



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

29 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



Il ricordo commosso del Policlinico di Messina: «Ciao Gaetano, sei stato un dono per noi»

Dopo aver subito un trapianto di cuore aveva fondato l'associazione "Donare è vita" ed a questo progetto ha dedicato la sua esistenza.

MESSINA. «Il legame che **Gaetano Alessandro** ha avuto con l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Gaetano Martino" di Messina è stato sempre profondo. Un legame che si è fortificato quando, a maggio 2014, proprio da qui è partito il cuore che lo avrebbe riportato in vita, quel cuore che avrebbe dato a noi tutti il privilegio di conoscerlo e di godere della sua amicizia e del suo amore per la vita».

Con queste parole dal Policlinico di Messina ricordano Gaetano Alessandro, morto improvvisamente. Dopo aver subito un trapianto di cuore aveva fondato l'associazione "**Donare è vita**" ed a questo progetto ha dedicato la sua esistenza, come ha raccontato nel corso di un'intervista ad Insanitas. Lo scorso mese di aprile era stato nominato **consulente gratuito** sulla donazione degli organi dall'allora assessore alla Salute, Ruggero Razza.

«Gaetano aveva un **entusiasmo travolgente**, non si arrendeva di fronte alle difficoltà e ogni giorno **lottava** affinché le piccole e grandi ingiustizie potessero essere sconfitte- ricordano dal Policlinico Martino- Presidente del nostro **Comitato Consultivo Aziendale**, per tutti noi è stato un **punto di riferimento**, un motivatore instancabile, sempre attento alle esigenze dei più fragili e di coloro che a lui si rivolgevano per avere un supporto. Perché Gaetano c'era. **C'era sempre**. "Donare è vita", la sua associazione, è stata un microcosmo di amore e solidarietà da cui si sono snodate molteplici iniziative e gesti concreti per sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della donazione di organi. Ma Gaetano era capace di andare spesso oltre. Perché per lui non era mai abbastanza e c'era sempre una **nuova idea** da portare avanti per aiutare il prossimo. **Gaetano era uno di noi**. E oggi che dobbiamo fare i conti con la sua assenza quotidiana ci sentiamo tutti più soli. Tuttavia ti seguiremo e continueremo la tua opera caro amico nostro. Ciao Gaetano!».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Sangue cordonale, solo il 2,5% delle coppie italiane decide di donarlo

Luana Piroli (ISF): «È indispensabile un confronto a livello governativo per poter attuare il modello ibrido a tutela delle famiglie e del loro patrimonio biologico».

Secondo i dati del Centro Nazionale del sangue in occasione della Giornata mondiale del **sangue cordonale** che ricorreva il 15 novembre, solo il **2.5% delle coppie italiane** decide di donare il sangue del cordone ombelicale. Secondo le rilevazioni nel 2021 sono stati 250.980 i parti avvenuti nelle strutture attrezzate per la raccolta, mentre le **donazioni** di sangue cordonale sono state solo 6.277, ovvero il 2,5% del totale. Dato molto basso se confrontato al 2019 dove la percentuale di coppie che aveva scelto di donare era del 3,8%.

Secondo quanto dichiarato da **Simonetta Pupella**, responsabile dell'area tecnico sanitaria del **Centro nazionale sangue**, come riporta l'agenzia Dire «la Giornata mondiale del sangue cordonale rappresenta un'importante occasione per accendere i riflettori su una risorsa essenziale, che sta rivestendo un numero sempre maggiore di **implicazioni cliniche**, come quella derivante dall'uso di **cellule staminali emopoietiche** da sangue cordonale. Questa giornata è un'occasione di raccordo tra contesto scientifico e mondo del volontariato associativo per continuare a progettare azioni congiunte di **sensibilizzazione** sull'importanza di una donazione che non ha perso di rilevanza scientifica ma che anzi continua a contribuire alla delineazione di nuove prospettive terapeutiche».

Inoltre il **decreto ministeriale** del 18 novembre 2009 elenca le **oltre 70 patologie** per le quali è consolidato l'uso per il trapianto di cellule staminali ematopoietiche, con comprovata documentazione di efficacia e per le quali è opportuna la raccolta dedicata di sangue cordonale raccomandando l'utilizzo di cellule staminali da cordone **ombelicale**, tra quelle elencate anche gravi malattie del sangue congenite e acquisite, immunodeficienze e malattie metaboliche.

La risposta a tale problema potrebbe essere assolutamente semplice se venisse preso in considerazione il **Modello Ibrido** già attualmente applicato in Inghilterra e Germania, dove grazie a una regolamentazione nazionale delle **biobanche** private in collaborazione con le biobanche pubbliche permetterebbe la creazione di una **rete unica nazionale** con un valore inestimabile per milioni di famiglie o pazienti in attesa di trapianto, per poter così aumentare il numero di campioni a disposizione.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«Attualmente in Italia, le biobanche private operano perlopiù attraverso agenzie commerciali, è dunque necessario **reprimere** energicamente tutti quei fenomeni di **intermediazione** che, aggirando gli attuali divieti di legge, continuano a proliferare indisturbati ad evidente detrimento della qualità e dell'efficienza del servizio- spiega **Luana Piroli** (*nella foto*) direttore generale e della raccolta di **In Scientia Fides**- Riteniamo che sia ormai indispensabile un confronto a livello governativo sull'argomento a tutela delle famiglie che decidono di conservare il loro **patrimonio biologico**, questo si può fare attraverso una **collaborazione pubblico privato** che abbia un obiettivo comune: la salvaguardia del cittadino con la messa in sicurezza di un patrimonio biologico molto importante. Vanno rivisti piani e vanno adottate tutte quelle logiche di sicurezza dettate dallo stesso PNRR». Si rende ormai indispensabile una **rete nazionale** di biobanche che comprenda il settore pubblico e privato. Le cellule staminali da cordone ombelicale sono una risorsa essenziale e sono oggetto di un numero sempre maggiore di implicazioni cliniche.

Camici bianchi in piazza: «Più risorse per cure e personale»

Il 15 dicembre a Roma

Fermare il «definanziamento ulteriore» della Sanità pubblica per salvare il Servizio sanitario nazionale. I sindacati dei medici, insieme alle organizzazioni dei veterinari e dirigenti sanitari, scendono sul piede di guerra e annunciano una manifestazione in piazza a Roma il 15 dicembre, bocciando l'ultima manovra che, denunciano, al settore «relega le briciole» con soli 2 miliardi aggiuntivi. «Chiediamo che la legge di bilancio 2023 - spiega l'intersindacale medica - destini risorse reali alla salute dei cittadini; aumenti le assunzioni di personale medico, veterinario e sani-

tario, per migliorare le condizioni di lavoro all'interno degli ospedali e dei presidi territoriali; incrementi le retribuzioni del personale, oggi al terz'ultimo posto in Europa». A chiarire ulteriormente le ragioni della protesta è il segretario del maggiore sindacato dei medici ospedalieri, l'Anaa Assomed, Pierino Di Silverio: «Scendiamo in piazza per manifestare la nostra esigenza improcrastinabile di salvare il Ssn o quel che ne resta. La manifestazione - continua - è il primo passo di un lungo periodo di proteste che, se non saremo ascoltati, porterà anche al

blocco delle attività. Manifestiamo contro il definanziamento e l'assenza di programmazione nonché il preoccupante e assordante silenzio istituzionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Così la pandemia cambia anche il codice deontologico dei medici

