equilibrata. È un quadro dettagliato che emerge dalla XIII edizione dell'Atlante dell'infanzia a rischio in Italia, realizzato da Save The Children. Il dossier - 254 pagine di dati, tabelle, analisi - è stato presentato ieri, in vista della Giornata mondiale dell'Infanzia del 20 novembre. Una fotografia delle condizioni di vita di bambini e adolescenti che denuncia l'impatto che le disuguaglianze socio-economiche, educative e territoriali hanno sul benessere psico-fisico. Crisi demografica e salute mentale le emergenze.

I minori in povertà assoluta sono il 14,2% della popolazione, ma il 16% al Sud. Prima della pandemia la mortalità infantile nel primo anno era di 1,45 ogni mille nati vivi in Toscana, il doppio in Sicilia (3,34) e triplo in Calabria (4,42). Un bambino del Sud nel 2019 aveva una probabilità di dover viaggiare per curarsi del 70% più alta. È nazionale il Servizio sanitario?

Ancora insufficiente la spesa per la prevenzione: solo il 12% dei fondi, il 44% è per l'assistenza ospedaliera. La pandemia ha estremizzato disuguaglianze e divari territoriali. Al netto dei finanziamenti per la pandemia, l'Italia nel decennio precedente aveva dedicato sempre meno all'assistenza sanitaria: nel 2019 il 6,4% del Pil, Germania 9,8%, Francia 9,3%.

Claudio Tesaro, presidente di Save the Children Italia racconta un aneddoto: «Anni fa la principessa Margaret, mia omologa nell'organizzazione britannica, mi chiese come l'Italia da paese del baby-boom fosse passata all'inverno demografico. Le risposte sono in questo Atlante, che individua i forti disincentivi per le coppie che vogliono avere figli». «Nascono molti me-

no bambini - conferma Raffaella Milano, direttrice dei Programmi Italia-Europa - e nascono sempre più po-

veri. Il rischio povertà in una famiglia aumenta moltissimo alla nascita di un bambino. In Calabria solo due bambini su 100 entrano in un asilo nido pubblico». E se il Pnrr stanziava fondi per l'infanzia, «il timore è che finiscano alle regioni del Nord che ne hanno meno bisogno ma sono più attrezzate amministrativamente. E mancano 40 mila educatori: se non cominciamo a prepararli, chi gestirà i nuovi asili?». Preoccupa anche che solo il 34% delle scuole sia priva di barriere architettoniche. E che molte primarie non abbiano il servizio mensa, indispensabile, «per assicurare a tutti un'alimentazione sana e un'educazione alimentare».

Per Silvio Brusafferro, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, «la sanità è importante, ma non basta: povertà, istruzione, contesto sociale e ambientale sono importantissimi per lo stato di salute dei bambini. Garantire loro la salute vuol dire creare un contesto che la conservi e la promuova». Preoccupano i ricoveri per patologia neuropsichiatrica infantile: più 39,5% tra 2019 e 2021. Le prime due cause: psicosi e disturbi del comportamento alimentare. Per Stefano Vicari, docente alla Cattolica e medico al Bambino Gesù, «l'onda lunga del Covid non è finita. L'Unicef ci dice che un adolescente su 7 nel mondo ha una diagnosi di disagio mentale, presente nel 10% dei bambini e nel 20% degli adolescenti. Nel 2011 al pronto Soccorso abbiamo fatto 152 consulenze psichiche, nel 2018 oltre mille, nel 2021 sono state 1.850. Durante la pandemia abbiamo avuto un più 10% di ricoveri, più 30% di disturbi alimentari, più 75% di atti di autolesionismo o progetti suicidari: la seconda causa di morte tra 10 e 25 anni è il suicidio. E le ragazze soffrono di più di depressione». Che fare? «I principali fattori di protezione sono le agenzie di educazione: scuola e famiglia. I genitori non hanno il tempo di frequentare i figli. Il modello economico li costringe spesso a lavorare dalle 8 alle 20. E la scuola, più del merito, deve valorizzare la conoscenza e le relazioni».

Raffaella Milano: servono asili nido e educatori. Vicari (Bambino Gesù): in 10 anni i casi psichici al pronto soccorso da 152 a 1.850. Psicosi e disturbi del comportamento alimentare



L'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda che la temperatura domestica sia di 20 °C, con un'oscillazione di 2 gradi in più e altrettanti in meno. Con gli accorgimenti giusti, la popolazione generale sana non si accorge della differenza. Però attenzione a bambini, anziani e categorie fragili

Più caldo in tavola (un po') più fresco in camera

Le basi scientifiche della vecchia saggezza popolare

di **Anna Fregonara**

Se dovessimo sintetizzare con un «rimedio della nonna» scientificamente provato uno dei modi per affrontare in salute le temperature più fredde in arrivo sarebbe «mangia al caldo e dormi al freddo»: cibi caldi a tavola, ma qualche grado in meno nella camera da letto. Rimedio ancor più attuale dopo il decreto, firmato il 6 ottobre dal ministro della Transizione ecologica, per contenere i consumi di gas e che prevede 15 giorni in meno di accensione del riscaldamento e riduzione di un grado

