



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

13 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



La Buona Sanità

Ospedale Sant'Antonio Abate, prelievo di organi a cuore fermo

Di fegato e reni da una paziente donatrice di 73 anni deceduta per emorragia cerebrale.

13 Gennaio 2023 - di [Redazione](#)



È stato eseguito nel presidio ospedaliero **Sant'Antonio Abate** di Trapani un delicato intervento di prelievo di organi su una paziente donatrice di 73 anni deceduta per emorragia cerebrale. L'intervento, durato circa sette ore, è stato un **prelievo a cuore fermo** (prelievo DCD, Donation After Cardiac Death) di **fegato e reni**, effettuato nell'ospedale trapanese da un'equipe dell'ISMETT diretta da **Gaetano Burgio** con il supporto del Centro Regionale Trapianti (CRT), in collaborazione con un'equipe di medici dell'Unità Operativa Complessa Anestesia e Rianimazione coordinata da **Cristina Agozzino**, responsabile aziendale per i trapianti, il personale del complesso operatorio dell'ospedale.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«Ho sempre creduto nell'importanza dei trapianti e della donazione degli organi, unica terapia possibile per tanti pazienti con insufficienza cronica d'organo e patologie per le quali l'unica soluzione è il trapianto- ha sottolineato **Antonio Cacciapuoti**, direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale Sant'Antonio Abate- Sono molto orgoglioso di dirigere un'equipe che crede in questa attività e la svolge in modo egregio e in questa occasione, in particolare, sono particolarmente **orgoglioso** che sia stato possibile realizzare da noi un prelievo con questa **tecnica innovativa** che consente di prelevare gli organi anche da pazienti ormai deceduti a cuore fermo. Questo rende possibile allargare la platea dei donatori in maniera consistente proprio perché riuscire ad ossigenare gli organi dopo che il cuore si è fermato consente di utilizzare gli organi prelevati». Sono 13 i trapianti a cuore fermo (DCD), eseguiti in Sicilia dal dicembre 2016, **la Sicilia** è la prima regione del Mezzogiorno ad aderire a questo importante Programma del Centro Nazionale Trapianti che prevede l'effettuazione del prelievo con una tecnica di circolazione extracorporea. «La donazione è un gesto che in una prospettiva universale assume il significato assoluto del dono- ha detto **Vincenzo Spera**, commissario straordinario dell'Asp di Trapani- Un atto supremo che aumenta in noi la consapevolezza che ciascuno ha l'opportunità di salvare una vita umana, e non importa quale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Trapani, prelievo di organi a cuore fermo all'ospedale Sant'Antonio Abate

di Laura Spanò — 12 Gennaio 2023



Un prelievo a cuore fermo (prelievo Dcd, Donation After Cardiac Death) di fegato e reni, è stato eseguito nel presidio ospedaliero **Sant'Antonio Abate di Trapani** su una paziente donatrice di 73 anni deceduta per emorragia cerebrale. Il delicato intervento durato circa sette ore è stato effettuato nell'ospedale trapanese da un'equipe dell'Ismett diretta da Gaetano Burgio con il supporto del Centro Regionale Trapianti (Crt), in collaborazione con un'equipe di medici dell'Unità operativa complessa di anestesia e rianimazione coordinata da Cristina Agozzino, responsabile aziendale per i trapianti, il personale del complesso operatorio dell'ospedale.

“Ho sempre creduto nell'importanza dei trapianti e della donazione degli organi, unica terapia possibile per tanti pazienti con insufficienza cronica d'organo e patologie per le quali l'unica soluzione è il trapianto – ha sottolineato Antonio Cacciapuoti, direttore del dipartimento di Anestesia e rianimazione dell'ospedale Sant'Antonio Abate -. Sono molto orgoglioso di dirigere un'equipe che crede in questa attività e la svolge in modo egregio e in questa occasione, in particolare, sono particolarmente orgoglioso che sia stato possibile realizzare da noi un prelievo con questa tecnica innovativa che



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

consente di prelevare gli organi anche da pazienti ormai deceduti a cuore fermo. Questo rende possibile allargare la platea dei donatori in maniera consistente proprio perché riuscire ad ossigenare gli organi dopo che il cuore si è fermato consente di utilizzare gli organi prelevati”.

Da dicembre 2016 sono 13 i trapianti a cuore fermo (Dcd), eseguiti in Sicilia. L'isola è la prima regione del Mezzogiorno ad aderire a questo importante programma del centro nazionale trapianti che prevede l'effettuazione del prelievo con una tecnica di circolazione extracorporea.

“La donazione è un gesto che in una prospettiva universale assume il significato assoluto del dono – ha detto Vincenzo Spera, commissario straordinario dell'Asp di Trapani -. Un atto supremo che aumenta in noi la consapevolezza che ciascuno ha l'opportunità di salvare una vita umana, e non importa quale”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

ilSicilia.it

indipendente nei fatti

OSPEDALE SANT'ANTONIO ABATE DI TRAPANI, ESEGUITO PRELIEVO DI ORGANI A CUORE FERMO



Delicato prelievo di organi, intervento eseguito all'**Ospedale Sant'Antonio Abate di Trapani** di una 73enne deceduta per emorragia cerebrale.

L'intervento, durato circa sette ore, è stato un prelievo a cuore fermo (prelievo DCD, Donation After Cardiac Death) di fegato e reni, effettuato nell'ospedale trapanese da un'equipe dell'ISMETT diretta da Gaetano Burgio con il supporto del Centro Regionale Trapianti (CRT), in collaborazione con un'equipe di medici dell'Unità Operativa Complessa Anestesia e Rianimazione coordinata da Cristina Agozzino, responsabile aziendale per i trapianti, il personale del complesso operatorio dell'ospedale.

"Ho sempre creduto nell'importanza dei trapianti e della donazione degli organi, unica terapia possibile per tanti pazienti con insufficienza cronica d'organo e patologie per le quali l'unica soluzione è il trapianto – ha sottolineato Antonio Cacciapuoti, direttore del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale Sant'Antonio Abate -. Sono molto orgoglioso di dirigere un'equipe che crede in questa attività e la svolge in modo egregio e in questa occasione, in particolare, sono particolarmente orgoglioso che sia stato possibile realizzare da noi un prelievo con questa tecnica innovativa che consente di prelevare gli organi anche da pazienti ormai deceduti a cuore fermo. Questo rende possibile



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

allargare la platea dei donatori in maniera consistente proprio perché riuscire ad ossigenare gli organi dopo che il cuore si è fermato consente di utilizzare gli organi prelevati”.

Sono 13 i trapianti a cuore fermo (DCD), eseguiti in Sicilia dal dicembre 2016, la Sicilia è la prima regione del Mezzogiorno ad aderire a questo importante Programma del [Centro Nazionale Trapianti](#) che prevede l'effettuazione del prelievo con una tecnica di circolazione extracorporea.

“La donazione è un gesto che in una prospettiva universale assume il significato assoluto del dono – ha detto Vincenzo Spera, commissario straordinario dell’Asp di Trapani -. Un atto supremo che aumenta in noi la consapevolezza che ciascuno ha l’opportunità di salvare una vita umana, e non importa quale”.

Redazione



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

TAORMINA

Dimesso il bambino del Burundi operato in Sicilia, il 21 tornerà nel suo Paese

13 Gennaio 2023



Dimesso il bimbo del Burundi operato in Sicilia. «Elky, il nostro piccolo amico del Burundi che aveva una grave malformazione al cuore interventricolare, che l'Onlus AiutiamoiBurundi ha permesso di far giungere in Sicilia, insieme alla sua mamma, e che è stato operato dall'équipe del professor Agati presso il Centro di cardiocirurgia pediatrica di Taormina, ieri è stato dimesso dall'ospedale - dice il commissario regionale della Dc, Totò Cuffaro - e, grazie all'intervento eseguito, sarà un bimbo normale, avrà una vita simile a tanti suoi coetanei, tornerà a giocare e a correre».

Racconta ancora Cuffaro: «Siamo andati a prendere Elky dall'ospedale e lo abbiamo affidato alle cure della Casa famiglia Regina Elena di Messina, affinché possa trascorrere la convalescenza, accudito dai sanitari, per poi tornare in Burundi il prossimo 21 gennaio». Poi una considerazione: «Elky ha avuto la fortuna di poter essere operato, noi vorremmo che tanti altri bambini potessero



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

avere la sua stessa fortuna. Stiamo lavorando perché ciò avvenga e abbiamo infatti presentato un disegno di legge all'Ars, affinché i medici possano recarsi in Burundi per prestare la loro azione di volontariato e vorremmo inserire la possibilità, per le persone che porteremo in Sicilia per essere curate, possano essere ricoverate nei nostri ospedali senza trafile burocratiche».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

la Repubblica

Dall'Alzheimer all'HIV, quali sono i trial clinici che promettono di rivoluzionare la medicina nel 2023

di Simone Valesini

Parkinson, Alzheimer, tumori, malattie infettive, obesità, patologie cardiovascolari. Ecco le sperimentazioni a cui prestare attenzione quest'anno e che promettono di cambiare il modo in cui si affrontano molte malattie. Parola di 11 esperti internazionali scelti da Nature

La pandemia ha stravolto ogni aspetto della medicina. E il mondo del farmaco non è stato da meno: se sul versante Covid abbiamo assistito allo sviluppo di terapie e vaccini in tempi record, in moltissimi altri campi i progressi si sono praticamente arrestati. Frenati da problemi e lungaggini che hanno rallentato, fin quasi a fermarla, l'intera infrastruttura che governa le sperimentazioni cliniche. Fortunatamente, con la pandemia che allenta finalmente la presa anche i trial clinici hanno iniziato a tornare, faticosamente, alla normalità. Nel 2023 sono previste importanti novità in campo farmaceutico, e per sapere quali vale la pena tenere d'occhio [Nature Medicine](#) ha chiesto a 11 esperti di primo piano qual è il trial più atteso nel loro campo di specializzazione. Ecco come hanno risposto.

Parkinson

Per Roger Albin, neurologo e direttore del centro per i Disturbi del Movimento dell'Università del Michigan, il vero game changer nel mondo del Parkinson potrebbe rivelarsi l'exenatide, un antidiabetico che viene studiato anche nel campo delle malattie neurodegenerative, dopo aver mostrato una probabile efficacia nel rallentare lo sviluppo dei sintomi motori della malattia. Trattandosi di un farmaco già in uso, un risultato positivo del trial di fase 3 che si concluderà quest'anno avrebbe conseguenze molto concrete per i pazienti: il basso costo del medicinale, e il profilo di sicurezza già ampiamente testato, permetterebbero un'adozione lampo anche nel trattamento del Parkinson. Anche un responso negativo, se inequivocabile, sarebbe altrettanto importante - ci tiene a precisare Albin - perché dopo anni di dibattiti permetterebbe di concentrare l'attenzione su altre strategie terapeutiche promettenti.

Tumore ovarico

Mirvetuximab soravtansine è un medicinale di ultima generazione, che fa parte della famiglia dei anticorpi coniugati: molecole che combinano un anticorpo monoclonale in grado di identificare le cellule tumorali con alta



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

specificità a un chemioterapico che si occupa di distruggerle. Sono già in uso contro diversi tumori solidi e neoplasie ematologiche, ma marnirvetuximab soravtansine è il primo ad aver ricevuto un'approvazione accelerata negli Usa per il trattamento del tumore ovarico, in donne che hanno fallito le prime linee di terapia e presentano una neoplasia che esprime il recettore alfa dei folati (una proteina che contribuisce alla crescita del tumore). Come spiega Robert Coleman, direttore scientifico di *US Oncology Research*, un farmaco approvato con procedura accelerata viene messo a disposizione dei pazienti anche in assenza di dati definitivi per via dei potenziali benefici che può apportare in un campo in cui mancano alternative, ma necessita di uno studio clinico di conferma che ne certifichi sicurezza ed efficacia per ottenere un'approvazione definitiva. È quello che sta testando il trial Mirasol, i cui risultati sono attesi nei prossimi mesi. Se saranno positivi, come si spera, mirvetuximab soravtansine si confermerà come una strategia terapeutica importante per le donne con tumore ovarico che falliscono le prime linee di terapia. E più in generale, aprirà la strada a un maggiore utilizzo degli anticorpi coniugati nel campo dell'oncologia ginecologica.

Distrofie muscolari

Le cellule staminali muscolari sono fondamentali per la rigenerazione dei tessuti che formano i muscoli. In chi soffre di distrofie muscolari, una classe di disturbi che comprende circa 50 malattie genetiche, queste cellule presentano mutazioni che ne compromettono la funzionalità, portando rapidamente alla perdita di mobilità e alla comparsa di disfunzioni respiratorie. Grazie a Crispr-Cas9 oggi è possibile correggere in modo molto specifico alterazioni genetiche come quelle che colpiscono le staminali muscolari di questi pazienti. E come spiega Simone Spuler, direttore della clinica per i disturbi muscolari dell'*Experimental and Clinical Research Center di Berlino*, è quello che stanno tentando di fare con il *bASKet trial*, una sperimentazione clinica pensata per valutare sicurezza ed efficacia del trapianto autologo di staminali muscolari modificate con Crispr-Cas9 per ripristinarne la funzionalità, in pazienti affetti da distrofie muscolari. I risultati sono attesi tra giugno e luglio di quest'anno e potrebbero rappresentare una rivoluzione per la vita di molti pazienti che oggi sono condannati dalla loro malattia a trascorrere la vita sulla sedia a rotelle.

Cancro della cervice uterina

Quella contro l'Hpv è ormai da anni una vaccinazione di routine in moltissime nazioni. E con una popolazione sempre più consistente di donne vaccinate che arrivano all'età adulta, è tempo di capire come aggiornare le procedure di screening per l'Hpv e per il tumore della cervice uterina. Ci penserà il *Compass trial*, uno studio clinico controllato e randomizzato che si concluderà quest'anno. I risultati - assicura Karen Canfell, del *Cancer Council* australiano - stabiliranno i nuovi standard per la prevenzione del cancro della cervice.

Dimagrimento e cuore

Perdere peso attraverso la dieta e l'esercizio è fondamentale se si è obesi o in sovrappeso. Sappiamo che fa benissimo alla salute, ma fino ad oggi nessun trial clinico ha mai dimostrato che si tratta di una strategia efficace anche nel ridurre il rischio di sviluppare disturbi cardiovascolari. Fortunatamente, ricorda Jordi Salas Salvadó, dell'Università Rovira i Virgili di Tarragona, quest'anno sono previsti i risultati dello studio Predimes-Plus, che ha reclutato quasi settemila spagnoli per studiare l'efficacia di un regime alimentare ipocalorico basato sulla dieta mediterranea, associato a un programma di attività fisica, sia in termini di perdita di peso, sia di incidenza di patologie cardiovascolari.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Malattia del sonno

La malattia del sonno, o più precisamente tripanosomiasi africana umana, è un disturbo neurologico causato dal protozoo *Trypanosoma brucei*. Si tratta di una patologia che può uccidere i pazienti nell'arco di poche settimane, e contro cui per lunghissimo tempo sono stati disponibili unicamente farmaci estremamente tossici, che risultano letali quasi nel 5% dei casi. Dal 2018 una delle due sottovarianti della malattia, causata dal parassita *T. brucei gambiense*, è curabile con un nuovo farmaco orale, il fexinidazolo, che si è dimostrato sicuro ed efficace. Se l'agente eziologico del disturbo è invece il *T. brucei rhodesiense*, al momento i medici devono ancora ricorrere ai vecchi farmaci. Un nuovo trial clinico sta però sperimentando il fexinidazolo anche per questi pazienti e i risultati saranno presentati all'Emm nei prossimi mesi per un'approvazione che guardando ai dati disponibili - spiega Olaf Valverde della *Drugs for Neglected Diseases initiative* - sembra fortunatamente quasi scontata.

Cellule tumorali circolanti

Le metastasi sono il vero nemico in oncologia: quando un tumore primario si ripresenta altrove, infatti, le chance a lungo termine per i pazienti si riducono sensibilmente. La ricerca negli ultimi decenni ha permesso di comprendere che a causarle sono principalmente quelle che vengono definite cellule tumorali circolanti (Ctc), aggregati di cellule staccatesi dal tumore primario che circolano nel sangue, e possono attecchire in altri organi provocando la comparsa di tumori secondari. Un farmaco utilizzato in campo cardiovascolare, la digoxina, ha dimostrato di avere la capacità di disgregare le Ctc, limitando fortemente le probabilità che diano origine a una metastasi, almeno in laboratorio. Per questo è in corso un trial di fase 1 che valuterà l'efficacia del farmaco nel disgregare i cluster di cellule tumorali circolanti in pazienti con tumore al seno metastatico. Se i risultati saranno positivi, Nicola Aceto - esperto di oncologia molecolare dell'ETH di Zurigo - ritiene che apriranno le porte allo sviluppo di una nuova generazione di farmaci, indirizzati specificamente alla prevenzione delle metastasi tumorali attraverso la disgregazione delle cellule tumorali circolanti.

Alzheimer

In America è stato appena approvato, con procedura accelerata, un farmaco contro l'Alzheimer: si chiama lecanumab, e nel trial di fase 3 Clarity AD ha dimostrato una certa capacità di rallentare la progressione dei sintomi della malattia a 18 mesi dall'inizio della somministrazione. Nel corso dell'anno dovrebbero arrivare ulteriori analisi e nuovi studi, con cui l'azienda produttrice chiederà l'approvazione definitiva alle autorità americane ed europee. Allan Levey, Preside del dipartimento di Neurologia della Emory University, ritiene che saranno importantissime per confermare l'efficacia emersa dai dati preliminari dello studio, la sicurezza del farmaco (non privo di gravi effetti collaterali) e l'eventuale durata dei benefici clinici osservati fin'ora.