Etica. Ci sarà l'obbligo di aderire alle campagne vaccinali e di non sconsigliare i vaccini. Sì all'intelligenza artificiale a patto che non sostituisca il sanitario

Marzio Bartoloni

Oltre due anni di pandemia hanno stravolto la Sanità italiana, ma lasceranno il segno anche sul nuovo Codice deontologico dei medici che ha iniziato in questi giorni il suo percorso che vedrà la sua riscrittura con il nuovo testo in vigore a inizio 2024, dieci anni dopo l'ultimo aggiornamento che risale appunto al 2014. Il documento che insieme al giuramento di Ippocrate guida i comportamenti dei camici bianchi si occuperà innanzitutto esplicitamente di vaccini che non potranno essere sconsigliati dai medici, dopo quanto accaduto con l'esplosione del fenomeno dei sanitari no vax durante il Covid che anche se con numeri molto piccoli ha lasciato aperta una ferita. In particolare verrà definito meglio l'articolo 9 del Codice che già oggi prevede che il medico si metta a disposizione delle autorità in caso di emergenze sanitarie e calamità, con la nuova formulazione ci sarà un obbligo preciso a non sottrarsi a quanto chiesto appunto dalle autorità compresa la partecipazione alle campagne vaccinali che dovessero rendersi necessarie per arginare appunto una nuova pandemia.

Ma nel nuovo Codice deontologico dovrebbero entrare anche nuovi temi che si sono imposti nell'ultimo decennio: dall'avvento dell'approccio «one health» per raggiungere la salute globale intesa come salute umana insieme a quella animale e ambientale, al ruolo delle tecnologie come l'intelligenza artificiale e gli algoritmi che possono essere utili ma non sostitutivi del medico fino alla formazione e al ruolo sociale del medico. Questi temi rap-

presentano altrettante direttrici per il lavoro di rivisitazione del Codice degli esperti del board multidisciplinare, una trentina tra medici, giuristi, docenti universitari, giornalisti, filosofi della medicina e rappresentanti della società civile. Entro l'estate del prossimo anno si procederà a definire bene gli obiettivi precisi del nuovo Codice per poi arrivare alla bozza entro fine 2023 che, dopo un confronto con la società civile, sarà approvato articolo per articolo dal consiglio nazionale dell'Ordine dei medici a inizio 2024.

«La pandemia ha accelerato e acuito la crisi della professione a causa di fenomeni come l'aziendalizzazione o il primato dell'economia, ma penso anche alla normativa Ue che considera i medici una impresa, al limite noi siamo impresa etica perché il nostro obiettivo è la salute non certo il guadagno», avverte Filippo Anelli il presidente della Fnoceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici che nei giorni scorsi ha coordinato i lavori del board di esperti. Anelli sottolinea come questi concetti «ci hanno spinto a essere sempre meno professionisti e sempre più tecnici della sanità e invece chiediamo una professione più vicina alla gente e il vero spirito di questa riforma è proprio questo e cioè passare dall'essere il medico che cura la malattia al medico che cura la persona al di là della malattia perché tiene conto anche della dimensione sociale o dell'ambiente e qui entra il concetto di one health». Di certo come detto entreranno nel codice le vaccinazioni: «I vaccini rappresentano un fondamentale strumento di prevenzione ed i medici non potranno disconoscere il valore scientifico. Conseguentemente, il

medico - continua Anelli - non può sconsigliarne l'utilizzo». Se dunque i medici «verranno chiamati a partecipare a campagne vaccinali non potranno non effettuare la somministrazione». Non entrerà invece l'obbligo di vaccinarsi per i camici bianchi: «La Costituzione ne prevede l'obbligo nei casi previsti dalla legge quindi la decisione è demandata al Parlamento».

Il nuovo Codice deontologico affronterà anche l'impiego delle tecnologie come l'intelligenza artificiale che può essere uno «strumento fondamentale per migliorare l'efficacia dei trattamenti l'accuratezza della diagnosi - avverte il presidente della Fmoceo -, ma va evitato il tentativo già in atto nel mercato in diversi Paesi di usare l'algoritmo come un surrogato questo perché nessuna intelligenza artificiale può sostituire il rapporto medico-paziente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Medici e dentisti, è arrivata la gobba previdenziale

DI SIMONA D'ALESSIO

La (prevista) «gobba previdenziale» dei «camici bianchi», legata alla numerosa coorte di medici e dentisti nati negli anni '50, è arrivata: nel 2023 l'Enpam stima, infatti, che «la spesa previdenziale e assistenziale sarà di 3 miliardi 497 milioni 287.750 euro», superiore, rispetto al bilancio preconsuntivo di quest'anno, «del 19,64%». Cifre che «risentono principalmente dell'elevato tasso di inflazione, registrato dall'Istat tra agosto 2022 e agosto 2021, pari all'8,1%», nonché dell'ascesa del numero dei professionisti in pensione. È ciò che Ita-

liaOggi apprende, a seguito dell'approvazione, da parte dell'Assemblea nazionale della Cassa, del Bilancio preconsuntivo per l'annualità che sta per terminare e del documento previsionale per il 2023. Per l'Ente guidato da Alberto Oliveti «dopo i risultati record degli ultimi anni, con avanzi di gestione sempre sopra il miliardo, nonostante il Covid, per l'anno in corso si stima provvisoriamente un risultato negativo di 564 milioni», su cui si riverberano gli effetti internazionali del conflitto fra Russia ed Ucraina e i «nodi» riguardanti gli approvvigionamenti energetici; al 30 settembre

2022 le risorse patrimoniali dell'Enpam ammontavano a circa 25 miliardi. Come accennato, infine, il flusso degli iscritti in quiescenza produrrà conseguenze sui conti: nel 2023, si riferisce, «si registrerà il primo saldo previdenziale negativo dell'Enpam, con l'importo delle pensioni che sorpasseranno l'ammontare dei contributi previdenziali».

—© Riproduzione riservata—



Lo scienziato **Silvio Garattini**

«Troppe strutture e pochi medici Il sistema va salvato»

Per il luminaire della Medicina, l'Italia ha margini di recupero: «Serve una rivoluzione culturale per avere meno malati da curare meglio»

PIETRO DE LEO

■ «Il Covid fa meno male che in passato, ma occorre guardare al fenomeno con molta precauzione e molta attenzione». Inizia da qui, dal virus che ci tormenta da quasi tre anni, il colloquio con Silvio Garattini, scienziato, presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri".

Qual è lo stato dell'arte, professore?

«Il Covid non è ancora diventato un virus che circola senza fare danni, nell'ultima settimana abbiamo avuto 580 morti. È vero, non abbiamo grandi aumenti di ospedalizzazioni, soprattutto nelle terapie intensive. Ma dobbiamo evitare l'effetto "liberi tutti" che invece mi pare stia trapelando. Dobbiamo continuare ad osservare alcune norme di precauzione, come mantenere la mascherina dove è importante farlo, cioè dove ci sono affollamenti e nei luoghi chiusi. Continuare ad osservare le regole igieniche. E poi vaccinarsi. Da questo punto di vista, peraltro, c'è un aspetto che va tenuto in conto. Ossia che dobbiamo vaccinare in tutto il mondo».

Dei vaccini nei Paesi poveri ad un certo punto non si è parlato più.

«Da Biden a Draghi avevano detto tutti che bisognava agire, ma poi si è fatto ben poco. Invece, per fare un esempio, Omicron vie-

ne dal Sudafrica. Bisogna vaccinare per evitare altre varianti».