nelle case, passando da 20 a 19 °C. «Questa variazione è in linea con le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità la quale raccomanda che la temperatura domestica sia di 20 °C, con un'oscillazione di 2 gradi in più e altrettanti in meno. Con gli accorgimenti giusti, la popolazione generale sana non si accorge della differenza» spiega Giorgio Se-

sti, professore di Medicina interna all'università La Sapienza di Roma e presidente della Società italiana di medicina interna. «Ci sono pochi studi rigorosi sull'effetto della variazione di 1 grado di temperatura in un ambiente, gli unici sono quelli condotti dai giapponesi che hanno una grande attenzione al microclima abitativo. Si è visto come per una ri-

duzione come quella prevista nelle nostre case la pressione arteriosa del sangue varia meno di 1 millimetro di mercurio, vale a dire che se un soggetto ha 120 mmHg di «massima» passa a 121. In linea generale, una variazione di questo tipo non è quindi significativa dal punto di vista di possibili danni vascolari».



Soggetti a rischio

Il discorso può cambiare con categorie a rischio, non a caso dalle regole del decreto sono esclusi scuole, asili e luoghi di cura (ospedali e Rsa). «A casa, qualche precauzione in più bisogna avere per i bambini molto piccoli che non hanno ancora un sistema di regolazione della temperatura adeguato», prosegue Sesti. «Sono però soprattutto gli anziani fragili, spesso allettati, quelli più esposti. Questi pazienti non muovendosi soffrono di sarcopenia, una riduzione della massa e del movimento muscolare, uno dei più importanti meccanismi antifreddo. La contrazione muscolare può essere volontaria, come quando battiamo i piedi o le mani per scaldarci, e involontaria, come quando sentiamo i brividi. In ogni caso richiede muscoli efficienti che gli anziani fragili non hanno. Se questo tipo di paziente è a casa, bisogna preoccuparsi di coprirlo di più e meglio perché un grado potrebbe dare fastidio. Un anziano in salute è bene che prevenga la sarcopenia facendosi consigliare da un esperto qualche esercizio da eseguire a casa con pesetti da un chilo, per esempio. Anche portare buste della spesa leggere sono un ottimo allenamento. Un'altra categoria più esposta è quella dei malati reumatici, in particolare coloro che soffrono della sindrome di Raynaud. È un'alterazione della circolazione del sangue che colpisce più comunemente mani e piedi, rendendoli freddi, intorpiditi e di colore anomalo dopo esposizione a basse temperature. Un grado di differenza non dovrebbe essere sufficiente a scatenarla, ma è bene confrontarsi con il proprio medico se ci si accorge

di non stare bene».

Attenzione agli sbalzi

In generale, è più pericoloso non il calo di uno o due gradi, ma esporsi a uno sbalzo repentino di 10-12 °C. «Passare da un ambiente molto caldo a uno molto freddo può mettere a dura prova il nostro sistema cardiovascolare», precisa Matteo Cerri, neurofisiologo presso il dipartimento di Scienze biomediche e neuro-motorie dell'Università di Bologna. «L'improvvisa attivazione del sistema nervoso simpatico, infatti, chiederà al cuore di aumentare il suo lavoro in modo più che significativo per distribuire all'organismo l'energia necessaria per far aumentare il metabolismo e quindi la produzione di calore. Contemporaneamente, però, ci sarà anche una massiccia vasocostrizione cutanea che comporterà per il cuore uno sforzo di lavoro maggiore a causa dell'aumento della pressione che comporta questo».

Via dalla savana

È vero, comunque, che da quando ci siamo separati dai nostri parenti più prossimi, gli scimpanzé, siamo diventati più esposti a percepire il freddo. «Quando, cinque milioni di anni fa, un piccolo gruppetto di scimpanzé abbandonò l'ombra degli alberi della foresta per il sole battente della savana, dando così origine a un'avventura che porterà fino a noi, dovette in fretta adattarsi al caldo africano; perse così la pelliccia in tutto il corpo, eccetto là dove il sole batte senza tregua, sulla testa. Milioni di anni dopo, però, i discendenti di quei coraggiosi scimpanzé si trovarono a esplorare regioni molto più

settentrionali e quella cute glabra che fu vantaggiosa nella savana, divenne invece una debolezza nei climi freddi», dice Cerri. Di conseguenza, da quel momento per combattere le temperature più rigide abbiamo dovuto ricorrere alla tecnologia, dai vestiti al fuoco e alla sua evoluzione nel riscaldamento domestico.

Ritmo circadiano

C'è una stanza, però, che se si è adulti sani è bene mantenere più fresca: la camera da letto. «Sonno e termoregolazione sono profondamente legati», conclude il neurofisiologo. «Quando ci addormentiamo il cervello è molto sensibile alla temperatura cutanea. In questa fase, infatti, la pelle viene irrorata di sangue (vasodilatazione) che la riscalda e subito dopo il corpo inizia a raffreddarsi. La velocità di questo raffreddamento è importante per agevolare l'addormentamento. Su questa base, sono state anche sperimentate tute termiche che, modulando la temperatura degli arti, possono favorire l'addormentamento anche in chi soffre di insonnia. Per dormire bene occorre, quindi, avere un ambiente che sia leggermente al di sotto della termoneutralità e che segua l'oscillazione circadiana della temperatura corporea durante la notte, quando il corpo abbassa la temperatura fino a raggiungere il valore minimo al mattino. In questo modo non è mai necessario attivare la termoregolazione durante il sonno che sarà di migliore qualità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

