



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**10 Gennaio 2023**

**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



## Trapianto di cuore, esperienze a confronto tra l'Aou Senese e il Policlinico di Sant'Orsola



Siena - Una giornata di approfondimento sul trapianto di cuore, con un confronto tra l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola e l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese. È quella che si terrà oggi, a partire dalle ore 9.30, nell'aula Magna del centro didattico del policlinico Santa Maria alle Scotte, a Siena.

Dopo i saluti istituzionali, sarà analizzato lo stato dell'arte del trapianto di cuore in Italia, grazie anche agli interventi di Massimo Cardillo, direttore del Centro Nazionale Trapianti e di Adriano Peris, direttore dell'Organizzazione Toscana Trapianti. Successivamente l'attenzione sarà incentrata sulla rete dello scompenso cardiaco avanzato e dello shock cardiogeno, con focus sull'organizzazione della rete dello scompenso in Emilia Romagna, sul PDTA toscano dello scompenso cardiaco avanzato/shock cardiogeno e sull'indissolubile legame tra centri referenti e centri trapianti.

Dopo una tavola rotonda, chiuderà i lavori la sessione dedicata alle opzioni terapeutiche della terapia sostitutiva cardiaca, con approfondimento dal trapianto di cuore all'assistenza meccanica long term.



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Saranno presenti i professionisti del coordinamento trapianti dell'Aou Senese e i direttori delle cardiologie e cardiocirurgie toscane.

L'organizzazione della giornata di confronto è curata da Serafina Valente, Direttrice Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare Aou Senese e da Massimo Maccherini, Responsabile Centro trapianto di cuore e VAD Aou Senese.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Siculiana, bimbo di 4 anni in arresto cardiaco: salvato con l'elisoccorso

10 Gennaio 2023



Un bambino di 4 anni ha rischiato la vita a **Siculiana**. Il piccolo, si trovava in casa con i genitori, quando, secondo una prima ricostruzione dei fatti, sarebbe stato colto da un **malore improvviso** che ha provocato un arresto respiratorio.

Immediato l'allarme e sul posto sono intervenuti gli operatori del 118 e i carabinieri della stazione di Siculiana. Vicino all'abitazione, che si trova nel centro di Siculiana, è giunto anche l'elisoccorso, che ha permesso il trasferimento del piccolo all'ospedale Civico di Palermo. Qui è stato preso in cura ed è stato sottoposto ad altri accertamenti. Il piccolo sta meglio.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

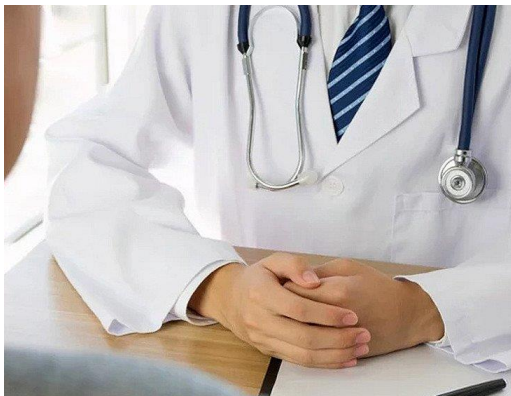
**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Medici di medicina generale

## Cambio medico, bloccata la procedura online. Disagi e proteste all'Asp di Palermo

*L'Asp spiega: "Sistema andato in tilt per l'eccesso di richieste, nel solo mese di dicembre 21 massimalisti, ciascuno con 1.500 assistiti, sono andati in pensione"*

10 Gennaio 2023 - di **Roberto Chifari**



Disagi e proteste per molti utenti costretti a lungaggini burocratiche per la difficoltà a portare a compimento le procedure del cambio del medico di base e del pediatra. In tanti lamentano, sia a Palermo che a Monreale che nel resto della provincia, difficoltà di procedere con il cambio medico online attraverso la piattaforma Asp. La procedura, che fino a qualche mese fa era totalmente automatizzata attraverso il portale dell'Asp di Palermo, era evasa in tempi celeri. Adesso invece, numerosi utenti lamentano l'impossibilità di portare a compimento la procedura che resta inevasa per settimane. Per il cambio pediatra ad esempio, numerose mamme hanno effettuato prima la richiesta online e poi il turno fisico. Insomma una doppia procedura per la stessa pratica. Allo sportello però, l'amara sorpresa dopo il cambio medico online la pratica rimane ancora in fase di elaborazione. Stesso discorso per il cambio medico online, la cui richiesta resta in fase di elaborazione per settimane.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

E così centinaia di utenti sono senza medico di base o pediatra. Come risolvere? A quanto pare l'unica soluzione al momento è il turno fisico nella sede dell'Asp di Palermo, con il conseguente intasamento degli uffici. L'Asp da noi contattata ci ha spiegato che solo nell'anno 2022 sono andati in pensione 132 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con la necessità, quindi, di oltre 120 mila assistiti di effettuare il cambio del medico. Nel solo mese di dicembre sono stati, invece, 21 i massimalisti (ognuno aveva 1.500 assistiti) andati in pensione e tante persone hanno contemporaneamente inviato richiesta del cambio. L'Asp sta potenziando lo sportello online con nuovo personale per andare incontro a tutte le richieste. Per chi avesse necessità urgenti, può recarsi agli uffici anagrafe dei PTA della città.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Staminali del cervello rallentano sclerosi multipla



La terapia con cellule staminali del cervello nelle persone con forme progressive di sclerosi multipla è sicura e sembra mettere un freno all'avanzata della malattia. Sono questi i primi promettenti dati che arrivano da una sperimentazione condotta da ricercatori dell'Irccs ospedale San Raffaele di Milano e illustrata su Nature Medicine. Si tratta soltanto del primo passo nel percorso di ricerca sull'uomo, ma i risultati fanno ben sperare. Il tentativo di utilizzare le cellule staminali nel trattamento della sclerosi multipla non è nuovo. In passato sono state condotte sperimentazioni con cellule staminali del sangue (ematopoietiche) e mesenchimali. I risultati, tuttavia, non sono stati ottimali, specie nelle forme progressive della malattia. Quelle utilizzate dai ricercatori del San Raffaele sono invece staminali del sistema nervoso. "Questo tipo di cellule è già stato testato in diverse altre patologie come la Sla o la malattia di Huntington con la finalità di sostituire le cellule danneggiate", chiarisce all'ANSA il coordinatore della ricerca Gianvito Martino, direttore scientifico del San Raffaele. "Nel nostro caso, invece, le cellule vengono infuse attraverso una puntura lombare direttamente nel liquido cerebrospinale. Da qui migrano nell'area dove c'è il danno causato dalla malattia e agiscono secernendo molecole neuroprotettive. Funzionano, dunque, come una sorta di farmacia viaggiante", precisa Martino. La sperimentazione di fase I, denominata STEMS, ha coinvolto, a partire dal 2017, dodici pazienti con sclerosi multipla progressiva ed elevata disabilità, sui quali i trattamenti disponibili si erano dimostrati poco o per niente efficaci.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

I pazienti hanno ricevuto differenti dosaggi di staminali e i test eseguiti a due anni dal trattamento hanno mostrato "una riduzione della perdita di tessuto cerebrale nei pazienti che hanno ricevuto il maggior numero di cellule staminali neurali", illustra la prima firmataria dello studio Angela Genchi.

Inoltre, i pazienti presentavano fattori di crescita e di sostanze neuroprotettive nel liquido cerebrospinale. Tutto ciò potrebbe confermare la capacità del trattamento di favorire processi di riparazione. I ricercatori sono cauti: lo scopo di questa fase della ricerca era in primo luogo valutare l'efficacia del trattamento. Inoltre il numero di pazienti è esiguo. "Tutti i dati, però, vanno nella direzione auspicata", precisa Martino. Il prossimo passo sarà verificare l'efficacia del trattamento in una sperimentazione più ampia. Si punta a coinvolgere circa cento pazienti in più centri clinici; le caratteristiche dei malati da includere nella nuova sperimentazione dovranno essere definite con le autorità regolatorie. "Ci vorranno almeno 4-5 anni per avere i nuovi dati", dice Martino. "I tempi della ricerca scientifica sono apparentemente lunghi", dichiara Mario Alberto Battaglia, presidente della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (Fism), che ha sostenuto la sperimentazione. "Ma è così che possiamo arrivare a risultati che siano concretamente in grado di cambiare la vita delle persone".





Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# la Repubblica

## Sclerosi multipla, dalle staminali neurali una possibile protezione per il sistema nervoso

di Anna Lisa Bonfranceschi

*Pubblicati i risultati del primo studio al mondo, italiano, condotto con i precursori delle cellule che vengono danneggiate dalla malattia. I dati mostrano un effetto di protezione che deve essere confermato su un campione più ampio di pazienti*

Un traguardo importante, tutto italiano. È quello raggiunto con la pubblicazione dei risultati dello studio - il primo al mondo - condotto trapiantando nelle persone con sclerosi multipla delle cellule staminali neurali, i precursori di quelle che la malattia danneggia. I risultati, oltre a confermare la sicurezza del trattamento, mostrano una riduzione dell'atrofia cerebrale nei pazienti trattati con il maggior numero di cellule staminali neurali e una variazione del profilo liquorale in senso pro-rigenerativo dopo il trattamento. In altre parole, le staminali potrebbero aiutare a contrastare la malattia, proteggendo il tessuto nervoso, e potrebbero giocare anche un ruolo anti-infiammatorio e di sostegno al sistema nervoso di questi pazienti.

**Staminali neurali per proteggere il tessuto nervoso**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Se è vero che quello presentato oggi sulle pagine di *Nature Medicine* è uno studio apripista delle staminali neurali contro la sclerosi multipla - sostenuto anche grazie ai fondi messi a disposizione dall'Associazione italiana sclerosi multipla (AISM), attraverso la sua fondazione, FISM - la ricerca nel campo ha almeno vent'anni. Venti anni in cui gli studi preclinici sui modelli animali, prima topi e poi scimmie, hanno indicato che le staminali neurali, una volta trapiantate nell'ospite, aiutano il tessuto ad autorigenerarsi, come racconta a *Salute* Gianvito Martino, direttore scientifico dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano a capo dello studio. "Queste cellule non aiutano a rimpiazzare quelle perse - come voleva il paradigma della prima ricerca sulle cellule staminali - perché una volta trapiantate non si differenziano in neuroni, ma producono sostanze neuroprotettive".

Dopo i risultati incoraggianti nei modelli animali, qualche anno fa il team di Martino ha avviato uno studio clinico per capire se questa nuova modalità di azione, unita all'innovativo meccanismo di somministrazione - mai prima d'ora cellule neurali erano state inoculate nel liquido cerebrospinale - potesse funzionare anche nell'essere umano, su un piccolo campione di pazienti.

Dodici in tutto quelli arruolati a partire dal 2017 nello studio STEMS (neural STEM cells in Multiple Sclerosis), tutti con forme progressive di malattia, con disturbi di deambulazione, che hanno ricevuto trapianti di staminali neurali a diverso dosaggio.

"Il primo obiettivo dello studio era capire se la procedura fosse sicura e ben tollerata nei pazienti, e così è stato - continua l'esperto - a distanza di qualche mese abbiamo raccolto dei campioni di liquido cerebrospinale e abbiamo osservato la presenza di fattori trofici, neuroprotettivi e antinfiammatori". Ma non solo: nei pazienti che avevano ricevuto dosi più elevate di cellule si osservava un minor tasso di atrofia cerebrale, a distanza di due anni. "Si tratta di un traguardo fondamentale, che conferma quanto osservato nei modelli animali e che ci dà motivo di proseguire su questa strada".



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **Una nuova strategia terapeutica all'orizzonte**

L'idea ora infatti è di capire se, come osservato nei modelli animali, in seguito al trapianto sia i neuroni che le cellule che producono la mielina - il bersaglio della risposta incontrollata nella sclerosi multipla - funzionino meglio, producendo dei risultati osservabili clinicamente. Il concetto di protezione è infatti vasto quando si parla di sistema nervoso, spiega Martino, e ha a che fare con l'idea di sostenere, aiutare a riparare un tessuto danneggiato.

"I neuroni non devono necessariamente morire per non funzionare al meglio, ma possono essere solo danneggiati. In questo senso la presenza di fattori trofici può dar loro quel supporto necessario per ripristinarne la funzione, recuperarli". Autorigenerandoli di fatto.

"Se gli studi futuri dimostreranno il loro potenziale terapeutico, le staminali neurali potrebbero essere utilizzate tanto per agire sugli aspetti infiammatori legati alla malattia che per promuovere la neuroprotezione", immagina Martino: "Non necessariamente solo nelle forme progressive, anche se queste sono quelle nelle quali abbiamo più bisogno di soluzioni terapeutiche". E dove si concentra buona parte della ricerca oggi sulla sclerosi multipla, non solo con la ricerca di nuove terapie, come aggiunge Alberto Battaglia, presidente della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM): "In questi ultimi venticinque anni tanto è cambiato nella sclerosi multipla, molto si sta facendo anche per le forme progressive. Le persone più gravi hanno risposte innovative per affrontare i sintomi e guadagnare qualità di vita, anche attraverso la riabilitazione. Continueremo a sviluppare queste ricerche con le cellule staminali e gli altri progetti innovativi per andare verso un mondo libero dalla sclerosi multipla".

## CONTROLLI ANTI VIRUS

# Covid, da un mese 100 morti al giorno Ma per ora regge l'argine anti Cina

*Tracciati due casi della variante Kraken, che ha invaso gli Usa  
In Italia 11,7 milioni di anziani devono ricevere la quarta dose*

**Maria Sorbi**

■ La Cina riapre e il disastro contagi sembra annunciato. Si teme una nuova esplosione di casi Covid ma non è ben chiaro se e come il rischio si possa riflettere in Italia. Al momento la situazione è sotto controllo, con un numero di ricoveri stabile.

Tuttavia, in base ai dati raccolti dalla fondazione Gimbe, i positivi sono aumentati dell'11,4% nella settimana dal 30 dicembre 2022 al 5 gennaio 2023 rispetto a quella precedente e nello stesso periodo i decessi hanno segnato un ulteriore aumento del 9,8% e ormai da quattro settimane sono più di 100 al giorno. In sintesi: nessun allarme ma guardia alta perchè qualcosa sta cambiando. Non solo per l'effetto Cina, sia ben chiaro, ma anche per l'accavallamento con l'influenza e per il tempo trascorso in locali chiusi, dove il contagio è più facile.

Fatto sta che i controlli agli aeroporti dei passeggeri che ar-

rivano dalla Cina non è la garanzia che il virus non rientri in Italia. E se mai dovesse riesplodere il rischio Covid, ci sarebbe una platea di potenziali bersagli: oltre ai mai vaccinati di ogni età, sono gli 11,7 milioni gli anziani che non hanno ricevuto la quarta dose del vaccino anti Covid, mentre i nuovi vaccinati sono aumentati del 6,4% e sono 6,78 milioni le persone di età superiore a 5 anni che non hanno nemmeno una dose del vaccino. In questo periodo i nuovi vaccinati sono stati 614 rispetto ai 577 della settimana precedente (+6,4%). Siamo ancora largamente scoperti.