Quando allora si parla di virus "endemizzato", cosa significa?

«Vuol dire che non si considera più una "pandemia", nel senso che non ha più lo sviluppo di prima. Il virus è comunque ancora in giro. Certamente, esercita meno influenza negativa. Oggi la situazione è certamente migliore che in passato, ma il problema non è finito».

La pandemia, nei due anni dolorosi che abbiamo trascorso, ci ha fatto riflettere molto sulla cultura della salute a tutto tondo, partendo dal valore della prevenzione. Dopo due anni siamo migliorati da questo punto di vista?

«Domanda molto importante. Partiamo da un dato: noi ci vantiamo perché, come popolazione, abbiamo un primato per quanto riguarda la durata della vita totale. E diciamo, com'è vero, che sul dato anagrafico siamo tra i migliori del mondo».

Questo fa propendere a vantaggio del nostro sistema, o no?

«Attenzione. Perché un conto è la durata della vita totale, altro conto è la "durata di vita sana". Qui, scendiamo molto nella classifica, perché abbiamo molte malattie che affliggono la parte finale della nostra vita».

Qual è la forbice tra "vita totale" e "vita sana"?

«Dipende molto da cosa si include. In media possiamo considerare una decina d'anni. Ma se comprendiamo un maggior numero di patologie possiamo superare anche i venti. Dobbiamo fare delle riflessioni per cui la vita sana è così bassa rispetto a quella totale».

Da cosa dipende?

«Abbiamo dedicato tutta la nostra attenzione a migliorare le terapie. Va benissimo, e ci siamo riusciti. Oggi molte delle cose che non si potevano fare 50 anni fa vengono fatte, con successo. Però la domanda è: molto di quel che facciamo, potrebbe essere evitato?».

E qual è la risposta?

«La letteratura scientifica dice "sì". Più del 50% delle malattie croniche possono essere evitate, il 70% dei tumori potrebbe essere evitato. Questa è la riflessione che dobbiamo fare. E comporta una "rivoluzione culturale"».

Quali sono i fondamenti di questa "rivoluzione"?

«Sono attività individuali, ovvero le buone abitudini di vita, ma anche attività collettive. Ossia le vaccinazioni, gli screening contro le malattie, l'attenzione all'ambiente, la scolarità. Prevenzione si-



gnifica migliorare non soltanto per se stessi, ma anche creare le condizioni affinché il Ssn, con le stesse risorse possa fare molto di più di quanto faccia oggi. Perché ha meno malattie da curare e le può curare meglio. Questo, però, crea un conflitto di interessi, perché il mercato della medicina, come tutti i mercati, vuole aumentare, non diminuire».

Meno malattie uguale meno farmaci, in sostanza

«Sì ma anche meno chirurgia, meno ospedalizzazioni, meno tutto».

E come si può innescare questa "rivoluzione culturale"?

«Questa rivoluzione culturale richiede che si metta in moto tutto ciò che riguarda la cultura e la formazione. Noi non abbiamo in Italia una scuola superiore di Sanità, che sarebbe fondamentale per formare i dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale, anche nel solco della prevenzione. Valore, peraltro, che non è presente nei percorsi universitari di medicina. Poi c'è

tutto il problema della scuola, dove è poco presente la scienza, che può fare molto per educare i giovanissimi».

In questo scenario che descrive, gli altri Paesi come sono messi? In fondo, anche altrove ci sarà il tema del "conflitto di interessi con il mercato" su cui lei ha puntato il dito...

«Questo sì, ma noi purtroppo abbiamo degli ulteriori elementi di debolezza. Spendiamo poco per il Ssn. Abbiamo gli stipendi più bassi per gli operatori sanitari. Poi ci sono delle caratteristiche negative diffuse, a partire dall'alto numero di fumatori. E dei fattori sociali negativi che intervengono nel quadro generale. In Italia c'è un forte livello di povertà, che purtroppo crea le condizioni affinché aumentino i fattori di rischio. Chi appartiene alle fasce economicamente più deboli fuma di più, fa meno screening, purtroppo cura meno l'alimentazione, e così sviluppa più facilmente obesità e diabete. Su tutto questo, comunque, si può intervenire».

Il pnrr ha investito molte risorse sulla "prossimità". Lei come valuta tutto questo?

«Mi pare ci sia un eccesso di interesse sulle infrastrutture, tra ospedali di comunità e case della salute. Sono tutti investimenti edilizi. Ma poi ci sarà difficoltà ad implementarli, perché uno dei problemi che abbiamo è la mancanza di 20mila medici e 65mila infermieri. Come facciamo poi a riempire le strutture?».

Quindi il primo punto è il capitale umano.

«Esatto. In Italia "trattiamo male" medici e personale sanitario perché siamo tra i Paesi che pagano meno. E poi loro se ne vanno».

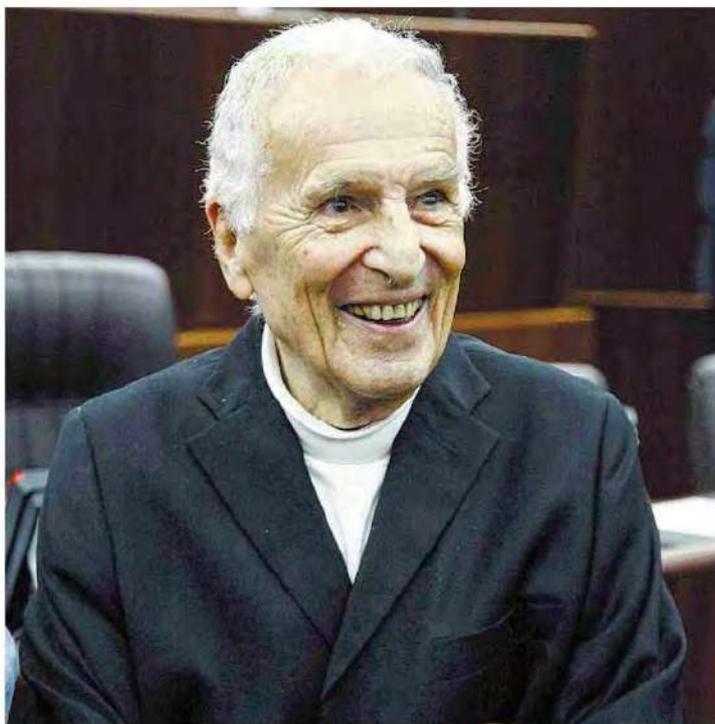
© RIPRODUZIONE RISERVATA

SPESA ESIGUA

«In Italia si spende poco per il Servizio sanitario nazionale. Abbiamo gli stipendi più bassi per gli operatori sanitari e manca una scuola che formi i dirigenti»

FATTORI DI RISCHIO

«In Italia c'è un livello di povertà tale da far aumentare le condizioni di rischio. Chi vi appartiene fuma di più, fa meno screening e cura meno l'alimentazione»



Silvio Garattini, premiato dalla Regione Lombardia per meriti scientifici (LaP)