È più pericoloso
esporsi a escursioni
repentine di 10-12 gradi
che non il calo
di 1 o 2 costante

Le persone allettate, non muovendosi e avendo una riduzione della massa e del movimento muscolare, non possono mettere in atto uno dei più importanti meccanismi antifreddo

Quando ci addormentiamo il cervello è molto sensibile alla temperatura cutanea. In questa fase, la pelle viene irrorata di sangue (vasodilatazione) che la riscalda e subito dopo il corpo inizia a raffreddarsi. La velocità di questo raffreddamento è importante per agevolare l'addormentamento



Vengono messi in atto quattro meccanismi in successione sulla base dei messaggi che arrivano al cervello da recettori cutanei che non misurano con precisione la temperatura ma sono sensibili alla sua variazione, specie su gambe, braccia e orecchie

Così il corpo si difende dal freddo

La nostra sensibilità termica dipende da due organi: «La cute, che ha due distinte vie sensoriali, una per il freddo e una per il caldo, e il cervello», spiega il neurofisiologo Matteo Cerri, autore di *La cura del freddo* (Einaudi). «La prima misura la nostra temperatura di braccia, gambe e orecchie, che è spesso più prossima alla temperatura ambientale. L'invio al cervello di quanto freddo e quanto caldo fa avviene attraverso i recettori termici o termocettori cutanei che non funzionano come un termometro, infatti non misurano con precisione la temperatura, ma sono sensibili alle sue variazioni».

Le informazioni

Le molecole che fungono da termocettori sono frutto di scoperte recenti per le quali David Julius ha vinto il premio Nobel per la Medicina nel 2021 assieme ad Ardem Patapoutian, appartengono a una grande famiglia di sostanze (proteine canale) chiamata Trp (Transient Receptor Potential). Ogni suo membro è specializzato nella percezione di un particolare intervallo termico. In ogni momento, quindi, la temperatura che il nostro cervello percepisce è la sinfonia che risulta dall'attivazione di diversi termocettori, come se fossero gli strumenti di un'orchestra.

Le informazioni termiche che la cute manda al cervello arrivano in una zona chiamata area preottica. «Si trova nell'ipotalamo, una regione al

centro del cervello e che supervisiona alla nostra sopravvivenza, sia in termini di mantenimento delle funzioni vitali, sia di attivazione dei comportamenti necessari alla sopravvivenza dell'individuo e della specie», specifica l'esperto. «L'area preottica, grazie a termocettori specifici, misura anche la nostra temperatura corporea centrale che è sì costante (tra i 36,5 e i

37,5°), ma solo in quella regione del corpo chiamata Core dove sono localizzati gli organi vitali. Non appena i termocettori periferici cutanei comunicano se l'ambiente si sta raffreddando (o riscaldando), il cervello attiva i meccanismi di difesa della temperatura del Core, prima che questo si raffreddi (o si riscaldi). Il meccanismo si chiama risposta omeostatica predittiva».

Le reazioni

La prima arma antifreddo è la vasocostrizione. Il cervello schiera le sue difese, con un ordine gerarchico, attraverso l'attivazione di una branca del sistema nervoso autonomo che si chiama sistema nervoso simpatico.

«La prima difesa è l'isolamento. I vasi cutanei riducono il loro diametro e alle estremità arriva meno sangue (vasocostrizione; per questo al freddo siamo pallidi). In questo modo, si abbassa la perdita di calore e questo potrebbe essere sufficiente. È una difesa molto economica perché non richiede dispendio energetico, ma la sua efficacia è limitata», precisa l'esperto. La seconda arma è il meta-

bolismo. Se la vasocostrizione non è sufficiente, il cervello ordina ad alcuni organi di aumentare il metabolismo: «La tiroide produrrà più ormone tiroideo, la ghiandola surrenale più adrenalina e cortisolo, il cosiddetto ormone dello stress, e il tessuto adiposo bruno inizierà ad attivarsi. Questo particolare tipo di tessuto è specializzato nel consumare energia per produrre calore. Nei soggetti obesi, però, ha smesso di funzionare e questa è una delle possibili cause dell'epidemia di obesità nei paesi occidentali», precisa Cerri.

«La localizzazione del grasso bruno è strategica, essendo mirata a riscaldare il sangue che va al cervello e il midollo spinale. Si trova, infatti, intorno ai grossi vasi arteriosi del collo e del mediastino, lo spazio mediano della cavità toracica compreso tra i polmoni, e vicino a ogni vertebra. Il tessuto adiposo bianco ha invece altri due scopi: è un deposito di energia e aumenta l'isolamento del corpo dall'esterno. Un po' di questo tessuto (non troppo) è necessario per poter avere una riserva energetica a cui attingere durante il giorno».