Covid e Hiv

I vaccini a mRNA contro Covid 19 hanno dimostrato la loro efficacia in tutto il mondo negli ultimi due anni. Ma rimangono ancora domande aperte, come l'efficacia che possono avere in persone che convivono con l'Hiv, o con altre patologie che aumentano il rischio di forme gravi di Covid, e quale sia il numero ottimale di dosi necessario per ottimizzare la protezione in questi pazienti. Glenda Gray, Presidentessa e Ceo del *South Africa Medical Research Council*, assicura che le risposte che mancano arriveranno da uno studio iniziato nel 2021 nell'Africa sub-sahariana, che ha arruolato oltre 14mila pazienti con Hiv e altre fragilità per valutare l'efficacia del vaccino prodotto da Moderna.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Anemia falciforme

Nel 2023 dovrebbero arrivare i risultati preliminari di un trial che sta valutando l'efficacia di Crispr-Cas9 per la cura dell'anemia falciforme. Luigi Naldini, direttore scientifico dell'Istituto San Raffaele Telethon per la terapia genica, spiega che si tratta di dati attesi con trepidazione dalla comunità scientifica, perché serviranno non solo a dimostrare l'utilità della terapia per i pazienti che soffrono di anemia falciforme, ma più in generale aiuteranno a capire quanto siano stabili le modifiche genetiche apportate utilizzando Crispr-Cas9. Il trial rappresenta inoltre il primo test clinico di una nuova strategia che Naldini definisce "Writing back" genes, ovvero la correzione di mutazione genetiche nocive attraverso l'introduzione di modifiche di sequenze più lunghe di geni.

Tumore alla prostata

Il dosaggio del Psa è sempre stato uno screening piuttosto controverso, perché non permette di discriminare con precisione tra tumori maligni e tumori della prostata che non pongono rischi per la salute dei pazienti. Un nuovo algoritmo di screening che incorpora tre diversi livelli di analisi potrebbe aiutare a minimizzare in futuro il rischio di sovradiagnosi, e limitare biopsie e interventi solamente per i tumori realmente pericolosi. È in fase di studio in Finlandia, e come assicura Anssi Auvinen, professore di *Health Sciences* dell'Università di Tampere, potrebbe dare risultati importanti già nel corso del 2023.

ALLARME PER LA VARIANTE KRAKEN

L'ex consulente di Speranza: «In questo momento chi viaggia in aereo ha altissime probabilità di essere contagiato. Evitare i voli non necessari»

Ricciardi: «Tamponi anti-Covid anche per chi arriva dagli Stati Uniti»

••• Fare i tamponi Covid non solo per chi arriva dalla Cina ma anche per i passeggeri in arrivo dagli Usa, dove dilaga la sotto variante di Sars-Cov-2, Kraken, «sarebbe utile. Non dobbiamo vedere i test come un tabù. Non è un fatto politico ma uno strumento di sorveglianza che va usato in maniera sistematica». A dirlo all'Adnkronos Salute, Walter Ricciardi, docente di Igiene all'università Cattolica di Roma e consulente dell'allora ministro della Salute Roberto Speranza nei governi Conte Bis e Draghi.

Fare test, argomenta Ricciardi, «è importante per capire cosa sta succedendo sul piano epidemiologico. È chiaro che i Paesi principalmente coinvolti da questa fase epidemica sono stati Uniti e Cina. Giusto, quindi, testare in entrambi i casi, senza che questo diventi un caso politico. Tra l'altro si può testare su base non obbligatoria, in

maniera campionaria, seppure con un numero statisticamente significativo e con il necessario sequenziamento per scoprire eventuali varianti». «In un mondo così globalizzato e dinamico è importante avere sotto controllo la situazione per non trovarci poi con ospedali pieni», spiega ancora l'esperto. «In questo momento, con sottovarianti di Sars-Cov-2 così contagiose, stare in ambienti affollati come gli aerei, a maggior ragione senza mascherine, è un rischio elevatissimo. Per questo» l'indicazione dell'Ecdc, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, di evitare i viaggi non essenziali qualora la situazione epidemiologica dovesse peggiorare, «mi sembra un saggio consiglio che ognuno deve interpretare nella maniera più adeguata alle proprie esigenze. È un suggerimento che deriva dall'incredibile

contagiosità di queste varianti, con conseguenze soprattutto per le persone fragili» argomenta Ricciardi. Purtroppo «in questa situazione di scarse vaccinazioni, con Kraken con il quale ogni persona contagiata ne infetta 18, se si fa un viaggio aereo tutti i passeggeri possono essere contagiati. È impressionante».

G.D.C.



**ASSALTO PRONTO SOCCORSO,
PRESIDI DAL GOVERNO**

A via patto tra Asl e Prefetture per arrivare in tempi rapidi a protocolli che consentano alle forze di polizia di intervenire rapidamente negli ospedali in caso di aggressioni nei confronti dei medici. È l'iniziativa dei ministeri della Salute e dell'Interno dopo i recenti casi di aggressione in corsia contro i sanitari



SANITÀ NEL CAOS

Ne hanno bisogno circa 3 milioni e 600mila persone con una pregressa diagnosi di tumore

Riabilitazione oncologica Per l'Italia non è una priorità

*Nei regolamenti ministeriali non rientra nei «Livelli essenziali di assistenza»
Ma i medici ritengono che sia una necessità da dover garantire ai malati*

ANTONIO SBRAGA

... Per i medici «la riabilitazione oncologica è una necessità», eppure per il Ministero della Salute ancora non fa parte dei «Livelli essenziali di assistenza» (Lea) da dover garantire ai malati. Nonostante la presenza in Italia di 3 milioni e 600 mila persone con una pregressa diagnosi di tumore. «La riabilitazione continua a essere una Cenerentola per i malati di cancro: siamo di fronte a un vulnus assistenziale», denuncia Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo), che chiede la fine di questa «esclusione della riabilitazione oncologica dai Livelli Essenziali di Assistenza, che continua a generare disparità territoriali nell'accesso alle prestazioni e ai servizi connessi. Una situazione che crea le premesse affinché,

nello stesso Paese, ci siano pazienti di serie A e di serie B». Perché, sottolinea la Favo, lungo la penisola c'è una «scarsa offerta di trattamenti riabilitativi sul territorio, che invece rappresentano una necessità per il paziente oncologico, nel momento in cui smette di frequentare con regolarità il centro a cui si è rivolto per la gestione della malattia». Ma l'impatto devastante del cancro, purtroppo, non ha un primo ed un secondo tempo: «La riabilitazione oncologica è efficace se fa parte integrante ab initio del percorso di presa in carico del malato», avverte l'oncologa Paola Varese, presidente del Comitato Scientifico della Favo. «La riabilitazione deve essere presente du-

rante tutto il percorso di malattia: dalla diagnosi alla terapia, fino alle cure palliative. Il suo obiettivo è ridurre la perdita fisica e favorire il recupero che il tipo di intervento terapeutico messo in atto comporta. Gli interventi possono variare a seconda della malattia e del trattamento in corso. Ma anche da persona a persona. Per questo è necessaria una individualizzazione del progetto riabilitativo».

In tutta Italia sono attive 323 Oncologie. L'88% è dotato di Day Hospital, il 65% del servizio Ambulatoriale e il 58% del reparto di Degenza ordinaria. Però anche «la riabilitazione è a tutti gli effetti parte integrante del percorso di cura - spiega Roberto Persio, membro del comitato esecutivo Favo e consigliere nazionale dell'Associazione Italiana Laringectomizzati (Ailar) - Quando la cura comporta la chirurgia invasiva o tera-

pie che hanno effetti sui tessuti e sull'attività degli organi, è indispensabile supportare il paziente nel ritorno alla funzionalità fisiologica. O, se questa non è raggiungibile, supportarlo attraverso la rieducazione, la fisioterapia e il supporto psicologico. Nel momento in cui questa offerta manca, la cura è incompleta». Come risultano ancora incompleti, conclude la Favo, i Lea garantiti attualmente ai malati oncologici.

*Le associazioni di volontariato
«Una situazione che crea premesse
affinché, nello stesso Paese, ci
siano pazienti di serie A e serie B»*



L'ANALISI

LA NOSTRA SALUTE VENDUTA AL MERCATO

ROSY BINDI, NERINA DIRINDIN

Il Servizio sanitario nazionale, un presidio fondamentale per la salute delle persone e per la solidarietà nazionale, è oggi malato. Unanime riconosciuto punta avanzata della pubblica amministrazione e all'avanguardia nel panorama internazionale, il Ssn appa-



re sempre più «non autosufficiente», ovvero incapace di svolgere autonomamente le funzioni che gli sono proprie. Conosciamo le cause della malattia. - PAGINA 11

L'INTERVENTO

Rosy Bindi, Nerina Dirindin

La Sanità svenduta in nome del mercato ma l'Italia rimane un piccolo miracolo

Il servizio sanitario è malato però continua a svelare le nostre capacità: grandi risultati con poche risorse dal numero di decessi evitabili con le cure (-30% rispetto alla media Ue) ai pazienti sopravvissuti ai tumori

ROSY BINDI, NERINA DIRINDIN*



Il Servizio sanitario nazionale, un presidio fondamentale per la salute delle persone e per la solidarietà nazionale, è oggi malato. Unanime riconosciuto punta avanzata della pubblica amministrazione e all'avanguardia nel panorama internazionale, il Ssn appare sempre più «non autosufficiente», ovvero incapace di svolgere autonomamente le funzioni che gli sono proprie. Conosciamo le cause della malattia; per troppi anni è stato sottoposto a interventi contrari al rispetto dei principi costituzionali e dei diritti umani fondamentali, assecondando l'idea che il mercato avrebbe comunque potuto sostituire buona parte della sanità pubblica, quella più in grado di generare profitti.

Condividiamo le tante grida di allarme che (solo) ora si levano forte, ma non accettiamo la diagnosi di incurabilità espressa da molte voci, spesso non disinteressate. Riteniamo al contrario

che il Ssn possa ancora essere salvato, e si debba combattere per ridargli ruolo e dignità. Perché in assenza di sostanziali interventi straordinari e di un grande lavoro trasformativo sul piano culturale e politico, la sua «non autosufficienza» è destinata ad aggravarsi e gli italiani sono destinati a vedere la propria salute sempre più condizionata dalla loro situazione socio-economica.

Eppure, nonostante le sue tante pecche, il Ssn è un piccolo capolavoro: è l'espressione della capacità del nostro Paese di raggiungere grandi risultati con poche risorse. A dispetto della storica penuria di risorse, il Ssn ha infatti sempre saputo produrre buoni risultati in termini di salute. Valga per tutti un dato poco noto: il numero di decessi (per 1000 abitanti) ritenuti potenzialmente evitabili attraverso il ricorso a interventi sanitari tempestivi



LA STAMPA

vi e appropriati è in Italia del 30% inferiore alla media Ue (24% in meno della Germania). Anche il tasso di sopravvivenza ai tumori è superiore alla media Ue. Un capolavoro, se si pensa che l'Italia destina complessivamente alla sanità un ammontare di risorse del 25% inferiore alla media Ue, mentre Francia e Germania spendono rispettivamente il 45% e l'85% in più (calcolate per abitante e a parità di potere d'acquisto - dati Oecd riferiti al 2019).

Ma come si spiega l'apparente paradosso della bassa spesa e dei buoni risultati? Innanzitutto, un sistema universale come il nostro evita la spirale dei costi propria dei modelli basati sulle assicurazioni sociali o sulle polizze malattia (come dimostra la letteratura specialistica sui sistemi sanitari comparati). Conta la competenza acquisita nel tempo dai professionisti della sanità pubblica: il Ssn è l'unico settore della pubblica amministrazione che negli ultimi decenni si è dotato di un apparato tecnico e di un sistema di governance che – per quanto imperfetti - non hanno eguali negli altri comparti pubblici. C'è poi la preparazione dei professionisti e la loro dedizione alla sanità pubblica, magistralmente svelate in occasione della pandemia ma ancora poco riconosciute – se non a parole – dai decisori e dalla politica. Conta il ruolo svolto dalle famiglie (e dalle donne) nella cura di molte persone fragili, senza gravare eccessivamente sulla spesa pubblica. E, per ironia della sorte, contano le politiche di risanamento della finanza pubblica che hanno costretto la sanità pubblica a puntare sull'appropriatezza e sull'essenziale. E così il Ssn ha via via imparato a operare sempre con meno risorse, mentre i governi hanno imparato a imporre sempre maggiori sacrifici, confidando sul fatto che nessun ospedaliero avrebbe abbandona-

to un paziente alla fine del proprio turno di lavoro o si sarebbe sottratto ai doveri cui deve adempiere «quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera» (come afferma il codice di deontologia medica). Un modo di procedere, quello dei governi, poco responsabile e al contempo poco rispettoso della dignità del lavoro di cura, che invece andrebbe protetto e valorizzato. Ma ormai il vaso è colmo, gli operatori si sentono traditi e le persone si stanno abituando a rivolgersi al privato.

Come procedere allora? È innanzitutto necessaria una seria riflessione sulla pandemia ideologica che da un paio di decenni ha colpito il nostro Paese e ha spinto i governi a ridurre progressivamente il ruolo dello Stato, in particolare nel welfare. Eppure, in nessun altro settore come in quello della salute, i fallimenti del mercato sono noti, rilevanti e causa di disuguaglianze. Il Ssn è un patrimonio di civiltà proprio perché garantisce a tutti un trattamento uguale a quello riservato ai più

fortunati e perché libera ognuno di noi dalla paura di non avere i soldi per curare un figlio o un familiare. Al contrario, le assicurazioni evitano le persone più esposte al rischio di ammalarsi e impongono tetti massimi di rimborso che penalizzano proprio chi ha più bisogno. Non si tratta di demonizzare il mercato ma di riconoscerne i vizi, e non solo le virtù, a maggior ragione quando producono ingiustizie. E si tratta di non dimenticare che la salute non è solo un diritto individuale ma è anche interesse della collettività, come ci ha ricordato la pandemia.

È necessario poi accantonare ogni ipotesi di autonomia differenziata: i problemi sollevati dalle Regioni sono comuni a tutta l'Italia e vanno affrontati a livello nazionale. In un Paese attraversato da profonde disuguaglianze territoriali va evitato di attribuire maggiore autonomia a chi presume di essere in grado di risolverli meglio e più rapidamente degli altri, ma sicuramente a danno delle Regioni storicamente meno attrezzate.

Fondamentale è avviare una seria politica del personale, capace di riconoscere il valore del lavoro di cura, a maggior ragione in un settore ad alta intensità di lavoro. Il trattamento che riserviamo ai nostri professionisti rivela il tipo di assistenza che vogliamo dare alla popolazione: un'amministrazione che non rispetta le norme sugli orari di lavoro, non rinnova i contratti di lavoro, ricorre all'intermediazione di manodopera, incoraggia l'impiego dei «gettonisti», sottovaluta la programmazione della formazione delle diverse figure specialistiche, non può che essere un'amministrazione che non ha a cuore l'affidabilità del servizio offerto. Il giudizio avvilente coinvolge sia i governi centrali sia quelli regionali, i quali con la scusa della carenza di risorse hanno rinunciato a svolgere la loro principale funzione, la tutela della salute, mentre adesso devono dimostrare di saper utilizzare al meglio i fondi del Pnrr. Tutto ciò richiederebbe più impegno (a partire dal livello centrale), più risorse (in armonia con quanto succede negli altri paesi sviluppati) e più indipendenza dagli interessi dell'industria della salute. Ne trarrebbe giovamento persino l'economia, grazie alla riduzione dell'incertezza e della precarietà.

Ma viviamo tempi difficili. La storia della sanità pubblica italiana ci induce ad essere ottimisti mentre le tante incrostazioni ci portano a temere che le cose possano volgere al peggio. Nessuno comunque pensi di cavarsela da solo, né i professionisti che scappano nel privato né chi ritiene sufficiente dotarsi di una copertura assicurativa.—

*Associazione Salute Diritto Fondamentale



Medicina, si volta pagina il governo in campo contro il numero chiuso

► Cambio di rotta del ministro Bernini: via libera alla commissione di esperti
► Con la riforma Messa il vecchio test già in soffitta: dal 2023 due prove l'anno

LA FORMAZIONE

Mariagiovanna Capone

Un cambio di rotta era nell'aria già da almeno un lustro ma da ieri la possibilità di eliminare il numero chiuso per l'ingresso alla facoltà di Medicina sta diventando sempre più concreta. Il ministro dell'Università e della Ricerca Annamaria Bernini ha infatti istituito un gruppo di lavoro per «definire il fabbisogno dei medici e adeguare le capacità e l'offerta potenziale del sistema universitario». Una decisione maturata tenendo a mente quanto accaduto nel Paese durante la pandemia, con la difficoltà di reclutare medici e gli innumerevoli licenziamenti per burn out, ma anche considerando che nei prossimi cinque anni oltre 50mila camici bianchi andranno in pensione lasciando sforniti studi medici, Asl, ospedali e pronto soccorso.