L'infanzia a rischio

Le culle della disegualianza

di Chiara Saraceno

Lotteria della nascita”, con questa efficace e drammatica immagine nel suo annuale *Atlante dell'infanzia a rischio* Save the Children mette a fuoco le disegualianze nella salute, in rapporto con altre disegualianze, appunto di contesto, ambientali, educative (con quelle che gli epidemiologi chiamano le determinanti sociali della salute) e nelle loro conseguenze sul benessere psicofisico delle bambine/i e adolescenti. L'*Atlante* descrive le profonde disegualianze a tutti i livelli – salute, sviluppo, opportunità di crescita – che caratterizzano le bambine/i e adolescenti oggi in Italia per il fatto di nascere in famiglie di diversa condizione sociale e di abitare in una zona del Paese. L'origine di nascita continua a essere un destino sociale difficilmente modificabile nonostante l'Italia sia un Paese democratico e a economia avanzata, la cui carta fondativa, la Costituzione, sancisce solennemente (all'articolo 3) l'obbligo della Repubblica a eliminare gli ostacoli che si sovrappongono allo sviluppo della personalità. Ostacoli che per un bambino possono voler dire anche morire precocemente, se la sua mamma non ha avuto accesso a cure e alimentazione adeguate in gravidanza e se alla nascita e nel primo anno di vita non trova le necessarie risorse alimentari, le cure parentali, abitative, mediche. La “lotteria della nascita” nel nostro Paese si intreccia con la “lotteria territoriale”. Non conta solo da chi si nasce, ma anche dove, a partire dalle stesse *chance* di sopravvivenza. Lo diamo fatalisticamente per scontato quando consideriamo le diverse possibilità di vita che incontra chi nasce in un Paese povero e in via di sviluppo rispetto al ricco Occidente. Ma vale anche per l'Italia, uno degli otto Paesi più sviluppati e ricchi al mondo. Non più tardi di un anno fa una ricerca di due studiosi pediatri (De Curtis e Simeoni) ha documentato che ancora oggi, nonostante il tasso di mortalità neonatale e infantile (entro il primo anno di età) sia in Italia comparativamente basso, oltre il 45% di tutte le morti nel

primo anno di vita avviene nel Mezzogiorno. E un bambino che nasce da genitori residenti nel Mezzogiorno ha un rischio del 50% maggiore di morire prima di compiere un anno rispetto a uno che nasce nel Centro-Nord. La situazione è ancora peggiore per i neonati stranieri.

All'origine di questo drammatico divario nelle *chance* di sopravvivenza, che si accompagna a peggiori condizioni di salute nel corso della vita per chi sopravvive, sta la maggiore incidenza della povertà nelle regioni meridionali, ma anche la carente distribuzione dei servizi sanitari, a partire dai pediatri (a livello nazionale mancano all'appello nel sistema sanitario nazionale almeno 1.400 pediatri), che a sua volta si somma a minori risorse educative pubbliche, dagli asili nido al tempo pieno scolastico – più in generale a una dotazione più bassa di infrastrutture sociali, dai consultori, per altro progressivamente smantellati e “asciugati” nel personale e prestazioni sul territorio nazionale, alle assistenti sociali. Un bambino che vive nel Mezzogiorno, se si ammala, ha un rischio di dover migrare in altre regioni per curarsi più elevato del 70% rispetto a un bambino che vive nel Centro o Nord Italia. Tra i bambini più poveri, su tutto il territorio nazionale, molti non vedono mai un pediatra nel corso dell'anno, perché non c'è il pediatra di base o è sovraccarico. La scuola a tempo pieno, mensa inclusa, è pressoché assente in gran parte del Mezzogiorno, talvolta a partire dalla scuola per l'infanzia, anche se la povertà alimentare è in crescita soprattutto, anche se non solo, in quelle regioni. Si aggiunga anche la diseguale dotazione a livello sia regionale sia infra-territoriale di cinema, teatri, piscine, centri sportivi, ovvero di risorse non solo sanitarie e scolastiche ma fondamentali per una crescita adeguata e in salute. Sono dati su cui si dovrebbe riflettere quando si parla di autonomia differenziata e di distribuzione delle risorse comuni tra regioni sulla base della spesa storica.

Si parla tanto di invecchiamento demografico e della necessità di favorire le scelte positive di fecondità. Ma un Paese che lascia sistematicamente, anche tramite le proprie scelte politiche e amministrative, così tanti bambini e adolescenti privi delle risorse necessarie per crescere adeguatamente se lo merita per intero. Anzi, se lo è preparato sistematicamente da sé.



05

Telemedicina, firmato accordo per potenziare ricerca con digitale

L'Istituto superiore di sanità insieme al Consorzio interuniversitario Cneca, all'Istituto nazionale di Fisica nucleare e alla Società italiana di telemedicina, che ha promosso l'iniziativa, hanno stipulato un accordo di collaborazione per promuovere, coordinare e svolgere la ricerca biomedica utilizzando in modo innovativo le tecnologie digitali e di telecomunicazione.

Alla definizione dell'accordo ha contribuito il Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Iss che parteciperà direttamente al comitato direttivo per la gestione delle attività. L'accordo prevede, in particolare, lo studio di nuovi sistemi per gestire i flussi di informazioni su internet per la cura dei pazienti e lo svolgimento di attività sanitarie a distanza; lo sviluppo e la sperimentazione di nuovi sistemi digitali per la telemedicina, per le terapie digitali, la teleriabilitazione, la medicina digitale e le modalità di personalizzazione delle cure combinando tra loro di differenti tecnologie digitali; lo sviluppo e la sperimentazione di nuovi metodi di analisi della complessità dei sistemi biologici; lo studio e la messa a punto di nuovi sistemi digitali per condurre le sperimentazioni cliniche.

Queste ricerche - spiega una nota - servono a favorire i meccanismi di coproduzione di innovazioni digitali per la medicina, ma anche a validare scientificamente modelli organizzativi, protocolli, trattamenti e progetti, per nuove opportunità nella scienza medica. Per tali attività è fondamentale una strettissima cooperazione multidisciplinare e i sistemi di calcolo avanzato rappresenteranno sempre di più un insostituibile strumento per la ricerca



biomedica e la sperimentazione clinica.

I sistemi di calcolo e telecomunicazioni costituiranno lo strumento elettivo di verifica e controllo in tempo reale dei fenomeni correlati alla salute complessiva e a quella individuale. Ma il lavoro in questi nuovi settori non è soltanto tecnologico. Le infrastrutture di trasmissione e computazione dovranno affrontare sfide che nell'ambito medico/clinico hanno una formulazione peculiare.

Le attività saranno indirizzate nel concreto - illustra la nota - a definire e validare nuovi modelli e metodi di computazione traslabili dal setting della ricerca a quello della medicina e sanità digitale, a sviluppare trial clinici decentralizzati basati su reti collaborative di ricerca e trial specifici per i settori emergenti, a cooperare alla definizione di nuovi strumenti di ricerca forniti dell'informatica e dalla matematica, utili per studiare la complessità dell'individuo, anche riguardo alla visione 'one health', ossia al modello sanitario che si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente.



Il ceo Kewalramani Vertex, tutto su R&S e cure biologiche

Francesca Cerati — a pag. 27

L'intervista. Reshma Kewalramani. «L'azienda è a un nuovo punto di svolta. Quello che vogliamo fare è replicare ciò che abbiamo fatto nella fibrosi cistica e trasformare, se non curare, altre malattie gravi»

Vertex, la sfida di scoprire nuovi farmaci forzando la biologia

Francesca Cerati

La strategia si basa su una profonda conoscenza della biologia umana combinata a nuovi approcci terapeutici. È così che Vertex - la biotech di Boston che ha costruito la sua fortuna sui modulatori e correttori genici per la fibrosi cistica - si sta espandendo in altre aree terapeutiche, come lo sviluppo di una nuova classe di antidolorifici (che non creano dipendenza e quindi alternativi agli oppioidi), una terapia di editing genetico con Crispr-Cas9 per l'anemia falciforme e la beta talassemia e persino una terapia a base di cellule staminali per il diabete di tipo 1.

