



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

17 Gennaio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Al Policlinico psicologi, chimici e biologi

Al via le procedure per nuove assunzioni al Centro Trapianti

Struttura da potenziare Iacolino: «Donare organi è fondamentale»

Fabio Geraci

Al via le procedure per l'assunzione di psicologi, chimici e biologi che serviranno a potenziare la struttura organizzativa e le attività del centro regionale Trapianti. Ad annunciare la necessità di inserire al più presto le nuove figure professionali è stato Salvatore Iacolino, commissario del Policlinico Paolo Giaccone: l'azienda ospedaliera universitaria, infatti, lo scorso anno era stata individuata dall'assessorato regionale della Salute come capofila per l'espletamento del concorso. Alla riunione di ieri erano presenti anche il direttore del centro nazionale Trapianti, Massimo Cardillo, il coordinatore regionale Giorgio Battaglia e Bruna Piazza, ex responsabile del coordinamento operativo del Crt, da giugno scorso direttore dell'anestesia e rianimazione dell'ospedale di Termini Imerese.

«La donazione di organi, presupposto fondamentale per l'esecuzione di un trapianto - ha detto Iacolino - è un importante tema di salute pubblica su cui agire con fermezza. Il Policlinico è al fianco del centro trapianti e lo supporta in tutti i processi e le iniziative necessarie per incentivare le donazioni e salvare tante vite umane, a

cominciare dalle procedure di reclutamento di psicologi, chimici e biologi su cui interverrò prontamente per la tempestiva definizione». In Sicilia sono sempre meno le opposizioni alle donazioni, cresce invece il fronte dei trapianti: nel 2021, infatti, i no sono stati il 6,7 per cento in meno rispetto all'anno precedente mentre le adesioni sono aumentate del 5,4 per cento.

Il primo comune in Italia per consensi alla donazione di organi è Geraci Siculo: in pratica il 95,4 per cento dei cittadini del borgo delle Madonie hanno scelto di registrare la propria adesione ad un'eventuale trapianto. Dietro al primato c'è la vicenda della piccola Marta Minutella, scomparsa a 11 anni nel marzo del 2021 a causa di una leucemia fulminante. I genitori della bambina avevano dato la disponibilità alla donazione degli organi della figlia ma il prelievo non era stato possibile a causa della patologia che ne aveva causato la morte. Una testimonianza che ha colpito profondamente la popolazione del centro madonita: nel 2020 l'opposizione alla donazione sfiorava il 58 per cento, dopo la morte di Marta i contrari sono crollati al 4,6 per cento e l'astensione al 10,7 per cento. Ma, nonostante il successo a livello locale, la Sicilia - sia pure con il trend in crescita - deve ancora migliorare per scalare posizioni. (*FAG*)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Protagonisti. Massimo Cardillo, Bruna Piazza, Giorgio Battaglia, Salvatore Iacolino



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Il vertice

Centro regionale trapianti, Policlinico di Palermo in campo per il potenziamento

Il rafforzamento della struttura organizzativa e delle attività è stato l'oggetto dell'incontro tra Salvatore Iacolino, Massimo Cardillo, Giorgio Battaglia e Bruna Piazza.

di [Redazione](#)



Il rafforzamento della struttura organizzativa e delle attività del **Centro Regionale trapianti** è stato l'oggetto dell'incontro di questo pomeriggio tra il Commissario dell'Azienda ospedaliera universitaria Salvatore Iacolino, il Direttore del Centro Nazionale trapianti Massimo Cardillo e il Coordinatore del CRT Sicilia Giorgio Battaglia. Presente all'incontro anche Bruna Piazza, ex responsabile del Coordinamento operativo del CRT e da giugno scorso direttore dell'anestesia e rianimazione dell'ospedale di Termini Imerese. «**La donazione di organi,**



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

presupposto fondamentale per l'esecuzione di un trapianto - afferma il Commissario dell'azienda ospedaliera universitaria, **Salvatore Iacolino** – è un importante tema di salute pubblica su cui agire con fermezza. **Il Policlinico è al fianco del CRT** e lo supporta in tutti i processi e le iniziative necessarie per incentivare le donazioni e salvare tante vite umane, a cominciare dalle procedure di reclutamento di psicologi, chimici e biologi su cui interverrò prontamente per la tempestiva definizione». L'azienda ospedaliera universitaria lo scorso anno era stata individuata dall'assessorato regionale della Salute come **capofila** per l'espletamento delle procedure concorsuali. Nel corso dell'incontro è stata condivisa anche l'esigenza di iniziative per rafforzare la cultura della donazione e contrastare l'alto tasso di opposizione



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Ospedale Papardo, al via la corsa per 23 assunzioni

L'estratto del bando è stato pubblicato nella Guri Concorsi del 13 gennaio e da quella data ci sono trenta giorni di tempo per presentare istanza.