Il primo passo è stato quindi istituire con un decreto una commissione di esperti che dovrà fornire proposte al ministero entro la primavera. Il passo successivo, è assai probabile che si aboliscano anche i test d'ingresso, uno dei temi del centrodestra, ma in questo caso ci potrebbe essere un freno su una decisione così estrema da parte della Conferenza dei Rettori delle Università italiane. Intanto, è stato avviato il passaggio dal tradizionale test al nuovo Tolc onli-

ne del Cisia (in calendario dal 13 al 22 aprile e dal 15 al 25 luglio), secondo la riforma varata dall'ex ministro Cristina Messa che quindi andrà in vigore quest'anno per la prima volta. Si possono sostenere i test due volte all'anno, già dalla quarta superiore ed entrare in graduatoria con il punteggio più alto raggiunto nelle varie prove.

LA VALUTAZIONE

Il gruppo di lavoro appena istituito dal ministro Bernini - che venerdì prossimo inaugurerà l'Anno Accademico al Suor Orsola Benincasa di Napoli - è presieduto da Eugenio Gaudio, ordinario di Anatomia umana all'Università La Sapienza di Roma e vede il coinvolgimento anche del ministero della Salute e della Conferenza delle Regioni. È costituito dal presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome Massimiliano Fedriga, dal presidente della CRUI Salvatore Cuzzocrea, dal presidente della Conferenza Permanente delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia Carlo Della Rocca, dal direttore della Direzione Generale degli Ordinamenti della formazione superiore e del diritto allo studio del MUR Gianluca Cerracchio e dal direttore della Direzione Generale e dell'Ufficio delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute Rossana Ugenti. Loro compito sarà «esaminare ed

approfondire le criticità afferenti alla carenza di medici e professionisti sanitari nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, a misurare l'entità del fenomeno e a individuare le cause e le possibili soluzioni, con particolare riferimento alla necessità di garantire un accesso sostenibile alle professioni sanitarie» che tolto il burocratese significa aumentare la capienza delle facoltà di Medicina. Questo avverrà perché, come precisa Bernini, «mancano i medici, manca il personale sanitario come la pandemia ha evidenziato. Eppure, non possiamo aprire in automatico le porte delle università a tutti» e quando è stato istituito il numero chiuso «la professione era inflazionata, l'offerta di medici era superiore alle richieste e anche gli standard formativi non apparivano in linea con quelli europei ed era una scelta dettata dalla necessità».

IL FABBISOGNO

«Oggi, partendo dal nuovo fabbisogno effettivo di medici e sanitari, abbiamo la necessità di adeguare le capacità e l'offerta potenziale del sistema universitario» spiega Bernini. «Con la collaborazione di tutti voglia-



mo, entro il primo trimestre di quest'anno, offrire una prima risposta per definire un programma di accesso alla facoltà di Medicina ragionato ed efficace. Siamo aperti al confronto, alla valutazione di ogni tipo di esperienza, comprese quelle estere, ad un dialogo costruttivo che ci faccia uscire dall'attuale immobilismo e ci proietti in un domani che abbia al centro la persona, la sua cura ma anche la sua autodeterminazione».

La decisione del ministro Bernini trova consensi bipartisan. Esultano i governatori del centrodestra Luca Zaia, Alberto Ci-

rio e Vito Bardi, ma anche il collega dell'Emilia Romagna Stefano Bonaccini del PD che afferma: «Se è vero che il Governo sta lavorando alla modifica dell'accesso a Medicina ci troverà pronti a un confronto serio e costruttivo: superare l'imbuto formativo non è un problema di destra o di sinistra, ma una necessità del Paese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PRESTO IN PENSIONE
ALMENO 50MILA
MEDICI IN ITALIA:
C'È IL SERIO RISCHIO
CHE RESTINO SGUARNITI
OSPEDALI, ASL E STUDI**



Nella foto d'archivio un flash mob organizzato contro il numero chiuso a Medicina



La Cina si arrende al virus

La riapertura del paese segna l'uscita ufficiale dall'emergenza della pandemia. Ma l'abbandono delle politiche "zero covid" avrà un costo umano ed economico altissimo, di cui sarà difficile tenere traccia perché Pechino non dà informazioni

The Economist, Regno Unito

Davanti all'ospedale del popolo di Dezhou, una città di sei milioni di abitanti nella provincia costiera dello Shandong, un'anziana su una barella, con gli occhi chiusi e il respiro accelerato, viene scaricata da un'ambulanza. Qualche minuto dopo è ricaricata a bordo. I suoi familiari cominciano a telefonare ad altri ospedali: in questo non c'è posto.

Nell'atrio, un'altra famiglia rifiuta di arrendersi. "Non ci sono letti per il momento, ma aspettiamo", dice il signor Teng, che preferisce essere indicato solo con il cognome. Sta cercando di far ricoverare il suocero, che si è ammalato alla fine di dicembre e ora ha livelli di ossigenazione pericolosamente bassi. L'uomo è seduto su una sedia a rotelle e respira attraverso una maschera collegata al suo concentratore di ossigeno portatile, attaccato a una spina.

Più tardi le infermiere trovano un posto per lui, schiacciato tra letti e altre sedie a rotelle. Sono tutti anziani, agganciati alle flebo e alle bombole di ossigeno. La maggior parte di loro ha il covid-19, dice un'infermiera. Ogni giorno arrivano pazienti in condizioni critiche. "I letti attualmente scarseggiano ovunque. Nessuno di noi riesce a riposare. Lavoriamo sempre", racconta. I parenti sono incaricati di spingere le barelle e togliere le palle usate.

Sono scene frequenti in tutta la Cina. Da dicembre, quando il paese ha messo fine ai lockdown, ai tamponi di massa e ai limiti agli spostamenti interni imposti dalla politica "zero covid", il virus si è dif-

fuso a macchia d'olio. Gli ospedali cinesi hanno accolto i malati colpiti più duramente. Si tratta per lo più di anziani o di persone che avevano già altre patologie; molti non sono vaccinati o non hanno terminato il ciclo di vaccinazione.

Il governo definisce la sua inversione di rotta sul covid "un'ottimizzazione delle misure di prevenzione e di controllo". Sui social network, alcuni commentatori

sono più espliciti, e chiamano l'impennata dei contagi un *haixiao*, uno tsunami. Secondo una stima, ogni giorno s'infettano 37 milioni di cinesi. Il paese non aveva mai conosciuto un'epidemia di queste dimensioni.

Gli esperti dell'ospedale Ruijin e del Centro clinico per la salute pubblica, entrambi a Shanghai, sostengono che Pechino, Shanghai, Chongqing e Guangzhou hanno già superato il picco dei contagi. Uno dei massimi dirigenti dell'ospedale Ruijin calcola che circa il 70 per cento della popolazione di Shanghai potrebbe essere stato infettato. I mezzi d'informazione di stato riferiscono le parole di un noto epidemiologo, secondo cui a Pechino la percentuale è probabilmente superiore all'80 per cento.

Mercato nero

Queste grandi città sono preparate meglio delle piccole ad affrontare il virus. Hanno medici e infermieri specializzati, più unità di terapia intensiva e migliori scorte di farmaci. Pechino, per esempio, ha dichiarato alla fine di dicembre che stava distribuendo ai centri sanitari comunitari il Paxlovid - un antivirale statunitense utile per ridurre il rischio di sviluppare forme gravi della malattia in chi ha contratto il sars-cov-2 - anche se il medicinale scarseggia a livello nazionale. Il Paxlovid si vende a migliaia di dollari al mercato nero. Perfino i farmaci di base contro la tosse sono diventati un bene raro e disperatamente ricercato.

La capitale ha il vantaggio di trovarsi sotto i riflettori della politica. Nelle ultime settimane sono state inviate a Pechino squadre mediche da numerose province, sottraendole a zone che ne avranno più bisogno. Il contagio si sta diffondendo in città più piccole come Dezhou, che hanno meno risorse mediche, e nelle aree rurali, che soffriranno ancora di più. Il 31 dicembre il governo ha reso pubblico



un piano per affrontare le infezioni nelle campagne. Molte delle proposte, come creare scorte di farmaci e aumentare la capienza delle unità di terapia intensiva, saranno difficili da attuare prima dell'arrivo del virus.

È complicato stimare il numero delle vittime. Le statistiche ufficiali sono inutili: dichiarano che ci sono stati meno di 5.300 decessi causati dalla pandemia, quasi tutti nella fase iniziale. Stando alle cifre ufficiali, nella prima settimana del 2023 solo 13 persone sono morte di covid. L'Organizzazione mondiale della sanità ha chiesto alla Cina di diffondere in tempo reale più dati sulle ospedalizzazioni e i decessi. Anche alcuni cittadini cinesi chiedono più informazioni.

Il picco

Il Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie ha dichiarato che pubblicherà una stima della mortalità in eccesso, cioè quante persone in più stanno morendo rispetto alla media. La Airfinity, un'azienda di analisi di dati sanitari con sede a Londra, calcola che in Cina muoiono di covid circa novemila persone al giorno e prevede che alla fine di questo mese si potrebbe raggiungere un picco di circa 25mila decessi, mentre un altro picco di contagi – ancora più alto – si avrà all'inizio di marzo. Il modello sulle morti in eccesso dell'Economist stima che nello scenario peggiore nei prossimi mesi moriranno un milione e mezzo di cinesi.

Le richieste di cremazione stanno crescendo in modo vertiginoso. La polizia di Shanghai sostiene di aver arrestato più di venti "speculatori di funerali", pagati per aiutare le persone a saltare la fila per questi servizi. Un operatore funebre di Dezhou dice che i decessi sono aumentati del 20-30 per cento da quando sono state abolite le restrizioni contro il covid. "È stata una follia", commenta. La situazione era più sicura quando il governo controllava il virus, aggiunge. "Ma le restrizioni non possono durare in eterno. E se riapri, è questo che devi aspettarti". Il governo cinese ripete che era giusto abolire i controlli. Il 29 dicembre, Chen Wenqing, il capo della sicurezza nazionale, ha detto che negli ultimi tre anni la strategia per controllare l'epidemia è stata "scientificamente efficace e assolutamente corretta". Da quando è stata adottata la nuova linea, il Presidente Xi Jinping non ha parlato apertamente del carico sugli ospedali o di decessi per covid. In un discorso di fine anno si è limitato ad ammettere che "rimangono sfide impegnative" e ha esortato alla "perseveranza".

I mezzi d'informazione statali parlano con più franchezza della pressione sulle strutture mediche, ma sottolineano l'e-

roismo dei sanitari piuttosto che le debolezze del sistema. Durante un programma di capodanno trasmesso dall'emittente televisiva della provincia dello Hunan, dietro il palco sono state proiettate le foto di medici e infermieri esausti, mentre un cantante intonava versi pensati per motivare: "Dalle tenebre all'alba, per quanto sia dura, le difficoltà possono solo rendermi più forte!".

Tv e stampa statali evitano anche di chiedersi se la Cina avrebbe potuto prepararsi meglio all'abolizione delle restrizioni, avvenuta proprio quando stava arrivando l'influenza stagionale. Alla fine di novembre solo il 40 per cento di chi aveva più di ottant'anni aveva ricevuto le tre dosi di vaccino necessarie a proteggersi dalla malattia grave. Il 21 dicembre il numero medio di dosi somministrate quotidianamente era salito a 3,6 milioni contro le 140mila dell'inizio del mese.

Da allora, però, la campagna sembra avere di nuovo rallentato, e all'inizio di gennaio le iniezioni giornaliere sono scese sotto il mezzo milione. I giornali locali suggeriscono le possibili ragioni: i sanitari incaricati delle vaccinazioni si stanno infettando, mentre altri sono stati spostati per curare i malati. Resta il fatto che solo i vaccini cinesi sono autorizzati. Quelli stranieri, in alcuni casi più efficaci, rimangono vietati.

La prossima sfida che medici e infermieri dovranno affrontare è il capodanno cinese, il 22 gennaio. I festeggiamenti prevedono le più grandi riunioni familiari dell'anno: milioni di persone lasceranno le grandi città per tornare in paesi e villaggi dove molti abitanti sono anziani, i tassi di immunizzazione sono più bassi rispetto alle aree urbane e l'immunità naturale quasi non esiste.

Una malattia di serie B

Almeno un distretto (nella provincia dello Hunan) ha raccomandato alle persone di non tornare per le vacanze "se non necessario". Ma il governo centrale non dà segni di esitazione. Contrariamente alla posizione assunta durante la fase della politica zero covid, non ha cercato di scoraggiare i cittadini dal tornare ai loro luoghi di origine. L'8 gennaio ha cominciato a gestire il covid come una malattia di "seconda classe", al pari dell'aids e dell'epatite, invece che di prima classe, la categoria in cui rientrano peste bubbonica e colera.

Numerosi paesi, tra cui Italia, Stati Uniti, Regno Unito, India e Giappone, hanno annunciato l'obbligo di test diagnostici per i viaggiatori in arrivo dalla Cina. Il Marocco ha completamente chiuso le porte ai cinesi. Pechino dice che questi provvedimenti non sono giustificati

dalla scienza e hanno motivazioni politiche. È vero che testare tutti i passeggeri in arrivo dalla Cina non è molto utile. Ma l'indignazione delle autorità cinesi è complicata dalle norme che richiedono un tampone negativo a chiunque arrivi nel paese. Le dispute sul covid minacciano di mettere in crisi ancora una volta le difficili relazioni tra Cina e occidente.

Ma i viaggi all'estero con ogni probabilità aumenteranno rapidamente. Per larga parte degli ultimi tre anni i cinesi hanno spesso rinunciato a spostarsi fuori dal paese, per timore di incontrare difficoltà a tornare, e perché i funzionari sconsigliavano di lasciare il paese per motivi non essenziali. Dall'8 gennaio la polizia ha ricominciato a rilasciare passaporti per le vacanze all'estero. Gli esponenti di una cosmopolita classe di cinesi giovani e benestanti, a lungo privati dell'opportunità di visitare altri paesi, potrebbe approfittarne: i siti di viaggio riferiscono di un sensibile aumento delle richieste. Una Cina che si riconnette con il mondo esterno è forse l'ultimo grande passo necessario per dire che il dopo pandemia è davvero cominciato.

In Cina, il ritorno alla vita di prima si sta già dimostrando difficile. Si avverte una sensazione di euforia perché le restrizioni vengono eliminate, ma la paura resta. I quartieri dello shopping in molte grandi città di giorno sono vuoti.

Ma ora che la minaccia della quarantena è scomparsa, la vita notturna sta riprendendo. Sui social network cinesi sono circolate immagini di locali pieni di gente e di folle che festeggiavano la fine del 2022 nelle città di tutto il paese.

Con il diffondersi della malattia, sarà difficile tenere funzionanti le linee di produzione e continuare a far correre i camion. Il covid sta già dilagando nelle città industriali e provocando gravi interruzioni. Secondo Caixin, un settimanale cinese, alla fine di dicembre i distributori di grandi province esportatrici come Guangdong, Zhejiang, Shandong e Jiangsu hanno dovuto affrontare gravi ritardi. Molte fabbriche di elettrodomestici, per esempio, lavoravano al 20-50 per cento della capacità. L'indice pmi – un indicatore dell'andamento del settore manifatturiero – suggerisce una contrazione delle attività.

I responsabili delle fabbriche affronta-



no la tempesta come meglio possono. Il signor He (anche lui preferisce dare solo il cognome) nelle province del Guangdong e del Sichuan dirige quattro impianti che producono imballaggi di carta per alcolici e sigarette. Il 19 dicembre più del 50 per cento dei suoi seicento dipendenti si era già ammalato, costringendo He a chiudere le fabbriche del Sichuan per quattro giorni. È andata meglio negli impianti di Guangdong: solo metà delle linee di produzione sono state chiuse per qualche giorno, alla fine di dicembre. Le aziende ora stanno tornando alla normalità. He ha ripreso i viaggi di lavoro e ha ricominciato a incontrare i clienti per bere un bicchiere.

Un altro timore è che gli operai siano costretti a licenziarsi per prendersi cura dei familiari anziani che vivono lontano dalle fabbriche. Mentre la Cina procede con la sua fulminea uscita dai lockdown, i centri manifatturieri rischiano di attraversare una crisi di manodopera a breve termine perché oltre a chi se ne va per accudire i parenti, ci sono anche i dipendenti che tornano a casa prima del previsto per le vacanze del capodanno cinese e potrebbero ritardare il ritorno in fabbrica.

Anche l'intervento delle amministrazioni locali può rappresentare un rischio per le imprese. Alcuni dirigenti temono che con l'impennata dei casi le autorità decidano d'isolare le città. E all'interno delle città potrebbe essere limitato il traffico da un quartiere all'altro. Questo interromperebbe i collegamenti che rendono le città cinesi così efficienti per i produttori.

È difficile prevedere quanto potranno durare queste interruzioni. La fine sbalorditiva della politica zero covid significa che la strada per la ripresa economica sarà più accidentata ma anche più rapida

di quanto molti si aspettavano. Gli analisti avanzano le loro proiezioni sulla fine dell'emergenza. Molti economisti pensano che il peggio sarà passato entro la fine di marzo. A quel punto comincerà la ripresa, che potrebbe prendere forza negli ultimi mesi dell'anno.

Serve una nuova propaganda

Un rimbalzo economico sarebbe sfruttato dal Partito comunista per rafforzare la malconca fiducia interna nella sua propaganda, che negli anni delle restrizioni enfatizzava il "caos" occidentale davanti alla pandemia contrapponendolo all'"ordine" cinese. Le autorità devono preoccuparsi del polverone che si sta sollevando sui social network cinesi per l'attuale ondata di contagi. Non si fanno critiche esplicite al governo (come sempre, la censura contribuisce a soffocarle), ma al fiume di elogi che un tempo si riversava sulle politiche zero covid non è subentrato l'entusiasmo per il cambio di rotta.