Un modello "disease first" lo definisce la Ceo di Vertex, Reshma Kewalramani, in videocall con Il Sole. «Quello che vogliamo fare è replicare ciò che abbiamo fatto nella fibrosi cistica e trasformare, se non curare, anche altre malattie come il deficit di alfa-1-antitripsina, le malattie renali mediate da Apol1 e la distrofia muscolare di Duchenne».

Quali sono i criteri di scelta?

«La nostra strategia di ricerca e sviluppo, a cui dedichiamo il 70% degli investimenti e su cui lavora il 60% dei dipendenti, consiste nel concentrarsi su malattie specifiche in cui la biologia umana causale "illumina" bersagli farmacologici innovativi convalidati. Ogni malattia ha una

biologia unica e il "cracking" di questa biologia rappresenta la sfida centrale nella scoperta di una nuova terapia. Inoltre, per massimizzare le possibilità di successo finale, avanziamo rapidamente più candidati nei primi studi clinici con biomarcatori predittivi. Questo approccio richiede maggiori investimenti iniziali, ma consente progressi più rapidi e un minor rischio di costosi fallimenti in fase avanzata, il tutto con l'obiettivo di fornire rapidamente i migliori farmaci ai pazienti. Infine, investiamo relativamente poco nel marketing e nelle vendite: ogni dollaro non investito in questi ambiti è un dollaro che possiamo reinvestire in ricerca e sviluppo. In questo modo si crea un circolo virtuoso di innovazione seriale che ci consente di scoprire e sviluppare in modo sostenibile molteplici nuovi farmaci».

Oltre alle small molecules, state lavorando con cellule staminali, Crispr e mRNA. Quali sono le prossime sfide?

«Anche se siamo leader nella fibrosi cistica, come è nel nostro approccio, continuiamo a studiare la malattia al fine di individuare soluzioni per i pazienti non responder, ma anche per trovare una terapia definitiva. Per questo in collaborazione con Moderna stiamo portando avanti una sperimentazione con un mRNA terapeutico. È invece in

dirittura d'arrivo il trattamento monouso di editing genetico, in collaborazione con Crispr Therapeutics, per l'anemia falciforme e la beta-tallemia, in cui il ruolo dell'Italia è stato molto importante con gli studi clinici portati avanti da Franco Locatelli (direttore del dipartimento di onco-ematologia e terapia cellulare e genica, dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma). La presentazione del dossier all'EmA è prevista entro la fine di quest'anno. E poi c'è il diabete di tipo 1, dove siamo la prima azienda a utilizzare una terapia cellulare. Stiamo convertendo le cellule staminali immature in cellule pancreatiche, denominate Pec-01, un processo di produzione che richiede circa 30 giorni. Una volta che le cellule vengono prodotte e impiantate nei pazienti, queste aiutano a monitorare in modo indipendente i livelli di glucosio. Ma anche in questo caso, stiamo valutando diversi approcci, per evitare di dover assumere gli



immunosoppressori. Quindi, in una fase successiva passeremo a cellule incapsulate e poi all'editing genetico. Vorrei, però, concludere ritornando al concetto iniziale: possiamo avvalerci di qualsiasi "strumento" che sia mRNA, Crispr, terapia cellulare, piccole molecole purchè si trovi una soluzione e una cura alle malattie che abbiamo scelto di affrontare».

Vertex, che nel terzo trimestre 2022 ha registrato un aumento del 18% rispetto al terzo trimestre del 2021, è ormai presente in quasi tutta Europa. In Italia il

dirigente responsabile della biotech è Federico Viganò, che sarà tra i relatori dell'Healthcare Summit del Sole24Ore il prossimo giovedì.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RICERCA & SVILUPPO
Alla nostra strategia di ricerca dedichiamo il 70% degli investimenti e il 60% dei dipendenti lavora in quest'ambito
APPROVAZIONE EMA
Anemia falciforme e beta-talassemia: a fine anno pronto il dossier da presentare all'agenzia europea



Reshma Kewalramani. Laurea in Medicina con Lode alla Boston University, è presidente e amministratore delegato di Vertex Pharmaceuticals dal 1 aprile 2020. È la prima donna Ceo di una grande azienda biotech statunitense



Dopo l'infarto, i batteri maggiore causa di morte

DI SIMONETTA SCARANE

Una pratica semplice e comune come quella di lavarsi le mani è tra le misure più consigliate per prevenire le infezioni batteriche che sono la seconda causa di morte nel mondo, dopo le cardiopatie ischemiche, infarto compreso. Le infezioni batteriche sono state la causa di un decesso ogni otto di quelli avvenuti nel 2019 secondo quanto ha rivelato lo studio sul grado di mortalità dei processi morbosi provocati da microrganismi patogeni appena pubblicato sulla rivista *The Lancet* e riportato dall'*Agenzia France Press*.

Lo studio è parte del programma più vasto sull'incidenza delle malattie a livello globale della Fondazione Bill e Melinda Gates che ha coinvolto migliaia di ricercatori nel mondo e chiede nuovi fondi per i vaccini e mette in guardia contro l'uso ingiu-

ustificato degli antibiotici.

La ricerca ha preso in esame i decessi causati da 33 batteri patogeni comuni e 11 tipi di infezioni in 204 Paesi e territori con il risultato che i batteri sono stati associati a 7,7 milioni di decessi, pari al 13,6% del totale a livello globale, nell'anno che ha preceduto l'arrivo della pandemia di Covid-19. E la metà di questi decessi si deve solo a cinque dei 33 batteri sotto la lente: *staphylococcus aureus*, *escherichia coli*, *streptococcus pneumoniae*, *klebsiella pneumoniae* e *pseudomonas aeruginosa*. Inoltre, lo studio ha messo in evidenza le differenze di incidenza tra le regioni ricche del mondo e quelle povere registrando che nell'Africa subsahariana le infezioni batteriche hanno provocato 230 decessi ogni centomila abitanti, mentre il numero scende a 52 nell'area del mondo ad alto reddito: Ue, Nord America, Australasia.

Lavare le mani per prevenire



GLI IMPIANTI DI PROTESI NON SONO DISPONIBILI PER TUTTI

Tumore alla prostata: i diritti di chi ha subito l'intervento

Una chirurgia che salva la vita ma provoca a volte effetti collaterali che possono essere contenuti

Riccardo Cervelli

■ Nell'assistenza post interventistica dei pazienti ci possono essere disparità dovute alla diversità di genere. Si è iniziato, fortunatamente, a farlo notare con più decisione per quanto riguarda, questa volta, alla situazione della popolazione maschile che ha subito la rimozione di un tumore alla prostata, rispetto a quella femminile che ha subito un intervento di mastectomia. In entrambi i casi, la notizia buona è che negli ultimi anni sono stati raggiunti livelli di guarigione e di prolungamento delle aspettative di vita nel 90% dei casi trattati. Per gli uomini, quella al momento meno buona, è che chi è stato sottoposto a intervento di prostatectomia non ha ancora un livello di supporto terapeutico e psicologico paragonabile a quello che è stato conquistato dalle donne cui è stato necessario asportare una o entrambe le mammelle. Un quadro approfondito della problematica dei «diritti dopo la chirurgia» degli uomini prostatectomizzati è stato fornito dai molti intervenuti a un incontro promosso da DBI tenutosi lo scorso 17 novembre, a Milano, presso l'Institute for Advancing Science di Boston Scientific. All'evento hanno portato testimonianze medici, direttori sanitari, istituzioni, giornalisti, associazioni di pazienti e politici.