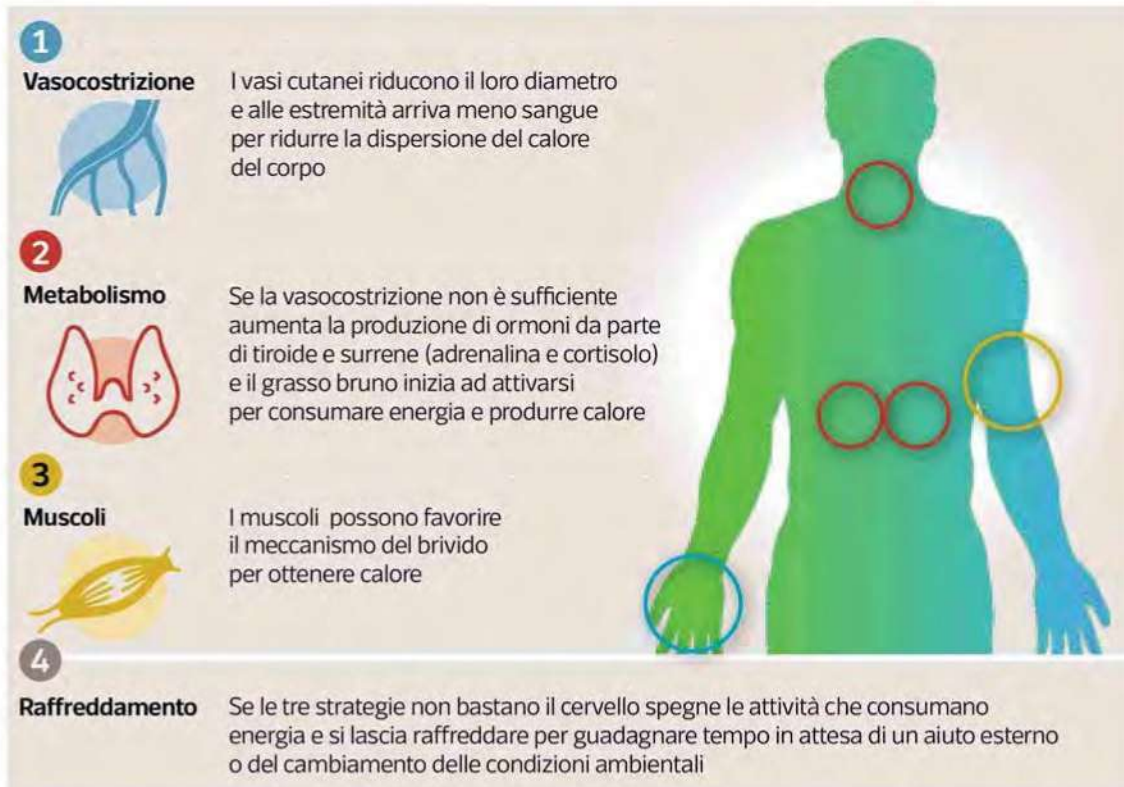


CORRIERE SALUTE

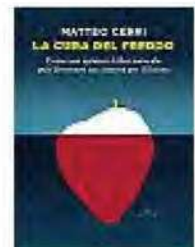
La successiva difesa è, invece, a carico dei muscoli che possono favorire il meccanismo del brivido. «Il muscolo in questa circostanza attiva rapide contrazioni il cui scopo non è quello di farci muovere, ma di ottenere calore. Infine, se anche questo non fosse sufficiente perché il freddo è troppo intenso, come accade per gli alpinisti o i naufraghi, allora il cervello cambia

strategia», conclude l'esperto. «Spegne tutte le attività che consumano energia e si lascia raffreddare. In questo modo cerca di guadagnare tempo nella speranza che arrivi un aiuto esterno o che cambino le condizioni ambientali: si tratta dell'ipotermia accidentale che purtroppo causa ancora morti anche in Occidente».

Anna Fregonara



Il libro



La cura del freddo

Matteo Cerri

Einaudi

Pagine 176

Euro 13,00

Un neurofisiologo che collabora anche con la Nasa affronta i principali temi legati al freddo dai rischi che comporta alle sue potenzialità terapeutiche, dal letargo all'ibernazione



Diritti

**I nuovi farmaci
per il diabete
che può prescrivere
il medico di famiglia**

di **Maria G. Faiella**

8



Diabete

I nuovi farmaci prescrivibili dal medico di famiglia

di **Maria Giovanna Faiella**

Una persona con diabete su tre è in cura con farmaci innovativi che fino a pochi mesi fa richiedevano il piano terapeutico, una particolare prescrizione fatta dal diabetologo del Servizio sanitario nazionale, da rinnovare periodicamente, anche ogni sei mesi.

Da gennaio, con l'introduzione della «Nota 100» da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), anche i medici di famiglia possono prescrivere questi medicinali agli adulti con diabete di tipo 2 in controllo glicemi-

co non adeguato, cioè con emoglobina glicata superiore ai valori considerati dal dottore ottimali per l'assito.

La prescrizione di inibitori del SGLT2, agonisti recettoriali del GLP1, inibitori del DPP4 a carico del Ssn, da parte di medici curanti e specialisti, va fatta secondo le indicazioni contenute nella Nota Aifa, che si basano sulle principali evidenze disponibili e sulle Linee guida «La terapia del

diabete mellito di tipo 2» elaborate da Società Italiana di Diabetologia e Associazione Medici Diabetologi e

approvate dall'Istituto Superiore di Sanità a luglio 2021.