Anche tra i più ardenti sostenitori online del governo affiorano accenni di sorpresa per come si sta svolgendo l'uscita del paese dalle restrizioni. "Lo tsunami di infezioni provocato dalla variante omicron a Pechino ha superato ogni previsione", ha scritto il 25 dicembre sul suo account Weibo Hu Xijin, ex redattore di un giornale nazionalista. E sulle morti di anziani legate al covid ha detto ai suoi quasi 25mila follower: "È doloroso dover pagare questo prezzo".

Un altro giornalista con 1,9 milioni di follower ha definito "caotico" e "mal preparato" l'allentamento dei controlli. Il 29 dicembre un sito d'ispirazione maoista, Utopia, ha pubblicato un commento in cui si accusa il governo di aver affossato troppo rapidamente la sua strategia. "Non siamo un'auto da corsa, ma un

grande autobus pieno di persone anziane, deboli, malate e con disabilità", diceva. "Una transizione ordinata e graduale è estremamente importante". L'articolo è stato poi cancellato.

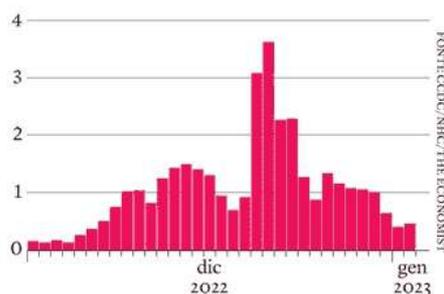
Su Weibo, molti commentatori attaccano quelli che chiamano *tang fei*, banditi sdraiati. Il termine si riferisce a quelli che erano scettici sulla politica zero covid, accusati dai sostenitori del partito di voler stare fermi e accettare il diffondersi della malattia. I partecipanti alle manifestazioni contro i lockdown che si sono svolte alla fine di novembre in molte città sono accusati di appartenere al gruppo dei banditi. Anche il governo centrale chiaramente teme di essere indicato come loro complice. Le ricerche sul termine *tang fei* erano già bloccate dai social network a novembre, prima che fosse evidente la decisione di abbandonare la politica zero covid. Per sfuggire alla censura, gli utenti ora ricorrono a parole omonime.

Alcuni alzano la testa. "Siete così bravi a mentire guardando la gente dritta negli occhi", ha scritto un utente di Weibo nella provincia del Guangdong con più di 320mila follower. Alludeva alla dichiarazione di un portavoce del governo, secondo cui Pechino si era preparata al cambiamento di linea politica. "Pensate sempre e solo a salvarvi la faccia. Credete che siamo stupidi?". I censori hanno eliminato anche questo commento. Avranno molto da fare nei prossimi mesi. ♦gc

I numeri

La campagna vaccinale

Milioni di dosi di vaccino somministrate al giorno in Cina



FONTI: CDC/NHC/THE ECONOMIST



Le campagne non sono pronte

Xu Yucai, Sixth Tone, Cina

La sfida più grande per arginare la pandemia in Cina si giocherà nelle sue sterminate campagne, dove la popolazione è sempre più vecchia e i medici scarseggiano. E la sfida potrebbe ingigantirsi quando milioni di lavoratori immigrati torneranno nelle loro città di origine per riunirsi con le famiglie in occasione della festa di primavera, il capodanno cinese che comincerà il 22 gennaio.

Negli ultimi tre anni molti di loro non si sono potuti spostare a causa delle restrizioni imposte dalla politica "zero covid". Ora i movimenti della popolazione aumenteranno: i mercati che anticipano le festività sono affollati e le occasioni di aggregazione sono destinate a moltiplicarsi. L'insieme di questi fattori accelererà la diffusione del virus nelle aree rurali, dove, secondo i miei calcoli, il tasso di infezione può raggiungere il 50 per cento dopo le vacanze. Nel caso di un'epidemia improvvisa, le campagne cinesi potrebbero essere molto più vulnerabili delle metropoli. Con la maggior parte dei giovani che se n'è andata alla ricerca di lavori temporanei, i villaggi sono sostanzialmente abbandonati, eccezion fatta per gli anziani.

A due velocità

In alcune aree, oltre la metà dei residenti ha superato i sessant'anni ed è più a rischio di complicanze. Da un'indagine condotta su 3.371 persone con più di 65 anni di età in un paesino nella provincia centrale dello Shaanxi, per esempio, è emerso che la quota di soggetti a rischio medio-alto superava il 27 per cento: no-

nostante un tasso di vaccinazione abbastanza buono, oltre un quinto di loro aveva malattie croniche o condizioni di salute instabili. La qualità dell'assistenza sanitaria

nella Cina rurale non è minimamente paragonabile a quella delle aree urbane. Molti posti hanno già lamentato gravi carenze di farmaci, saturimetri e test antigenici, per non parlare degli strumenti per la ventilazione polmonare meccanica e di altre attrezzature fondamentali. Un articolo su una città di oltre trentamila abitanti nella provincia centrale dello Henan racconta che, quando i contagi hanno raggiunto il picco, più di trecento persone al giorno avevano bisogno di assistenza ma l'ambulatorio locale aveva appena cinque confezioni di ibuprofene, alcune scatole di granuli contro il raffreddore usati nella medicina tradizionale cinese e un pacco di antibiotici.

Prima, per evitare che i malati andassero dal medico o si comprassero i farmaci da soli, diffondendo il virus, un regolamento vietava di ricevere chi presentava sintomi riconducibili al covid, e per alcuni di quelli che hanno infranto la legge ci sono state delle condanne. Più volte nel corso della pandemia, le riserve di antipiretici, antivirali e antibiotici negli ambulatori sono state prosciugate, mentre la loro vendita è spesso stata vietata nelle farmacie.

Quando le restrizioni sono state allentate a molti medici di base mancavano i farmaci. E, poiché il governo ha soffocato la domanda di questi medicinali, le aziende farmaceutiche hanno limitato la loro produzione.

Nelle aree rurali gli ambulatori erano sotto organico già prima della pandemia, ma negli ultimi tre anni il personale è stato sottoposto a una pressione ancora più intensa. Ha dedicato molto tempo a eseguire i test molecolari nei più remoti villaggi di montagna, ad aprire punti di prevenzione e controllo e a tracciare i contatti di primo e secondo grado dei positivi.

Molti medici, inoltre, sono stati trasferiti in altre province. Gli ambulatori delle campagne sono stati in larga parte abbandonati, le risorse si sono notevolmente ridotte e alcuni non hanno nemmeno ricevuto i sussidi governativi. Di conseguenza, molti medici di villaggio si sono dimessi. E a quelli che non vogliono andarsene, poi, spesso mancano la formazione e le competenze per affrontare la pandemia. Molti ricorrono a terapie endovenose, anche se questo metodo non si è dimostrato efficace nel trattamento del covid-19 ed è uno spreco delle limitate risorse medicinali.

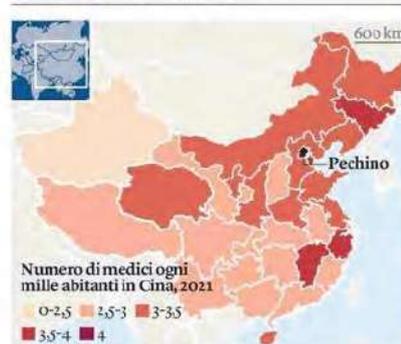
Con la fine della politica zero covid, le aree rurali avranno enormi difficoltà a rispondere al bisogno di assistenza sanitaria. Senza farmaci, personale sanitario e competenze specifiche, dovranno lottare con le unghie e con i denti per appiattire la prossima curva. ♦ *gim*

Xu Yucai è un esperto di sanità che ha lavorato per il governo cinese.

Con i viaggi per le feste di capodanno l'epidemia arriverà nelle aree rurali, dove ci sono più anziani, mancano i medici e i farmaci sono già introvabili

Sistema sanitario

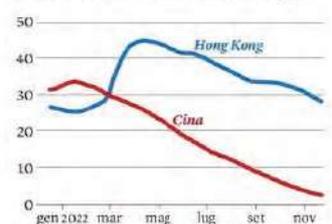
I medici sono pochi



Curva dell'immunità

Protezione in calo

Popolazione immunizzata contro omicron (stime), percentuale. La protezione ottenuta con il vaccino o l'infezione diminuisce nel tempo.



La denuncia di Palù (Aifa)

«Covid, in calo le quarte dosi tra gli over 60»

«C'è stata una caduta significativa della ripresa delle vaccinazioni. Tra persone oltre i 60 anni il 60-70 per cento non ha fatto il secondo richiamo, la cosiddetta quarta dose». È quanto denuncia il presidente dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) Giorgio Palù, che ricorda come siano disponibili «antivirali efficacissimi come il Remdesivir» mentre per quanto riguarda Paxlovid bisogna fare attenzione se si assumono altri farmaci. Quindi, precisa Palù, «è bene fare il secondo richiamo

vaccinale, lo mostra uno studio su Nature Genetics su carcerati: non solo è efficace nel 90 per cento a prevenire mortalità ma anche nel limitare la diffusione del virus».

Per quanto riguarda le terapie, «abbiamo antivirali efficacissimi come Remdesivir, che si fa in infusione; mentre Molnupiravir ha un'efficacia un po' minore ma la Cina lo sta acquistando perché si assume facilmente» in pillole.



Giorgio Palù



Miocarditi post vaccino sottostimate da diagnosi sbagliate e studi parziali

Una ricerca su «Pubmed» mostra lo scarso uso dell'Ecg per individuare le infiammazioni cardiache. La cui incidenza è spesso calcolata ignorando sesso, età, dosi pregresse e fattori di rischio di chi riceve la puntura

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ Sono diverse centinaia gli eventi avversi da vaccino anti Covid a mRNA di Pfizer e Moderna, identificati dagli statunitensi Centers for disease control and prevention (Cdc).

A rivelarlo è *The Epoch Times*, che è riuscito a ottenere la documentazione dopo una richiesta del Freedom of information act (Foia), la normativa che garantisce a chiunque il diritto di accedere alle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni.

Ricorderete che, lo scorso settembre, i Cdc avevano ammesso di non aver analizzato nel 2021 alcuni tipi di segnalazioni di eventi avversi arrivati attraverso il Vaccine adverse event reporting system (Vaers), programma statunitense per la sicurezza dei vaccini. L'analisi del Prr, proportional reporting ratio (metodo statistico applicato su soggetti esposti a un farmaco), fu effettuata solo tra il 25 marzo 2022 e il 31 luglio 2022. I dati, oggi in possesso di *Epoch Times*, confermano un alto numero di reazioni anche gravi post vaccino.

Purtroppo, le diagnosi sono spesso fatte in modo incompleto, come evidenzia uno studio dell'Università di Taiwan appena pubblicato su *PubMed*, che riguarda i cambiamenti dei parametri dell'elettrocardiogramma dopo la vaccinazione con Pfizer, in 4.928 studenti dai 12 ai 18 anni delle scuole superiori della capitale Taipei.

Con la prima dose, 62 accusarono palpitazioni, in seguito alla seconda il numero balzava a 373 studenti.

Così pure il dolore al petto, sofferto da 102 ragazzi prima, da 394 poi. La prima vaccinazione ha prodotto un problema cardiaco in 280 giovani, la seconda in 763.

Lo screening della miocardite, effettuato con l'Ecg, prima e post vaccino, «presentava un'elevata sensibilità e specificità per rilevare effetti avversi cardiaci significativi», legati a un vaccino a mRNA, scrivono i ricercatori. Eppure pochissimi lo fanno.

C'è troppa approssimazione, anche nel rilevare l'incidenza di questi problemi al cuore in seguito all'inoculo.

«Se il rischio di miocardite non è stratificato per fattori pertinenti», ovvero valutando il rischio reale che una persona corre in base a sesso, età, numero di dosi ricevute e produttore del vaccino, così da identificare il sottogruppo di persone maggiormente vulnerabili, questo rischio finisce per essere diluito o concentrato senza dare informazioni utili sull'incidenza nella popolazione, afferma **Vinay Prasad**, professore presso il dipartimento di epidemiologia e biostatistica presso l'Università della California, San Francisco (Ucsf), in un paper uscito a fine dicembre sull'*European Journal of clinical investigation*.

Il professore, con il suo team, ha compiuto la più ampia revisione sistematica di articoli usciti sul tema miocarditi post vaccino anti Covid. Di 758, ne ha scartato la

maggior parte perché incompleti, o duplicati, o senza la valutazione dell'incidenza, lasciandone per l'analisi finale solo 29 relativi a casi che provenivano da Paesi come Canada, Stati Uniti, Israele, Regno Unito.

Solo otto (il 28%) di questi 29 studi prendevano in considerazione sesso, età, numero di dosi, produttore, e l'incidenza di miocardite variava da 8,1 a 39 casi per 100.000 persone. Nei maschi di età compresa tra 12 e 17 anni, dopo la seconda dose del vaccino Pfizer l'incidenza era la più alta: 39 e 37,3 casi per 100.000.

In cinque studi (17%) si utilizzavano tre fattori di rischio e l'incidenza di miocarditi variava da 4,3 a 53,7 casi per 100.000 persone. In tre (10%), gli stratificatori erano due, e l'incidenza era da 1 a 6,3 casi per 100.000, mentre in tredici (45%) i fattori considerati erano uno solo, o nessuno, e l'incidenza di miocarditi variava da 0,2 a 7,8 casi per 100.000 persone.

Con meno fattori di rischio presi in considerazione «i tassi di miocardite diminuiscono», osserva **Prasad**. La sua conclusione è che «sembra inappropriato utilizzare stime di incidenza di miocardite



VERITÀ

non stratificate o ampie, quando si mette a punto una politica sulla vaccinazione dei giovani».

Invece, alla presentazione del 7 giugno 2022, il Vaers aveva documentato 4,64 casi per 100.000 dosi nei soggetti di età compresa tra 12 e 15 anni, e 7,59 casi per 100.000 dosi per i soggetti di età compresa tra 16 e 17 anni dopo la seconda dose di Pfizer.

Gli autori hanno anche scoperto che gli uomini di età inferiore ai 40 anni, che ave-

vano ricevuto una seconda dose di Pfizer o Moderna, riportavano la più alta incidenza di miocardite. «Ci sono cinque studi che evidenziano un'incidenza superiore a 10 casi per 100.000 persone negli uomini di età compresa tra 12 e 19 anni dopo la seconda dose del vaccino Pfizer», precisano. Intanto, negli Stati Uniti i consulenti per i vaccini della Fda si sono dichiarati delusi e arrabbiati perché non sono ancora stati resi noti i dati sull'efficacia della nuova dose di richiamo. Le prime informazioni «avevano molti limiti», si sono lamen-

tati con la Cnn. Eppure, i contribuenti statunitensi hanno speso quasi 5 miliardi di dollari per il nuovo booster, che è stato somministrato a oltre 48,2 milioni di persone.



Perché nascono le nuove varianti

The Economist, Regno Unito

La maggior parte degli esperti mette in dubbio l'utilità dei test effettuati prima di partire dalla Cina. Le varianti che dominano in Cina circolano già tra le popolazioni dei paesi che richiedono i test. Quindi, secondo gli studiosi, l'arrivo dei cinesi fa poca differenza.

Ma il monitoraggio è una questione diversa. È ragionevole. Si teme che la fine dei lockdown in Cina significhi che una nuova variante del virus possa evolversi e diffondersi da lì. Questo timore è alimentato anche dal fatto che la Repubblica popolare, pur pubblicando ancora i dati di sequenziamento genomico, non fornisce più il numero di casi, di ricoveri ospedalieri e di decessi. Ma anche altri paesi stanno facendo meno che in passato sul monitoraggio. Secondo Maria Van Kerkhove dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), le sequenze di sars-cov-2 inviate al Gisaïd, un deposito internazionale di informazioni genetiche sui virus, dall'inizio del 2022 si sono ridotte del 90 per cento. Anche il numero di paesi che hanno inviato i loro dati è diminuito. Molti pensano che ormai la malattia sia meno grave, che non ci sia più nulla da fare e che (nonostante la situazione in Cina) la pandemia sia finita. Ma non è così. Il covid uccide ancora diecimila persone a settimana e molte di queste morti sono evitabili.

La teoria delle reti

Seguire l'evoluzione del sars-cov-2 è compito delle reti di laboratori che sequenziano il corredo genetico dei virus circolanti in tutto il mondo. Quando il virus si riproduce in un individuo infetto, il risultato non è sempre una replica esatta. Gli errori di ortografia del codice genetico si verificano regolarmente. La maggior parte dei cambiamenti sono superficiali: modificano l'aspetto del virus, ma non il suo funzionamento. Di tanto in tanto, però, ci sono alterazioni che incidono sulla capacità di infettare del virus o sul tipo di cellule che colpisce (per esempio, quelle delle vie respiratorie superiori o inferiori). Con molti di questi cambiamenti un virus può diventare più bravo a diffondersi, a far ammalare le persone o entrambe le cose.

Nessuno sa esattamente come emergono le varianti più efficienti. Un'ipotesi è che abbiano origine in persone con un sistema immunitario compromesso, come chi ha un cancro o l'aids, e chi assume farmaci per impedire il rigetto di organi trapiantati. Questi individui possono rimanere infetti per mesi, dando al virus molto tempo per replicarsi e accumulare mutazioni.