Quali sono, innanzitutto, i numeri di cui si parla? Ogni anno, è stato fatto notare, a 36.000 uomini italiani viene diagnosticato un tumore alla prostata, il più frequente negli over 50. Secondo le stime, il 50% dei pazienti che hanno subito un intervento radicale per l'asportazione del tumore (circa 20.000 ogni anno in Italia) può sviluppare problemi di disfunzione erettile. Nel 30-35% dei casi questa patologia si dimostra resistente alle terapie farmacologiche. Una seconda conseguenza è l'insorgere di forme più o meno rilevanti di incontinenza urinaria, che nel 5-10% dei casi può persistere anche a distanza di tempo. Entrambe le patologie possono avere effetti pesanti sulla qualità della vita delle persone.

Per contenere, sul piano medico, il prezzo da pagare per la rimozione del tumore prostatico in termini di disfunzione erettile e di incontinenza urinaria, urologi e andrologi hanno oggi a disposizione terapie appropriate, riabilitazione e dispositivi medici innovativi, quali le protesi peniene o gli sfinteri urinari. Le prime sono piccole protesi, semirigide o idrauliche, che consentono un'erezione non difforme da quella naturale, con la medesima sensibilità e capacità di eiaculazione e immutata funzione urinaria. Tutti i componenti della protesi sono impiantati sottocute e non sono visibili, un elemento fondamentale per l'accettazione e la rassicurazione dei pazienti. Lo sfintere urinario artificiale, invece, è una protesi che riproduce integralmente gli organi naturali e viene occultata all'inter-

no del corpo, permettendo di ripristinare appieno le funzioni vitali.

Nonostante il riconoscimento della sua efficacia, il ricorso ai dispositivi protesici, ossia alla chirurgia funzionale in questa area terapeutica, è oggi frenato dalla normativa sanitaria, che non li considera tra i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, a differenza dei farmaci, rappresentando con ciò un'evidente contraddizione sia in termini scientifici sia a livello etico, perché non permette a tutti i pazienti, indipendentemente dal loro reddito e dalla vicinanza a strutture sanitarie virtuose, di poter recuperare una migliore qualità della vita sessuale, affettiva e pratica.

Fortunatamente, come si è potuto constatare, si stanno muovendo con maggiore forza (per aumentare la sensibilizzazione, la diffusione di informazioni e la pressione sulle istituzioni) molti medici, le associazioni di pazienti e le società scientifiche.



IL DOPO

Per gli uomini, dopo l'intervento, non c'è ancora un livello di supporto terapeutico e psicologico come quello per le donne mastectomizzate



Arriva l'influenza stagionale

Quest'anno il virus si diffonderà in anticipo rispetto al passato: ecco tutte le raccomandazioni su come combattere raffreddore e malanni invernali

■ L'influenza stagionale è una malattia respiratoria contagiosa, causata dai virus influenzali, che nel nostro Paese si manifesta annualmente in concomitanza con l'arrivo dei mesi freddi. L'influenza rappresenta anche un problema di sanità pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per la gestione dei casi e delle complicanze della malattia e l'attuazione delle misure di controllo, ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni individuo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza, indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.

L'IMPENNATA DEI CONTAGI

E le previsioni, per l'imminente stagione influenzale, non sono positive: l'ultimo monitoraggio sull'infezione sembra infatti confermare le ipotesi, con una prima consistente impennata dei casi. Tale andamento indurrebbe inoltre a pensare a una diffusione anticipata rispetto alla media degli anni passati. Inoltre si apprende che i contagi da influenza corrono molto più velocemente rispetto all'anno passato e vedono un'incidenza arrivata già a 7 casi per 1.000 abitanti, ovvero un tasso che in genere si riscontra a gennaio. Le raccomandazioni annuali su quali comportamenti porre in essere per combattere

l'influenza stagionale, in Italia, sono elaborate dal Ministero della Salute, dopo la revisione di una serie di aspetti, tra cui il carico della malattia influenzale e le popolazioni target per la vaccinazione.

TRASMISSIONE E PREVENZIONE

A tal proposito, è stata recentemente emanata la Circolare ministeriale "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2022-2023". All'interno del prezioso documento, sono anche indicate le modalità di trasmissione del virus: la trasmissione interumana del virus dell'influenza si può dunque verificare per via aerea, attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce, ma anche attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Per questo, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie può giocare un ruolo importante nel limitare la diffusione dell'influenza. Oltre alle misure farmacologiche, vaccini e farmaci antivirali, l'ECDC raccomanda alcune misure di protezione personali (misure non farmacologiche) utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza. Tra queste, lavare regolarmente le mani e asciugarle correttamente. Va aggiunto che le mani devono essere lavate accuratamente con acqua e sapone, per almeno 40-60 secondi ogni volta, specialmente dopo aver tossito o starnutito e asciu-

gate. I disinfettanti per le mani a base alcolica riducono la quantità di virus influenzale dalle mani contaminate e possono rappresentare una valida alternativa in assenza di acqua. È importante anche osservare una buona igiene respiratoria: coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, con fazzoletti monouso da smaltire correttamente e lavarsi le mani. È poi necessario isolarsi volontariamente a casa se si presentano sintomi attribuibili a malattie respiratorie febbrili, specie in fase iniziale. Significativo è inoltre evitare il contatto stretto con persone ammalate, ad esempio mantenendo un distanziamento fisico di almeno un metro da chi presenta sintomi dell'influenza ed evitare posti affollati. Quando non è possibile mantenere il distanziamento fisico, è necessario ridurre il tempo di contatto stretto con persone malate. Buona norma è anche evitare di toccarsi occhi, naso o bocca. I virus possono diffondersi quando una persona tocca qualsiasi superficie contaminata da virus e poi si tocca occhi, naso o bocca. Le mascherine chirurgiche indossate da persone con sintomatologia influenzale possono ridurre le infezioni tra i contatti stretti.

L'EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE

La vaccinazione, tuttavia, rappresenta, secondo i medici, la forma più efficace di preven-

zione dell'influenza. La composizione del vaccino antinfluenzale viene aggiornata ogni anno secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sulla base delle informazioni epidemiologiche e virologiche raccolte dalla rete globale dei 148 Centri Nazionali Influenza di collaborazione, attiva tutto l'anno. Ciò permette non solo di monitorare l'andamento globale della trasmissione dell'influenza ma anche di identificare e caratterizzare i ceppi circolanti e contribuire così all'aggiornamento della composizione vaccinale utilizzabile nella stagione successiva. Tutti i vaccini antinfluenzali disponibili in Italia sono autorizzati dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) e/o dall'Agenzia italiana del Farmaco (AIFA). Tali fondamentali rimedi risultano indispensabili per proteggere tutta la popolazione, in particolar modo quella fragile, ovvero i bambini, le donne in gravidanza, gli over 65, i malati cronici e i soggetti immunocompromessi.