Che cosa cambia

«La prescrivibilità non cambia l'assi-



stenza ma facilita l'accesso a farmaci innovativi preziosi per tutte le persone con diabete» osserva Agostino Consoli, che ha appena concluso la presidenza della Società italiana di diabetologia (SID) e ordinario di Endocrinologia all'Università di Chieti-Pescara. Gli fa eco il dottor Walter Marrocco, responsabile scientifico

della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg): «Si è semplificato l'accesso alle cure più appropriate, agevolando il percorso del paziente e la sua aderenza alla terapia. Prima della nota 100, per accedere ai farmaci innovativi il paziente doveva recarsi dal medico di famiglia per la prescrizione della visita specialistica, poi andare dal diabetologo che redigeva il piano terapeutico, infine ritornare dal medico curante che registrava il piano e compilava la ricetta.

Accesso facilitato

«Ora basta andare dal medico curante, vicino casa. E il paziente non corre il rischio, come succedeva prima, di restare senza terapia in attesa dell'appuntamento con lo specialista per il rinnovo del piano terapeutico scaduto. Inoltre — continua Marrocco —, la possibilità per il medico di medicina generale di prescrivere direttamente farmaci innovativi di prima scelta, in base alle Linee guida, migliora nettamente l'appropriatezza e l'efficacia del suo intervento non solo nei confronti dell'assistito con diabete ma anche dei pazienti diabetici con altre patologie croniche associate, come quelle cardiovascolari e renali che, grazie a questi farmaci, si possono curare meglio».

Consumi in aumento

Da recenti dati del Centro Studi della Fimmg (su banca dati Netmedica), ricavati dal confronto delle prescrizioni di antidiabetici fatte da 250 medici di famiglia nei primi 9 mesi dell'anno scorso e quelle effettuate nei primi 9 mesi di quest'anno, risulta che «rispetto al 2001 c'è stato un aumento significativo dell'utilizzo di

questi medicinali — riferisce Marrocco —. Contemporaneamente si registra una riduzione dei trattamenti con sulfoniluree (in particolare della glibenclamide), indicate dalle recenti Linee guida come farmaci di terza scelta, cioè da utilizzare dopo aver verificato l'appropriatezza all'uso degli altri farmaci, quali in primis metformina, ma anche glifozine e agonisti recettoriali del GLP1, DPP4».

Aggiunge Consoli: «Le sulfoniluree, secondo le Linee guida, andrebbero progressivamente sospese perché sono efficaci per il controllo glicemico ma non nel proteggere dalle complicanze specialmente quelle cardiache e, soprattutto, chi le assume corre il rischio di avere crisi ipoglicemiche».

Avvio del trattamento

«La prima prescrizione può essere fatta sia dal medico di medicina generale sia dallo specialista diabetologo — specifica il past president della Sid —. In ogni caso è necessario che il paziente abbia alcuni requisiti che rendano indicato questo o quel farmaco, quindi occorrono un'accurata anamnesi e i risultati di alcuni esami che consentano di stabilire qual è la funzione renale, di calcolare il rischio cardiovascolare e, ovviamente,

il controllo glicemico».

Per la prima prescrizione, alcune associazioni rimangono di esclusiva competenza del diabetologo, vale a dire: inibitori SGLT2 + inibitori DPP4, o anche inibitori SGLT2 + agonisti recettori GLP1, sia in modalità precostituite (molecole abbinate) sia estemporanee (molecole in confezioni diverse, associate dal paziente).

Piano terapeutico in scadenza

«Complessivamente oltre un terzo dei pazienti è in cura coi medicinali inseriti in nota 100 — riferisce Consoli —. Quando il vecchio piano terapeutico scade (in genere dopo sei mesi o un anno), si può rinnovarlo dal medico di medicina generale, il quale verifica le condizioni cliniche

che rendono indicato l'utilizzo di quel farmaco e poi inserisce l'assistito nel nuovo piano terapeutico con nota 100».

Piano terapeutico da modificare

Spiega il presidente della Società italiana di diabetologia: «Se il medico di famiglia decide di cambiare la terapia perché non va più bene, può farlo in autonomia, oppure può avvalersi della consulenza dello specialista su come modificare la terapia in atto. Si tratta di una decisione clinica che prescinde dalla possibilità di cambiare la prescrizione di rimborsabilità».

«La nota 100 — prosegue Consoli — è un'occasione per una spinta ulteriore a un'interazione virtuosa tra medici di medicina generale e specialisti di diabetologia. È impossibile pensare, infatti, che gli specialisti diabetologi possano prendere in carico, in toto, più di 4 milioni di persone con diabete».

Rimane una nota dolente. «Per poter effettuare la prescrizione dei farmaci in Nota 100 — spiega Marrocco —, il medico deve compilare la scheda allegata, che però è ancora in formato cartaceo, quindi non può essere acquisita dai sistemi di sorveglianza regionale e dell'Aifa. Così si perdono informazioni cliniche importanti, per esempio sul mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati, l'eventuale rischio cardiovascolare, l'esistenza di una malattia renale cronica, l'eventuale controindicazione o intolleranza ad alcune molecole e altri dati clinici. È auspicabile, quindi, una rapida informatizzazione della scheda».