Dalle ricerche condotte su persone con un sistema immunitario compromesso è emerso che le varianti di sars-cov-2 presenti nel loro corpo avevano un numero insolitamente elevato di mutazioni. Ma uno studio su 27 di quei pazienti, pubblicato a giugno 2022 sulla rivista Nature Medicine, ha dimostrato che non si trattava di mutazioni importanti, legate a una migliore trasmissione, come quelle presenti nelle cosiddette varianti di preoccupazione (voc). I pazienti non avevano neppure trasmesso il virus (anche se il motivo potrebbe essere dovuto al fatto che molti erano in autoisolamento). Lo studio fa pensare che le varianti incubate nell'organismo di queste persone erano più capaci di replicarsi, ma non di trasmettersi.

Un'altra ipotesi sull'origine delle voc è la trasmissione ciclica tra persone e altri animali. È stato documentato il salto di specie dagli esseri umani a gatti, cani, visoni e cervi. Da alcune ricerche è emerso che le mutazioni negli animali infettati da sars-cov-2 di derivazione umana compaiono in parti del genoma che nelle voc sono alterate, come quella che codifica la proteina spike, lo strumento che il virus usa per agganciarsi alle cellule.

Perché una voc si manifesti in questo modo, una variante trasmessa da un animale a un essere umano deve essere poi in grado di diffondersi tra le persone. Non è successo in una serie di infezioni da visone a essere umano che si sono verificate nel 2020 in un allevamento danese. Il virus dei visoni faceva paura perché era molto mutato. Ma le persone che lo hanno contratto non lo hanno passato ad altre. In ogni caso, queste trasmissioni rimangono preoccupanti.

In questa fase della pandemia, un'altra paura è lo sviluppo di virus ricombinanti, che si verifica quando una persona

viene infettata contemporaneamente da due varianti. Questo permette ai due virus di scambiarsi materiale genetico e ha come conseguenza la trasmissione delle mutazioni di entrambi. Combinazioni simili sono particolarmente problematiche. La xbb.1.5, per esempio, si è evoluta dalla fusione di due varianti di omicron. Il lignaggio originale xbb era bravissimo a schivare gli anticorpi ma non ad agganciarsi alle cellule umane (e quindi a infettare). L'xbb.1.5 è capace di fare entrambe le cose.

Probabilità e statistiche

Se c'è un'opinione condivisa sui coronavirus, dice David Heymann della London school of hygiene and tropical medicine, è che emergono a caso e possono farlo ovunque e in qualsiasi momento. Non esistono prove che le varianti abbiano più possibilità di emergere in popolazioni meno immuni, come quella cinese. Più infezioni significano effettivamente una maggiore probabilità che si verifichi un evento casuale, motivo per cui l'improvvisa apertura della Cina, e l'aumento di casi che l'ha accompagnata, è preoccupante. Ma indipendentemente dal contributo cinese, le ondate periodiche di covid non scompariranno, perché nessuno dei vaccini finora disponibili impedisce le infezioni se non per un breve periodo dopo la somministrazione. Per gestire le varianti del sars-cov-2, quindi, non basta concentrarsi sulla trasmissione ma bisogna monitorare costantemente la situazione e adeguare i test, i trattamenti e i vaccini a seconda delle necessità.

Ed è questo monitoraggio che sta diventando sempre più difficile. Il sistema di sorveglianza dell'Oms si basa sui dati delle sequenze genomiche inviati dai laboratori di tutto il mondo a organizzazioni come la Gisaïd, per capire quali varianti stanno diventando dominanti in certe parti del pianeta, se queste varianti sono più virulente e quanto successo hanno farmaci e vaccini per fermarle.



Senza sequenze non è possibile avere queste informazioni. L'Oms tiene traccia anche delle infezioni causate dalle nuove varianti che richiedono il ricovero in ospedale e, una volta lì, il trasferimento dai reparti normali a quelli di terapia intensiva. Così può valutare la gravità. Ma, secondo la dottoressa Van Kerkhove, i mezzi per raccogliere questi dati stanno sparendo.

C'è anche un problema più profondo.

Smantellando la capacità di testare, sequenziare e sorvegliare accumulata negli ultimi tre anni, si rischia di lasciare il mondo impreparato davanti alla prossima pandemia. ♦ *bt*

Se aumentano i casi le mutazioni genetiche sono più frequenti. È necessario che il mondo riprenda a sequenziare il virus sars-cov-2

Pechino, Cina, 6 gennaio 2023



PAUL AGAU (AP) / SGL / L'ESPRESSO

Trenta medicinali essenziali introvabili «Ma è sbagliato fare scorte di farmaci»

VITO SALINARO

Il giro delle farmacie inizia presto, al mattino. C'è chi, come tante mamme, reclama lo sciroppo Zimox, chi è in coda per una confezione di Gaviscon Advance e chi «è in parola» con il farmacista di fiducia per ottenere farmaci per l'aerosol, le compresse da 600 mg di ibuprofene o lo sciroppo Nurofen.

La maggioranza dei clienti resta però delusa. Da Milano a Siracusa questi prodotti sono ormai merce rara. Influenza e Covid hanno fatto esplodere la domanda. Lo stallo di alcune materie prime dalle lontanissime Cina e India, la guerra in Europa e le leggi di mercato che, in alcune circostanze, inducono le industrie a distribuire in mercati esteri dove il prezzo pieno di vendita supera ampiamente quello rimborsato dal Servizio sanitario nazionale, fanno il resto.

Le rassicurazioni dell'Aifa

«La carenza è un dato oggettivo ma l'Italia è un passo avanti rispetto agli altri - assicura il presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, Giorgio Palù -. Non esiste alcun allarme reale, anche perché c'è copertura fornita da medicinali equivalenti. Occorre comunque migliorare la comunicazione tra medici e farmacisti».

La situazione delle scorte «non mi preoccupa», aggiunge, pur sottolineando il problema della delocalizzazione: «Eravamo i primi al mondo nella chimica

- evidenza Palù -, oggi le materie prime ci arrivano in larga misura dall'estero, sarà opportuno riportare in patria alcune produzioni». Palù spiega che l'Aifa cura una pagina in aggiornamento costante dei farmaci carenti, che può essere visitata da chiunque.

Un elenco che ad oggi comprende 3.197 farmaci. Per la maggior parte sono articoli «di cui non c'è più una produzione ma per quasi tutti esiste un'equivalente o un'alternativa terapeutica. Del totale, sono 300 quelli un po' mancanti perché sono farmaci di importazione - dice Palù - ma solo 30 di questi sono veramente essenziali perché non trovano un corrispettivo prodotto da un'industria italiana».

Medicinali usati in sale operatorie, ma anche antinfiammatori, cortisonici, miorilassanti e antibiotici di cui, chiarisce Palù, «abbiamo sempre valide alternative».

A volte i problemi «nascono anche da una comunicazione non perfetta. Ci vuole un dialogo tra medici, farmacisti e associazioni di categoria. Soprattutto i medici - è l'invito del numero uno di Aifa - siano formati per accedere a queste informazioni che sono costantemente disponibili».

Il nodo distribuzione

«Ci accorgemmo del problema mesi fa, quando le consegne dall'industria iniziarono a rallentare e fummo costretti ad aumentare le scorte nei nostri magazzini per cercare di non farci trovare impreparati», dichiara Michele Motta, amministratore

unico dell'azienda di distribuzione farmaceutica «Vim», 11 sedi in Italia e 4.800 farmacie servite: «È una situazione seria ma non la definirei drammatica. Abbiamo già vissuto esperienze simili, dove anche la paura ci mette del suo: a marzo 2020 ci fu un assalto ingiustificato alle farmacie. Il nuovo coronavirus avanzava e si cominciò a parlare, in prospettiva, di carenza di farmaci. Una circostanza che spinse i cittadini a fare scorte senza una reale necessità». In questo caso, osserva Motta, «le farmacie sono tornate ad essere affollate, per alcuni preparati, a causa della coincidente curva di contagi tra Covid-19 e patologie influenzali ma anche perché la ridondanza di queste informazioni sta portando molti a riempire gli armadietti di casa». Detto questo, «il problema c'è, andrebbe affrontato a livello di Ue, e non investe solo prodotti di largo consumo e dall'aumentata domanda, come ibuprofene o paracetamolo, specie in questo periodo, ma anche molti altri farmaci la cui scarsità dipende dalla mancanza di principi attivi. Poi esiste il fenomeno, vecchio di anni, dei prodotti contingentati, che - afferma Motta -, per volere dell'industria, vengono immessi sul mercato in maniera limitata rispetto al fabbisogno del cittadino. Ma qui entriamo in scelte aziendali». La guerra, sottolinea Motta, continua a incidere, e non solo per i costi energetici: «A lungo sono mancati l'alluminio per il blisteraggio delle compresse e il vetro per i flaconi». Quanto durerà questa si-



tuazione? «Con l'attenuarsi dell'influenza avremo già un miglioramento sensibile», conclude l'imprenditore della distribuzione.

La crisi vista dalla politica

A livello politico, intanto, Pd e M5s ottengono l'audizione del ministro della Salute, Orazio Schillaci, che parlerà del proble-

ma il 17 gennaio in commissione Affari sociali della Camera. E mentre la deputata Marta Schifone (Fdi) plaude alla decisione dello stesso ministro di istituire un tavolo permanente sull'approvvigionamento dei farmaci, gli europarlamentari pentastellati Maria Angela Danzi e Laura Ferrara chiedono alla Commissione europea l'adozione di misure comuni

per superare l'ostacolo e per evitare che ogni Paese vada in ordine sparso: «Italia, Grecia e Francia - lamentano - hanno adottato misure differenti».

LO SCENARIO

Palù (Aifa): dei 3.197 prodotti "irreperibili" a preoccupare sono solo quelli importati senza corrispettivi in Italia. Le aziende della distribuzione: il problema è serio ma spesso la gente fa acquisti in farmacia solo perché ha paura



L'INCHIESTA SULLA SANITÀ

Dal Brufen allo Zimox mancano 300 farmaci L'Aifa: usate i generici

CARRATELLI E RUSSO

Aifa e farmacisti gettano acqua sul fuoco, dicendo che l'alternativa ai medicinali introvabili c'è e sono i generici. Che però i medici non prescrivono e che la gente conosce poco, perché se dici Augmentin tutti

sanno che è l'antibiotico, ma se ti propongono l'Amoxicillicina, ossia il principio attivo che lo compone, in molti non sanno cosa sia. E così la caccia al farmaco continua. - PAGINE 8-9



Caccia ai farmaci

Tra Covid e influenza oltre 300 medicinali sono ormai introvabili
L'Aifa: ne mancano 30 essenziali, senza un corrispettivo italiano

IL CASO

PAOLORUSSO
ROMA

Aifa e farmacisti gettano acqua sul fuoco, dicendo che l'alternativa ai medicinali introvabili c'è e sono i generici. Che però i medici non prescrivono e che la gente conosce poco, perché se dici Augmentin tutti sanno che è l'antibiotico più gettonato d'Italia, ma se ti propongono l'Amoxicillicina, ossia il prin-

cipio attivo che lo compone, in molti storcono il naso non sapendo cosa sia. E così la caccia al farmaco continua nelle chat delle mamme che vorrebbero soprattutto pillole e sciroppi in formato pediatrico. Mentre gli adulti vanno alla ricerca soprattutto di antinfiammatori come l'ibuprofene, antipiretici per abbattere la febbre e antibiotici. Anche se le carenze gravi sono quelle che riguardano le terapie antiepilettiche e «una trentina di medicinali davvero essenziali, usati in sala operatoria e dei quali non si trova un corrispettivo che sia prodotto da in-

dustrie italiane», ammette il presidente dell'Aifa, Giorgio Palù, che pure tiene a precisare che nel complesso «non c'è nessun allarme reale».

Ma per capire come stiano



LA STAMPA

realmente le cose partiamo dalle liste pubblicate sul sito di Aifa dei medicinali che scarseggiano o che mancano del tutto negli scaffali delle farmacie e degli ospedali. Quelli carenti sarebbero ben 3.197, ma come precisa lo stesso Palù molti sono fuori produzione. Anche se spesso i medici non lo sanno e li prescrivono lo stesso. Con il risultato che l'assistito entra con la ricetta in farmacia e ne esce a mani vuote. Oltre a quel listone c'è poi un secondo elenco più ristretto, composto da 328 confezioni, che in produzione ci sono ma che è realmente difficile trovare e per le quali non si trova un equivalente generico, tanto che ne è stata autorizzata l'importazione dall'estero. Cosa più facile a dirsi che a farsi, come ammette Marco Cossolo, presidente di Federfarma, l'associazione dei titolari di farmacia. Questo perché ogni volta che si importa una scatola di medicinali, anche da un Paese Ue, bisogna riavviare

la pratica di registrazione. Ma anche a causa dei prezzi da noi mediamente più bassi che non invogliano le imprese della pillola a rifornirci più di tanto per non alimentare il fenomeno delle «esportazioni parallele», di chi acquista da noi i prodotti a basso prezzo per rivenderli a costi più alti all'estero.

«La mancanza di farmaci c'è - afferma Cossolo - ma il problema non è così grave come si dice perché spesso basta utilizzare il farmaco equivalente disponibile oppure far ricalibrare il dosaggio al proprio medico. Se manca il Brufen da 600 mg prendi tre pillole da 200 che in questo momento sono disponibili». Detta così sembra facile, ma in questi giorni con gli studi presi d'assalto farsi rifare la ricetta può diventare un'impresa e il generico in Italia stenta a decollare per la diffidenza di medici e pazienti. Cattive abitudini alle quali si somma come in una tempesta perfetta l'assalto concomitante di Covid, influenza e virus

sinciziale nei più piccoli, che hanno fatto impennare i consumi di antinfiammatori, antipiretici contro la febbre e antibiotici, anche se questi ultimi con i virus non servono a niente.

Ma dietro il problema della carenza di farmaci ci sono ragioni anche più strutturali. Prima di tutto scarseggiano i principi attivi, i quali provengono in larga parte da Cina (dove l'ondata Covid sta rallentando la produzione), India e Pakistan, che risentono più di altri del caro energia. Anche per il confezionamento dipendiamo dalle materie prime prodotte dalle imprese cinesi. Infine la distribuzione che va a rilento. «A causa del caro benzina - spiega ancora Cossolo - i distributori tendono a riempire al massimo i Tir per diminuire la frequenza dei viaggi». Così, anche per i medicinali che in realtà vengono sforati regolarmente dalle fabbriche, bisogna prenotarsi in farmacia e attendere il loro arrivo. Mentre magari la gola brucia e

la febbre non scende. Anche se la carenza non riguarda solo gli antidoti ai mali di stagione. Come ammette lo stesso presidente di Federfarma, «mancano alcuni antiepilettici e questo è grave perché non possono essere sostituiti con gli equivalenti».

Non manca poi chi punta l'indice contro i prezzi troppo bassi dei prodotti fuori brevetto. «C'è una difficoltà nel reperimento di medicinali, soprattutto per quelli su prescrizione e quelli vecchi, con brevetto scaduto, dove le aziende hanno bassi ricavi. Ma non parlerei di allarme, piuttosto di disagio perché può succedere di dover attendere qualche giorno prima che la farmacia riesca a procurarseli», dice Antonio Mazzarella, presidente della Federazione delle associazioni italiane degli informatori scientifici del farmaco e del parafarmaco. Ma anche in questi casi ci sarebbero i generici. Che in Italia si consumano però molto meno che nel resto d'Europa. —

Principi attivi prodotti tra India, Cina e Pakistan: ridotti a causa del caro energia

GIORGIO PALÙ
PRESIDENTE
DELL'AIFA

Oggi le materie prime ci arrivano in larga misura dall'estero. Molti principi attivi sono prodotti in Cina e in India

MARCO COSSOLO
PRESIDENTE
DI FEDERFARMA

I farmaci mancano ma il problema non è così grave spesso basta utilizzare il prodotto equivalente

Anche la distribuzione va a rilento visto l'aumento del costo dei trasporti

Carenza diffusa. Farmaci smistati dalla Croce rossa: anche i più comuni scarseggiano

ANTIBIOTICO

ZIMOX[®]
250 mg/5 ml
polvere per sospensione orale
amoxicillina

Tra gli antibiotici più diffusi, ambito dalle mamme di tutta Italia per contrastare le affezioni acute e croniche delle vie respiratorie in età pediatrica, l'amoxicillina (in questo caso commercializzata come Zimox) è sparita dagli scaffali delle farmacie. In alcune zone scarseggia anche il generico.

ANTINFIAMMATORIO



Anche uno dei più popolari antinfiammatori e antidolorifici, l'ibuprofene (nella foto con il nome commerciale di Brufen), utilizzato ad esempio contro febbre e dolore nel raffreddore comuni, si è trasformato in una chimera per chi intende acquistarlo. Stesso destino per lo sciroppo Nurofen.

ANTI REFLUSSO



Altro prodotto che scarseggia, Gaviscon è usato per il trattamento dei sintomi legati al reflusso gastro-esofageo, quali rigurgito acido, bruciore di stomaco e indigestione (dovuta al reflusso), ad esempio dopo i pasti o nel corso della gravidanza. La versione «advance» è più difficile da trovare.