17 Gennaio 2023 - di [Redazione](#)



Al via le istanze per 23 posti di dirigente medico all'ospedale **Papardo** di Messina. L'estratto del bando è stato pubblicato nella **Guri Concorsi** del 13 gennaio e da quella data ci sono trenta giorni di tempo per presentare istanza. In base alla delibera n. 1537 del 10 novembre 2022 a firma dell'allora direttore generale **Mario Paino** (*nella foto*) il concorso pubblico, per titoli ed esami, prevede l'assunzione dei seguenti **dirigenti medici**:

- 1 patologia clinica;
- 2 cardiologia;
- 2 chirurgia generale;
- 1 chirurgia toracica;
- 1 chirurgia vascolare;



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

- 1 chirurgia plastica;
- 2 ostetricia e ginecologia;
- 1 malattie infettive

- 2 otorinolaringoiatria;
- 2 medicina interna;
- 1 gastroenterologia;
- 1 oftalmologia;
- 1 ortopedia e traumatologia;
- 1 pediatria;
- 1 neonatologia;
- 1 radioterapia;
- 2 urologia.

I requisiti di ammissione, generali e specifici, devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di partecipazione da compilare ed inviare in via telematica, a pena di esclusione, utilizzando la specifica piattaforma informatica accedendo al seguente indirizzo: <https://concorsi.aopapardo.it/>. **Il bando integrale** è pubblicato in Amministrazione trasparente-bandi di concorso del sito aziendale (www.aopapardo.it).



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

GIORNALE DI SICILIA



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Aran convoca sindacati medici e dirigenti il 2 e 7 febbraio

17 Gennaio 2023



Con l'arrivo in Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle Pubbliche amministrazioni, degli atti di indirizzo per il rinnovo dei Ccnl 2019-2021, rispettivamente dei dirigenti delle funzioni centrali e della dirigenza medica e sanitaria, prende ufficialmente il via la stagione delle trattative. L'Aran - come riporta una nota dell'Agenzia - ha convocato i sindacati dei medici per il prossimo 2 febbraio, alle ore 10.30, e i sindacati dei dirigenti delle funzioni centrali per il 7 febbraio, alle ore 11. Il contratto della dirigenza funzioni centrali - ministeri, agenzie fiscali ed enti pubblici non economici - riguarda 4.137 dirigenti e 2.009 professionisti. Quello dell'area sanità interessa 134.635 dirigenti, di cui circa 120mila medici. Nella sanità pubblica bisogna intervenire a livello economico per "limitare quanto possibile le esternalizzazioni". Lo afferma il ministro della Funzione Pubblica, Paolo Zangrillo annunciando il via alle trattative per il contratto 2019/2021 della dirigenza medica. "Per quanto riguarda l'area Sanità, sottolinea, i medici del servizio pubblico riceveranno tutti gli arretrati dovuti. La contingente carenza di personale medico, soprattutto in alcuni ambiti specialistici, e il fenomeno delle dimissioni volontarie determinano la necessità di interventi a



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

livello economico e operativo anche per limitare, per quanto possibile, le esternalizzazioni. L'atto di indirizzo risponde quindi all'esigenza di incentivare l'ingresso nel Sistema sanitario nazionale dei giovani e di fidelizzare i professionisti che già vi operano, prevedendo sviluppi di carriera, ma anche una migliore armonizzazione tra lavoro e vita privata".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità.it**

Midollo osseo. All'Asl Viterbo tipizzati 329 potenziali donatori nel 2022

Numero record per la provincia di Viterbo raggiunto grazie alla collaborazione tra l'Admo Viterbo e il Simt. Da Ros: "La nostra struttura è uno degli 8 poli di reclutamento del Lazio con una provata esperienza nella gestione dei volontari e nelle attività di educazione al dono".