Con la «Nota 100» di Aifa alcune molecole innovative non saranno più «ordinabili» solo dagli specialisti. Una semplificazione per risparmiare ai pazienti lunghe attese

Con il nuovo regime
non si rischia di restare senza terapia in attesa dell'appuntamento con il diabetologo



Le carenze

Centri specialistici a corto di personale

Come gestire il diabete nel miglior modo possibile? Risponde il professor Agostino Consoli, past president della Società italiana di diabetologia e ordinario di Endocrinologia all'Università di Chieti-Pescara: «Tutti i pazienti dovrebbero essere visitati, almeno una volta nella vita, presso un centro specialistico multiprofessionale (con diabetologo, infermiere esperto, dietista e altre figure professionali) in modo da poter ricevere una serie di consigli che riguardano anche lo stile di vita, che cosa mangiare, come muoversi, informazioni su che cosa aspettarsi dalla malattia, che tipo di controlli dovrà fare in futuro».

Da una recente indagine svolta dalla Sid risulta però che, su circa 600 Centri specialistici di diabetologia diffusi in tutta Italia, solo poco più della metà ha, ol-

tre allo specialista, anche l'infermiere e un'altra figura professionale, mentre più di 300 Centri sono gestiti da diabetologi che operano da soli sul territorio.

«Nel centro specialistico — sottolinea l'esperto — il paziente dovrebbe trovare i servizi necessari per effettuare lo screening per tutte le complicanze della malattia, quindi fare sorveglianza oculistica, cardiologica, neurologica, nefrologica: così si agevolano i controlli e, se qualcosa non va, viene indirizzato subito dallo specialista di riferimento (oculista, cardiologo ecc)».

I pazienti, poi, vengono presi in carico dal medico curante. «Nel momento in cui c'è un collegamento telematico attivo con la medicina generale — fa notare il past president della Società scientifica —, il diabetologo può anche seguire a di-

stanza l'iter del paziente e vederlo in presenza solo quando il medico curante decide che ha bisogno del controllo dello specialista».

Consoli, che è anche responsabile dell'Unità operativa complessa territoriale di Endocrinologia e malattie metaboliche dell'Asl di Pescara, fa un esempio: «Nella nostra Asl abbiamo istituito un Pdta-Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale: diabetologi e medici di famiglia hanno a disposizione un software che permette la registrazione automatica, sulle cartelle cliniche elettroniche di entrambi, di tutti gli interventi che riguardano la persona con diabete, dalla prescrizione di esami alle terapie che assume».

«Utilizzare questo tipo di tecnologie favorisce la presa in carico integrata».

M.G.F.

**Nota dolente:
per poter
effettuare la
prescrizione
il medico deve
compilare
la scheda
allegata, che
però è in
formato
cartaceo e
quindi non
acquisibile
dai sistemi di
sorveglianza
regionale
e di Aifa**



Sanità digitale

Giocattoli intelligenti
che aiutano a scoprire
prima i disturbi
del neurosviluppo

di **Ruggiero Corcella****16**

Giochi «tech» per identificare disturbi del neurosviluppo

di **Ruggiero Corcella**

La cosiddetta «medicina delle 4P» (P4 Medicine, cioè Preventiva, Partecipativa, Personalizzata e Predittiva) sta trovando applicazione in ambiti sempre più ampi. Dunque non poteva sfuggire a questo moderno paradigma scientifico quello dei disturbi del neurosviluppo.

«I disturbi del neurosviluppo sono un gruppo di disturbi sensorimotori, cognitivi, della comunicazione, dell'apprendimento e del comportamento molto frequenti (1 bambino su 10 ne è colpito) le cui cause sono multifattoriali ma con esordio precoce e conseguenze che condizionano tutta la vita» spiega il professor Giovanni Cioni direttore scientifico dell'Irccs Fondazione Stella Maris di Calambrone (Pisa).

«Nonostante i progressi nella nostra comprensione delle cause, la diagnosi e l'inizio dell'intervento sono spesso tardivi e avvengono molti

mesi dopo l'esordio dei primi segni clinici e non si basano su dati quantitativi».

Come riuscire a cogliere questi segnali in bambini così piccoli? Il progetto europeo «Tech-Toys», coordinato proprio da Giovanni Cioni, si propone di farlo attraverso giocattoli «intelligenti» dotati di tanti sensori sofisticatissimi che consentiranno di acquisire biomarcatori digitali.

L'obiettivo del progetto, che si concluderà nel 2025, è sviluppare un nuovo ambiente di gioco interattivo domestico e tecnologico, utilizzando l'esperienza fatta nel progetto «CareToy» (Giocattoli per la cura), per cui Fondazione Stella Maris e Scuola Superiore Sant'Anna hanno inventato e sperimentato una palestra intelligente con moltissimi giocattoli sensorizzati simili a quelli con cui i bambini giocano quando sono in culla o in box.

Giocattoli che racchiudono una raffinata e innovativa tecnologia, oltre 2 mila sensori che monitorano parametri quali la postura e la manipolazione. I dati sulle capacità motorie di questa esperienza, uniti a quel-

li sull'interazione sociale bambino-caregiver raccolti dal team francese (si veda il box sotto), consentiranno di mettere a punto un setting di giochi in grado di fornire biomarcatori digitali quantitativi facili da maneggiare del neurosviluppo del bambino e dell'interazione tra il bambino, la sua mamma e il suo papà (o anche altri caregiver).

«Anche in questo caso pensiamo ad un sistema di «palestra» — prosegue il professore — dotata di un tappetino sensorizzato, un set di giocattoli sensoriali, unità di movimento inerziale indossabili e telecamere.