Il vicepresidente della federazione dei pediatri: "I genitori nel panico" "Costretti a riadattare le terapie Ai bimbi medicinali più pesanti"

L'INTERVISTA

NICCOLÒ CARRATELLI
ROMA

«**C**urare senza avere a disposizione i farmaci giusti è più difficile». Sembra un'ovvietà, ma «ormai da prima di Natale è la nostra faticosa quotidianità», spiega il dottor Luigi Nigri, pediatra a Bisceglie e vicepresidente della Federazione italiana dei medici pediatri. Nel periodo di massima diffusione dell'influenza, dei virus respiratori, «ci siamo trovati senza armi efficaci in mano», ammette dopo l'ennesima giornata in trincea: «Oggi ho fatto 45 visite e risposto a 50 telefonate – racconta –, dover riadattare le terapie perché i genitori non trovano i farmaci che ho prescritto rende tutto più complicato».

Cosa vi risulta manchi nelle farmacie?

«Moltissimi sciroppi mucolitici, farmaci respiratori per l'ae-

rosol, come il Clenil, poi diversi antibiotici. Ma è una situazione a macchia di leopardo: da noi in Puglia magari non c'è l'Augmentin, che però si trova da voi a Roma o a Torino. Non abbiamo capito da cosa dipenda».

E voi pediatri come affrontate questa carenza?

«Ci adattiamo, cercando di garantire ai bambini la miglior terapia possibile. Spesso siamo costretti a usare farmaci non di prima scelta, magari inutilmente più forti, più pesanti per i bambini rispetto a quelli che prescriveremmo in condizioni normali».

A lei è capitato?

«A un mio paziente di 9 anni con la bronchite avevo prescritto un ciclo di aerosol con il Clenil o il Prontinal, ma il papà non ha trovato nessuno dei due prodotti girando quattro diverse farmacie. Allora ho optato per una terapia di cortisone per bocca, che è una cosa che non faccio

quasi mai, solo in casi particolari e gravi: invece di concentrare l'azione del farmaco solo sulla zona interessata dalla patologia, ho dovuto coinvolgere tutto l'organismo».

I genitori come vivono questa situazione?

«Può immaginare, quando non trovano i farmaci per curare i loro figli vanno nel panico e ci chiamano. E noi al telefono ci mettiamo a reimpostare la terapia, pur avendo margini limitati, perché i farmaci pediatrici non sono molti. Poi gli antibiotici, ad esempio, non sono tutti uguali: c'è quello specifico per l'otite o per le tonsille, ma in questi giorni l'importante è trovarne uno».

Consigli per le famiglie?

«Fidarsi del proprio pediatra, che cercherà sempre di curare i bambini al meglio, con i mezzi a disposizione. Magari bisognerà aspettare un giorno o due in più per la guarigione, ma alla fine il ri-

sultato lo portiamo a casa».

Vi sentite travolti da questa situazione?

«Sono giornate infinite, mi sento di poter dire che siamo messi peggio dei nostri colleghi dei pronto soccorso, che almeno, a un certo punto, hanno lo smonto e il cambio turno. Poi il nostro lavoro è fondamentale proprio per fare da filtro ed evitare che i pronto soccorso vengano intasati da casi non gravi. —

RIPRODUZIONE RISERVATA

I genitori in molti casi vanno nel panico, sono giornate infinite

Consiglio di fidarsi del proprio pediatra anche a costo di attendere un po'



LUIGI NIGRI
VICEPRESIDENTE
DELLA FIMP



IL RETROSCENA

Il governo studia la nuova ricetta “Il medico prescrive solo i generici”

Schillaci sorpreso dal clamore mediatico ma rassicurato da farmacisti e produttori
L'idea è incentivare il consumo degli equivalenti, in Italia ancora poco utilizzati

ROMA

Quando a inizio settimana il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha iniziato a sfogliare l'ennesima rassegna stampa piena di servizi sulla carenza dei farmaci, ha pensato subito che prima di finire nel tritacarne era meglio agire, convocando i diretti interessati per farsi spiegare come stanno effettivamente le cose. E prendere le eventuali contromosse. Così, con un giro di telefonate, ha messo intorno a un tavolo, proclamato subito «permanente», farmacisti, industriali della pillola, Aifa e distributori. Anche se alle prossime convocazioni l'invito verrà esteso ai medici di famiglia e ai Nas. Ma al primo giro di opinioni non ha sentito grida d'allarme, bensì rassicurazioni. «Una carenza di diversi medicinali c'è ma quasi sempre possono essere sostituiti con i generici che invece si trovano», hanno sostenuto in coro i presenti. Come se si trattasse di una montatura mediatica. Lettura dei fatti che deve aver alimentato nel ministro l'idea di un complotto per scaricare su di lui problemi che, se esistono, vengono comunque da lontano. Come la scarsa propensione dei medici a prescrivere i generici e dei pazienti a consumarli, forse per quei nomi impronunciabili dei principi attivi che li compongono,

anche se sono in tutto e per tutto identici a quelli griffati, che di diverso hanno solo il nome commerciale che più facilmente rimane impresso. Ma dietro la caccia alla pillola che periodicamente da anni risale agli onori delle cronache ci sono problemi appunto storici, come la dipendenza dall'estero, Cina e India in particolare, per l'approvvigionamento dei principi attivi e il confezionamento.

E siccome Giorgia Meloni ha già una bella gatta da pelare con le accise sulla benzina, per non metterne altra sul fuoco della sanità si è deciso di cambiare passo e prendere il toro per le corna. Prima di tutto cercando di capire come mai da noi i generici siano ancora così poco prescritti. Perché i dati parlano chiaro, secondo il rapporto Osmed dell'Agenzia italiana del farmaco, la spesa per i medicinali equivalenti da noi è al 39,9% mentre negli altri Paesi europei è al 52,2%. Questo nonostante da anni una disposizione di legge scarichi sul cittadino la differenza di prezzo tra il generico e l'equivalente griffato, solitamente più costoso. Una spesa della quale si potrebbe fare tranquillamente a meno, che è stata pari a 1,1 miliardi nel 2020, scesi a 982 milioni l'anno successivo, che fanno però sempre 18 euro ad assistito. Una legge vec-

chia di oltre vent'anni ha poi imposto che nella prescrizione medica al fianco del nome commerciale dei farmaci fosse riportato, tra parentesi, anche quello del principio attivo che denomina il generico, che il far-

macista sarebbe tenuto a proporre all'assistito. A meno che il medico non abbia scritto sulla ricetta che il prodotto griffato è insostituibile.

L'idea sarebbe ora quella di rovesciare l'ordine delle cose, lasciando che sulla ricetta appaia solo il nome del principio attivo. Salvo che il medico motivi nella prescrizione stessa perché invece va somministrato il farmaco con il nome commerciale. La ricetta pro-generico verrebbe poi affiancata da una campagna di sensibilizzazione a favore del loro utilizzo, rivolta tanto ai medici che ai pazienti. Un compito che verrebbe affidato all'Aifa. Anche se sul generico ci saranno da supe-

rare le resistenze di medici di famiglia e industria del farmaco.

Più complicato è il compito di risolvere il problema della dipendenza dall'estero per l'impacchettamento e i principi attivi. In Italia i



LA STAMPA

prezzi dei medicinali mutuabili sono indubbiamente più bassi della media europea e anche per questo motivo l'industria ha tutto l'interesse a continuare a rifornirsi da Paesi dove i costi di produzione sono molto più bassi e conseguentemente anche i prezzi delle materie prime. Così come sarà necessario rimettere mano alla parte bassa del listino prezzi. Perché quando un farmaco costa solo 1,38 euro come la metformina da 500 mg per il trattamento del diabete di tipo 2,

non ci si deve stupire se poi non lo si trova in farmacia.

Intanto a proposito della carenza dei medicinali l'opposizione ha chiesto e ottenuto che martedì prossimo Schillaci venga a riferire alla Camera. La maggioranza non ha fatto muro, ma per la Lega ha parlato Massimiliano Romeo: «Siamo d'accordo che venga il ministro, ma ci chiediamo come mai con Speranza non c'era nessuno che dicesse qualcosa su questo mentre ora si sono risvegliati tut-

ti». Segno che la sindrome da assedio si è diffusa anche fuori dal ministero di Schillaci. PA.RU.—

L'opposizione ha ottenuto che il ministro riferisca alla Camera L'invito al tavolo "permanente" esteso a medici di famiglia e Nas

Orazio Schillaci, ministro della Salute

3.197

I medicinali mancanti secondo l'Aifa: quelli ancora in produzione sono però 328

39,9%

La spesa per i farmaci generici in Italia. Negli altri Paesi europei è al 52,2%



Possibili contromisure

1

Il giro di vite

Il governo potrebbe imporre che in ricetta appaia solo il farmaco generico e non il corrispondente nome commerciale.

2

La campagna

L'iniziativa sarebbe accompagnata da una campagna di sensibilizzazione verso l'uso dei farmaci generici, oltretutto meno cari.

3

Il confronto

Il tavolo con farmacisti, industriali, Aifa e distributori andrà avanti: l'invito verrà esteso a medici di famiglia e ai Nas.



Scorte agli sgoccioli per la terapia che batte il coronavirus a domicilio

Allarme dalla Sicilia. La Crapu serve pure per contrastare gli effetti avversi dei vaccini

di **ANGELA CAMUSO**

■ Scarseggiano nelle farmacie anche medicine salvavita per i malati gravi di Covid. Ciò a causa delle linee guida europee, che hanno stabilito ad agosto scorso nuove norme di fabbricazione per questo tipo di farmaci (le Gmp, «Good manufacturing practices») che obbligano le industrie farmaceutiche a investimenti talmente elevati che molte aziende medio piccole hanno deciso di dismettere la produzione. Non c'è solo, dunque, scarsità di farmaci da banco come Brufen e Tachipirina. La carenza dei farmaci iniettabili in questo caso riguarda quelli utilizzati con successo ormai da molti medici che curano a domicilio il Covid attraverso una terapia endovena che, abbinata alla terapia farmacologica già nota (a base di anti infiammatori e antibiotici), è riuscita a salvare la vita a diverse migliaia di pazienti, anche ad alto rischio, spesso curati quando già la saturazione era assai bassa. Stiamo parlando della terapia Crapu, un trattamento a base di fiale di vitamina C, glutazione e Nac (ovvero nel gergo comune Fluimucil) che fu creata 20 anni fa come terapia complementare a quella farmacologica classica per i malati di cancro dal ricercato-

re indipendente **Giovanni Puccio**, sulla cui applicazione oncologica sono stati pubblicati studi su *PubMed* (da parte del biochimico **Simone Cristoni** e dell'oncologo **Nicola Pantano**). Successivamente la terapia si rivelò efficace nel bloccare la replicazione del virus dell'aviaria come sperimentato dal dottor **Renato Santi Scola**, all'epoca dirigente medico ematologo dell'ospedale civico di Palermo, e proprio in Sicilia, quando è scoppiata la pandemia, è iniziata l'applicazione domiciliare della Crapu. Pioniere è stato il dottor **Giuseppe Cusumano**, medico di famiglia di Mazara del Vallo, che con la Crapu ha salvato circa 3.000 persone - «anche con 66 di saturazione», riferisce - e che oggi lancia l'allarme, perché le scorte dei farmaci per la Crapu presto finiranno ovunque. Uno dei suoi ultimi pazienti, ancora in cura, è lo zio novantenne dell'onorevole **Sergio Tancredi**, ex deputato, che racconta: «Il 28 dicembre è stato malissimo e così ho contattato il dottor **Cusumano**, perché da più di un anno e mezzo ne seguivo l'operato e ho verificato con tanti miei conoscenti che si sono ammalati di Covid l'efficacia della sua terapia. Il problema è stato quando ho iniziato a cercare i farmaci necessari per la Crapu: mancavano in tutto il Trapanese. Ho mobilitato tutti i farmacisti della Sicilia e alla fine ho trovato alcune fiale ad Agrigento. Ora mio zio è fuori pericolo».

«La Crapu ripristina i cicli vitali. È salvavita nei pazienti refrattari ai soli farmaci, spesso perché curati tardi», fa no-

tare il dottor **Cusumano**. La Crapu, oltretutto, non ha effetti collaterali rilevanti in quanto è a base di molecole prodotte naturalmente dall'organismo e si sta rivelando utile anche per curare gli effetti avversi dai vaccini quando non sono irreversibili. «L'N-acetilcisteina ovvero il Fluimucil in fiale, riesce infatti a spezzare i ponti di zolfo che tengono legate le molecole della Spike», spiega il ricercatore **Puccio**, che nel 2021 fu ricevuto insieme con il dottor **Cusumano** dal Cts della Sicilia, incontro che doveva essere preliminare a uno studio sulla Crapu che però poi non fu più promosso dalla Regione. Motivo? «Nonostante l'interesse dell'assessorato la sperimentazione è stata ostacolata dal ministero della Salute», risponde l'onorevole **Tancredi**, che all'epoca aveva perorato la causa, «Ci siamo scontrati contro l'ostracismo del mondo accademico appiattito sulle linee guida nazionali». Parliamo di «Tachipirina e vigile attesa», che hanno avuto come risultato oltre 170.000 morti in Italia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PER SPERANZA & C. NON ERA UN PROBLEMA

I medicinali mancano da un anno ma quanto è comodo scoprirlo ora

di **FLAMINIA CAMILLETTI**

■ L'opposizione che oggi attacca il governo per la carenza di farmaci, un anno fa, quando *La Verità* lanciò l'allarme, negò tutto per bocca di Sileri. Oggi i medicinali difficili da trovare so-

no arrivati a quota 3.200, ma il presidente dell'Aifa Giorgio Palù continua a minimizzare: «Non mi preoccuperei».

a pagina 9



L'emergenza farmaci per i dem ora esiste

L'opposizione attacca il governo e chiede un' informativa urgente. Un anno fa, quando «La Verità» denunciò le carenze, il ministero negò tutto. I prodotti mancanti intanto sono saliti a quota 3.200. Però Palù, presidente Aifa, minimizza: «Non mi preoccuperei»

di **FLAMINIA CAMILLETTI**

■ Finalmente se ne sono accorti. La carenza di farmaci è diventato l'elefante nel salotto che tutti adesso devono per forza vedere. Tanto che il ministro della Salute **Orazio Schillaci** ha istituito un tavolo permanente per l'individuazione dei medicinali che registrano una reale carenza, interventi di risposta a breve e medio termine per far fronte tempestivamente ai bisogni dei cittadini e la definizione di attività di comunicazione e sensibilizzazione al fine di evitare allarmismi e conseguenti ingiustificate corse all'acquisto. Nessun panico, ovviamente, ma *La Verità* è dal 21 novembre del 2021 che denuncia la carenza di farmaci. Allora il ministro della Salute era **Roberto Speranza** che, come ormai tutti sanno, era ossessionato dalla gestione del Covid, mentre tutto il resto, dalle medicine ai posti letto, dalle liste d'attesa ai medici che mancano, passava in secondo piano. Problemucci di poco conto che finivano nella maggior parte dei casi in un cassetto del ministero. Con lui

non se ne curava tutto il Pd, tutta Italia viva e anche tutto il Movimento 5 stelle.

Questi partiti che oggi sono all'opposizione, ai tempi non avevano nessun interesse a dar peso al problema. Neanche quando a mancare erano i farmaci che servivano a curare il boom di casi di bronchiolite dei neonati dell'autunno/inverno 2021/2022. Tanto che quando interpellammo l'allora sottosegretario alla Salute **Pierpaolo Sileri** (già viceministro della Salute nel Conte II e prima ancora presidente della commissione Salute in Senato nel Conte I) rispose testuali parole: «Non ho ricevuto segnalazioni, se i farmaci si importano dall'estero il problema è risolto». Per poi far aggiungere dal suo ufficio stampa che l'argomento carenza farmaci non era di pertinenza del ministero. Succedeva tra l'1 e il 2 dicembre del 2021.

Parole gravissime a cui però nessuno diede peso. Ed è per questo che oggi colpisce l'atteggiamento di Pd, M5s e Terzo polo sul tema. All'unanimità infatti le opposizioni hanno chiesto al governo un'infor-

mativa urgente del ministro della Salute **Schillaci**. La richiesta è stata anticipata dalla capogruppo di Italia viva-Azione, **Raffaella Paita**, che in Aula ha sollecitato il ministro a riferire in giornata. A differenza di quello precedente però, il governo ha risposto positivamente programmando per martedì 17 gennaio alle 14.30 un'audizione in commissione Affari Sociali. Il capogruppo della Lega **Massimiliano Romeo** ha commentato: «Quando dicevamo al ministro **Speranza** che si occupava solo del Covid allora c'era qualcun altro che non diceva assolutamente nulla. Adesso che c'è un governo di centrodestra si sono svegliati tutti».

Il problema, insomma, ora si vede. I farmaci carenti sono



VERITÀ

divenuti ormai 3.200 secondo l'ultimo aggiornamento dell'Aifa del 10 gennaio scorso. Un fenomeno che, come previsto, aumenta a dismisura per un motivo ben preciso: la delocalizzazione da anni dei principi attivi in Asia, specialmente in Cina e India. Pandemia, carenza di materie prime e rincari energetici hanno fatto il resto. Il tema dei principi attivi però, a quanto sembra, ancora non è stato messo del tutto a fuoco neanche dagli addetti ai lavori. **Silvestro Scotti**, segretario della Federazione medici di medicina generale (Fimmg), ha detto che il fenomeno dipende da «un elevato utilizzo di antinfiammatori, perché l'influenza quest'anno ha fatto un 20% di contagi in più e che gira in contemporanea al Covid, per il quale si usano gli stessi farmaci sintomatici». Ma per altre specialità, ha aggiunto, come gli antibiotici «tipo quelli a base di cefalosporine come Cefixoral, c'è un problema di approvvigionamento di principi attivi dalla Cina». Non manca però la solita accusa a presunti speculatori: «Per

altre specialità ci possono essere anche delle forme di speculazione, simili a quelle viste sui carburanti».