E per questo a fare paura è la nuova variante Kraken, non perchè provochi casi gravi ma per la sua velocità di diffusione: negli Stati Uniti è diventata prevalente in appena due mesi. In Italia finora due casi e si spera di arginarla sul nascere. Mentre si tracciano i casi e si cerca, anche stavolta, di giocare d'anticipo, si studiano i possibili scenari. Guardando a Oriente: il direttore sanitario ci-

nese della provincia dello Henan ha annunciato che il 90% della popolazione ha contratto il virus. E, proiettando il dato sul resto della Cina, il direttore di Malattie infettive all'ospedale San Martino di Genova, Matteo Bassetti, calcola che potrebbero esserci 1,3 miliardi di casi Covid. «Fino ad oggi nel mondo - commenta - abbiamo avuto 700mila casi quindi si potrebbe raddoppiare questa cifra in 1-2 mesi. È chiaro che questa situazione mi preoccupa, un virus che gira così velocemente in un periodo breve di tempo può portare dei rischi epidemiologici».

Più ottimista è invece Massimo Ciccozzi, responsabile dell'Unità di Statistica medica ed epidemiologia molecolare della Facoltà di Medicina e chirurgia del Campus Bio-Medico di Roma: «Anche se salgono i contagi in Italia come ci si aspettava, la situazione Covid è ampiamente sotto controllo. Gli ospedali non sono in affanno, anzi, l'indice Rt è ampiamente sotto l'unità. Abituiamoci a questi altalenanti piccoli aumenti ogni tanto». E anche la variante Kraken a suo avviso non rappresenta una minac-

cia: «La variante Omicron ha aperto la strada a una serie o meglio ad uno sciame di sotto-varianti e forme ricombinanti magari più contagiose ma non più aggressive, così come si osserva dai sintomi blandi anche grazie alla vaccinazione che è sempre consigliata a fragili ed anziani». Quindi la vera sfida del momento è potenziare la campagna vaccinale. Magari non con gli hub ma arrivando direttamente a chi deve ricevere la quarta dose o addirittura agli irriducibili che mai si sono vaccinati.

### PESSIMISTA

**Bassetti: «Le varianti circolano velocemente, rischi epidemiologici»**

### OTTIMISTA

**Ciccozzi: «Dobbiamo abituarci a questi piccoli e altalenanti picchi»**



**I DUBBI**  
La fondazione Gimbe reputa di «dubbia efficacia» i test in aeroporto sui passeggeri provenienti dalla Cina. Lo screening per ora sembra sufficiente ma il metodo non potrà reggere se i casi dovessero aumentare. La minaccia cinese è sempre più forte: solo nella provincia dell'Henan il 90% della popolazione è positivo al Covid.



## EMERGENZA COVID

Da domenica Pechino ha riaperto le frontiere. Negli Usa allarme per la variante Kraken

# Nella terza provincia cinese contagiato il 90% dei cittadini

••• Quasi il 90% della popolazione dello Henan, la terza provincia più popolata della Cina, aveva contratto al 6 gennaio il Covid. Kan Quancheng, direttore della Commissione sanitaria della provincia, lo ha annunciato in conferenza stampa, parlando di un tasso di infezione dell'89%, pari a 88,5 milioni sul totale di 99,4 milioni di abitanti. Le visite effettuate nelle «cliniche della febbre» hanno toccato un picco il 19 dicembre, e da allora sono andate diminuendo, ha ancora reso noto.

L'apertura dei confini di domenica è stato uno degli ultimi passi dello smantellamento della politica «zero-Covid» voluta dai vertici cinesi, iniziato dopo le forti proteste di piazza e seguito da un aumento esponenziale dei contagi. A riferirne è il Guardian.

Intanto cresce l'allarme per la sottovariante Kraken, che prende il nome dal mitologico mostro marino che terrorizzava i mari. Si tratta di XBB.1.5, nata come mutazione della Gryphon, che in poco tempo si è ampiamente diffusa in USA e in altri Paesi a causa della sua alta contagiosità. Non a caso

Maria Van Kerkhove, epidemiologa senior dell'OMS, l'ha definita la più trasmissibile finora individuata tra i ceppi derivanti dall'Omicron. Tuttavia, è la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità a rassicurare: «Non esiste indicazione

di una maggiore gravità associata a queste sottovarianti in monitoraggio rispetto a precedenti lignaggi Omicron». Il riferimento è alle sei sottovarianti del virus, maggiormente circolanti in Cina e rilevate anche nel resto del mondo, oggi sotto l'attenzione internazionale.

Per quanto riguarda l'Italia, sono in risalita i casi di contagio, in aumento di «oltre cento al giorno ormai da 4 settimane»: il monitoraggio della Fon-

dazione Gimbe fotografa una curva dei casi in aumento a partire dal ponte dell'Immacolata e si dice «scettica» sull'efficacia dei test per chi arriva dalla Cina come misura per fermare la circolazione del virus.

Nella settimana presa in considerazione, dal 30 dicembre 2022 al 5 gennaio 2023, i positivi sono aumentati dell'11,4%: in termini numeri-

ci sono stati 135.977 a fronte dei 122.099 della settimana precedente. Numeri in crescita anche per le vittime del Covid che segnano un +9,8%: sono stati 775 i morti registrati. Calano del 6,9% i ricoveri nei reparti ordinari, mentre le intensive registrano un +1,6%.

«Se al momento la circolazione virale in Italia, seppur ampiamente sottostimata, appare sotto controllo gli scenari epidemiologici internazionali e il rilevante impatto dell'epidemia influenzale sui servizi sanitari, unitamente all'aggiornamento delle modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di casi Covid-19, richiedono il potenziamento di alcune strategie di sanità pubblica per contrastare il sars-cov-2»,

dice Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe, che ritiene «cruciale rafforzare le attività di sequenziamento, sia in termini quantitativi, sia con indagini più ravvicinate nel tempo».

I nuovi casi salgono in 14 Regioni: dal +1,4% del Veneto al +44,4% della Puglia. Sette regioni registrano invece un calo: dal -0,4% del Piemonte al -45% della Valle D'Aosta. In 67

Province si rileva un aumento dei nuovi casi (dal +0,5% di Ascoli Piceno al +62,6% di Bari), in 40 una diminuzione (dal -0,1% di Reggio nell'Emilia al -45% di Aosta). In nessuna Provincia l'incidenza supera i 500 casi per 100.000 abitanti. Cresce il numero dei tamponi to-

tali (+6%): da 807.118 della settimana 23-29 dicembre 2022 a 855.823 della settimana 30 dicembre 2022-5 gennaio 2023. In particolare i tamponi rapidi sono aumentati del 5,4% (+36.648), mentre quelli molecolari del 9,3% (+12.057). Resta da sciogliere anche il nodo dei vaccini: è necessario, per il Gimbe, «aumentare le coperture vaccinali: sia del ciclo primario con tre dosi che vede oggi quasi 12 milioni di persone scoperte (6,15 milioni mai vaccinati e 5,74 milioni senza terza dose), sia soprattutto di 11,7 milioni di anziani e fragili a rischio di malattia grave che non hanno ricevuto la quarta dose».

**TOM. CAR.**

*La situazione in Italia  
Casi tornati a salire dal ponte  
dell'8 dicembre. Nell'ultima  
settimana i positivi sono  
aumentati di oltre l'11%*



**Controlli**  
Un sanitario effettua il tampone a domicilio nella provincia dello Henan, la terza più popolosa in Cina (LaPresse)



## «La Variante Kraken può far salire i contagi in Europa ma non a gennaio»

**L**a sottovariante Omicron Xbb.1.5, ribattezzata "Kraken", ha la potenzialità di «far aumentare i casi Covid in Europa ma non a gennaio, poiché è attualmente presente solo a livelli molto bassi». È la conclusione dell'aggiornamento pubblicato ieri dall'Ecdc, l'European Centre for Disease Prevention and Control, dedicato proprio a Xbb.1.5 «che ricordano gli specialisti infettivologi dell'Ecdc - non è associata a una maggiore riduzione della neutralizzazione da parte dei vaccinati e dei guariti rispetto a Xbb.1». Mentre il vantaggio di «Xbb.1.5 rispetto a Xbb.1 potrebbe essere causato da un aumento della trasmissibilità intrinseca», precisa-

no. Ad oggi «sono 4.770 le sequenze depositate in Gisaïd EpiCoV appartenenti a Xbb.1.5 con il profilo mutazionale nella regione "Spike" Q183E, F486P e F490S - ricordano gli esperti Ecdc - La maggior parte di queste segnalazioni proviene dagli Stati Uniti (4.111) e dal Regno Unito (202) ma la variante è stata rilevata anche in diversi altri Paesi: Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Islanda, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Romania, Slovenia, Spagna e Svezia". Secondo l'Ecdc "nelle ultime due settimane del 2022 la prevalenza di Xbb.1.5, rispetto ad altre varianti, è inferiore al 2,5% per tutti i paesi in cui è

possibile stimare con precisione le proporzioni della variante».

ICdc Usa hanno stimato un tempo di raddoppio di Xbb.1.5 in 9 giorni, e attualmente la variante negli Usa è al 27,6%. «Non è ancora chiaro se la variante diventerà dominante negli Stati Uniti nelle prossime settimane - avverte l'Ecdc - La rapida crescita negli Stati Uniti non significa necessariamente che la variante diventerà dominante in Europa. Questo perché durante la pandemia sono state osservate più volte importanti differenze nella circolazione delle varianti tra il Nord America e l'Europa».



# Covid, parla il professor Le Foche: «Mai visto un virus così nella storia» «Con Kraken sarà record di contagi»

Il virologo: la variante che viene dagli Usa si imporrà nel mondo. Ma grazie ai vaccini non è più pericolosa delle altre già viste

**CLAUDIA OSMETTI**

■ «A mettere in crisi la politica cinese dello Zero Covid sono state le sottovarianti di Omicron e Omicron stessa». Francesco Le Foche, immunologo clinico dell'ospedale Umberto I di Roma, è uno che si occupa di vaccinazioni dal 1985. Preciso, puntuale, mai cattedratico: Le Foche, questa "benedetta" (si fa per dire) pandemia da Sars-cov2, te la racconta per quello che è. Col piglio dello scienziato perché, alla fine, ciò che conta sono sempre i dati medici. «Quello che abbiamo oggi è un virus diverso rispetto al ceppo originario di Wuhan che era meno contagioso e quindi più controllabile. Omicron ha dato molto più credito agli orientamenti di politica sanitaria dell'Occidente, che si traducono in una parola: immunizzazione».

**Dottor Le Foche, cosa significa?**

«Se vogliamo bloccare veramente un virus dobbiamo educare il nostro sistema immunitario a una risposta verso di lui. L'Europa, ma anche gli Stati Uniti, l'hanno fatto grazie alle vaccinazioni e hanno messo in sicurezza i propri sistemi sanitari nazionali che sono stati travolti dalla prima ondata del 2020».

**Vaccini contro lockdown, insomma. Abbiamo scelto bene?**

«Guardi, non è che la Cina non si sia vaccinata. L'ha fatto meno e l'ha fatto con vaccini non a mRNA. Il Coronavac, per esempio, è strutturato col virus inattivato e funziona al 60%. Ha un'efficacia ridotta rispetto ai nostri. E questo, associato all'immuno-evasività delle nuove varianti, ha portato alla situazione attuale. Con gli ospedali di Shanghai intasati, i malati sui marciapiedi... Aggiungiamo un altro

aspetto».

**Quale?**

«Omicron viene bloccato dalla terza dose e la terza dose in Cina l'hanno fatta in pochissimi. L'hanno rifiutata culturalmente, ma è fondamentale».

**Breve salto geografico: e da noi? La terza dose è andata bene, la quarta è stata un flop e si parla addirittura di quinta... Chi ci deve mettere il braccio, ancora?**

«La nostra è stata una campagna vaccinale ben fatta, dobbiamo dircelo. Io credo che la quarta dose se la debbano fare tutti passati 120 giorni dal booster o dall'infezione. Perché comporta un'immunità migliore rispetto alle sottovarianti e perché esistono un 20% di ultra-sessantenni e un altro 10% di persone sane che, in realtà, sono fragili ma non lo sanno. Sulla quinta dose, invece no: va fatta solo ai soggetti più a rischio».

**E i tamponi in aeroporto? Quando a fine dicembre sono stati annunciati i primi a Malpensa è scoppato il finimondo...**

«Macché. Abbiamo fatto bene. La strategia è giusta: intanto facciamo un tampone antigenico, chi è positivo fa quello molecolare e sequenziamo il virus. È fondamentale, così controlliamo le varianti. La modalità migliore per bloccare il virus dov'è adesso è far partire le persone dalla Cina con un tampone già fatto. Però, mi permetta, a questo punto il problema è più politico che scientifico».

**In che senso?**

«Sono convinto che gli scienziati cinesi stiano sequenziando le varianti. Ma abbiamo un dato storico: nel 2019 c'è stato un non-allert immediato che ha portato alla diffidenza di molti».

**Anche l'Oms, l'Organizza-**

**zione mondiale della sanità, ha sollevato dubbi sull'affidabilità dei dati di Pechino. Sta dicendo questo?**

«La trasparenza dovrebbe esserci, senza è pericoloso. Ora dobbiamo mettere alla base delle nostre azioni l'esperienza accumulata. L'obiettivo è garantire la salute pubblica. In Cina hanno adottato sei nuovi vaccini e...».

**Mi scusi, la interrompo: però l'Ue ha offerto le dosi dei nostri e ci hanno risposto picche...**

«Vero, ma allora entrano in campo alcune dinamiche. La prima è che l'innovazione del vaccino a mRNA i cinesi l'hanno "subita", e per le autocratie è uno smacco quando avviene. Devono fare in modo di sembrare autosufficienti, qui veniva ridotta la loro efficienza scientifica e bio-tecnologica. Poi c'è l'aspetto organizzativo: molte persone, in Cina, vivono in zone rurali difficilmente raggiungibili. Era più comodo iniziare con i lockdown».

**Senta, ma non è che con tutto questo parlare di Cina poi restiamo impreparati sull'altro fronte? La variante Kraken, negli Stati Uniti, sta facendo schizzare su i contagi che manco un razzo lunare... Dobbiamo preoccuparci?**

«La variante Kraken è molto, molto contagiosa. Probabilmente è considerato a oggi, nella storia della virologia, il virus più contagioso che sia mai apparso sul pianeta. Però



negli Stati Uniti il tasso di ricoveri è molto basso perché c'è una buona percentuale di vaccinati. È questo che fa la differenza con la Cina. Uno studio della rivista Lancet stima che la vaccinazione abbia bloccato circa 20 milioni di morti».

**Lo certifica anche l'Iss, l'Istituto superiore di sanità: dice che tra i sessantenni non vaccinati il rischio di letalità è sei volte superiore. Stesso discorso?**

«Esattamente. L'immunizzazione comporta una riduzione della diffusione dell'entropia sociale del virus: cioè circola meno. Dobbiamo fare sistema rispetto alla salute pubblica. È quello che fa una nazione civile. Così si riduce il carico ospedaliero e si dà la

possibilità di curare altre patologie».

**Avremo nuovi vaccini in futuro?**

«Sicuramente. E saranno in grado di dare un'immunità mucosale».

**Ci spiega meglio?**

«Quella delle mucose del naso, della bocca e degli occhi. È così che si blocca il contagio. I due vulnos dei vaccini che abbiamo oggi riguardano il non riuscire a produrre un'immunità mucosale e la loro cronolabilità, ossia che dopo alcuni mesi tendono a ridurre la copertura. Ci sono vari studi su più vaccini diversi, io immagino che potremo averli a breve».