17 GEN - Nei dodici mesi del 2022, il Servizio immunotrasfusionale della Asl di Viterbo (Simt), diretto da **Silvia Da Ros**, e l'Admo Viterbo hanno inserito nel registro IBMDR 379 potenziali donatori di midollo osseo residenti nella Tuscia. Un numero record di tipizzazioni, per la provincia di Viterbo, reso possibile grazie al legame di collaborazione che intercorre da anni tra il Simt di Belcolle e all'associazione di volontariato e all'importante lavoro di promozione e di sensibilizzazione alla donazione svolto in maniera sinergica sul territorio. **"Il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (CSE)** – spiega in una nota diramata dalla Asl **Silvia Da Ros** - è una forma di cura per molte forme di leucemie, linfomi e altre malattie del sangue. Solo il 30% dei malati che necessitano un trapianto trova fra i familiari un donatore compatibile.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La nostra struttura è uno degli 8 poli di reclutamento del Lazio con una provata esperienza nella gestione dei volontari e nelle attività di educazione al dono”. I poli di reclutamento sono organizzazioni identificate dal competente Registro regionale e sono integrati direttamente con il Centro donatori di riferimento (Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini).

“L’importante obiettivo raggiunto nello scorso anno di 379 tipizzazioni di potenziali donatori – prosegue Da Ros – è strettamente correlato al prezioso lavoro che Admo Viterbo, a partire dalla referente **Paola Massarelli** e da tutto il suo team, svolge nella nostra provincia. Un lavoro fondamentale di sensibilizzazione e di trasmissione a cittadini interessati delle informazioni sulla donazione del midollo osseo, ma anche di affiancamento e di supporto del potenziale donatore fino alla tipizzazione HLA e, quindi, alla sua iscrizione nel Registro italiano donatori midollo osseo (IBMDR), nel più assoluto rispetto della normativa sulla privacy”.

Numerose sono state le giornate dedicate alla tipizzazione che nel corso del 2022 hanno contribuito al raggiungimento dell’obiettivo preposto. “Abbiamo iniziato dal 15 al 29 gennaio 2022 – spiega **Paola Massarelli** – con una iniziativa realizzata insieme al Simt e al comitato viterbese della Croce rossa a sostegno dei centri raccolta di Roma a seguito di un appello fatto per un ragazzo in cerca di un donatore di midollo osseo di Cerveteri”. Il ragazzo è stato trapiantato con successo ed è ritornato alla sua quotidianità. **“Presso il Centro di Cure primarie di Montalto di Castro –** prosegue Massarelli -, il 19 febbraio 2022, sono stati tipizzati numerosi potenziali donatori per una bambina in attesa di trapianto. La bambina è stata trapiantata con successo. Non sono mancati gli incontri con gli studenti delle scuole superiori di Viterbo e provincia e della scuola infermieri ‘La Sapienza’ distaccamento di Viterbo. Bella ed emozionante è stata poi la giornata organizzata dalla Croce rossa di Ronciglione, nella quale sono stati tipizzati numerosi ragazzi. A tutte queste iniziative vanno aggiunti e ricordati i donatori che, spontaneamente, hanno aderito alle giornate Admo presso il Simt dell’ospedale di Belcolle”. Inoltre, riferisce la Asl nella nota, “nel 2021 un allievo della Scuola marescialli dell’Aeronautica di Viterbo è diventato donatore effettivo e questo è stato un fattore di facilitazione nella sensibilizzazione dei suoi colleghi che si è concretizzato, il 24 settembre 2022, con



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

una giornata dedicata alla tipizzazione presso la caserma Svam". **“Il Simt di Viterbo** – conclude il direttore generale ff della Asl di Viterbo, **Antonella Proietti** - come Polo di reclutamento, forte dei risultati raggiunti, proseguirà anche nel 2023 l'attività di sensibilizzazione alla donazione in collaborazione con l'Admo. Il nostro obiettivo è quello di accrescere l'inserimento, in un ambito programmatico, di questa fondamentale linea di attività nelle scuole, nelle università e nelle caserme. In generale dobbiamo proseguire a promuovere la sensibilizzazione dei cittadini alla donazione di cellule staminali emopoietiche, perché questo vitale obiettivo di salute lo possiamo raggiungere solo proseguendo insieme il percorso virtuoso avviato nella nostra provincia e di cui dobbiamo andare fieri”.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SALUTE

La mancanza di sanitari emergenza globale

ANGELA NAPOLETANO

A pagina 3

ANALISI Una crisi che rischia di accentuare le disuguaglianze anche sul fronte della salute



ANGELA NAPOLETANO

La carenza di personale sanitario un'emergenza di portata mondiale

Retribuzioni basse, ritmi di lavoro stressanti, età del personale elevata, errata pianificazione: in 47 Paesi l'emorragia di medici e infermieri è insostenibile. A farne le spese sono i più poveri