Difficile andare avanti se si vede il problema senza capirne le cause. Fortunatamente c'è qualcuno che comincia ad interrogarsi, come Federfarma servizi, che rappresenta la distribuzione intermedia del farmaco: «Vorremmo conoscere la ragione vera del problema, per dare risposte omogenee ai cittadini. Perché i fenomeni di carenza di farmaci che vediamo ora non li abbiamo visti neppure in piena emergenza Covid». Infine c'è chi continua a negare la realtà come il presidente dell'Aifa, **Giorgio Palù**: «Non mi preoccuperei» ha detto, «Del totale dei farmaci carenti (3.200), sono 300 quelli un po' mancanti perché sono farmaci di importazione, ma solo 30 di questi

sono veramente essenziali perché non trovano un corrispettivo prodotto da un'industria italiana». I numeri di Palù non coincidono con quelli di **Marcello Cattani**, presidente di Farindustria: «Dei 3.000 farmaci individuati come mancanti dall'Aifa, 1.500 sono sostituibili» che vuol dire che la metà invece non lo sono.

A chi dare ascolto? Le domande sono ancora troppe e le risposte, quando arrivano, evasive. Modello **Sileri** insomma, che passerà alla storia per esser stato il primo (e speriamo ultimo) sottosegretario alla Salute a dire che la carenza di farmaci (di cui disconosceva l'esistenza) oltre a non essere un problema, non fosse un tema di pertinenza del suo ministero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*La produzione
dei componenti base
dei medicinali
è da anni in Asia*

*La Fimmg: «Alcuni
antibiotici introvabili
per penuria
di principi attivi»*



01

Carenza medicinali, 'tavolo permanente al ministero della Salute'

"Un tavolo di lavoro permanente sull'approvvigionamento dei farmaci, per definire la reale entità del fenomeno e indicare proposte risolutive". Lo ha annunciato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, aprendo l'incontro convocato ieri al ministero, insieme al sottosegretario Marcello Gemmato - informa il dicastero - alla presenza di rappresentanti del ministero della Salute, dell'Agenzia italiana del farmaco Aifa e della filiera farmaceutica produttiva e della distribuzione.

Il ministro - si legge in una nota - ha posto all'attenzione dell'incontro l'individuazione dei farmaci che registrano una reale carenza, interventi di risposta a breve e medio termine per far fronte tempestivamente ai bisogni dei cittadini e la definizione di attività di comunicazione e sensibilizzazione al fine di evitare allarmismi e conseguenti ingiustificate corse all'acquisto. Il tavolo, istituito con decreto ministeriale, sarà allargato anche ai Nas e ai medici di medicina generale.



03 Farmacieunite a Governo e Aifa, alert a medici su quelli non disponibili

Un alert che indichi ai medici prescrittori la carenza del medicinale richiesto in modo che questi possano indicare immediatamente indicare, nelle ricette dei pazienti, farmaci alternativi. Questa la proposta di Maurizio Giacomazzi, segretario del sindacato nazionale Farmacieunite, che ha partecipato alla videoconferenza con i rappresentanti del Governo, del ministero della Salute, dell'Agenzia italiana del farmaco, delle organizzazioni sindacali di settore e delle Regioni, convocata il 10 gennaio per gestire la carenza di molti farmaci.

"La diffusa mancanza di farmaci purtroppo continua in tutto il territorio nazionale - sottolinea Giacomazzi - ci sono carenze trasversali che interessano anche i più utilizzati come l'ibuprofene, ed altri. Io stesso ne ho avuto conferma con gli ultimi ordini effettuati per la mia farmacia, dove riscontro che la maggioranza di quelli che intendo ordinare non sono disponibili". Da qui la proposta dell'alert, per non arrivare in farmacia e scoprire poi che il medicinale prescritto non è disponibile.

"Questo già avviene in vari gestionali nel momento in cui si procede all'ordine - spiega - quindi perché non utilizzare lo stesso metodo anche per il medico? Qualora lo stesso ravvisi la criticità, o l'assenza del medicinale da prescrivere, può indicarne uno o più alternativi in quanto anche gli equivalenti non sempre sono disponibili. E' una proposta che guarda in primis alle necessità dei pazienti - conclude Giacomazzi - e il farmacista professionista fornirà il farmaco all'utente nel più breve tempo possibile".



Farmaci, principi attivi per il 74% dall'estero L'industria cerca altre vie La carenza di medicine

Circa 900 farmaci sono considerati difficili da trovare sul mercato, su un totale di 3.200 farmaci attualmente ritenuti carenti. A causa della crescita della domanda, ma soprattutto per il forte rallentamento della produzione cinese di principi attivi. Questo sta spingendo le aziende italiane a diversificare le importazioni: si cercano sempre più fornitori in India, e in parte anche a Singapore. Perché l'industria del farmaco in Italia importa da produttori esteri ben il 74% dei principi attivi che poi vanno nella formulazione delle medicine.

Il fenomeno non è solo italiano, ma sta coinvolgendo anche altri

Paesi europei. Pochi giorni fa l'associazione europea delle aziende farmaceutiche ha inviato alla Commissione europea una lettera di allarme sulla dipendenza dall'Asia.

**Bartoloni, Monaci
e Fatiguso** — a pag. 7

Farmaci, per i principi attivi dipendenza dall'estero al 74%

Carenza di farmaci. La percentuale dalla Cina vale il 70%, ora le imprese puntano a diversificare per superare i problemi di approvvigionamento e chiedono alla Ue di riportare le produzioni in casa

**Marzio Bartoloni
Sara Monaci**

L'irreperibilità di molti medicinali è sì dovuta all'effetto distorsivo della comunicazione allarmista, che porta la gente ad accaparrarsi irrazionalmente medicine in farmacia. Ma c'è anche un altro rilevante fenomeno in corso: l'Italia, e con lei tutta l'Europa, è sempre più dipendente dall'Asia nella fornitura di principi attivi (e, prima ancora, risalendo la catena della filiera, nelle materie prime necessarie per il packaging). Ma con la Cina che rallenta la produzione, il fenomeno mostra il suo lato oscuro: circa 900 farmaci sono considerati difficili da trovare sul mercato, su un totale di 3.200 farmaci attualmente ritenuti carenti, proprio per difficoltà produttive. Questo sta spingendo le aziende italiane a diversificare le

importazioni: sempre di più si stanno cercando fornitori in India, e in parte anche a Singapore, per sostituire l'import cinese in crisi.

L'import asiatico in crisi

Dei 3.200 farmaci carenti in Italia indicati nella lista appena aggiornata dall'Aifa per oltre 900 prodotti - quindi quasi un terzo - ci sono «problemi produttivi», come evidenziato dalla stessa Agenzia italiana del farmaco. Pesano dunque le difficoltà di approvvigionamento appena citati oltre ai problemi legati a volte alla distribuzione. Per tutti gli altri oltre all'«elevata richiesta» in diversi casi è «cessata la produzione».

Ci sono anche situazioni che, secondo alcune aziende, stanno degenerando. Lo testimonia la Olon, una delle poche aziende che in Italia realizza ancora il principio attivo. Racconta che nell'ultimo periodo il go-

verno cinese ha proprio bloccato le esportazioni di ibuprofene, pertanto il gruppo si è assicurato lo stock di copertura con una strategia di diversificazione delle fonti di materie prime in India, sufficiente fino a giugno. A breve intensificherà gli acquisti per assicurarsi il prodotto più a lungo termine.

La filiera interrotta

Per trovare la radice di questi «pro-



blemi produttivi» bisogna risalire a un fenomeno che inizia a pesare dagli anni Novanta e cresce a dismisura negli ultimi anni: la dipendenza dai giganti dell'Asia, Cina tra tutti, nell'approvvigionamento dei principi attivi e delle materie prime per la produzione dei farmaci - di cui l'Italia è leader in Europa -, oltre che delle altre preziose materie prime necessarie per confezionare le medicine (plastica, carta, vetro, alluminio). Se negli Settanta e Ottanta l'Europa e l'Italia dipendevano per un 30-40% dall'import per queste materie - il nostro Paese in quegli anni insieme alla Spagna era un grande produttore di principi attivi -, la percentuale è salita al 60% a fine anni Novanta per arrivare oggi al 74 per cento. Una dipendenza importante, concentrata soprattutto sulla Cina che rappresenta il 70% di questa fetta, seguita poi dall'India e da altre new en-

try come Singapore e dagli Emirati Arabi. Proprio su questi ultimi paesi molte aziende italiane e multinazionali si stanno spostando per alleggerire questa dipendenza dalla Cina ora alle prese con il boom di contagi dopo due anni di duri lockdown che hanno pesato sulla filiera. Ma l'obiettivo a più lungo termine è quello di provare a riportare in Italia anche la produzione dei principi attivi alla base delle molecole terapeutiche.

L'allarme in Europa

Pochi giorni fa l'associazione europea delle aziende farmaceutiche ha inviato alla Commissione europea una lettera di allarme sulla dipendenza dall'Asia.

In questo documento si sottolinea proprio come la ricerca crescente di forniture dall'estero - in particolare da un'area caratterizzata da maggiore incertezza politica -

metta a rischio la produzione di farmaci. C'è quindi l'invito ad adottare strategie non solo di diversificazione, ma a sostenere una nuova politica industriale, capace di riportare in Europa parte della realizzazione dei principi attivi.

La stessa associazione circa un anno fa aveva sottolineato in una ricerca come alcuni componenti di base, usati quotidianamente, provenissero in larga parte dall'Asia. In particolare si parlava di aspirina e vitamina C, che per oltre la metà viene importata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CARENZE

La lista delle carenze

Su 3.200 farmaci inseriti nella lista aggiornata di Aifa sui medicinali carenti, per 900 risultano difficoltà di reperimento per «problemi produttivi» legati in buona parte alle difficoltà di approvvigionamento di materie prime e di principi attivi necessari per la produzione

Le categorie più a rischio

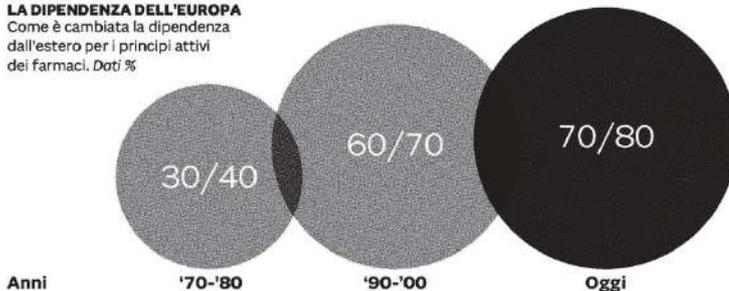
Le carenze effettive riguardano alcune centinaia di farmaci per cui ci sono comunque alternative. Oltre agli antinfiammatori per la cura dei sintomi degli stati influenzali e gli antibiotici per le forme batteriche ci sono difficoltà per antidepressivi, antipertensivi, neurolettici e diuretici.



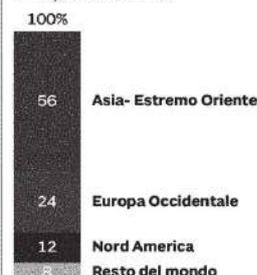
Farmaci. Europa sempre più dipendente dall'Asia per i principi attivi

Quanto pesa la dipendenza sui principi attivi e la produzione nel mondo

PRINCIPI ATTIVI, LA DIPENDENZA DELL'EUROPA
Come è cambiata la dipendenza dall'estero per i principi attivi dei farmaci. Dati %



PRODUZIONE MONDIALE
Principi attivi. Dati in %



L'intervista. **Marcello Cattani.** Per il presidente di Farindustria la filiera va riportata in Italia

«No agli allarmi: i farmaci ci sono, ma sulle materie prime serve più autonomia»

«La domanda di farmaci a partire dalle prime ondate del Covid nel 2020 è esplosa su scala mondiale e così le filiere sono sotto stress già da allora e in più c'è il ritorno dell'influenza mancata per tre anni. Ma ci sono anche evidenti difficoltà di approvvigionamento delle materie prime per il packaging e dei principi attivi per i quali dipendiamo sia come Italia che come Europa da Paesi come Cina e India. Qui pesano un mix di cause che vanno dai problemi della Cina legati di Covid al caro bollette. Per questo l'Italia leader in Europa nella produzione di farmaci deve lavorare per diventare in futuro più autonoma riportando a casa anche queste produzioni». Marcello Cattani, presidente di Farindustria, prova a guardare oltre l'allarme lanciato in questi giorni sulla carenza di farmaci.

È giustificato l'allarme?

Le carenze non mancano, ma parlare di allarme è sbagliato: i farmaci ci sono e bisogna evitare che le persone facciano scorte inutili. Poi se non si trova un medicinale è bene affidarsi al medico che può valutare le alternative prescrivendo un farmaco equivalente

Qual è la situazione effettiva?

Rispetto alle oltre 3mila carenze indicate dall'Aifa quelle effettive sono alcune centinaia e per queste ci sono terapie alternative

altrettanto valide. Le carenze davvero critiche, quelle appunto che non si possono sostituire con altri medicinali, sono alcune decine e sono spesso farmaci molto specifici e particolari come alcuni che si usano in sala operatoria.

Per quali tipologie di farmaci ci sono più difficoltà?

Dopo quasi tre anni di mascherine si nota un effetto provocato dal Covid e dal ritorno dell'influenza, ma c'è anche la ripresa dei controlli medici e delle cure e quindi ci registrano carenze per alcune categorie di farmaci: oltre agli antinfiammatori per la cura dei sintomi degli stati influenzali così come gli antibiotici per le forme batteriche ci sono difficoltà per antidepressivi, antipertensivi oltre che neurolettici e diuretici.

È solo un problema di troppa domanda?

No, c'è altro. L'Italia dipende dall'estero per quanto riguarda i principi attivi e il materiale per il packaging come la carta, la plastica e il vetro su cui c'è una grande concorrenza a esempio con la filiera del cibo. Su queste forniture pesano anche l'esplosione dei costi di gas, carburanti ed energia anche se nelle ultime settimane gli indicatori globali danno segnali di miglioramento.

Pesano anche le attuali difficoltà della Cina?

Assolutamente sì. Per questo le aziende si stanno attrezzando diversificando le fonti di approvvigionamento

Verso quali Paesi?

India e Singapore a esempio stanno diventando Paesi che stanno compensando in parte l'export cinese. Ma la Cina resta cruciale per questo si deve aprire all'uso di vaccini occidentali più efficaci per un ritorno alla normalità produttiva.

E nel medio-lungo periodo?

Come dice anche la premier Meloni dobbiamo pensare in una ottica di difesa degli interessi del Paese tra cui anche la filiera strategica dei farmaci, riportando in Italia per quanto possibile la produzione di principi attivi e materie prime. Le competenze non ci mancano.

Come si fa?

L'Italia deve diventare più attrattiva offrendo incentivi all'innovazione e alla produzione, ma deve anche eliminare la burocrazia e superare strumenti dannosi come il payback. La nave va raddrizzata e il Governo ora può pensare a una strategia ampia di lungo periodo.

— **Mar.B.**
S.Mo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Industria del farmaco. Marcello Cattani, presidente di Farindustria





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

I DATI DEL CENTRO NAZIONALE SANGUE

Nel 2022 va in crisi la raccolta di plasma I prodotti salvavita si comprano all'estero

La raccolta di plasma nel corso del 2022 è stata inferiore a quella del 2020, l'anno dei *lockdown*: quasi 843mila chili, circa 20mila in meno del 2021, quando si era registrata una ripresa rispetto all'anno di esordio della pandemia. È sintetizzato in questo dato l'allarme che lancia il Centro nazionale sangue (Cns), che ritiene responsabile del rallentamento di donazioni di plasma ancora il Covid-19. Infatti i monitoraggi mensili del Cns hanno rilevato che le maggiori riduzioni nella raccolta di plasma si sono verificate a gennaio, aprile e luglio (-10%, -13% e -6,7% rispetto all'anno precedente) in corrispondenza con i picchi di contagi legati alla variante Omicron. Si allontana quindi l'obiettivo (mai ancora raggiunto) di un'autosufficienza nazionale per la produzione di farmaci

plasmaderivati (albumina, immunoglobuline, antritrombina, fattore VII, VIII, IX e XIII), salvavita in alcune patologie rare, che devono quindi essere acquistati all'estero. La raccolta di plasma si effettua sia per separazione da quella del sangue, sia con un prelievo specifico. La produzione dei farmaci avviene nell'industria farmaceutica autorizzata. (En.Ne.)





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Ricerca italiana fa passi avanti contro tumori a seno e colon

Nuovi passi avanti contro il tumore al seno e al colon grazie a importanti risultati ottenuti e pubblicati da gruppi di ricercatori sostenuti da Fondazione Airc. Uno studio pubblicato su *Nature Materials* e coordinato da Giorgio Scita in una collaborazione tra Ifom e l'Università di Milano ha scoperto che il passaggio

delle cellule tumorali dallo stato solido allo stato liquido è alla base della formazione di metastasi nel carcinoma mammario intraduttale, che rappresenta il 20% di tutti i tumori al seno, e si può sfruttare questo stesso meccanismo come arma per attivare il sistema immunitario e quindi combattere il tumore. All'Istituto

europeo di oncologia di Milano è stato invece scoperto un nuovo marcatore per le recidive del tumore al colon retto. I ricercatori, coordinati da Luigi Nezi, hanno individuato un gruppo di cellule immunitarie in grado di individuare i pazienti affetti da cancro al colon-retto che sono più a rischio di ripresa della malattia, e che necessitano quindi di

cure mirate. I risultati della ricerca sono stati recentemente pubblicati su *Nature Communications*.