**Urca, ma a breve quanto? Tra qualche mese?**

«Temo ci sia da aspettare

qualcosa in più, vanno prima sperimentati. Ma poi ci sarà la possibilità di somministrarli annualmente. L'importante è avere un coordinamento internazionale efficiente. Anche l'Oms deve fare la sua parte». © RIPRODUZIONE RISERVATA

## CINESI DA TESTARE

**«Per bloccare il virus bisogna far partire le persone dalla Cina con un tampone già fatto»**

Francesco Le Foche





# Una Rsa su quattro non è a norma E c'è chi respinge i non vaccinati

Con il Covid meno controlli e maggiori poteri ai direttori. Che spesso adottano misure più restrittive di quelle indicate dal governo. L'inchiesta di Natale dei Nas: scarsa igiene, stanze sovraffollate e medicinali scaduti

di **MATTEO LORENZI**

■ Si ritorna a parlare di Rsa, questa volta per un'indagine dei Nas condotta durante le festività natalizie. Il quadro che emerge è allarmante: su 607 realtà ispezionate su tutto il territorio nazionale, tra Residenze sanitarie assistenziali, Case di riposo, Comunità alloggio e Case famiglia, ben 152 presentano irregolarità. Salta all'occhio, ma è bene esplicitarlo: stiamo parlando di un quarto delle strutture. L'operazione, avviata di concerto con il ministero della Salute, è stata intenzionalmente svolta tra Natale e Capodanno, periodo in cui la domanda di ospitalità presso i centri di assistenza cresce, ma a cui non sempre fa seguito il mantenimento di un livello assistenziale adeguato. Gli illeciti segnalati dai Carabinieri riguardano diversi aspetti, tra cui carenze igienico-strutturali e autorizzative, presenza di un numero di ospiti superiore alla capienza autorizzata, utilizzo di dispositivi medici e farmaci scaduti.

Non è difficile immaginare le radici di una simile deriva. Negli ultimi tre anni il delirio generato dal Covid ha trasformato le Rsa in roccaforti sigillate. In assenza di visite, nessuno controlla la qualità dei servizi offerti agli ospiti o raccoglie le lamentele degli anziani, coi risultati che l'indagine appena condotta mette bene in evidenza. Per diverso tempo, infatti, sono state inibite le visite ai parenti, o quantomeno sottoposte alla discrezio-

nalità dei direttori sanitari delle strutture, per nulla interessati ad assumersi la responsabilità di eventuali focolai. Da maggio del 2021, poi, gli accessi sono stati subordinati al possesso della Carta verde, che - com'è noto - forniva «la garanzia di trovarsi tra persone non contagiose». In base a questi presupposti - sulla cui veridicità non è più necessario spendere parole - l'8 maggio 2021 l'allora ministro **Roberto Speranza** riapriva le visite nei centri ai parenti dotati di green pass (qualche mese dopo sarebbero state limitate ai soli possessori della versione rafforzata). «Ho firmato l'ordinanza che consentirà le visite in piena sicurezza in tutte le Rsa», disse con giubilo al momento della promulgazione.

Seppur vaccinati (le contraddizioni non sono mai mancate), ospiti e visitatori erano però tenuti a osservare rigide regole di protezione individuale e di distanziamento fisico. Al punto che, nel documento allegato che descriveva nel merito il protocollo cui attenersi, si leggeva che il contatto fisico tra visitatore e ospite poteva essere preso in considerazione solo «in particolari condizioni di esigenze relazionali/affettive» ed esclusivamente «tra familiare/visitatore in possesso della Certificazione Verde Covid-19 e di ospite/paziente vaccinato o con infezione negli ultimi 6 mesi, fatte salve diverse motivate indicazioni della direzione sanitaria [...]». Al di là del malessere che suscita leggere oggi queste righe, l'ultima frase è piuttosto rilevante: su questa misura come su tutte le altre, i direttori sanitari degli

istituti hanno sempre avuto e tuttora hanno ampi margini di discrezionalità, nel senso di poter agire in maniera più restrittiva, qualora da loro ritenuto necessario, rispetto alle misure adottate dal governo.

E il delirio, infatti, prosegue ancora oggi. Dopo esser venuti a conoscenza di un caso avvenuto circa un paio di settimane fa, quando un'anziana allettata di 86 anni è stata rifiutata da due Rsa della provincia di Milano perché non vaccinata, *La Verità* ha telefonato ad alcune strutture della zona per capire meglio la regolazione degli accessi. Nella maggior parte dei casi la risposta è stata, con un po' di titubanza, di presentare la domanda di ammissione, che sarebbe passata poi al vaglio del direttore sanitario del centro. Un caso particolarmente interessante è quello di una struttura che ammette i non vaccinati ma li costringe a un inserimento più gravoso: dieci giorni di regime di sorveglianza, che vuol dire consumare i pasti in stanza e potervi uscire solo indossando la mascherina Ffp2, contro i cinque dei vaccinati.

Al di là di simili stranezze (che urtano per la loro totale arbitrarietà, non essendo sup-



# VERITÀ

portate da alcuna evidenza empirica), il punto è che questi spazi di discrezionalità (non c'è nessuna norma a vietare l'ingresso dei no vax) alimentano discriminazioni pesanti non solo dal punto di vista psicologico, ma anche logistico. Siccome le Rsa non sono disseminate come i supermercati, se per trovare un centro che accolga un proprio parente occorre spostarsi di diversi chilometri, quando invece si potrebbe farlo soggiornare in una residenza vicino a casa, la faccenda si appesantisce tanto per le famiglie quanto per

gli anziani. Che poi i direttori sanitari, in mancanza di specifiche direttive dall'alto, possano dimostrarsi restii ad accettare pazienti non vaccinati è anche comprensibile, per quanto eticamente intollerabile. Innanzitutto per una questione d'immagine, visto che dopo due anni di martellamento mediatico molte persone sono ancora convinte che vaccinare sé stessi protegga gli altri, e quindi potrebbero preoccuparsi per i loro cari qualora venissero a sapere di ospiti non inoculati. In secondo luogo per ragioni meramente economiche: un pa-

ziente non vaccinato ha forse più probabilità di morire in caso di contagio e, di conseguenza, la sua quota per le casse della struttura sarebbe più a rischio.



■ PARLA CARTABELLOTTA

## Autonomia Qui si sfascia la sanità

➤ GIULIO CAVALLI

A PAGINA 9



# L'Autonomia nuoce alla Salute E allarga il gap sanitario Nord-Sud

Il presidente della Fondazione Gimbe, Cartabellotta  
"Questa riforma incrementerà le diseguaglianze"

di GIULIO CAVALLI

**N**ino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, cosa pensa del disegno di legge sull'autonomia differenziata?

"In uno scenario di maggiori autonomie regionali la sanità rappresenta una cartina al tornasole, considerato che il diritto costituzionale alla tutela della salute - affidato sulla carta alla leale collaborazione tra Stato e Regioni - è nei fatti condizionato da 21 sistemi sanitari che generano gravi diseguaglianze. Una attuazione tout court delle maggiori autonomie richieste è dunque inevitabilmente destinata ad amplificare le diseguaglianze di un SSN, oggi

universalistico ed equo solo sulla carta: in altre parole, senza un contestuale potenziamento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, il regionalismo differenziato rischia di legittimare normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute".

**E rispetto alle tipologie di autonomie richieste?**

"Alcune richieste di maggiore autonomia

rappresentano oggi strumenti per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario da estendere idealmente a tutte le Regioni: abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario e istituzione di contratti di formazione-lavoro per gli specializzandi per anticipare il loro ingresso nel mondo del lavoro, se realmente intesi come contratti sostitutivi delle attuali borse di studio. Altre forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone proprio di ridurre le diseguaglianze regionali: dal sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance



delle aziende e degli enti del SSR, all'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione e per il corso di formazione specifica in medicina generale".

**La maggiore autonomia legislativa, organizzativa e amministrativa in materia di fondi sanitari integrativi che effetti può provocare?**

“È un ambito in cui non esiterei a definire francamente “eversiva” una maggiore autonomia (richiesta peraltro solo dalla Regione Veneto), che darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali totalmente sganciati dalla normativa nazionale. Una normativa frammentata e incompleta che ha consentito sia l'ingresso strisciante delle assicurazioni sani-

tarie in un ecosistema che era stato creato per enti no-profit, sia l'utilizzo di fondi pubblici provenienti dalla defiscalizzazione dei fondi sanitari per alimentare la sanità privata”.

**Ma è vero che il SSN, come si sente dire da alcuni, è così piatto e “troppo uguale”? Non erano proprio le disuguaglianze il vero problema del SSN?**

“Una simile affermazione è frutto di ignoranza e/o malafede, perché i dati documentano rilevanti disuguaglianze e iniquità tra le 21 Regioni e Province autonome, sia in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, sia di appropriatezza dei processi, sia soprattutto, di esiti di salute. In ogni caso, se il SSN fosse “piatto”, ovvero se garantisse il diritto alla tutela della salute in tutte le Re-

gioni, farebbe esattamente il suo dovere: quello che gli assegna l'art. 32 della Costituzione”.

**Quali dovrebbero essere invece le misure per diminuire il gap tra nord e sud?**

“Aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello stato sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie e della legislazione concorrente, secondo quanto previsto dall'art. 117 della carta costituzionale”.

## L'intervista

**“Il Pnrr impone di chiudere la forbice dell'efficienza tra Regioni ma così si fa l'opposto”**



## «Riabilitazione oncologica da inserire nelle cure Ssn»

### L'appello

«Un vulnus assistenziale» che non riconosce «la riabilitazione» come «un elemento fondamentale nel percorso di presa in carico del malato oncologico con un forte valore sociale ed economico, derivante da una riduzione dei costi diretti e indiretti correlati con la disabilità derivante dalla malattia oncologica». Così Francesco De Lorenzo, Presidente della Federazione italiana associazioni di volontariato in oncologia (Favo) lancia un messaggio per inserire la riabilitazione oncologica all'interno dei Livelli essenziali d'assistenza - le cure cioè garanti-

te dal Ssn - nell'ambito del Piano Ue di lotta contro il cancro, l'insieme di misure che ogni Stato membro è tenuto a declinare per favorire il raggiungimento di tre obiettivi: migliorare i tassi di sopravvivenza, favorire l'accesso alle cure ma anche migliorare la qualità di vita di chi ha superato la fase acuta della malattia.

La riabilitazione continua infatti a essere la Cenerentola per i malati di cancro a causa della scarsa offerta di trattamenti riabilitativi sul territorio che invece rappresentano una necessità per il paziente oncologico, nel momen-

to in cui smette di frequentare con regolarità il centro a cui si è rivolto la gestione della malattia. L'esclusione dai Lea divide poi i pazienti di «serie A» e di «serie B»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Wef: "Spesa sanitaria globale a 12mila miliardi e mancano 10 milioni di lavoratori"

La spesa sanitaria globale è salita a quota 12.000 miliardi di dollari a fine 2022, in crescita dagli 8.500 miliardi del 2018. E la carenza di operatori sanitari potrebbe salire a 10 milioni entro la fine del decennio, incidendo sull'accesso alle cure, sulle disuguaglianze e sul trattamento della salute mentale. A sottolinearlo è il nuovo rapporto pubblicato dal World economic forum (Wef). Il "Global Health and Healthcare Strategic Outlook" rimarca inoltre come alle imprese e ai responsabili politici un modello per sistemi sanitari più sostenibili e resilienti sia più utile che accettare compromessi tra efficienza e equità sociale. —



## IL PONTEFICE

«Non esiste  
un diritto  
all'aborto»

Papa Francesco torna a condannare l'aborto. E, nel discorso al Corpo diplomatico accreditato presso la Santa Sede fa appello «alle coscienze degli uomini e delle donne di buona volontà, particolarmente di quanti hanno responsabilità politiche, affinché si adoperino per tutelare i diritti dei più deboli e venga debellata la cultura dello scarto, che interessa purtroppo anche i malati, i disabili e gli anziani». «La pace esige anzitutto che si difenda la vita, un bene che oggi è messo a repentaglio non so-

lo da conflitti, fame e malattie, ma fin troppo spesso addirittura dal grembo materno, affermando un presunto diritto all'aborto. Nessuno può vantare però diritti sulla vita di un altro essere umano, specialmente se è inerme e dunque privo di ogni possibilità di difesa», le parole di Bergoglio ieri in Vaticano. «Vi è una precipua responsabilità degli Stati di garantire l'assistenza dei cittadini in ogni fase della vita umana, fino alla morte naturale, facendo in modo che ciascuno si senta accompagnato e

curato anche nei momenti più delicati della propria esistenza», ha aggiunto il Pontefice.

---



**ANALISI** Il nuovo Cnb e le grandi questioni morali che riguardano il mondo della salute

# Vita, povertà e mercato dei farmaci Tre sfide per il Comitato di bioetica

*Dalla ricerca sulle malattie rare alle condizioni sanitarie determinate dalle differenze socioeconomiche, dai rischi dell'utero in affitto alla prevenzione pubblica: come orientarsi*



SILVIO GARATTINI

La nomina del Comitato Nazionale di BioEtica (Cnb), che arriva dopo una interruzione di oltre sei mesi, si accompagna a molti problemi essenzialmente di natura etica che riguardano il mondo della salute. È difficile farne un elenco anche perché vi sono sensibilità diverse fra i 35 membri che compongono il Cnb. Tuttavia, ritengo che molti problemi si possano raggruppare in tre grandi aree: la vita, la povertà, il mercato della medicina.

Gli sviluppi della genetica consentono di prevedere, entro certi limiti, quale embrione potrà dar vita a persone con minori probabilità di avere malformazioni, malattie croniche e tumori. Sarà così possibile scegliere fra gli embrioni prodotti chi potrà sopravvivere, ma questo sviluppo tecnologico pone molti interrogativi etici. L'Unione Europea, inoltre, cerca di premere perché in tutti i Paesi vi sia la possibilità del cosiddetto "utero in affitto", una concezione che è molto lontana dalla nostra sensibilità che accetta difficilmente che si possa acquistare la vita di un bambino. L'utero in affitto è facilitato dalle attuali possibilità di conservare ovuli e spermatozoi nonché di realizzare un'inseminazione in vitro. Altri ancora sono gli aspetti etici che si pongono in vita, il diritto alla salute, sancito dalla nostra Costituzione è vero solo per una parte della popolazione. Per dare un esempio chi si occupa delle 7.000 malattie rare che affliggono solo in Italia più di un milione di persone? Non certo l'industria farmaceutica che cerca il profitto. Per le stesse ragioni chi si occupa delle gravi malattie psichiatriche incluse le demenze senili?