RIMEDI

La vaccinazione rimane la forma di prevenzione più efficace in assoluto



La frutta e la verdura anti-influenzali

I regali naturali

■ Tutto ciò che accade in natura (e tutto ciò che ci regala la natura) non è di certo casuale. Basti pensare al fatto che in inverno l'essere umano è più esposto a lievi influenze stagionali, le quali possono essere combattute e curate anche attraverso l'assunzione di vitamina B e C. Ma quali sono i tipi di frutta e verdura che maggiormente contengono queste sostanze? Tra i frutti invernali troviamo ad esempio arance, cachi, castagne, mandarini, pompelmi, mele, melograni e kiwi, mentre tra le verdure spiccano carciofi, broccoli, cavoli, finocchi, cicoria, spinaci e tanti altri. Come già detto, le vitamine B e C, ideali contro influenze e classici "acciacchi" stagionali, sono presenti soprattutto negli agrumi, i quali inoltre, attraverso

so l'acido ascorbico, riducono i livelli di stress. Le mele invece, grazie all'elevato quantitativo di calcio, aiutano contro le malattie ossee e alla prevenzione dell'osteoporosi. Inoltre, la mela è un alimento consigliatissimo per coloro che praticano sport regolarmente, poiché aiuta cuore e flusso sanguigno durante l'allenamento, grazie all'elevata quantità di flavonoidi. Da non sottovalutare anche cavoli, broccoli, barbabietole e cipolle, ricchi di sali minerali e alleati contro l'anemia. Il carciofo è invece il prodotto antiossidante per antonomasia, ottimo per combattere problemi al fegato e colecisti. Ultima, ma non per importanza, la frutta secca come noci, mandorle e pistacchi: le prime sono composte prevalentemente di

sostanze con azione antiossidante, le mandorle sono una fonte vitale di vitamina E (ma è importante non togliere la cuticola per beneficiarne), mentre i pistacchi, ormai immancabili in tantissime ricette, sono tra gli alimenti più ricchi di fitosteroli e capaci di ridurre i livelli ematici di colesterolo.



Le vitamine B e C sono ideali contro influenze e acciacchi



Svolgere attività fisica di prima mattina è pratica consigliata e supportata da studi

Allenamento mattutino, tanti benefici

■ Fare attività fisica, qualunque essa sia, fa bene. Un'affermazione ormai più che ovvia, poiché da sempre medici e non solo confermano i benefici che lo sport apporta al nostro corpo e alla nostra mente. Il dizionario della lingua italiana definisce la salute come la "condizione di benessere fisico e psichico dovuta a uno stato di perfetta funzionalità dell'organismo", una situazione realizzabile solo con un'equilibrata combinazione tra stile di vita adeguato, alimentazione corretta e movimento. Secondo una ricerca del Centro medico universitario di Leida, in Olanda, il momento migliore della giornata per svolgere attività fisica è al mattino: l'indagine ha evidenziato infatti come fare sport poco dopo essersi svegliati porta, soprattutto nelle donne, un rischio

minore di incorrere in infarti e ictus. Dai dati riportati nell'Annuario Statistico Italiano 2021, si osserva che, nel 2020, il 36,6% della popolazione praticava almeno uno sport: di questi il 27,1% lo faceva in maniera continuativa e il 9,5% saltuariamente; i soggetti che non praticavano nessuno sport ma svolgevano qualche attività fisica erano il 28,1%, mentre i sedentari il 35,2%, quota che sale al 39,4% fra le donne e si attesta al 30,8% fra gli uomini. Il movimento, inoltre, è un alleato molto importante in caso di diabete di tipo 1: secondo un altro studio, stavolta pubblicato dal Journal of Diabetes Science and Technology del 2015, l'esercizio svolto durante le ore mattutine ridurrebbe il rischio di ipoglicemia o bassi livelli di glucosio nel sangue. Complessivamente

il 31% della popolazione italiana è iperteso e il 17% ne è al limite.

IPERTESI E ORARI

Anche per gli ipertesi, l'attività fisica di prima mattina è il modo migliore per tenere sotto controllo la pressione sanguigna: anche su questo tema è stato svolto uno studio, durante il quale sono stati suddivisi 20 soggetti affetti da ipertensione in 3 fasce orarie diverse in cui svolgere una sessione di tapis roulant. Coloro che si sono allenati al primo turno delle ore 7 hanno mostrato valori di pressione molto più favorevoli. Svolgere sport di mattina, soprattutto se all'aperto, aiuta inoltre a riposare meglio la notte, oltre che a concentrarsi meglio durante il resto della giornata. A sostenerlo è uno studio del 2019 pubblicato sul British Journal of

Sports Medicine, il quale ha rilevato come l'esercizio mattutino migliori l'attenzione, l'apprendimento visivo e il processo decisionale, sia per chi lavora, sia per chi studia. Di conseguenza, l'allenamento si rivelerà la soluzione naturale più efficace per combattere lo stress, poiché il rilascio di endorfine da parte del cervello durante l'attività, induce alla produzione di pensieri positivi e ottimisti. Allenarsi al mattino infine, agevola maggiormente alla perdita di peso.

PRESSIONE SANGUIGNA

Lo sport è un toccasana anche per tutti coloro che soffrono di ipertensione



Svolgere sport di mattina, soprattutto se all'aperto, aiuta anche a riposare meglio la notte



Il costo dell'inerzia sull'inquinamento atmosferico e sulla salute

MASSIMILIANO IERVOLINO
SECRETARIO DI RADICALI ITALIANI

La qualità dell'aria in Europa continua a migliorare e il numero di persone che muoiono precocemente o si ammalano a causa dell'inquinamento atmosferico è in calo. Dal 2005 al 2020, il numero di decessi prematuri dovuti all'esposizione al cosiddetto particolato fine – lo smog, in parole povere – è diminuito del 45% nell'Unione Europea. Nel complesso, le emissioni di tutti i principali inquinanti atmosferici nell'UE hanno continuato a diminuire nel 2020, ultimo anno per cui sono disponibili dati ufficiali aggregati – consolidando una tendenza avviata dal 2005, nonostante il notevole aumento del prodotto interno lordo dell'Unione nello stesso periodo. E se questa tendenza continuerà, si prevede che l'Unione raggiungerà l'obiettivo del piano d'azione "inquinamento zero" di una riduzione del 55% dei decessi prematuri da inquinamento atmosferico entro il 2030. Saremo cioè avviati a raggiungere un livello di "inquinamento zero" per il 2050, da intendere come una riduzione dell'inquinamento atmosferico a livelli non più considerati dannosi per la salute. E queste sono le buone notizie – non poche e non poca cosa di questi tempi.

Adesso le cattive notizie – immancabili, di questi tempi e un po' in tutti i tempi: l'inquinamento atmosferico è ancora il princi-

pale rischio ambientale per la salute in Europa e sono necessarie misure ancora più ambiziose per soddisfare le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). È quanto sostiene l'Agenzia Europea dell'Ambiente (AEA), nella sua nuova analisi "Air Quality in Europe 2022".

Nel 2020, il 96% della popolazione urbana dell'UE è stato esposto a concentrazioni di particolato fine, con diametro inferiore a 2,5 micrometri e indicato come PM2,5, superiori al livello guida dell'OMS di 5 microgrammi per metro cubo di aria. La scarsa qualità dell'aria, soprattutto nelle aree urbane, continua quindi a incidere sulla salute dei cittadini europei. Secondo le ultime stime dell'AEA, nel 2020 almeno 238.000 persone sono morte prematuramente nell'UE a causa dell'esposizione all'inquinamento da particolato fine. L'inquinamento da biossido di azoto ha provocato poi altri 49.000 morti, mentre l'esposizione all'ozono ha causato 24.000 decessi prematuri nell'Unione.