02

Verso transizione 'rosa' per il dopo Magrini all'Aifa

Il 2023 per l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), iniziato con il terremoto dell'uscita anticipata del direttore generale Nicola Magrini, non senza polemiche politiche per lo spoil system, potrebbe proseguire con l'arrivo di una donna al timone dell'agenzia. L'ipotesi è un ruolo come 'facente funzione' della direzione generale per un periodo di transizione. Secondo fonti dell'Adnkronos Salute, il profilo potrebbe essere quello di una dirigente interna con lunga esperienza in grado di traghettare l'Aifa fino all'attuazione della riforma. Il 23 gennaio alle ore 14 ci sarà la riunione del Cda dell'agenzia dove si potrebbe delineare questo avvicendamento.



Payback dispositivi medici, Confimi: 'abolire meccanismo'

"Apprendiamo che il Governo ha preso seriamente in mano il fascicolo sul payback dei dispositivi medici percorrendo la strada da noi auspicata di sospendere il tutto rimandando le scadenze al 30 aprile. Ci auguriamo sia un tempo congruo per valutare il da farsi e che non sia solo lo spostare in avanti una norma a impatto mortale per le Pmi del settore perché di certo, come abbiamo già avuto modo di dire, non può ricadere sulle imprese l'errore di bilancio delle Regioni". Così Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità, commentando la nota stampa diffusa a margine del Consiglio dei ministri.

"Di certo il problema non si risolverà da sé, ma le indiscrezioni sembrano andare nella direzione indicata e richiesta anche da Confimi Sanità", sottolinea l'associazione. "Abbiamo fatto diversi incontri istituzionali in questi mesi per chiedere che il meccanismo fosse del tutto abbandonato perché perverso, iniquo e a detta dei legali incostituzionale. Ad aprile si avranno nuovi dati del bilancio statale e l'augurio è che si faccia il possibile per recuperare i 2,2 miliardi di spesa pubblica oggi chiesti alle imprese del comparto sanità come fossero un bancomat", ribadisce Pulin.

Un cambio di passo nelle intenzioni di Governo che Confimi Sanità ha apprezzato, rileva l'associazione, sembra inoltre riguardare il tetto di spesa sanitaria dedicato ai dispositivi medici. "Incrementare la spesa per i dispositivi medici al 5,2% è" per Pulin "un segnale di attenzione alla salute pubblica, dimostra che si sta guardando in faccia la realtà. Ora però salvaguardiamo il comportato produttivo - esorta - o diremo comunque addio non solo a garze o siringhe, ma anche a Tac, risonanze e ausili salvavita".



SALUTE

Rischi in gravidanza

La preeclampsia e l'ipertensione in gravidanza hanno basi genetiche. Confrontando il genoma di circa ventimila donne sono emerse diciannove varianti, dodici delle quali associate alla preeclampsia e sette all'ipertensione. I ricercatori hanno calcolato il rischio di soffrire di queste due patologie gestazionali, che mettono in pericolo la vita

della donna e del nascituro, in presenza di ciascuna variante. Serviranno però ulteriori studi per determinare il reale rischio poligenico. La ricerca, non ancora sottoposta a revisione paritaria, è stata pubblicata su **medRxiv**.



Le conseguenze dell'obesità

Science, Stati Uniti



Secondo uno studio condotto sui topi, l'obesità favorisce uno stato d'inflammatione che aumenta il rischio di contrarre alcune malattie, e che rimane più alto anche dopo il ritorno al peso e al metabolismo precedenti. Non è ancora chiaro se i risultati possano essere estesi agli esseri umani. Nella sperimentazione i

topi sono stati alimentati con cibi grassi, diventando obesi. A quel punto si sono attivati dei geni che favorivano lo stato d'inflammatione. In particolare, alcuni cambiamenti epigenetici, in questo caso alterazioni nell'avvolgimento della molecola del dna, hanno modificato l'accessibilità e l'attivazione dei geni. I cambiamenti epigenetici si verificavano in alcune cellule del sistema immunitario, i macrofagi, che si trovano nel tessuto adiposo. Quando i macrofagi migravano nell'occhio, i topi avevano un rischio maggiore di sviluppare una condizione simile alla

degenerazione maculare senile, legata all'invecchiamento. La patologia, associata all'obesità, può causare una riduzione della vista nelle persone anziane. L'obiettivo dei ricercatori è trovare il modo di bloccare o invertire i cambiamenti epigenetici del dna. ♦



LA RICERCA ITALIANA

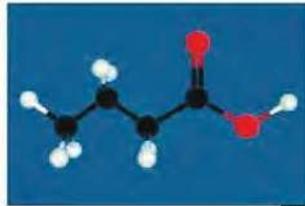
Contro l'obesità infantile un acido grasso del burro

PUÒ sembrare strano che un grasso contrasti l'obesità infantile, eppure l'acido butirrico o butirrato, un acido grasso presente nel latte e nei latticini, ma soprattutto prodotto dalla digestione delle fibre vegetali a opera di alcuni batteri intestinali, aiuta i bambini sovrappeso a dimagrire. Lo dimostra una ricerca su *Jama Network Open* di Roberto Berni Canani, direttore del Ceinge Biotecnologie avanzate Franco Salvatore di Napoli, e colleghi delle Università di Napoli Federico II e Alma Mater

Studiorum di Bologna. Sapendo che c'è una relazione tra obesità e carenza di butirrato, i ricercatori hanno testato l'efficacia di "integratori" somministrati quotidianamente a bambini sovrappeso in associazione a dieta sana e attività fisica. Dopo sei mesi sono stati osservati calo del peso; miglioramento del metabolismo di zuccheri e grassi; diminuzione delle molecole infiammatorie e della grelina, l'ormone che regola il senso della fame. Nessun effetto collaterale, solo lieve nausea e mal di testa in due bambini.

Questo non significa che si debba abbondare con burro e formaggi: quella del butirrato è una terapia medica la cui efficacia, tra l'altro, dovrà essere verificata su più bambini. Se funzionasse e se gli effetti protettivi durassero per oltre sei mesi, avremmo trovato un alleato nella lotta all'obesità, di cui soffre in Italia il 39 per cento dei bambini tra 7 e 9 anni (il 29 nel mondo).

(Martina Saporiti)



La molecola dell'acido **butirrico**, oggetto di terapia sperimentale anti-obesità



RICERCA

Posizione giusta e la pillola va giù

L'EFFICACIA delle pillole che ingeriamo dipende anche dalla postura. In genere, le assumiamo stando seduti o in piedi, ma ora un team di ricercatori della Johns Hopkins School of Medicine di Baltimora, grazie a un modellino al computer chiamato Duke, ha scoperto che per favorire il rilascio dei principi attivi conviene stare sdraiati sul lato destro. In uno studio, pubblicato su *Physics of Fluid*, il modellino Duke, che simula un 34enne, è stato utilizzato per esplorare il processo

della digestione. Si è così visto che la posizione assunta dopo aver ingerito una pillola può aumentare fino all'83 per cento il tasso di dissoluzione dei principi attivi e il passaggio, di questi, dallo stomaco al duodeno. I ricercatori hanno testato Duke simulando lo stare in piedi, steso sul fianco destro, su quello sinistro o supino. Mentre la posizione più efficace è quella stesa sul fianco destro, quella peggiore è stare sul lato sinistro perché ritarda il passaggio della pillola

all'antro dello stomaco, la parte terminale dell'organo che si chiude con il piloro, la valvola tra stomaco e duodeno. Scegliere la posizione migliore può essere particolarmente utile per le persone allettate e per gli anziani che assumono molti farmaci e possono più facilmente avere problemi a ingoiare pasticche a causa dei cambiamenti a livello dell'esofago collegati all'età. (Irma D'Aria)



Emilia Romagna Su scuola e sanità il welfare non brilla più

GIANNI DE PLATO

Il primato della Regione Emilia-Romagna nel campo della sanità, scuola e più in generale del Welfare da alcuni anni ha perso smalto. Non brilla più in qualità e programmazione

dei Servizi rispetto ai nuovi bisogni delle persone e delle famiglie.

— segue a pagina 11 —

Sul welfare della sanità il modello emiliano scricchiola

GIANNI DE PLATO

— segue dalla prima —

■ ■ In particolare la Sanità pubblica da alcuni anni langue perdendo come sistema in poco tempo, e non solo per colpa della pandemia, in appropriatezza delle prestazioni ed efficienza nella fornitura ai cittadini. I bilanci in rosso sono dovuti in buona parte ad una obsoleta e insostenibile organizzazione e a una gestione poco manageriale e molto politica. Solo nei settori regionali dell'economia, del lavoro, della cultura e del paesaggio continua e si rafforza lo sviluppo dell'eccellenza, con politiche che sostengono giustamente da una parte gli investimenti e l'occupazione, e dall'altra la valorizzazione dei territori e delle comunità.

Pesa gravemente, invece, la rinuncia all'innovazione del modello universalistico, proprio quando il governo di destra marcia in direzione opposta e sta tentando di smantellarlo. Dalla terra emiliana-romagnola, sempre meno all'altezza di rispondere in molti settori alle sfide poste dalle crisi nella crisi geopolitica, ben due amministratori regio-

nali, il presidente Stefano Bonaccini e la sua ex vicepresidente Elly Schlein, si candidano alla segreteria nazionale del Pd. Entrambi i contendenti presentano programmi con un'enfasi cui non sempre corrisponde, o non ha corrisposto nel caso della Schlein, un impegno di governo tale da far pensare a una guida autorevole del maggiore partito della sinistra.

Se la politica con la p maiuscola, se la Politica è il parametro con cui valutare i profili culturali, di competenza ed esperienza dei candidati, la scelta ai gazebo del sostituto di Enrico Letta per alcuni iscritti e per molti elettori/elettrici e simpatizzanti non sarà facile. A questi ultimi bisognerebbe saper parlare, si aspettano parole non logore e scelte coerenti.

L'agguerrito Stefano Bonaccini dovrà dare chiarimenti ed essere convincente su almeno due questioni. La prima è quella dell'autonomia differenziata. Che cosa risponde Bonaccini ai numerosi sindaci, non solo dei comuni del Sud, che hanno scritto al presidente Sergio Mattarella pregandolo di fermare il disegno di legge del ministro Roberto Calderoli perché temono "... le ingiustizie determinate dalle differenze tra i diversi territori del nostro Paese"?

La seconda questione riguarda la Sanità e la decisione regionale della riapertura dei 'Punti nascita' nei piccoli ospedali con meno di mille parti l'anno. Per quali ragioni quei punti nascita che erano stati faticosamente chiusi, in attuazione dell'accordo stato regioni del 2010 e delle linee delle Società scientifiche nazionali e internazionali, si decide di riaprirli? La qualità dei servizi e la sicurezza per la donna e il nascituro sono garantite solo nel rispetto di un Servizio ospedaliero Ostetrico Ginecologico con un'attività superiore ai 1000 parti l'anno. Perché le eccellenti esperienze del 'Percorso nascita' secondo il modello Hub-Spoke è rimesso in discussione? Perché si riattivano servizi insicuri e costosi e non si potenziano quei servizi territoriali indispensabili e da tempo sottodimensionati di personale, strutture e tecnologie, come i Servizi di Sa-



il manifesto

lute mentale e di Dipendenze patologiche? Si attendono risposte se si vuole essere credibili e convincenti.

La giovane combattente Ely Schlein non ha lasciato, dopo quasi tre anni di assessorato con importanti deleghe e ruoli, significative tracce del suo mandato in Emilia-Romagna. Ci si aspettava il ridisegno del Welfare, invece resta un sistema che scricchiola da ogni lato. Perché la legge regionale, in anticipazione di quella nazionale, che istituiva l'Azienda di servizio alle persone (Asp), dall'infanzia

alla terza e quarta età, è rimasta inapplicata. Perché l'afferenza dei servizi sociali dei Comuni e delle Aziende sanitarie in un'unica Asp, è rimasta incompiuta. Anzi, anche in quest'area dei diritti sociali si è ritornati indietro. Che fine ha fatto il programma che prevedeva l'assistenza domiciliare e il Centro diurno in ogni territorio, in modo da prevenire il ricovero degli anziani o di anticiparne le dimissioni, in caso di ospedalizzazione? Perché la sbandierata integrazione socio-sanitaria, che doveva mettere in re-

te a livello del Distretto territoriale, i servizi sanitari dell'Asl e i servizi sociali dell'Asp non è stata mai realizzata? Si attendono risposte se si vuole essere credibili e convincenti. Naturalmente la speranza resta che la sinistra sappia rialzare la testa, rimettersi in cammino e mirare unita al governo del Paese.

Sulla sanità e sulla autonomia differenziata, i cittadini dell'Emilia Romagna aspettano risposte, dai candidati del Pd, sui punti di crisi del governo regionale



REGIONALI, IL CANDIDATO DI CENTRODESTRA

Rocca: «Ripartirò da sanità e trasporti»

di **Luisa Monforte**

Ameno di un mese dalle elezioni regionali per la presidenza (12 e 13 febbraio) il candidato del centrodestra, Francesco Rocca, ha delineato gli assi portanti del programma: infrastrutture, servizi gratuiti per i più fragili, patti contro la criminalità e il caporalato nel Sud Pontino, riordino dei conti pubblici. a pagina 4



Francesco Rocca (Centrodestra)

Elezioni, Rocca parte da infrastrutture, sanità e agricoltura: serve trasparenza

La Cisl organizza un incontro tra i candidati: scintille con D'Amato

di **Luisa Monforte**

Un nuovo piano per le infrastrutture, servizi gratuiti per le famiglie in condizioni di svantaggio economico, patti contro la criminalità e il caporalato nel Sud Pontino, riordino dei conti pubblici: il candidato del centrodestra alla presidenza della Regione, Francesco Rocca, ha delineato ieri gli assi portanti del suo programma elettorale, la cui presentazione ufficiale è attesa nella prossima settimana. L'occasione è stata l'annuncio delle liste della Lega, a suo supporto, per le urne previste il 12 e il 13 febbraio prossimi.

Con il segretario del partito, Matteo Salvini, che ha invitato i suoi a «non rispondere a offese e provocazioni, ma ad offrire con il sorriso idee e progetti per una regione stra-

ordinaria», Rocca ha puntato il dito contro gli avversari del centrosinistra che da dieci anni governano la giunta regionale: «Sulle infrastrutture non c'è progettazione, non c'è niente. Le dobbiamo ricostruire insieme, attraverso il dialogo, e offrirle ai cittadini senza perdere nemmeno un giorno, questa è una sfida che la situazione economica ci impone», ha spiegato Rocca. «Anche sull'agricoltura è stato fatto troppo poco: dal sud pontino al viterbese le eccellenze vanno valorizzate, dialogando con tutti gli operatori del settore - ha aggiunto -. Rafforzeremo il patto contro il caporalato. La debolezza economica sta aprendo le porte alla criminalità organizzata e dobbiamo fare un grande patto

per combatterla».

Ma i veri nodi di scontro con l'avversario del centrosinistra, Alessio D'Amato, sono la gestione del sistema sanitario e i conti pubblici. I due si sono stretti la mano e hanno avuto un primo faccia a faccia, ieri mattina, nella sede della Cisl del Lazio. «Con la Corte dei conti abbiamo scoperto che 350 milioni vanno sul Co-



tral - attacca Rocca -. D'Amato promette i trasporti gratuiti a giovani e anziani, ma in realtà l'offerta l'ha già fatta pagare con l'addizionale Irpef».

Di fronte a queste accuse l'avversario ha replicato: «È falso che i fondi dell'Irpef vengono utilizzati per sostenere Cotral, che è stata risanata dalla giunta. Non accetto lezioni da coloro che quando hanno guidato questa Regione l'hanno portata al disastro finanziario, con un disavanzo di due miliardi di euro». Ed è stato proprio l'assessore uscente a dirottare il discorso

sulla gestione del Servizio sanitario regionale: «Il centrodestra ha portato la Regione a una soglia al di sotto della adempienza per quanto riguarda i Livelli essenziali di assistenza (Lea), che noi abbiamo portato a 225, un record negli ultimi dieci anni. È falso che nel Lazio ci sono sperimentazioni sull'assistenza domiciliare integrata. Il Lazio è stata la prima Regione italiana a fare i percorsi di accreditamento nell'assistenza domiciliare».

Poi D'Amato ha precisato: «Abbiamo raggiunto un livello

del 4% degli over 65 assistiti a domicilio, e vogliamo portare questo livello al 10% nei prossimi anni: significa 130 mila pazienti in più gestiti a domicilio». Non la pensa così lo sfidante: «Oggi nel Lazio le famiglie sono sole e abbandonate, non possiamo più permettere che le persone, nel momento in cui affrontano la sfida della salute, si sentano lasciate sole da chi ha la responsabilità di governare. Le liste d'attesa sono interminabili: noi porteremo trasparenza e managerialità».

Le eccellenze

«Rafforzeremo il patto contro il caporalato. Da Latina a Viterbo territori da valorizzare»

Le liste d'attesa interminabili: 30-40 giorni per operarsi di cancro

Chi è

● Francesco Rocca, candidato del centrodestra a presidente della Regione, è stato presidente della Croce Rossa italiana e internazionale



Stretta di mano Il saluto, con sorrisi, tra il candidato del centrodestra Francesco Rocca (a sinistra) e Alessio D'Amato (candidato del centrosinistra)