Ma anche nel campo delle malattie più comuni le terapie andrebbero adeguate ai bambini, agli anziani ed alle differenze di sesso. Sono importanti problemi etici che si devono risolvere attraverso una imprenditoria non profit che deve essere sostenuta dallo Stato. La ricerca non è una spesa ma un investimento. È un imperativo etico sviluppare ricerca non solo per le malattie più comuni. Altri problemi su cui la bioetica dovrà presentare proposte, anche se pluralistiche, riguardano l'altro estremo della vita, la morte, anche in vista di una legislazione per cui ha fatto pressione la Corte Costituzionale. Il fine vita deve anzitutto trovare una soluzione garantendo a tutti le migliori cure palliative siano esse in strutture particolari (Hospice) o a domicilio, oggi più sviluppate al Nord rispetto al Sud. Esperienze di Hospice in cui vi sia, accanto a efficaci terapie antidolore, un'empatia e una grande attenzione alle richieste del paziente, indicano che sono pressoché inesistenti le richieste di eutanasia. Se poi vi fossero condizioni particolari di sofferenza e disperazione intrattabili, con i necessari controlli è possibile attuare la sedazione profonda che conduce alla fine della vita. In questo caso si tratta di un atto d'amore che risponde all'appello ebraico-cristiano "amerai il prossimo





tuo come te stesso”.

La povertà o, come si usa dire in termini più tecnici, i determinanti sociosanitari, è uno dei più importanti fattori di rischio per ospedalizzazione e interventi sanitari di varia natura. La povertà è spesso legata al Paese, all'ambiente o alla famiglia in cui si è nati nonché alla scolarità. In generale l'Italia è molto indietro nella classifica di chi spende per la scuola. Ciò comporta, insieme ad altri fattori, il fatto che la percentuale dei giovani che hanno una licenza media inferiore, superiore o una laurea sia fra le più basse rispetto a molti Paesi europei. Inoltre, abbiamo una delle più alte percentuali di giovani “neet” che hanno abbandonato la scuola e non ricercano una occupazione. Si calcola che vi siano 10 milioni di po-

veri che non arrivano alla fine del mese, che hanno un appartamento anti-igienico e non riescono a riscaldare la casa. Sono queste persone con basso reddito che hanno una minor durata di vita e una più alta mortalità infantile. Ad esempio, ciò è dimostrabile perché in Italia, fra Lombardia e Campania esiste una differenza di due anni di vita, come pure nella stessa città esistono differenze fra chi vive in periferia o in centro. La mortalità infantile è doppia in Calabria rispetto al Veneto. La bassa condizione socioeconomica è inoltre un grave fattore di rischio perché i poveri fumano più dei ricchi, hanno più diabete dei benestanti e hanno una più alta percentuale di obesi e sedentari. Pur avendo un Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), che dovrebbe essere equo, i poveri hanno problemi che l'etica deve affrontare. Attualmente molti degli interventi del Ssn, anche in rapporto con il Covid-19, hanno lunghe liste d'attesa, ma se si paga, attraverso la così detta “intramoenia” con le stesse persone, le stesse strutture e le stesse apparecchiature, si hanno gli stessi interventi in pochi giorni, una grave ingiustizia a cui si deve porre rimedio sia offrendo maggiori opportunità di conseguire un reddito migliore, anche aumentando le possibilità di scolarizzazione, in altre parole favorendo un miglior funzionamento “dell'ascensore sociale”. Porre

rimedio a questa ingiustizia vuol dire anche che il Ssn venga liberato da interventi che sono evitabili e quindi capaci di permetterne la sostenibilità. Non dimentichiamo che il Ssn è un bene straordinario che non dobbiamo perdere anche nell'interesse dei nostri figli e nipoti.

Il mercato della medicina è certamente sostenuto dagli sviluppi della ricerca scientifica che ha messo a disposizione strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi di grande importanza che hanno permesso di curare sintomi e malattie, di migliorare la qualità di vita, nonché la durata di vita. L'Italia è giustamente orgogliosa per gli 81 anni dei maschi e gli 85 della femmina. Tuttavia, se osserviamo la durata di vita “sana” scendiamo molto nella classifica europea perché perdiamo parecchi anni per malattie croniche e tumori. I nostri

Governi hanno certamente sostenuto la realizzazione del Ssn sotto l'aspetto terapeutico, ma si sono dimenticati di un termine molto importante: la prevenzione.

Infatti, le malattie non piovono da cielo, spesso siamo noi che ce le auto infliggiamo e poi magari ce ne lamentiamo. Si pensi che almeno il 50% delle malattie croniche (diabete di tipo 2, insufficienza cardiaca, ictus cerebrovascolari, insufficienza renale e così via) sono evitabili, il 70% dei tumori è evitabile; eppure, muoiono ogni anno in Italia 180.000 persone di tumore! Riportare l'attenzione del Ssn sui problemi della prevenzione è un imperativo etico in conflitto di interessi con il mercato della medicina che vuole sempre crescere e non necessariamente nell'interesse degli am-

malati. La prevenzione richiede anzitutto buone abitudini di vita che dipendono dalla nostra volontà per quanto riguarda l'evitare le dipendenze da fumo, alcol, droghe, giochi d'azzardo, nonché sedentarietà, sovrappeso e obesità. Realizzare esercizio fi-





sico ed intellettuale, mantenere una alimentazione varia e moderata, un sonno della durata di almeno 7 ore.

La Prevenzione richiede anche la possibilità di vaccinare tutte e tutti, di avere a disposizione screening per malattie e tumori, vivere in un ambiente senza inquinanti nonché avere una pubblicità che non propagandi prodotti contrari alla salute. Si tratta quindi di realizzare una grande rivoluzione culturale che dovrebbe essere sostenuta da un importante documento del Cnb. Una rivoluzione culturale richiede processi di formazione. Dovrebbero essere delineati attraverso una Scuola Superiore di Sanità per formare i dirigenti del Ssn alla cultura della prevenzione, una revisio-

ne della impostazione delle scuole di medicina per formare medici consci della importanza della prevenzione per la sostenibilità del Ssn. Infine, ma non in ordine di importanza, occorre inserire programmi di salute per tutti i giovani nelle scuole di tutti i livelli e gradi formando un personale qualificato per questo tipo di insegnamento. Parallelamente occorre che i medici del territorio insieme alle organizzazioni di volontari del "terzo settore" e alle attività sociali dei comuni costruiscano un sistema di informazione e di promozione delle "buone" abitudini di vita con particolare attenzione all'etica della solidarietà. Mantenere la salute non è soltanto un mezzo per evitare malattie e sofferenze, ma è anche un atto di solidarietà per migliorare l'ef-

ficienza del Ssn.

Queste note sono solo alcuni dei molti problemi che richiedono un'attenzione da parte del Cnb. L'augurio è che si possa trovare rapidamente una linea comune, pur nella varietà delle competenze, per accelerare la soluzione dei problemi prospettati.

**Fondatore e Presidente  
Istituto di Ricerche Farmacologiche  
Mario Negri Ircs**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Fra Lombardia  
e Campania esiste  
una differenza  
di due anni di vita,  
come pure nella stessa  
città esistono  
differenze fra chi vive  
in periferia o in centro  
La mortalità infantile  
è doppia in Calabria  
rispetto al Veneto

Il mercato della medicina  
vuole sempre crescere e non  
necessariamente nell'interesse  
degli ammalati. Prevenire  
significa anche avere a  
disposizione screening per  
malattie e tumori, vivere in un  
ambiente senza inquinanti,  
avere una pubblicità onesta

La ricerca  
scientifica ha  
permesso di  
migliorare la  
qualità della vita,  
ma il ruolo della  
prevenzione in  
molti casi  
è decisivo



# Lo scudo più efficace è l'immunità ibrida

**Convivere con il virus**  
Per Nature e Iss l'ideale è  
il mix di vaccini e infezioni  
pregresse nella popolazione

**Marzio Bartoloni**

Il traguardo dell'endemia, la convivenza con il virus, sembra avvicinarsi ogni giorno di più. Ma per la Cina la strada da fare potrebbe ancora essere lunga perché nel passaggio dal "Covid zero" ai liberi tutti di questi giorni le manca un passaggio fondamentale conquistato con fatica (e diversi morti) dai Paesi occidentali, compresa l'Italia, e cioè la cosiddetta «immunità ibrida», quella data cioè dalla vaccinazione più il contagio. Si tratta di uno scudo - una immunità di gregge "potenziata" - che finora sta funzionando nel tenere a bada il Covid e che nonostante possibili nuove ondate di contagi non mette sotto stress gli ospedali, riducendo le malattie gravi e quindi i decessi. A confermarlo sono due recenti studi, uno di «Nature» che mostra come l'immunità ibrida riduca anche la capacità di contagiare gli altri e il secondo dell'istituto superiore di Sanità che stima in 55 milioni gli italiani che sono stati infettati o si sono vaccinati. Un traguardo appunto raggiunto prima con un duro lockdown e poi con aperture graduali di pari passo con una vaccinazione di massa (50 milioni gli italiani con almeno due dosi) seguita anche da una diffusione altrettanto massiccia delle infezioni, soprattutto sulla spinta di Omicron e della sua ampia famiglia di sottovarianti. «La massima protezione contro l'infezione da Sars-Cov-2 e la malattia Covid-19 severa, nella nostra popolazione, si osserva - scrive l'Iss nel suo studio - in presenza di una immunità "ibrida" ov-

vero dovuta all'effetto combinato della vaccinazione e della pregressa infezione». Ma sempre l'Iss avverte nel suo studio come «il rischio di malattia severa sia 80 volte maggiore in chi non è vaccinato e non ha avuto diagnosi rispetto a chi è vaccinato e ha una diagnosi recente». Si tratta in pratica della condizione in cui si potrebbero trovare decine di milioni di cinesi, totalmente scoperti per due motivi: il virus finora è circolato troppo poco grazie proprio alle politiche di Covid zero e per il fatto che la popolazione è scarsamente vaccinata soprattutto nelle fasce più anziane, quelle più a rischio. «In Cina avendo avuto una specie di cappa dovuta al lockdown continuo non hanno certo esercitato il loro sistema immunitario che oggi viene messo a sfida da una circolazione continua del virus», avverte Giorgio Palù presidente dell'Agencia italiana del farmaco.

Non è tutto: lo scudo assicurato dall'immunità ibrida - più efficace se l'ultima dose di vaccino è recente - offre anche una protezione maggiore nella diffusione del virus: secondo uno studio condotto da ricercatori della University of California San Francisco nelle carceri e pubblicato su «Nature Medicine», le persone che hanno alle spalle sia un'infezione pregressa che un vaccino recente hanno il 40% di probabilità in meno di trasmettere il virus. In particolare quello che è stato osservato durante la prima ondata Omicron è che, quando la vaccinazione e il booster erano fatti di recente, contribuivano a limitare la diffusione di Covid all'interno degli

istituti di pena esaminati.

Ovviamente la strada verso l'endemia dipenderà sempre dalla comparsa o meno di nuove varianti più patogene (oltre che più contagiose), cosa poco probabile ma non impossibile. Finora le oltre 600 varianti conosciute non preoccupano, anche quelle provenienti dalla Cina: «Da quello che abbiamo visto a Fiumicino, dove abbiamo testato e sequenziato i passeggeri cinesi, abbiamo trovato varianti già presenti da tempo in Europa e quindi in Italia. Sono varianti e sottovarianti ampiamente coperte dai nostri vaccini e dall'immunità ibrida. Il nostro Paese per ora è molto ben protetto», assicura il direttore dello Spalanzani Francesco Vaia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La condizione, ideale anche per ridurre i contagi, è stata raggiunta dai Paesi occidentali ma è lontana per la Cina  
**GLI SCENARI**

**La strada verso l'endemia dipenderà anche dalla comparsa o meno di nuove varianti**



## BIG PHARMA

# Moderna alza il prezzo dei vaccini Per una dose chiederà 130 dollari

■ Una dose del vaccino anti-Covid di Moderna arriverà presto a costare tra i 110 e i 130 dollari. Secondo quanto riportato dal *Wall Street Journal*, l'azienda americana sta preparando un rialzo consistente dei prezzi una volta che verrà in scadenza il contratto firmato durante l'emergenza con l'amministrazione americana. Attualmente una dose di vaccino costa al governo Usa tra i 15 e i 16 dollari. Secondo Stephane Bancel, l'amministratore delegato di Moderna, un prezzo superiore ai 100 dollari a dose «è coerente con il valore» del farmaco.

La decisione di Moderna non è la prima in que-

sto senso. Ad ottobre Pfizer aveva annunciato un'operazione simile e anche in quel caso il nuovo prezzo del vaccino era annunciato tra i 110 e i 130 dollari.

Le due grandi multinazionali che hanno vinto la corsa a realizzare il nuovo

vaccino si sono ritrovate finora nelle mani una gallina dalle uova d'oro. Giusto ieri Moderna ha comunicato che dal suo siero anti-Covid ha fatturato 18,4 miliardi di dollari ancora nel 2022, nonostante il calo della domanda nei Paesi occidentali (dove ora i produttori sperano nella politica dei richiami annuali) e vendite mai decollate veramente nei Paesi sviluppati.



## ANTIVIRUS



# LA BUFALA DEL VACCINO CINESE "INEFFICACE"



**COERENZA?** Imparzialità? Dimentichiamocene. A fine anno abbiamo assistito all'ennesimo tentativo di farci ripiombare nel panico. Questa volta, la responsabilità è da attribuire più ai media che alle istituzioni molto (forse, troppo) caute in area Covid. Fra le cause, assolutamente infondate, che avrebbero causato il fallimento della politica cinese per contenere la pandemia, è stata tirata in ballo l'inefficacia del vaccino cinese. Bufala. Ricordiamo che il vaccino Biotech Sinovac è stato autorizzato dall'Oms. Il comitato indipendente di esperti lo ha ritenuto sicuro ed efficace, poiché ha mostrato di impedire il contagio nel 51% dei casi e nel 100% dei sintomi gravi. Fra i vantaggi accertati, la facile conservazione, a differenza di quelli occidentali, che richiedono la catena del freddo. Ciò ha reso il preparato Sinovac adatto all'impiego nei Paesi a basso reddito. Dati confermati da numerosi ricercatori. Ne citiamo uno, il direttore dell'Unità operativa di Malattie infettive del Policlinico Gemelli di Roma, Roberto Cauda, che ha spiegato che Sinovac

è "un vaccino convenzionale, che utilizza il virus intero inattivato, né più né meno di quello che facciamo tutti gli anni contro l'influenza". Perché, allora, siamo stati inondati dalle notizie di cinesi morti perché il vaccino non funziona? Perché la Commissione Ue si è offerta di donare i nostri vaccini? Nulla giustifica questo gesto se non il fatto che i magazzini sono pieni di dosi in scadenza e si voglia trasformare un errore di programmazione in generosità. Studi recenti, citati e sostenuti anche dal noto immunologo Mantovani, hanno evidenziato che prima e seconda dose di Sinovac sono meno efficaci delle corrispondenti a mRNA, ma la terza dose ne è sicuramente più efficace. L'insuccesso che oggi si lamenta in Cina è dovuto essenzialmente a due fattori, la mancata somministrazione della terza dose nella maggior parte della popolazione e la politica cinese che, anziché vaccinare i deboli e gli anziani, nell'intento di salvaguardare la produttività del Paese, ha scelto di immunizzare i giovani. Ciò va aggiunto all'errore della politica "Zero Covid" che ha, di fatto, im-

perduto l'immunizzazione naturale della popolazione. Infine, nell'interpretazione dei dati (quelli che si riescono a ottenere) non dimentichiamo che i numeri assoluti che ci arrivano dalla Cina sono molto alti ma, nel compararli con i nostri, dovremo guardare anche alle percentuali. I cinesi sono un miliardo e mezzo, noi italiani circa 60 milioni, il 4%.