Diverse le tappe da raggiungere nei prossimi tre anni. «Nel primo anno del progetto verranno analizzati con metodiche di Artificial intelli-



gence i dati digitali (più di 1 terabyte) ottenuti nel corso di precedenti progetti pilota che utilizzavano giocattoli sensorizzati finanziati per Pisa dall'Ue e dal Ministero della Salute (10 neonati sani, 41 nati pretermine ma senza lesioni cerebrali e 20 con lesioni) e per Parigi dall'Agenzia Nazionale Francese per la Ricerca (25 bambini piccoli con gravi encefalopatie epilettiche)— illustra Cioni—. Grazie a questo lavoro di analisi dei dati già a disposizione verranno prodotti i primi modelli e metodi di analisi. Sempre nel primo anno verranno sviluppati i nuovi giocattoli sensorizzati e i nuovi setting di sperimentazione e arruolati i primi nuovi soggetti».

«A partire dal secondo anno —

prosegue l'esperto— verranno esaminati, per un studio di fattibilità, accettazione e iniziale efficacia diagnostica predittiva, in 40 bambini nel primo anno di vita con lesioni cerebrali e in 14 che fungeranno da gruppo di controllo (in parte in Italia e in parte in Francia). Il terzo anno del progetto sarà dedicato all'analisi dei dati».

Anche in questo progetto, grandissima attenzione sarà posta alle questioni etiche che l'iniziativa solleva e alla partecipazione dei genitori dei bambini con disturbi del neurosviluppo. «Gli aspetti etici, legali, sociali (Elsa) e delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment - HTA) forniranno fattori chiave nel processo decisionale e nell'analisi

dell'efficacia dei costi.

« Infine, le organizzazioni dei genitori avranno un forte coinvolgimento nelle attività del progetto e nel comitato etico (Ethics Monitoring Board) e contribuiranno alla progettazione della piattaforma e del modello di precisione personalizzato», conclude l'esperto.

Un team italiano guida un progetto internazionale che ha l'obiettivo di cogliere gli esordi di queste malattie, usando giocattoli dotati di sensori

Le tappe

Esame dei dati

Analisi dei dati digitali ottenuti nel corso di precedenti progetti pilota, con metodiche di Artificial intelligence

Primi esemplari

Saranno prodotti i primi modelli e metodi di analisi. Verranno sviluppati i nuovi giocattoli sensorizzati

Studio sui bimbi

Studio di fattibilità su 40 bimbi con lesioni cerebrali e 14 di controllo, nel primo anno di vita



LA SITUAZIONE PEGGIORA

Ostaggi dell'Asia: adesso mancano 2.500 farmaci

di **FLAMINIA CAMILLETI**

Peggiora la penuria già denunciata dalla *Verità* un anno fa: ora ne mancano 1.500. La politica cerca di dare la colpa ai cittadini, ma la realtà è che la produzione dei principi attivi si è spostata in Cina e in India. E noi restiamo a secco.

a pagina 14

► BATTAGLIA PER LA VITA

Ostaggi dell'Asia: mancano 2.500 farmaci

Peggiora la penuria già denunciata dalla «Verità» un anno fa, quando la carenza riguardava 700 medicinali. La politica cerca di dare la colpa ai cittadini, ma la realtà è che la produzione dei principi attivi si è spostata in Cina e in India. E noi restiamo a secco

di **FLAMINIA CAMILLETI**

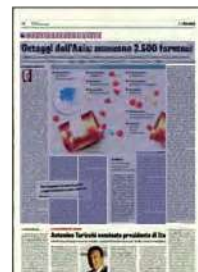


■ Sono 2.500 i farmaci attualmente in carenza in Italia. Un'emergenza iniziata più di un anno fa (ne scriveva *La Verità* a novembre 2021) e la lista contava circa 700 prodotti carenti. Oggi la situazione invece di migliorare è peggiorata. Dopo un anno, si può fare un bilancio dei farmaci che sono mancati dagli scaffali più spesso nel nostro Paese (ma non solo). Nell'elenco troviamo gli antibiotici (principalmente Augmentin a base di amoxicillina e Zitromax, a base di azitromicina), il paracetamolo, l'ibuprofene e altri. Ciclicamente, ma costantemente irreperibili dalle nostre farmacie. L'allarme è stato riportato da quasi tutte le testate, ma sulle ragioni di questo shortage poco o nulla è stato detto. Nelle ultime settimane si è fatto riferi-

mento ai rincari energetici che hanno messo in difficoltà i trasporti e quindi l'approvvigionamento. Senza dubbio la crisi dei prezzi dell'energia fa salire i costi operativi e molti produttori non riescono ad assorbire i rincari. Secondo Nomisma, il costo di principi attivi ed eccipienti risulta in crescita del 26,5%, quello dei trasporti del 100% (il prezzo di noleggio di un container ha subito un incremento del 131% tra il primo semestre 2020 e il primo semestre 2022), quello dell'energia del 300%. Questo dopo un triennio nel corso del quale le aziende hanno dovuto assorbire importanti pressioni di prezzo lungo la catena di approvvigionamento. Ma l'offshoring dei principi attivi è iniziato già da anni e, per quanto riguarda il paracetamolo, ad esempio, l'ultimo stabilimento europeo che lo produceva ha

chiuso nel 2008.