L'Italia non è l'unico Paese ad avere sempre meno camici bianchi in corsia. L'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha stimato che entro il 2030 potrebbero mancare all'appello più di 10 milioni di professionisti della cura e dell'assistenza pubblica. Soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Il problema non è nuovo. I primi campanelli di allarme risalgono agli inizi del 2000, quando l'idea di una disastrosa pandemia globale, come è stato il Covid-19, era relegata per lo più all'immaginario fantascientifico. Oggi tornano a suonare con l'impeto di un'emergenza solo accelerata dalle conseguenze sanitarie ed economiche del coronavirus. La posta in gioco è alta: ne va della salute (e della vita) di miliardi di persone.

La rivista scientifica "Lancet" ha pubblicato a maggio scorso le conclusioni di una ricerca realizzata su statistiche dell'Organizzazione mondiale per il lavoro (Ilo) relative al personale sanitario in servizio fino al 2019. Al mondo, è il risultato dello studio, mancano circa 6,4 milioni di medici, 30,6 milioni di infermieri e ostetriche, 3,3 milioni di odontoiatri e 2,9 milioni di farmacisti. Buchi enormi che, va precisato, quindici anni fa erano pure più vistosi. Sono poche le nazio-

ni immuni a questa crisi. Ne soffre pesantemente il ricco Nordamerica, Canada e Stati Uniti, e pure l'Europa. L'ufficio regionale dell'Oms ha segnalato a settembre, durante la conferenza annuale tenuta a Tel Aviv, che il nodo rappresenta per l'intera regione, allargata anche all'Asia centrale, una "bomba ad orologeria" pronta ad esplodere. Le rilevazioni dei tecnici di Copenaghen hanno inoltre messo in evidenza enormi disparità tra i 53 Paesi dell'area. In realtà come Turchia, Polonia, Romania, Spagna, Italia e Regno Unito, la proporzione tra il personale sanitario e il numero di abitanti è al di sotto della media.

Il graduale invecchiamento della popolazione, che fa lievitare il fabbisogno di braccia dedicate alla cura, rappresenta solo un



aspetto dell'arcano. Hans Henri P. Kluge, direttore dell'Oms per l'Europa, indica tra le cause della drammatica carenza di professionisti, il 40% dei quali è prossimo alla pensione, una lunga serie di criticità: inefficaci strategie di reclutamento, cattive condizioni di lavoro, difficoltosi avanzamenti di carriera, assenza di pianificazione strategica. Fattori, ha commentato, che «potrebbero potenzialmente far collassare la sanità pubblica» causando molte morti prevenibili. «Bisogna agire in fretta», ha chiesto, adottando «approcci efficaci, innovativi e intelligenti».

Bella sfida. Soprattutto in tempi di crisi economica. Il problema della fuga di camici bianchi dalle strutture pubbliche affonda le radici nella cronica mancanza di investimenti nel comparto. Uno tra gli esempi più significativi riguarda gli infermieri britannici, protagonisti proprio in questo periodo di uno sciopero senza precedenti: il primo in 106 anni di storia del Royal College of Nursing. La rivendicazione punta a ottenere un adeguamento all'inflazione degli stipendi, al momento compresi tra 27mila e 34mila sterline all'anno, che sono fermi ai livelli del 2010. Le statistiche della fondazione Nuffield, *think tank* specializzato in sanità, hanno evidenziato che negli ultimi dieci anni sono rimaste invariate (se non diminuite) le paghe di tutto il personale sanitario. Gli unici compensi in leggera crescita sono quelli del comparto privato che risultano, in ogni caso, essere superiori alla media. Perché, è il ragionamento di molti operatori, continuare a scendere in corsia se il mercato del lavoro offre altre opportunità meglio remunerate e, magari, pure meno rischiosi? Dubbi legittimi soprattutto se aggravati dal peso di turni di lavoro massacranti. È così che si apre la falla attraverso cui i professionisti trovano la via d'uscita. Un buco nel sistema che, nel caso specifico del Regno Unito, è stato allargato dalla Brexit. Un rapporto della Camera dei Lord segnala che se Londra fosse rimasta nell'Unione Euro-

pea, oggi, avrebbe potuto contare su 4mila medici in più. L'esperienza della pandemia insegna, certo, che lo stress fisico ed emotivo causato da un lavoro in ospedale può costringere alle dimissioni anche chi non si pone un problema economico. È stato calcolato che, solo negli Stati Uniti, dopo il Covid-19 hanno appeso i camici al chiodo circa 460mila persone.