**MARIA RITA GISMONDO**

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



# Sclerosi multipla: nuove prospettive con le staminali neurali

Lo studio del San Raffaele di Milano su pazienti con forma progressiva: ridotta la perdita di tessuto cerebrale

**U**na terapia a base di cellule staminali neurali apre nuove prospettive per la cura della sclerosi multipla progressiva in stadio avanzato. Lo indicano i risultati, pubblicati sulla rivista *Nature Medicine*, dello studio Stems coordinato da Gianvito Martino, direttore scientifico dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Il trattamento consiste in un'infusione delle cellule nel liquido cerebrospinale mediante puntura lombare.

In modelli animali era già stata dimostrata la capacità delle staminali neurali di raggiungere le lesioni cerebrali e midollari e promuovere meccanismi di neuroprotezione e riparazione rilasciando sostanze immunomodulanti e pro-rigenerative. Lo studio italiano, per la prima volta, ha permesso di valutare gli effetti sull'uomo. La sperimentazione ha coinvolto 12 persone con forma progressiva in stato avanzato della malattia ed elevata disabilità che avevano già ricevuto, senza risultati soddisfacenti, le cure disponibili. I pazienti, divisi in 4 gruppi, hanno ricevuto, con un'unica

puntura lombare, un numero di cellule crescente, da circa 50 milioni a 500 milioni.

«I risultati hanno dimostrano sicurezza e tollerabilità della terapia e una significativa riduzione della perdita di tessuto cerebrale, valutata con risonanza magnetica nei due anni successivi al trattamento (il primo avvenuto nel 2017), nel gruppo che ha ricevuto il maggior numero di staminali neurali. A conferma del riscontro, l'analisi del liquido cerebrospinale ha evidenziato cambiamenti della sua composizione dimostrando un arricchimento in termini di fattori di crescita e di sostanze neuroprotettive», spiega Angela Genchi ricercatrice del laboratorio di Neuroimmunologia del San Raffaele e prima firma del lavoro scientifico. Le staminali neurali non erano mai state utilizzate prima in pazienti con sclerosi multipla e, a differenza di quelle ematopoietiche (usate nelle forme recidivanti remittenti ma inefficaci nelle forme progressive) e di quelle mesenchimali (che non hanno dato benefici in pazienti con sclerosi multipla progressi-

va), avevano mostrato negli studi di laboratorio di avere un elevato potenziale pro-rigenerativo. Le basi scientifiche di questo *trial* sono state infatti gettate da una serie di lavori del gruppo diretto da Gianvito Martino che, tra il 2003 e il 2009, hanno dimostrato l'efficacia delle staminali neurali in più modelli sperimentali.

«È un traguardo importante quello raggiunto, anche se rappresenta solo la prima tappa del percorso che porta a una vera e propria terapia», spiega il professor Martino. «Il mio primo pensiero va, soprattutto, alle persone malate e alle loro famiglie che hanno sostenuto la nostra ricerca in questi anni, certo drammatici dal punto di vista della sanità pubblica, con pazienza, speranza, dedizione e sacrificio. La strada intrapresa è però ancora lunga. I dati pubblicati non sono ancora sufficienti per considerare questa opportunità, appunto, come una cura, il passo successivo sarà procedere con un nuovo studio clinico-sperimentale che coinvolga un gruppo più ampio di pazienti, con l'obiettivo

di dimostrare, da un lato l'efficacia delle staminali neurali nel bloccare la progressione di malattia, dall'altro lato la loro capacità di favorire la rigenerazione delle aree del sistema nervoso danneggiate. Il fine ultimo, che è la grande sfida che abbiamo deciso di affrontare 20 anni fa, è sviluppare una terapia innovativa ed efficace per persone con forme progressive di sclerosi multipla che hanno, a oggi, opzioni terapeutiche limitate». Le cellule utilizzate per il trapianto erano di origine fetale e sono state preparate con la collaborazione del Laboratorio di Terapia Cellulare del Policlinico di Milano. La ricerca è stata condotta grazie al sostegno di diversi partner, in particolare l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (Aism) e la sua Fondazione (Fism).

## Luigi Ripamonti

**Il prossimo passo**  
Si prevede di allargare la sperimentazione a un maggior numero di persone

## 12

### Persone

Quelle che hanno partecipato allo studio condotto dal San Raffaele di Milano. Per questo è ancora presto per parlare di una cura della malattia

### L'attività



● Gianvito Martino (in foto), direttore scientifico dell'Irccs San Raffaele di Milano, ha coordinato lo studio clinico con cellule staminali neurali, iniziato nel 2017. Le basi per la ricerca sono state gettate dal suo gruppo a partire dal 2003



# Sclerosi multipla, speranza italiana

## «Nei primi test la malattia rallenta»

VITO SALINARO

Sanno fiutare le zone danneggiate dei tessuti e, come fossero dei pompieri, vanno a "spegnere l'incendio". Non solo. Sono anche "intelligenti". Perché, bloccata l'emergenza, creano le condizioni per ricostruire ogni parte distrutta. È questa la straordinaria scoperta cui sono giunti, dopo 20 anni di studi, gli scienziati dell'Ospedale San Raffaele di Milano, osservando le cellule staminali neurali (prelevate dal cervello) impiegate contro la sclerosi multipla progressiva, nella prima sperimentazione al mondo - chiamata Stems - di cui si è appena chiusa, con successo, la fase 1. Quella cioè che garantisce la sicurezza e la tollerabilità del trattamento.

In questa fase i ricercatori della Neuroimmunologia e del centro Sclerosi multipla del nosocomio milanese, hanno osservato una riduzione della perdita di tessuto cerebrale, nei pazienti trattati con il maggior numero di staminali, e una «variazione del profilo proteico nel liquido cerebrospinale in senso neuroprotettivo». Un dato di estremo interesse, che ha trovato spazio sulla rivista *Nature Medicine*, e che avvicina, anche se in tempi non brevissimi, una terapia potenzialmente in grado di bloccare la progressione della malattia e, possibilmente, di favorire la rigenerazione delle aree del sistema nervoso danneggiate. Ma bisognerà prima svolgere le altre due fasi della sperimentazione. Allargando la platea dagli attuali 12 a decine di pazienti. «Inizieremo quest'anno», dice il coordinatore dello studio, il neuroscienziato Gianvito Marti-

no, direttore scientifico del San Raffaele e prorettore alla Ricerca dell'Università Vita-Salute San Raffaele. Colui che, da visionario, già alla fine degli anni '90, ha creduto nell'impiego di queste staminali fetali, ovvero cellule progenitrici in grado di specializzarsi in tutti i tipi di cellule nervose.

### Perché proprio quelle cellule, professore?

A differenza delle staminali ematopoietiche, utilizzate nelle forme recidivanti di malattia ma inefficaci nelle forme progressive, e delle cellule staminali mesenchimali, che non hanno dato benefici nella sclerosi multipla

progressiva, le neurali mostravano in studi preclinici un elevato potenziale pro-rigenerativo. Non è una storia recente...

### Ci racconti gli esordi.

Già alla fine degli anni '90 si capì che le staminali neurali, trapiantate direttamente nel cervello,

potevano essere strumenti utili per provare a sostituire le cellule del tessuto nervoso danneggiate. Che ciò fosse realmente possibile anche nell'uomo, lo si deve ai primi trapianti intracerebrali avvenuti in Svezia nel 1996 in persone con malattia di Parkinson.

### Ma la sclerosi multipla è ben più complessa del Parkinson. Non è così?

Sì, perché le lesioni sono ovunque, dal midollo spinale al cervello, era impensabile trapiantare direttamente le staminali in ogni singola lesione.

### E allora, come avete proceduto?

Abbiamo allora pensato di iniettare queste cellule nel liquido cerebrospinale che, irrorando ogni singola cellula del tessuto nervoso, poteva farle arrivare anche

nelle aree danneggiate. E in effetti, legandosi a dei recettori specifici, furono in grado di "entrare" nel sistema nervoso, "sentire" il danno e "raggiungere" selettivamente le aree dove c'erano le lesioni. Da quel momento le sorprese non finirono più.

### Quale fu la successiva?

Scoprimmo che, una volta iniettate, la maggior parte di queste cellule restava nello stato di staminale, non si differenziava. E produceva una serie di sostanze che stimolavano il tessuto ad autorigenerarsi: fattori neuroprotettivi, composti antinfiammatori e pro-rigeneranti.

### Insomma, riparavano dopo aver individuato il danno?

Direi di più. A seconda del danno che si trovavano ad affrontare, producevano molecole "riparatorie" diverse. È come se capissero cosa aggiustare. Ci trovammo di fronte ad un cambio di prospettiva a 360 gradi: le cellule staminali potevano riparare il tessuto nervoso non solo differenziandosi in cellule nervose e sostituendo le cellule danneggiate - cosa nota ai tempi - ma anche rimanendo nel loro stato di staminali e producendo sostanze "riparatrici".

### Poi che successe?

Proseguimmo entusiasti e, tra il 2003 e il 2009, dopo il topo, sperimentammo la procedura sulla scimmia. In poco tempo toccò all'uomo.

### E siamo alla tappa nel 2017...

Sì, ho davanti agli occhi quella emozionante giornata di maggio in cui abbiamo trapiantato la prima delle 12 persone con sclerosi multipla progressiva. Eravamo preoccupati, era la prima volta al mondo. Ma andò tutto bene per





lui e per tutti gli altri trapiantati con dosi crescenti di cellule: da 50 milioni a 500 milioni. Oggi il mio primo pensiero va alle persone malate e alle loro famiglie che hanno sostenuto la nostra ricerca in tutti questi anni, certo drammatici dal punto di vista della sanità pubblica, con pazienza, speranza, dedizione e sacrificio. Non saremmo arrivati fin qui senza il loro contributo.

**Lei non è uno scienziato che si entusiasma facilmente. Ma sente di essere "vicino" ad una svolta per la malattia?**

Per adesso abbiamo valutato la fase 1, solo quella della sicurezza, e

abbiamo dimostrato che non ci sono effetti avversi, anche a dosi elevate. E che la terapia è ben tollerata. 12 pazienti sono pochi. Possiamo però essere fiduciosi constatando la ridotta perdita di tessuto e la produzione di molecole da parte delle cellule trapiantate, capaci di rigenerare il cervello nei pazienti trattati.

**Siete pronti per la fase 2?**

È obbligatorio andare avanti, ci sono positive indicazioni perché in futuro questa sperimentazione si possa tradurre in una vera e propria terapia capace di migliorare le condizioni dei malati. Proprio per questo vorremmo al più presto ini-

ziare la fase 2, che valuterà l'efficacia terapeutica della procedura.

**Altre patologie potranno essere interessate da questo trapianto?**

Nei topi il sistema funziona anche nell'ictus cerebrale, nel trauma spinale e in alcune malattie del neurosviluppo. Potenzialmente, anche in altre forme di sclerosi multipla. Abbiamo ancora tanta strada da percorrere e siamo consapevoli degli ostacoli che incontreremo. La vera speranza è che la direzione intrapresa sia giusta.

## L'INTERVISTA

Si è conclusa positivamente al San Raffaele la fase 1 della prima sperimentazione al mondo con cellule staminali neurali contro la forma progressiva della patologia. Il professor Martino: già pronti alla fase 2



Il prof. Gianvito Martino

### L'altra scoperta: le cellule che ci fanno decidere

Collegato allo studio diffuso ieri è un altro lavoro del San Raffaele, pubblicato poche settimane fa su *Nature Communication*, in cui sono state individuate cellule e molecole del cervello coinvolte nel processo decisionale. In persone con sclerosi multipla è stata dimostrata la correlazione tra i disturbi cognitivi e la presenza di lesioni cerebrali proprio nell'area delle cellule e delle molecole individuate. È un importante tassello per comprendere il funzionamento delle staminali nel cervello ma anche per definire i meccanismi che regolano i circuiti cerebrali che sottendono la nostra capacità di pensare e, in particolare, di decidere.



I ricercatori del San Raffaele in laboratorio/ ANSA





## Un vaccino anticancro italiano entra in fase di verifica grazie anche al Pnrr

Il dramma di Gianluca Vialli ha riaperto i riflettori sul tumore al pancreas e su cosa la scienza sta facendo per cercare di affrontarlo. Fino a scoprire che l'Italia è in prima fila nella ricerca e vanta addirittura un brevetto europeo di una promettente cura. Una speranza, o meglio un impegno per fare passi avanti nella cura di questo tumore arriva da Torino e potrebbe essere uno dei meriti del Pnrr, infatti è da questi fondi che arriva quasi un milione di euro all'ospedale Molinette per sviluppare la fase

finale di un vaccino. A guidare il progetto è Francesco Novelli, professore di immunologia e direttore del Dipartimento di biotecnologie molecolari e scienze per la salute dell'università.

Valentini a pag. 6

*Emozione a Londra per i funerali di Gianluca Vialli. A Torino si sperimenta una cura*

# Italiano il vaccino della speranza

*Con i fondi del Pnrr si passa alla verifica sull'uomo*

DI CARLO VALENTINI

**N**on è mancata tanta partecipazione emotiva ai funerali, seppure in forma privata, ieri a Londra, di **Gianluca Vialli**. Il suo dramma ha riaperto i riflettori su uno dei malanni ancora inesorabili, il tumore al pancreas, e su cosa la scienza (assurdamente bistrattata di questi tempi) sta facendo per cercare di affrontarlo. Fino a scoprire che l'Italia è in prima fila nella ricerca e vanta addirittura un brevetto europeo di una promettente cura. A conferma dei punti d'eccellenza della nostra sanità.

**Due sono le ragioni principali** che rendono il tumore al pancreas così distruttivo: la velocità di disseminazione delle cellule cancerose e la posizione dell'organo (posteriore allo stomaco e circondato dalla milza, dal fegato e dall'intestino tenue) che lo rende difficile da studiare con l'ecografia. In taluni casi è possibile intervenire con un mix di farmaci e radioterapia, oltre all'eventuale asportazione dell'organo (sostituito da insulina ed enzimi digestivi).

**La Fondazione Veronesi** annota: «Mentre tutti gli indi-

catori epidemiologici ci fanno prevedere che i casi di tumori del pancreas continueranno ad aumentare, gli oncologi tirano le somme e rilevano i progressi insoddisfacenti nelle terapie e nella diagnosi precoce. Secondo l'ultimo rapporto sulla mortalità per cancro in Europa, nel 2021 si conteranno oltre 84.000 vittime in Europa per tumori del pancreas. In Italia nel 2020 si registrarono 14.300 nuove diagnosi e 12.400 vittime. Dice **Carlo La Vecchia**, epidemiologo presso l'Università di Milano: «Fra i principali tumori, il cancro del pancreas è il quarto più comune e resta l'unico a non mostrare una riduzione nei tassi di mortalità negli ultimi trent'anni in Europa, tanto negli uomini quanto nelle donne. È importante che i governi e i decisori politici reperiscano risorse adeguate per la prevenzione, la diagnosi precoce e per la gestione del tumore pancreatico al fine di migliorare questi trend nel prossimo futuro».