La filiera farmaceutica è globale e complessa: per produrre il farmaco finale, sia prescritto dal medico sia acquistabile liberamente in farmacia, servono materie prime, ovvero ingredienti farmaceutici attivi ed eccipienti provenienti da tutto il mondo. In passato l'Europa era il fulcro globale per lo sviluppo e la produzione di medicinali, ma ha gradualmente perso la sua importanza, acquisita nel frattempo da altre regioni del mondo.



VERITÀ

Oggi l'Europa dipende al 74% dalle forniture provenienti dall'Asia, principalmente India e Cina. L'India a sua volta, maggior produttore mondiale di farmaci generici, dipende dalla Cina per l'80% dei suoi principi attivi farmaceutici. Durante l'epidemia di Covid-19 è emerso in modo lampante che questa condizione mette a rischio i sistemi sanitari europei. Ma oggi sappiamo che questa crisi è ormai strutturale ed è difficile tornare indietro.

E l'Europa non è sola. Negli Stati Uniti l'80% degli antibiotici proviene dalla Cina, secondo le stime del dipartimento del Commercio. Di questi, il 95% dell'ibuprofene, il 91% dell'idrocortisone e il 45% della penicillina. Negli ultimi 20 anni la Cina ha raggiunto una capacità di produzione di principi attivi farmaceutici (Api) pari al 70% della capacità (l'India si attesta al 40%). Questo permette a Pechino, nonostante l'aumento del costo del lavoro e la recente applicazione di norme ambientali più severe, di ottenere prezzi dal 30 al 40% inferiori alla media globale.

In totale la produzione cinese di farmaci ha raggiunto 9,5 milioni di tonnellate (2,5 per i soli Api) nel 2019, di cui 1,9 milioni sono andati all'Europa. Le esportazioni sono cresciute in media del 3,8% negli ultimi anni, per un valore di circa 30 miliardi di dollari.

I produttori cinesi godono di generose sovvenzioni pubbliche e di sostegno bancario sotto forma di prestiti a tassi d'interesse minimi

per alimentare questa produzione. Ad esempio, la Zhejiang huahai pharmaceutical (Zhp), il principale produttore di componenti utilizzati nei farmaci per la pressione e per il morbo di Alzheimer, ha ricevuto 44,4 milioni di dollari di finanziamenti statali solo nel 2018.

Insomma, grazie a questi aspetti e alle minori restrizioni in termini di sicurezza dei lavoratori e sicurezza ambientale, nei Paesi asiatici i costi di produzione si abbassano del 20-40% rispetto al resto del mondo. In Europa, d'altro canto, non si premiano in nessun modo gli investimenti in miglioramenti ambientali o, appunto, in termini di sicurezza.

In questi mesi però tutte le volte che si è parlato di carenze in Italia si è fatto riferimento all'alta richiesta di farmaci dovuta a presunte psicosi dei cittadini che si fissavano con un medicinale piuttosto che un altro. Sicuramente la domanda influisce in qualche modo, ma in questo caso la carenza è frutto di una mancata offerta. Infatti, non è un caso che proprio i medicinali che sono mancati di più sono quelli a base di principi attivi prodotti in India e Cina come l'amoxicillina (Augmentin), azitromicina (Zitromax) il diclofenac (Voltaren), il paracetamolo e l'ibuprofene.

Insieme con antiepilettici come il levetiracetam.

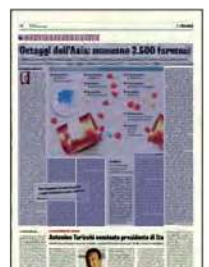
Dare la colpa all'alta richiesta dei farmaci consente alle istituzioni di scappare dalle proprie responsabilità, quando per affrontare questo problema ci vorrebbero politiche attive e investimenti strategici.

Per il Roosevelt institute, un think tank americano con sede a New York, il problema si potrebbe risolvere con le case farmaceutiche. Sette delle dieci più grandi aziende farmaceutiche negli Stati Uniti, si legge nel rapporto dell'istituto, hanno speso oltre il 100% dei loro profitti per premiare gli azionisti. Tra queste, le giganti Abbvie (318%), Eli Lilly (202%), Merck (232%) e Pfizer (182%). Aprire agli investimenti strategici, magari stimolati da politiche che li favoriscano, potrebbe invece invertire la rotta. Lo stesso modello si potrebbe applicare naturalmente anche in Europa. Senza questo tipo di approccio, senza un confronto tra privato e pubblico teso a risolvere queste criticità, è difficile che la situazione carenze migliori nel breve-medio termine ed è quindi improbabile che si recuperi l'indipendenza farmaceutica necessaria a mettere in sicurezza i servizi sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Scarseggiano le materie prime e sugli antibiotici scatta l'allarme

EMERGENZA L'articolo della Verità del 21 novembre 2021



Sanità

Covid, casi in aumento +6.3% in sette giorni

La curva del Covid nel Lazio torna a impennarsi. Dopo la diminuzione dei casi durante la novembrata, con l'arrivo del primo freddo i contagi sono ripresi e negli ultimi sette giorni sono aumentati del 6,3%. «La tendenza è quella di non scendere più», afferma il professor Antonello Maruotti, professore di

statistica alla Lumsa e cofondatore di StatGroup19, gruppo interaccademico di studi statistici sulla pandemia. Il tasso di positività è in crescita al 17,4%, ma i ricoveri restano stabili.