La carenza di personale sanitario è talmente acuta da aver innescato tra i governi più ricchi una sorta di "corsa all'ingaggio" nei Paesi in via di sviluppo. Lo Stato australiano di Victoria, per fare un esempio, offre un pacchetto da 10mila dollari, comprensivo di spese di viaggio, a chi, tra ostetriche, dentisti, psichiatri e farmacisti, decide di trasferirsi a Melbourne dall'estero per lavoro. Tra gli Stati più agguerriti c'è il Canada che promuove attraverso fiere ed eventi in India e Filippine le ghiotte opportunità di impiego in Nordamerica. Oltre allo stipendio viene spesso offerto un contributo per le spese dei trasporti e della cura di eventuali bam-

bini al seguito. Il Regno Unito offre addirittura uno sconto sulla tassa prevista per il rilascio del visto. Un permesso di lavoro per tre anni si aggira tra le 625 e le 1.423 sterline. I professionisti della sanità pagano invece 232 sterline, cifra che per i cittadini di Turchia e

Macedonia scende fino a 177 sterline. Che ne sarà, viene però da chiedersi, dei già fragili sistemi sanitari dell'Africa o dell'Asia privati in modo sempre più aggressivo dell'esperienza di cura del personale locale? L'emorragia di medici e infermieri ha raggiunto livelli preoccupanti in 47 Paesi del mondo. Trentatré di questi sono africani. L'Oms ha più volte chiesto un approccio "etico" al reclutamento incoraggiando accordi di "prestito"

negoziati a livello governativo. Come quello





per la fornitura (a tempo determinato) di infermieri che il Ghana sta stipulando con Londra sul modello di quello già sottoscritto con Barbados. L'intelligenza artificiale e le applicazioni di tecnologia digitale sono spesso indicate tra le possibili soluzioni al problema. In Cornovaglia è stata attivata una sperimentazione che incoraggia i pazienti a testare in autonomia i valori del sangue, senza l'assistenza di alcun addetto, con modalità simili a quelle utilizzate nell'auto rilevazione del contagio da Covid-19. I risultati dell'iniziativa contribuiranno a mettere a punto un sistema digitale di controlli sanitari di routine che, questa è la speranza dell'National Health System, possa alleggerire l'enorme carico di lavoro dei medici di base.

È tuttavia difficile (se non impossibile) pensare di poter fare a meno del capita-

le umano in sanità. La 16esima Conferenza europea della salute pubblica, tenutasi a Berlino nel novembre 2022, ha rilanciato l'urgenza di attrarre, formare e trattenere in corsia il personale sanitario. Di investire nella professionalità di operatori a cui affidare il futuro dei sistemi pubblici di cura e assistenza perché da questi dipende l'accesso a servizi sicuri ed efficaci per tutti. Un nuovo corso organizzato dall'Oms e dall'Istituto Superiore di Sanità italiano, il primo nel suo genere, parla proprio di leader della salute collettiva. Dirigenti capaci di porsi domande, di coniugare la scienza all'economia, di indirizzare la ricerca laddove è più urgente, di sviluppare talenti e network. La prima edizione dell'iniziativa, conclusasi a novembre, era aperta a un numero selezionato di persone;

la prossima, prevista nell'autunno 2023, sarà aperta a tutti i professionisti che ne faranno richiesta. «Con una intera nuova generazione di leader pubblici in arrivo - ha commentato Kluge - il domani sembra più promettente».

I governi delle nazioni più ricche hanno scatenato una sorta di "corsa all'ingaggio". In Australia si offrono premi per assicurarsi ostetriche, dentisti, psichiatri e farmacisti disposti a trasferirsi. Il Canada organizza reclutamenti in India e nelle Filippine

La Conferenza europea della salute pubblica ha rilanciato l'urgenza di attrarre, formare e trattenere in corsia le figure richieste, investendo nella professionalità degli operatori. In Italia un corso Oms-Iss

L'equipaggio di un'ambulanza con un paziente fuori dal Royal London Hospital. In Gran Bretagna continuano gli scioperi degli operatori sanitari



C'è carenza di dottori il software fa le diagnosi

► Cresce l'uso delle nuove tecnologie ► Ma affidarsi solo al computer può essere per migliorare l'assistenza ai pazienti rischioso: «Non può sostituirsi al medico»

IL CASO

ROMA «Questo farmaco non lo conosco. Aspetti un attimo». Lo smartphone per fortuna è sempre alla portata di mano e così per il giovane neolaureato, di turno alla guardia medica, bastano due secondi per chiedere aiuto a Google. Non va meglio però se l'incertezza riguarda la diagnosi e i sintomi del paziente non sono chiari. In questo caso, per il malcapitato che ha bisogno di assistenza urgente non resta che rivolgersi al pronto soccorso. Che sia un problema di formazione, oppure di carenza di medici e allo stesso tempo di utilizzo spesso improprio di giovani leve, fatto sta che il rischio che si commettano errori diagnostici è sempre dietro l'angolo.