**Una speranza, o meglio un impegno** per fare passi avanti nella cura di questo tumore arriva da Torino e potrebbe essere uno dei meriti del Pnrr, infatti è da questi fondi che arriva

quasi un milione di euro all'ospedale Molinette per sviluppare la fase finale di un vaccino. A guidare il progetto è **Francesco Novelli**, professore di immunologia e direttore del Dipartimento di biotecnologie molecolari e scienze per la salute dell'università, che dice: «Il brevetto, già depositato, riguarda un vaccino a Dna di seconda generazione codificante per le sequenze immunodominanti di alfa-enolasi per la cura del tumore del pancreas. Grazie al finanziamento completeremo gli studi preclinici, di tossicità e bio-distribuzione, e la raccolta di tutte le informazioni necessarie per ottenere l'autorizzazione da parte dell'Agenzia italiana del farmaco del-



la sperimentazione clinica del vaccino».

**Da anni qui si sta** studiando la relazione tra il sistema immunitario e il tumore pancreatico, fino all'identificazione di una proteina, l'alfa-enolasi, che sembra capace di scatenare nei pazienti con tumore pancreatico sia una risposta anticorpale sia l'attivazione di linfociti anti-tumore. È quindi stato sviluppato un vaccino che si è rivelato efficace, soprattutto in combinazione con la chemioterapia, nel ritardare la progressione del tumore pancreatico negli animali. Ora si tratta di verificarne l'efficacia sull'uomo. Potrebbe essere il primo concreto aiuto, per altro di matrice tutta italiana, per una malattia che prepotentemente ha coinvolto in questi giorni l'opinione pubblica ma sulla quale da tempo i medici avevano lanciato l'allarme. Aggiunge Novelli: «Siamo già in possesso di numerosi dati sviluppati in laboratorio. Ma dobbiamo escludere forme di tossicità per procedere alla sperimentazione clinica. Quando otterremo l'autorizzazione incominceremo coi primi quindici pazienti».

**Il vaccino è stato brevettato** in sede europea. Viali aveva definito il tumore l'ospite indesiderato. In un messaggio di ricordo a Viali sui social, **Fedez** ha scritto: «Non ci siamo mai conosciuti di persona ma mi hai dato tanto. Con te ho pianto al telefo-

no, pur non avendoti mai visto di persona. Mi hai dimostrato grande vicinanza e affetto durante la mia malattia, avevamo in programma di incontrarci per fotografarci assieme mostrando le rispettive cicatrici, ma purtroppo non è stato possibile».

**Anche Fedez infatti** è stato colpito in passato da un tumore al pancreas, seppure di tipo diverso e meno grave di quello che ha segnato il destino di Viali. Questo tumore-killer ha provocato altre vittime illustri: da **Luciano Pavarotti** a **Steve Jobs**, da **Anna Magnani** a **Mariangela Melato**, da **Giacinto Facchetti** a **Giuseppe Meazza**. «Il tumore al pancreas purtroppo non fa distinzioni», dice **Michele Reni**, coordinatore dell'area oncologica Irccs-San Raffaele di Milano.

«Colpisce un po' tutti. Di fatto noi abbiamo in cura pazienti di ogni età, dai 20 ai 100 anni. È vero che l'incidenza è maggiore nelle persone al di sopra dei 65 anni ma non c'è una categoria particolare di persone a rischio e questo rappresenta una delle difficoltà che incontriamo di fronte a questa malattia, perché non potendo identificare con precisione la popolazione a rischio, di fatto non possiamo fare screening».

**Ci vorrà tempo ma da Torino si intravede** la luce in fondo al tunnel. Il milione di euro del Pnrr sarà decisivo per fare procedere questa ricerca. A causa del Covid alcuni fondi erano stati dirottati sull'epidemia. Ora bisogna tornare a investire anche su altre, gravissime malattie.

Alcuni risultati degli studi condotti dal prof Novelli sono stati pubblicati sul *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*. «È stato divulgato» spiega Novelli il lavoro svolto sui topi predestinati geneticamente a sviluppare il tumore pancreatico e sottoposti al trattamento combinato con chemioterapia e vaccinazione a Dna, che ha consentito di bloccare la progressione tumorale e scatenare una forte risposta da parte dei linfociti T-anti tumore. Si tratta di un risultato molto incoraggiante. È un approccio nuovo da un punto di vista farmacologico. Speriamo di arrivare a potere valutare il miglioramento della sopravvivenza dei pazienti vaccinati rispetto a un gruppo di controllo».

**In attesa che la sperimentazione faccia il suo corso** è quanto mai opportuno tenere presente i segnali tipici della patologia che potrebbero essere una chiara spia dell'insorgenza della malattia e manifestarsi fino a 3 anni prima della diagnosi: rilevante perdita di peso nonostante la regolarità dei pasti, innalzamento dei livelli di glucosio nel sangue, preoccupante soprattutto nei pazienti che non hanno il diabete, colorito giallognolo degli occhi o della pelle, presenza di urina scura e feci chiare.

— © Riproduzione riservata — ■

**Carlo La Vecchia, epidemiologo presso l'Università di Milano, dice: «Fra i principali tumori, il cancro del pancreas è il quarto più comune e resta l'unico a non mostrare una riduzione nei tassi di mortalità negli ultimi trent'anni in Europa, tanto negli uomini quanto nelle donne»**



**LA RESISTENZA ANTIMICROBICA****UNA NUOVA SFIDA GLOBALE**di **Maurizio Martina**

**I**n Europa ogni anno si verificano 4 milioni di infezioni dovute a batteri resistenti agli antimicrobici e il costo per i sistemi sanitari dei Paesi coinvolti è stimato attorno a 1,1 miliardi di euro. È stato calcolato che, se non controllata, nel prossimo decennio la resistenza antimicrobica potrebbe comportare un calo del Pil mondiale di 3,4 trilioni di dollari all'anno e spingere 24 milioni di persone in più nella povertà estrema. La resistenza antimicrobica è la capacità dei microrganismi di persistere o crescere in presenza di farmaci progettati per inibirli. Questi farmaci, chiamati appunto antimicrobici, sono usati per trattare malattie causate da batteri, funghi, virus e parassiti protozoici. Ogni volta che utilizziamo antimicrobici su persone, animali e piante, i germi hanno la possibilità di acquisire la capacità di tollerare i trattamenti diventando resistenti, rendendo i farmaci meno efficaci nel tempo. Quando i microrganismi diventano resistenti agli antimicrobici, i trattamenti standard sono spesso inefficaci. Di conseguenza, i trattamenti falliscono, aumentando le malattie e la mortalità negli esseri umani, negli animali e nelle piante.

Per l'agricoltura, ciò causa ingenti perdite di produzione, e danneggia i mezzi di sussistenza. Inoltre, la resistenza antimicrobica, può diffondersi

tra diversi ospiti e nell'ambiente, e microrganismi resistenti agli antimicrobici possono contaminare la catena alimentare. Intendiamoci, gli antimicrobici svolgono un ruolo fondamentale nel trattamento delle malattie degli animali da produzione alimentare e delle piante, contribuendo a garantire la sicurezza alimentare. Questi medicinali sono usati per curare animali che sono già malati o per controllare la diffusione di una malattia all'interno di un gregge, di una mandria o di un allevamento. Sono anche impiegati in acquacoltura per scopi simili. Ugualmente, le sostanze antimicrobiche vengono utilizzate per trattare le malattie microbiche delle piante. Ciò che dobbiamo monitorare con attenzione è l'uso eccessivo di antimicrobici in agricoltura che contribuisce alla diffusione della loro resistenza e compromette l'efficacia dei medicinali veterinari. Assicurarsi che questi trattamenti rimangano efficaci e disponibili per il settore agricolo è fondamentale. Non solo per implicazioni direttamente legate alla produzione, ma anche perché minaccia i mezzi di sussistenza di milioni di persone che allevano animali e producono cibo per sopravvivere. Decine di milioni di persone in più potrebbero essere costrette alla povertà estrema a causa della resistenza antimicrobica, molte delle quali si trovano in Paesi a basso reddito. Questo rischio è particolarmente elevato nei Paesi in cui la legislazione, la sorveglianza e i sistemi di monitoraggio relativi all'uso di antimicrobici sono deboli o inadeguati.

Gran parte dell'attenzione dei media si concentra, giustamente, sull'esposi-

zione umana ai patogeni resistenti negli ospedali e in altre strutture sanitarie e sulle conseguenze legate alla salute pubblica. Tuttavia, la salute animale, umana, vegetale e ambientale sono inestricabilmente interdipendenti. Infatti, i microrganismi resistenti agli antimicrobici presenti nei nostri sistemi agroalimentari potrebbero trasmettersi all'interno di popolazioni animali, umane e vegetali e migrare attraverso l'ambiente. Ciò rende la resistenza antimicrobica un problema che supera i confini settoriali.

Per questa ragione la Fao e le altre agenzie multilaterali stanno cercando insieme di rafforzare le loro azioni preventive, coordinando meglio le attività e affrontando la resistenza antimicrobica attraverso l'approccio multidisciplinare «One Health», che tiene conto, insieme, della salute di animali, esseri umani ed ecosistemi.

La resistenza antimicrobica è una sfida globale e intersettoriale e non può avere confini e barriere. Mette a rischio la sicurezza alimentare, il commercio internazionale, lo sviluppo economico e sociale, provocando anche l'aumento dei costi sanitari.

L'unica risposta efficace a questa sfida è una collaborazione multilaterale con approcci integrati, a partire dalle azioni di monitoraggio e prevenzione, per preservare l'efficacia di questi importanti farmaci a tutela della salute integrale del nostro pianeta.

Vicedirettore generale Fao



METODO COMPUTAZIONALE

## Microbiota, i big data rilevano le alterazioni

Si chiama "Stella", il nuovo metodo computazionale che identifica le sostanze prodotte dai microrganismi che vivono nel corpo di un individuo (microbiota) evidenziando potenziali anomalie legate alle malattie: sviluppato dai ricercatori del Centro per Complessità e Biosistemi dell'Università Statale di Milano, il sistema è già stato applicato ai dati del microbiota di pazienti con disturbo dello spettro autistico e sclerosi multipla, individuando nuove sostanze correlate a queste patologie. I risultati dello studio sono pubblicati sulla rivista iScience, del gruppo Cell. «Stella integra le informazioni conosciute sulle vie metaboliche associate a ciascuna specie batterica ed estrae da queste l'elenco dei prodotti metabolici di ciascuna reazione mediante un'analisi automatica -», spiega Caterina La Porta, professore di Patologia generale e coordinatrice dello studio -La grande forza e innovazione di

questo metodo computazionale è che consente, grazie al confronto dei risultati di un singolo soggetto con i dati del profilo metabolico di soggetti sani, di identificare le alterazioni metaboliche individuali». In pratica, la piattaforma aiuta a identificare nuovi bersagli per rendere le terapie tradizionali più efficaci, utilizzando un approccio integrato che affronta la complessità del network metabolico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Farmaci anticancro e staminali, al via nel 2023 sfida fabbrica spaziale

Farmaci anti-cancro, fibre ottiche ultra innovative. Ma non solo. Anche cellule staminali pluripotenti, terapie farmacologiche a bersaglio mirato. Prodotti così complessi possono essere realizzati meglio e più velocemente nello spazio, in assenza di gravità, ed è la sfida che dal 2023 inizierà a preparare Rev-1, la prima fabbrica spaziale interamente costruita in Italia, a Torino, dalla Space Cargo Unlimited, impresa europea con base in Lussemburgo, e da Thales Alenia Space Italia. "Siamo felicissimi di poter lavorare in Italia con un partner come Thales Alenia Space Italia e con Leonardo e già nel 2023 ci saranno le prime 10 assunzioni nel vostro Paese per realizzare Rev-1" anticipa all'Adnkronos il Ceo e co-fondatore di Space Cargo Unlimited, Nicolas Gaume.

La multinazionale francese e la joint venture fra Thales (67%) e Leonardo (33%) hanno appena firmato la tranne iniziale di un contratto per l'ideazione e la realizzazione della prima fabbrica orbitante e l'accordo prevede anche l'apertura di una filiale di Space Cargo Unlimited a Torino. Gaume si dice certo che "Rev-1 farà la differenza nella realizzazione di produzioni ad altissimo tasso tecnologico e innovativo" e, spiega, "i prodotti realizzati in assenza di gravità saranno una rivoluzione a beneficio dei cittadini della Terra".

Nell'officina orbitante si potranno 'fabbricare' "prodotti complessi da ottenere sulla Terra, soprattutto in tempi brevi, ma - osserva Gaume - difficili da realizzare anche sulla Stazione Spaziale Internazionale dove "la presenza di astronauti richiede infrastrutture e protocolli di sicurezza dai costi molto alti" e con ricadute sui tempi di produzione. Il lancio del primo veicolo Rev1 è previsto alla fine 2025 e gli orizzonti che promette di aprire hanno il sapore della fantascienza. "Stimiamo che la nostra fabbrica spaziale sarà al lavoro



nello spazio a cicli di circa 2 mesi e che poi rientri a Terra" indica il Ceo. Nelle 'linee di produzione' di Rev-1 ci saranno, tra gli altri, la realizzazione di biomolecole e biomateriali per applicazioni cliniche o tessuti ingegnerizzati per curare, ad esempio, grandi ustionati. Un settore che, da solo, copre un potenziale mercato stimato in 750 milioni di dollari al 2030.

Su Rev-1 saranno prodotte anche 'super fibre ottiche' realizzate con Zblan fluoride glass (Zblan vetro al fluoruro) che conta un mercato stimato in 839 milioni di dollari nel 2030. "La fibra prodotta in condizioni di microgravità è priva di difetti di materiale" avverte Gaume che, alla lunga lista di prodotti che si potranno realizzare nello 'stabilimento' spaziale, indica anche la produzione di "piccole capsule biodegradabili per il rilascio mirato di farmaci: un mercato potenziale da 1,43 miliardi di dollari stimato al 2030.

"Sono farmaci estremamente difficili da produrre sulla Terra mentre in assenza di gravità si ottengono più rapidamente" evidenzia il Ceo di Space Cargo Unlimited, il player che ha guidato la missione Wise, il primo programma di ricerca Leo commerciale completo sul futuro dell'agricoltura e della viticoltura in previsione di cambiamenti climatici sulla Terra. Il Ceo tiene anche a sottolineare che la nascita a Torino della prima fabbrica spaziale è "la dimostrazione di quanto ci abbia colpito la leadership dell'Italia nel settore spaziale. Siamo rimasti molto colpiti dall'attività dell'Agenzia Spaziale Italiana, molto intrigati da specifici settori spaziali sviluppati in Italia che rendono il vostro Paese un player globale" assicura.

Nicolas Gaume sottolinea l'aspetto strategico del nostro made in Italy 'orbitante'. "Lo spirito imprenditoriale italiano, le attività delle Pmi italiane - che sono sì a carattere familiare ma molto effervescenti e innovative- mi hanno catturato". "Tutto questo ci ha colpito particolarmente" aggiunge ancora Nicolas Gaume che guarda già ai passi da compiere nell'anno in arrivo.



"L'apertura della nostra sede a Torino nelle prossime settimane ci permetterà di posizionarci nel cuore pulsante dell'ecosistema spaziale italiano - che è uno dei più dinamici in Europa - e ci permetterà di lavorare per lo sviluppo di Rev-1 in stretta collaborazione con Thales Alenia Space, un'azienda davvero leader europea nella realizzazione di infrastrutture spaziali da oltre 40 anni".