Anche quando non fa morire prima del tempo, l'inquinamento atmosferico causa problemi di salute che comportano costi umani ed economici significativi. Ad esempio, nel 2019, l'esposizione al PM2,5 ha portato all'equiva-



lente di 175.702 anni vissuti con disabilità a causa della broncopneumopatia cronica ostruttiva in 30 Paesi europei.

E sapete qual è la principale fonte di inquinamento da particolato in Europa? No, non sono le auto e il traffico, bensì il consumo di combustibili fossili per il riscaldamento degli edifici. Nel 2020, gli edifici sono stati responsabili del 44% delle emissioni di PM10 e del 58% di quelle di PM2,5. Dopo gli edifici, quanto a inquinamento, vengono l'industria, il trasporto su strada e l'agricoltura.

Saltando di palo in frasca (ma solo apparentemente), va abbastanza di moda sparare sul Superbonus, che sicuramente è migliorabile in vari aspetti, ma quando

sentirete qualcuno criticare iniziative di efficientamento energetico degli edifici perché troppo costose per le casse pubbliche (cosa per altro molto discutibile in sé stessa e in larga misura smentita da vari studi), ricordate al vostro interlocutore i costi umani e finanziari della non-efficienza energetica di tantissimi edifici italiani – veri e propri colabrodo (di particolati).

Mutatis mutandi, come ebbe a dire nei primi anni '70 Robert Orben, noto commediografo e umorista americano, non per questo da prendere meno seriamente, "Se pensate che l'istruzione sia costosa, provate con l'ignoranza".

Sono questi i temi centrali del nostro tempo e lo saranno al Congresso annuale di Radicali Italiani, che si svolgerà a Rimini dal 9 all'11 dicembre, dove interverranno anche esperti del settore. E come da tradizione radicale, sarà un Congresso aperto a tutti.

**SOPRATTUTTO
NELLE AREE
URBANE
LA SCARSA QUALITÀ
DELL'ARIA
CONTINUA
A INCIDERE SULLE
CONDIZIONI DI VITA**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

MILANO

Aiuto al suicidio, Cappato indagato

Un nuovo processo davanti alla Corte d'Assise di Milano per Marco Cappato. È la strada già tracciata, salvo una riscrittura delle norme sul fine vita, per il tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni finito ancora indagato per avere, nei giorni scorsi, accompagnato a morire in Svizzera con il suicidio assistito, il signor Romano, 82 anni, ex giornalista e pubblicitario, relegato in un letto da una forma grave di Parkinson.



Report di Unindustria e Luiss Il boom del farmacologico: Lazio in vetta per i brevetti

Un valore aggiunto generato da oltre 6 miliardi di euro e un potere occupazionale che supera i 49 mila addetti (valore aggregato all'indotto) è questo in termini numerici il valore dell'industria farmaceutica nel Lazio. Inoltre la regione detiene il primato in Italia delle

esportazioni, con il 35,3% sul totale nazionale.

Bernardini a pag. 45



Farmaci, il Lazio in vetta per esportazioni e brevetti

► Il report di Luiss e Unindustria: il valore aggiunto del settore è pari a 6 miliardi
► Scaccabarozzi: «Mantenere la leadership»
Il ministro Urso: «Un comparto da tutelare»

Un valore aggiunto generato da oltre 6 miliardi di euro e un potere occupazionale che supera i 49 mila addetti (valore aggregato all'indotto) è questo in termini numerici il valore dell'industria farmaceutica nel Lazio. Inoltre la regione detiene il primato in Italia delle esportazioni, con il 35,3% sul totale nazionale e un valore assoluto di oltre 12 miliardi nel 2020. In questo senso sveltano Latina e Frosinone. E ancora: in termini di capacità tecnologica, il Lazio rappresenta il 17% dei brevetti riconducibili all'ambito farmaceutico italiano. La regione è specializzata nella categoria "procedures" di cui fanno parte brevetti su tecnologie di frontiera, quali le biotecnologie, con innovazioni che riguardano le mutazioni e l'ingegneria genetica. In questa categoria risulta al primo posto in Italia sia per numero assoluto di brevetti

sia in rapporto al Pil sia in termini relativi.

FIORE ALL'OCCHIELLO

Sono questi i dati principali emersi dallo studio "Il settore farmaceutico e biomedicale nel Lazio: attrattività dell'ecosistema e prospettive di sviluppo", presentato ieri pomeriggio nella sede romana della Luiss. Lo studio, realizzato da Unindustria e dal Centro di ricerca Luiss School of European Political Economy, con il contributo della Camera di Commercio Frosinone Latina, per indagare lo "stato di salute" delle imprese laziali del comparto farmaceutico e biomedicale, ha inoltre analizzato indicatori di redditività, indici fiscali, indici di indebitamento e indici di bilancio di composizione degli investimenti utilizzando i più recenti dati di bilancio di fonte Orbis. Numeri e gra-

fici che evidenziano come l'industria farmaceutica nel Lazio sia un fiore all'occhiello della regione ma anche un vanto nazionale. Il settore nel Lazio è risultato avere in media delle performance superiori sia nell'industria che nel commercio in termini di redditività, una maggiore solidità in termini di indebitamento e un maggiore rapporto tra immobilizzazioni immateriali e immobilizzazioni totali (indice di



investimenti innovativi). Infine le imprese del settore farmaceutico e biomedicale del Lazio risultano anche grandi contribuenti in termini di imposte collocandosi ben al di sopra delle imprese di altri settori sia in termini assoluti che in percentuale del valore della produzione. «Il Lazio deve mantenere la leadership del settore farmaceutico in Europa perché «in un momento come questo, in cui il Covid ha insegnato il valore di questi settori, tutti i Paesi dell'Europa sono alla rincorsa. Il Lazio è la terza regione europea» ha detto il presidente della sezione farmaceutica e biomedicale di Unindustria, Massimo Scaccaba-

rozzi. Pur riuscendo a destreggiarsi tra le molteplici difficoltà che il contesto politico economico internazionale ha in questi ultimi anni determinato, le Aziende del Polo sembrano incontrare qualche difficoltà nel "fare sistema", non solo tra di loro ma anche e specialmente con le istituzioni ed in particolare con quelle sul territorio. «Come ministro delle Imprese e del Made in Italy sono consapevole che voi siete un settore da tutelare e valorizzare. Siete infatti in grado di generare reddito, lavoro e innovazione: tre fattori indispensabili ad avviarci verso sentieri di crescita sostenuta a beneficio di un interesse

nazionale che regala ampi ritorni in termini di economia, equilibrio sociale e salute». Ha rimarcato il ministro delle Imprese e del Made in Italy, Adolfo Urso, in un messaggio. Non solo note liete perché nel report sono emerse anche problematiche come quelle infrastrutturali di viabilità che minano l'attrattività e la competitività delle Aziende operanti sul territorio.

Emiliano Bernardini

**LATINA E FROSINONE
I DISTRETTI PIÙ FORTI,
L'INDUSTRIA INSIEME
ALL'INDOTTO DA
OCCUPAZIONE
A 49 MILA ADDETTI**



**IL DIBATTITO
DURANTE
IL REPORT**

Da sinistra, Raffaello Bronzini (Banca d'Italia) Giovanni Tria (ex ministro del Mef) Gian Paolo Manzella (Svimez) e Massimo Scaccabarozzi presidente della sezione farmaceutica di Unindustria