## Studio Usa: dieta sana come elisir di longevità La prova definitiva

Mangiare sano, qualunque sia lo stile alimentare che ci piace, allunga la vita. Lo rivela uno studio condotto da Frank Hu, della the Harvard T.H. Chan School of Public Health di Boston. Lo studio ha coinvolto un campione enorme, il cui stato di salute è stato monitorato per ben 36 anni. Il lavoro è stato pubblicato sulla rivista Jama Internal

Medicine. I partecipanti con un livello elevato di adesione ad almeno uno di quattro modelli alimentari sani considerati, ad esempio la dieta mediterranea, avevano meno probabilità di morire durante il periodo di studio per qualsiasi causa.





## **Cambio al vertice dell'Aifa, Dg Magrini lascia il 23 gennaio**

Il 2023 dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) inizia con una lettera arrivata dal ministero della Salute al direttore generale Nicola Magrini. Il Dg viene sollevato dall'incarico dal 23 gennaio, anticipando di fatto di pochi giorni la fine del suo incarico con l'Agenzia, iniziato a marzo 2020 con l'allora ministro della Salute Roberto Speranza. L'Aifa è al centro di una riforma appena approvata, che entrerà in vigore in primavera. Al posto di Magrini - a quanto apprende l'Adnkronos Salute - si sta valutando il nome di un dirigente interno per la fase di transizione, ma alcune voci danno l'attuale presidente dell'Aifa, Giorgio Palù, come possibile unico riferimento apicale per l'Agenzia.

**SALUTE 24**

Payback,  
le imprese  
potranno  
versare entro  
il 30 aprile

**Bartoloni e Landolfi** — a p. 20

2,2

**MILIARDI**

Le imprese del biomedicale avranno tempo fino al 30 aprile per pagare 2,2 miliardi alle Regioni per lo sfioramento della spesa dei dispositivi medici dal 2015 al 2018.

# Payback, c'è la proroga: le imprese potranno pagare entro il 30 aprile

**Biomedicale.** Oggi il decreto con lo slittamento di 2,2 miliardi di pagamenti Aziende in piazza chiedono di superare lo strumento e rivedere il tetto di spesa

**Marzio Bartoloni  
Flavia Landolfi**

Le imprese del biomedicale avranno tempo fino al 30 aprile per pagare 2,2 miliardi alle Regioni per lo sfioramento della spesa dei dispositivi medici dal 2015 al 2018. A oltre un migliaio di aziende che oggi saranno in piazza a Roma per manifestare contro questo micidiale meccanismo - il cosiddetto payback - che le costringe a ripianare circa la metà dello sfioramento di un tetto di spesa introdotto nel 2015, ma finora mai applicato, il Governo, come anticipato dal Sole 24Ore del 5 gennaio, ha deciso in extremis di concedere più tempo per pagare. La tagliola - previ-

sta dal decreto Aiuti bis varato dall'esecutivo di Mario Draghi - doveva scattare proprio in questi giorni e comunque entro gennaio. Ma ieri dopo una riunione al ministero dell'Economia - presente la Ragioneria generale dello Stato - si è deciso per una proroga in extremis fino appunto a fine aprile. Lo strumento è quello di un decreto legge di un solo articolo atteso oggi in Consiglio dei ministri da far confluire poi nel Milleproroghe. «Questa è la soluzione migliore possibile al momento per salvare le aziende del settore - spiega al Sole 24 ore il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti -. Il nostro disegno tiene in equilibrio esigenze delle Re-

gioni che su quelle somme contano per non tagliare risorse per funzioni fondamentali e dall'altro tutelare le imprese che dovendo pagare una cifra così elevata in una volta sola rischierebbero il fallimento».



I tempi supplementari dovrebbero consentire ai tecnici di aprire un confronto con le aziende per provare a trovare delle risorse che almeno in parte coprano i 2,2 miliardi su cui le Regioni fanno affidamento per chiudere i loro bilanci, ma anche per rivedere al rialzo il tetto di spesa sui dispositivi medici. «Questi mesi di proroga - spiega Ylenja Lucaselli, deputata FdI da subito attiva su questo fronte - verranno utilizzati per studiare una riforma strutturale del settore; per intervenire però è necessario conoscere i numeri del problema a partire dalle risorse disponibili: l'obiettivo è duplice, sanare il pregresso e rivedere i meccanismi per il futuro».

Lo scenario è tutto da definire: quel che è certo è che con la riunione di ieri mattina si è aperto un tavolo che nei prossimi mesi dovrà sbrogliare la matassa con orizzonte primavera. Del resto la scadenza del 30 aprile non è casuale: entro il 10 di quel mese il governo presenterà il Def e già lì potrebbero esserci margini di manovra nella caccia ai fondi. Ma non solo. «Sarà anche un tempo utile per valutare gli esiti dei

ricorsi presentati dalle imprese», prosegue Lucaselli. E anche in quel caso capire da che parte pende la bilancia dei giudizi. La scommessa, non facile: trovare cioè le risorse se non a copertura di tutti i 2,2 miliardi almeno a parziale ristoro dei debiti delle Pmi, le più esposte sotto il profilo della sostenibilità. Senza contare che il meccanismo del payback così com'è rischia di riproporsi tale e quale nel futuro: l'ipotesi è dunque quella di procedere a una riforma, rivedendo il tetto del 4,4% provando, quanto meno, a ritoccarlo verso l'alto. Anche se le aziende chiedono a gran voce che il meccanismo venga proprio eliminato. È quello che diranno oggi durante la manifestazione nella Capitale quando spiegheranno che il payback non è «uno strumento di controllo della spesa», ma «uno strumento nemico» del Servizio sanitario nazionale, come ha scritto in una lettera inviata al premier Giorgia Meloni il presidente di Confindustria dispositivi medici Massimiliano Boggetti. La posta in gioco è altissima visto che il sistema mette a rischio «oltre 112mila posti di lavoro: perché chiedere alle imprese 2,2 mi-

liardi di euro entro gennaio significa farle chiudere con conseguenze drammatiche per l'occupazione, i territori e la qualità della salute del Paese. Il fallimento di molte imprese genererà un'interruzione delle forniture agli ospedali. Il rischio - aggiunge Boggetti - è che le strutture sanitarie restino sfornite di dispositivi medici indispensabili, oltre a venire a mancare quel supporto tecnico che permette a molte delle tecnologie installate negli ospedali di funzionare correttamente». Promuove la possibile proroga la Fifo, la Federazione fornitori ospedalieri, che però chiede «con urgenza un tavolo di confronto per poter definire il superamento del payback sui dispositivi medici, precisando che le responsabilità di eventuali sforamenti pregressi e futuri devono restare in capo alle singole Regioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Un tavolo per cercare la soluzione entro la primavera. «Così oltre 112mila posti di lavoro a rischio»**



**Forniture ospedaliere in pericolo.**

Con il fallimento delle imprese a causa dei pagamenti per il payback potrebbero essere a rischio le forniture agli ospedali



# Brevetto unitario, quale scenario per il settore farmaceutico

**Tabella di marcia.** Tre mesi in più per l'entrata in vigore del Tribunale unico dei brevetti, che slitta al 1° giugno. Dal 1° marzo le imprese potranno decidere se entrare nella nuova regolamentazione

**Francesca Cerati**

**P**er le aziende è tempo di decidere. Con il 2023 è ufficialmente prevista l'entrata in vigore del brevetto unitario europeo e del Tribunale unificato dei brevetti (Tub), che - tra gli altri - avrà impatti importanti nel settore Pharma. Pertanto le società dovranno decidere se esercitare l'opt-out: ossia non aderire al nuovo sistema unitario e rimanere nello schema tradizionale dell'attuale convenzione. Con lo slittamento della ratifica da parte della Germania, da dicembre 2022 a febbraio 2023, il nuovo sistema unitario partirà il 1° giugno anziché il 1° marzo. In pratica, si hanno tre mesi di tempo in più per decidere, ma la sostanza non cambia: nel momento in cui il nuovo sistema diverrà operativo i brevetti europei già concessi saranno automaticamente posti sotto la giurisdizione del Tribunale unificato dei brevetti (nei paesi aderenti), a meno che il titolare del brevetto si attivi richiedendo il cosiddetto opt-out.

«Se si rispetta questa road map, il primo giorno del mese successivo, cioè il primo marzo, scatterà il cosiddetto *sunrise period*, un periodo di tre mesi in cui sarà possibile senza alcun limite esercitare l'opt out: se non si dichiara nulla si rimane nell'ambito del sistema e anche i vecchi brevetti transitano in quello unitario, in caso contrario occorre fare una dichiarazione - spiega l'avvocato Marina Tavassi - Of Counsel di BonelliErede, già presidente della

Corte d'Appello di Milano dal 2016 al 2020, nonché membro del panel di esperti per la redazione delle Rules of procedure delle Corti del Brevetto unitario europeo - In realtà, anche allo scadere dei tre mesi si potrà esercitare l'opt out, a condizione però che non ci siano procedimenti pendenti dinanzi alla corte riguardanti il brevetto in questione».

Qual è lo scenario più probabile per le imprese del settore Pharma? «È una misura importante che attendiamo e supportiamo al 100% e anche il governo italiano sappiamo essere molto sensibile e pro attivo su questo tema - risponde Marcello Cattani, presidente di Farminindustria - Il Tub è un passaggio fondamentale per dare competitività, velocità e maggiore flessibilità e armonizzazione all'ecosistema di protezione dei brevetti in tutta l'Unione europea, quindi è uno strumento che ha un obiettivo chiaro: rendere l'Europa più forte da un punto di vista competitivo e attrattivo - nel nostro caso - per la ricerca e lo sviluppo di farmaci». Ma il vantaggio rispetto a oggi è anche economico. «Oltre a semplificare e uniformare la procedura di concessione, avere un percorso unico rappresenta un elemento di forte risparmio e sono risorse che possono essere reinvestite in R&S» sottolinea Cattani.

Quindi la visione strategica rispetto al brevetto unico europeo e al Tub è chiara: semplificazione, risparmio, efficienza e riduzione della burocrazia, fondamentale per le

imprese europee che in tutti i settori manifatturieri devono recuperare un deficit rispetto a Cina e Usa che, da questo punto di vista, hanno molta più velocità e flessibilità.

Per il presidente di Assobiotech Fabrizio Greco è «positivo che ci stiamo muovendo come Europa verso una maggiore semplicità e competitività, ma smarcato l'ottenimento del brevetto, bisogna vedere cosa manca ancora in Italia per essere competitivi».

«Rendere brevettabile un'idea è uno dei pezzi del puzzle che deve essere facilitato, ma in Italia ci sono altri elementi che dovremmo affrontare - precisa Greco - Vedo l'innovazione come un percorso che va dall'idea alla soluzione e tutto parte dalla formazione dei giovani. Bisogna aumentare i laureati in stem, aumentare gli investimenti in ricerca, migliorare il trasferimento tecnologico e quindi la brevettabilità, ma anche l'accesso al funding per le startup e le piccole imprese e investire nelle tecnologie di produzione e sviluppo. Il brevetto unico è certamente uno dei passi, ma non è solo semplificando la brevettabilità che automaticamente avremo più brevetti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Avere un percorso unico rappresenta un elemento di forte risparmio, risorse che possono essere reinvestite in R&S**

Su Nature Medicine: da un nuovo studio su 35mila pazienti Covid i ricercatori hanno identificato 4 sottotipi distinti di Covid lungo

## I QUATTRO SOTTOTIPI

Il 1: problemi cardiaci e renali, anemia e disturbi circolatori; il 2: sintomi respiratori, problemi di sonno e ansia; il 3: dolore ai nervi e mal di testa; il 4: disturbi gastrointestinali



**MARCELLO CATTANI**  
Presidente di Farminindustria e presidente e amministratore delegato di Sanofi Italia



# Nuovi farmaci, cosa aspettarsi nel 2023

## Studi clinici La classifica

Con l'inizio del nuovo anno, GlobalData ha pubblicato un nuovo rapporto che fornisce uno sguardo su cosa aspettarsi nello spazio della sperimentazione clinica nel 2023. Il rapporto rivela che fino al 43% delle sperimentazioni pianificate quest'anno sono di Fase II, seguono la Fase I (25%), la Fase III (22%) e la Fase IV (10%). Quando si tratta di studi singoli rispetto a quelli multinazionali, nel 2023 predominano gli studi nazionali con l'89,8% rispetto agli studi multinazionali con il 10,2%. Mentre gli sponsor non del settore (università e istituzioni) rappresentano la maggior parte delle prove in un singolo paese (63,1%), gli sponsor del settore sono in testa alle prove multinazionali (74,2%).

A livello regionale, l'Asia-Pacifico (Apac) ha il maggior numero di prove che dovrebbero concludersi nel 2023, seguita da Nord America e Europa. La maggior parte di questi studi sono studi nazionali. Tuttavia, gli Stati Uniti come paese hanno il maggior numero di processi, seguiti da Cina e India.

Come negli anni precedenti, anche nel 2023 l'oncologia come area terapeutica e il dolore come indicazione hanno il maggior numero di studi. Sul fronte Covid, le sperimentazioni scendono al quarto posto, ma continua la ricerca sia

sui vaccini capaci di fornire un'ampia protezione contro una varietà di coronavirus sia sui vaccini nasali. Ripartirà anche la ricerca di farmaci per contrastare il Covid perché l'evoluzione del virus ha reso inefficaci gli anticorpi oggi disponibili e i potenziali farmaci per il trattamento del Long Covid potrebbero dare i primi risultati.

Il 2023 potrebbe anche essere l'anno della svolta per l'approvazione del primo trattamento di Vertex Pharmaceuticals e Crispr Therapeutics basato sull'editing genetico che utilizza Crispr (lo strumento di taglia-incolla del Dna) per correggere il gene difettoso nelle persone affette da anemia falciforme e beta-talassemia. La stessa tecnica di correzione delle cellule staminali - in questo caso non del sangue ma muscolari - è anche alla base di uno studio tedesco in fase iniziale (i primi dati sono attesi per giugno-luglio) per il trattamento della distrofia muscolare.

L'anno nuovo sarà infine cruciale anche per il nuovo farmaco appena approvato negli Usa per l'Alzheimer (la domanda di autorizzazione in Europa è attesa entro la fine di marzo). Qualche giorno fa l'Fda ha infatti garantito all'anticopro monoclonale lecanemab di Eisai e Biogen il via libera accelerato e ciò significa

che le due società dovranno condurre altri studi.

La sicurezza, in particolare, è stata la grande preoccupazione che ha riguardato molecole a cui è stata data in precedenza un'approvazione accelerata. I risultati per lecanemab indicano che la sua sicurezza è molto migliore, anche se ci sono stati eventi avversi. Questi sono i motivi per cui è un punto di svolta e perché sono necessari ulteriori importanti approfondimenti sull'entità e sulla durata dei benefici.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gli studi sul Covid scendono al quarto posto, ma la ricerca su vaccini e farmaci continua**



# Il virologo candidato con Majorino Pregliasco non lo vogliono neanche i medici di sinistra

Nel campo del Centrosinistra lombardo scoppia un'altra grana. Per molti esponenti di Medicina Democratica il virologo «lavora nel privato, non può occuparsi di sanità»

## ENRICO PAOLI

■ Pierfrancesco Majorino, candidato alla presidenza della Regione Lombardia per il centrosinistra, proprio bene non l'ha presa. Perché se sceglie di mettere in lista, per giunta come capolista - quindi con l'idea di ottenere l'effetto traino grazie alla sua visibilità - una delle virostar più gettonate della stagione del Covid, e Fabrizio Pregliasco è uno di quelli che continua a surfare ancora sul post pandemia e sull'onda lunga dei vaccini, il minimo che ti aspetti è un lungo applauso. Mica una coltellata alle spalle.

Perché Majo, come lo chiamano un po' tutti ormai, ora si ritrova a dover fare i conti con un vero e proprio fuoco di sbarramento nei confronti del noto medico, professore associato di Igiene generale e applicata e consigliere del Cnel, tale da mettere in crisi anche i più smaliati. Di fatto chi dovrebbe votare la virostar a prescindere, ha annunciato che non lo farà. «L'irrituale autocandidatura del dottor Pregliasco ad assessore alla Sanità in

Lombardia (in caso di vittoria del centrosinistra il virologo ha già opzionato il posto, ndr) conferma le nostre preoccupazioni sul rischio che la condizione della salute (sanità) pubblica nella nostra Regione non venga radicalmente modificata, come è invece indispensabile e urgente», afferma, Marco Caldiroli, presidente di Medicina Democratica, «il dottor Pregliasco, direttore sanitario del gruppo San Donato,

uno dei principali gruppi privati in sanità, rappresenta, infatti, quell'approccio privatistico alla sanità, finalizzato al profitto e non alla salute collettiva». Insomma, una vera e propria bocciatura su tutta la linea.

## CENTRATO IN PIENO

No, Majo proprio bene non l'ha presa questa cosa qua. Sentendosi centrato in pieno dall'assalto dei medici democratici, quindi poco inclini ad accettare imposizioni calate dall'alto, il candidato del centrosinistra si è visto costretto a replicare, giocando sostanzialmente in difesa. «Pregliasco è un valore ag-

giunto, sono molto contento che una figura così forte e autorevole abbia fatto questa scelta coraggiosa e sono convinto che alla fine prevarrà in tutti la consapevolezza che per cambiare le cose nella sanità abbiamo bisogno

di un'alleanza molto ampia», afferma il candidato del centrosinistra e del M5s alle elezioni regionali in Lombardia, parlando a margine della presentazione dei candidati della lista del PD Milano Metropolitana che correranno alle elezioni del Consiglio regionale. «Io non devo chiarire niente a nessuno», chiosa Majorino, «poi non siamo certo qui oggi a dividere gli assessorati». Per-

ché, se così fosse, l'europarlamentare avrebbe già perso la partita ancora prima di giocarla. Il niet di Medicina democratica, destinato a portare via un po' di voti proprio al centrosinistra, sta lì a dimostrare come certe scelte siano state fatte senza la benché minima consultazione con gli operatori del settore.

E siccome la sanità resta il tema centrale della campagna elettorale, il fatto che Pregliasco non piaccia nemmeno ai suoi colleghi di sinistra è un bel problema per Majorino. «Un intervento autentico e concreto di rilancio della sanità pubblica, di abbatti-



mento delle liste di attesa, di potenziamento della medicina e dei servizi territoriali, dovrà scontrarsi per forza con gli interessi delle strutture sanitarie private», sottolinea Caldiroli, «a meno che non si tratti di interventi di facciata. Per questo condividiamo le critiche sulla candidatura di Pregliasco sollevate da molte realtà sociali». Per queste ragioni Medicina Democratica, dando corpo al malessere generale che serpeggia nel centrosinistra, ha chiesto a Majorino di dichiarare in modo esplicito che, in caso di vittoria, l'assessorato alla Sanità non venga affidato a nessuna persona che svolga, o abbia svolto incarichi dirigenziali api-

cali in strutture sanitarie private.

## PRIVATO E PUBBLICO

«Non è pensabile», ribadisce Caldiroli, «che una responsabilità del genere venga affidata a chi fino al giorno prima gestiva una struttura privata, organizzando il lavoro in modo tale da ottenere il massimo profitto per il proprio gruppo, a spese dei contribuenti e con il beneplacito della giunta regionale. È una ovvia questione di coerenza». Certo, Medicina Democratica ribadisce la propria volontà nel voler «contribuire a sconfiggere il centrodestra», «che tanti disastri ha provocato alla sanità pubblica continuando a sostenere

ogni iniziativa volta a contrastare la deriva privatistica e rilanciare nel concreto il diritto alla salute dei lombardi a partire dalla prevenzione», affermo i medici democratici «preminente funzione pubblica del servizio sanitario, che non dà profitti ma produce salute, sicurezza sul lavoro, tutela ambientale e condizioni di vita salubri». Ma Pregliasco assessore proprio no.

[enrico.paoli@liberoquotidiano.it](mailto:enrico.paoli@liberoquotidiano.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il virologo Fabrizio Pregliasco. La sua candidatura con Majorino è contestata dai medici di sinistra (Fotogramma)



COVID

# Il contagio degli anziani

Dopo le Feste arriva il picco di positivi per gli over 80. L'epidemiologo Ciccozzi: "Colpa dei cenoni"  
L'appello degli scienziati: "Un saturimetro in ogni casa, occorre potenziare la sorveglianza"

## Allarme anche per i neonati e i pazienti fragili

È allarme Covid-19 tra gli anziani. Dopo la cena della Vigilia, il pranzo di Natale e le tombole riuniti allo stesso tavolo aumentano i positivi per alcune fasce d'età. La più colpita, rivelano i dati di Open Salute Lazio, aggiornati ieri, è quella che va dagli 80 agli 89 anni. Nella settimana che va dal 19 al 25 dicembre il tasso di incidenza per gli anziani era del 30,6.

Tra il 26 dicembre e l'1 gennaio

il numero è schizzato in alto e ora sfiora il 40. A conti fatti, sono oltre 1300 gli ottantenni che si sono positivizzati dopo i festeggiamenti in famiglia. Almeno per quanto riguarda quelli di Natale.

di **Valentina Lupia**

● a pagina 3

SANITÀ

# Covid, è allarme anziani picco di contagi fra gli ottantenni

Dopo le Feste e le riunioni in famiglia il tasso dell'incidenza fa un balzo di dieci punti  
Ciccozzi "Bisogna vaccinarsi e usare il saturimetro"

di **Valentina Lupia**

È allarme Covid-19 tra gli anziani. Dopo la cena della Vigilia, il pranzo di Natale e le tombole riuniti allo stesso tavolo aumentano i positivi per alcune fasce d'età. La più colpita, rivelano i dati di Open Salute Lazio, aggiornati ieri, è quella che va dagli 80 agli 89 anni. Nella settimana che va dal 19 al 25 dicembre il tasso di incidenza per gli anziani era del 30,6. Tra il 26 dicembre e l'1 gennaio il numero è schizzato in alto e ora sfiora il 40. A conti fatti, sono oltre 1300 gli ottantenni che si sono positivizzati dopo i festeggiamenti in famiglia. Almeno per quanto ri-

guarda quelli di Natale. E a loro si aggiungono circa 2100 persone dai 70 ai 79 anni (il tasso è passato dal 31,8 al 37,8 in una settimana) e 233 ultranovantenni, persone considerate fragilissime anche solo per l'età. Anche in questo caso il tasso di incidenza è aumentato, passando dal 30,3 al 33,7.

Un balzo importante che preoccupa i medici. «Sotto le feste questi aumenti sono fisiologici, perché le persone fanno cene e si incontrano – spiega Massimo Ciccozzi, responsabile dell'Unità di Statistica medica ed epidemiologia della facoltà di Medicina e chirurgia del Campus Bio-medico –. È così che gli anziani,

i nonni delle famiglie, si contagiano. L'importante però è che siano vaccinati contro il Covid-19. E anche se la famiglia Omicron dà una sintomatologia più lieve è bene non sottovalutare alcun campanello





d'allarme, specialmente in presenza di problemi concomitanti». Come diabete, obesità o cardiopatologie. «Per monitorare i nostri nonni a distanza è bene che questi abbiano un saturimetro a casa, perché misurare la saturazione è importante. E in generale non devono avere problemi respiratori», aggiunge Ciccozzi.

L'aumento dei tassi di incidenza dopo Natale, comunque, è praticamente generalizzato. Subito dopo le mega reunion con familiari e amici tra il 24 e il 25 dicembre sono risultati positivi al coronavirus 5836 persone tra i 50 e i 69 anni (il tasso è passato dal 29,5 al 35,8) e 4685 tra i 25 e i 49 anni (dal 21,1 al 24,9). I festeggiamenti in grande stile non hanno risparmiato i neonati: il tasso è passato dal 10,4 al 13,9, anche più alto di quello relativo alla settimana compresa tra il 12 e il 18 dicembre. Tra i

più giovani, sono aumentati i tassi di incidenza anche per la fascia 19-24 anni, mentre con le scuole chiuse sono leggermente diminuiti i contagi per i bambini dai 3 anni ai ragazzi di 18. Si parla di numeri bassi, ma anche di una "tregua" durata poco. Già dai dati post-Capodanno, che usciranno all'inizio della prossima settimana dovrebbe notarsi un aumento dei casi per gli adolescenti. In più, come anticipato ieri da Repubblica, i medici e i pediatri attendono tra sette-dieci giorni il picco di contagi sia di Covid-19 che di influenza. In coincidenza, sostanzialmente, col ritorno in classe.

Ieri, intanto, è suonata la prima campanella del 2023 per la maggior parte delle scuole (poche quelle che avevano fatto rientrare studenti e studentesse il 7). «Negli istituti si contano tra i 7 e i 10 assenti tra il personale e un numero simile anche

per gli studenti», spiega Cristina Costarelli, presidente dell'Associazione nazionale presidi del Lazio e dirigente scolastica del liceo scientifico Newton.

Ieri, infine, i nuovi positivi in tutto il Lazio, su un totale di 7012 tamponi, sono stati 836 (di cui 500 solo a Roma): 812 in meno del giorno precedente. Il rapporto tra positivi e tamponi è all'11,9%. Aumenta però il numero dei ricoveri, che sono 28 in più rispetto all'altro ieri, quello dei trasportati nelle terapie intensive (+1) e quello dei decessi (+4).

**I numeri**  
**Effetto Natale**

**1.300**

**Ultra ottanta**  
Nella categoria degli ultra ottantenni, dopo le festività si è notato un picco di contagi: i positivi sono 1.300. Altri 233 fra i novantenni

**2.100**

**I settantenni**  
Fra loro il tasso di incidenza ha guadagnato tre punti: i positivi nella fascia d'età fra i 70 e i 79 anni sono 2.100

**28**

**I nuovi ricoveri**  
Nel Lazio ieri ci sono stati 28 ricoveri in più rispetto al giorno precedente



**📍 In ospedale**  
È in aumento il numero dei ricoverati, sono 733 in tutto il Lazio, 30 in terapia intensiva



**Caos nei Pronto soccorso**

# La lunga attesa dei mille per avere un posto letto

Sbraga a pagina 20

**CAOS SANITÀ**

Le stime dell'Ugl: «Ogni mese dieci professionisti abbandonano i reparti d'emergenza e accettazione perché stremati

# Mille malati gravi in attesa

*Nei Pronto soccorso va sempre peggio: 4 pazienti su 10 stipati in corsia sperando in un posto letto  
E dopo la rinuncia dei camici di medicina d'urgenza, ora tocca ai primari: siamo al fuggi fuggi*

**ANTONIO SBRAGA**

••• La "spedizione" dei mille pazienti, «in attesa di trasferimento o ricovero», è bloccata per ore nei 50 Pronto Soccorso del Lazio. Dove alle 16 di ieri si contavano complessivamente 2.649 pazienti, di cui ben 1.024 (quasi 4 su 10) pigiati negli stazionamenti provvisori, in attesa dell'agognato posto letto nei reparti. Un numero-record, pari quasi all'intera degenza dell'ospedale più grande d'Italia, l'Umberto I (che ha 1.125 letti ordinari): è come se ci fosse un altro "policlinico-diffuso" ricavato nei meandri delle astanterie dei vari Ps laziali. A cominciare dai 90 pazienti sistemati ieri in stand-by proprio nel Ps dell'Umberto I, degli 81 al Gemelli, dei 77 al Sant'Andrea, dei 69 al Pertini e dei 63 al San Camillo-Forlanini. Ma anche, fuori dai Ps sovraffollati, con «file interminabili di ambulanze bloccate in un altro lunedì nero per il sistema di emergenza territoriale», sottolinea il sindacato NurSind Ares 118, che chiede alla Regione: «Siamo così sicuri che quanto avvenga sia

solo colpa del Covid, dell'australiana, del sovraffollamento, delle percezioni diverse o forse è ora di iniziare a porsi qualche domanda a cui dare finalmente una legittima risposta? Noi ne siamo certi: non è questo il 118 che vogliamo». Anche la stessa azienda regionale d'emergenza-urgenza ha scritto di non poterne più, come ha rivelato *Il Tempo* domenica scorsa: «Ares 118 sopporta e sopporta da sempre il ritardo assistenziale derivante dalle attese nei Pronti Soccorsi, mediante stazionamen-



to prolungato oltre i 30 minuti. Lo stazionamento prolungato presso i PS determina una corrispondente attivazione di auto sostitutive sul territorio, il cui onere rimane nelle pieghe dei costi di Ares 118. Nel 2022 la stima del controvalore supera 8 milioni di euro», ha quantificato l'azienda nel nuovo bilancio di previsione. Nel quale paventa perdite quasi raddoppiate, almeno stando al «primo pre-consuntivo» stilato, con perdite attese per 59 milioni e 509 mila euro. «L'Ares 118 è l'esempio del fallimento della governance della sanità laziale. L'indiscrezione riportata dal nostro quotidiano - commenta Enrico Tiero, vice portavoce regionale di FdI - rappresenta solo la punta dell'iceberg di una gestione disastrosa dell'azienda regionale di emergenza sanitaria». Ma anche le aziende ospedaliere non stanno meglio, con una media di -0,33 camici bianchi al giorno che toglie i medici di

torno dai Pronto Soccorso del Lazio. Così **q u a n t i f i c a** l'allarme lanciato dal sindacato Ugl Sanità: «I Pronto Soccorso del Lazio sempre più nel caos - denunciano i segretari nazionale e regionale, Gianluca Giuliano e Armando Valiani - oltre alla consueta fuga di professionisti sanitari dai reparti d'urgenza ora si aggiunge anche quella dei primari. Stando alle stime attuali sarebbero circa 10 i medici che mensilmente abbandonano i Dipartimenti d'emergenza e accettazione (Dea). Nei reparti d'urgenza del Lazio mancherebbero circa 400 medici, ma reclutarne di nuovi sembra impossibile tanto che i concorsi pubblici alla Asl Roma 2 e al San Giovanni sono rimasti quasi deserti. Così ora, nelle evidenti difficoltà di gestione, anche molti primari - concludono Giuliano e Valiani - decidono di fare un passo indietro».

### *Voragine*

*Attualmente nei Ps mancano 400 dottori e i due più recenti concorsi pubblici banditi sono andati quasi deserti*

### *Affluenza*

*Ieri mattina nelle 50 strutture laziali si contavano ben 2.649 persone che dovevano essere sottoposte ad una visita*

**90**

**Pazienti**  
Il numero delle persone in «stand by» registrate ieri nella struttura di emergenza dell'ospedale Sandro Pertini

### **«Anticamera»**

Un paziente assistito dai sanitari del 118 all'esterno di una struttura e in attesa di poter accedere