GLI STRUMENTI

Le aziende produttrici di software, in realtà, già dagli anni '80 avevano capito che l'occasione per trarne profitto era ghiotta e così hanno cominciato a proporre strumenti che aiutano a trovare risposte per quesiti più o meno complessi. Da allora, l'utilizzo delle nuove tecnologie per i quesiti diagnostici si è sempre più diffuso: secondo una indagine più diffusa di UpToDate, una piattaforma internazionale di informazioni cliniche, l'85% di chi la usa ammette che questo strumento migliora la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, l'82% ritiene che serve per prevenire gli errori e il 95% dice che così risparmia tempo. Per capire la portata del fenomeno basti pensare che nel 2021 i medici in Italia hanno visualizzato argomenti clinici su

UpToDate più di 3,3 milioni di volte. Eppure, affidarsi ai software per un consulto medico può essere davvero pericoloso. «Il tema della intelligenza artificiale e della interpretazione dei dati è complesso – mette in guardia Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri –. Il software non può essere il sostituto del medico, perché ogni persona ha le sue caratteristiche individuali. È chiaro che il professionista deve sapersi orientare sulla base di quello che ha a disposizione. Ovviamente, questi sistemi rappresentano la statistica, in percentuale potrebbero indicare quale potrebbe essere la migliore soluzione, ma non possono essere considerati come verità assoluta». E invece in molti lo fanno. «Esiste la convinzione che si possa saltare la valutazione clinica e la visita medica e che si possa fare la diagnosi addirittura da soli. Ma è impossibile - rimarca Claudio Cricelli, presidente della società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg) -. Nessun software è in grado di sostituire il ragionamento clinico, perché si tratta di strumenti che non tengono conto della estrema complessità della valutazione della persona. Il medico, infatti, non valuta la malattia, ma il singolo individuo».

IL SUPPORTO

Il cosiddetto supporto decisionale non è dunque una novità. «Anche i nostri medici di famiglia utilizzano software in pre-

senza di alcuni sintomi – ammette Cricelli – sono utili perché possono aiutare a capire meglio quali sono le possibili implicazioni. Ma non dobbiamo pensare che oggi la carenza dei medici si possa risolvere con un software. Se il medico non c'è, non si può ricorrere all'intelligenza artificiale come se fosse una scorciatoia».

Ma se è vero che i medici, soprattutto giovani, hanno bisogno di consultare Google, il problema va risolto alla fonte. «La differenza tra un neolaureato che abbia fatto un corso di laurea eccezionale e quindi sia preparatissimo e un medico bravo è l'esperienza – sottolinea Rocco Bellantone, ordinario di chirurgia dell'Università Cattolica di Roma -. Il grande medico ha la genialità di intuire quali siano le situazioni attraverso l'osservazione e il dialogo attento con il malato, oltre che la visione degli esami». Ma è proprio la pratica clinica che lascia spesso a desiderare. «È fondamentale aver fatto almeno un tirocinio durante il percorso di laurea accanto a una persona che abbia una grande esperienza alle spalle – spiega Bellantone - Per cui non bastano le nozioni». E figuriamoci se può bastare Google. «Si può utilizzare anche internet, sempre che si consultino fonti serie, però avendo accanto qualcuno che ti faccia interpretare le nozioni che stai acquisendo». Altrimenti si rischia di mandare allo sbaraglio giovani medici.

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INDAGINE DELLA FADOI

Un milione gli anziani parcheeggiati in ospedale

Sono circa un milione gli anziani soli ricoverati in ospedale che restano almeno una settimana più del necessario in reparto perchè non hanno assistenza a casa, tenendo occupati posti letto e incidendo sui costi delle strutture. I ricoveri in medicina interna sono circa un milione e la metà dei ricoverati, quindi 500mila, è over 70 e non ha nessuno. Il 50%, secondo la stima del Fadoi (la società scientifica di medicina interna), resta almeno una settimana più del dovuto: si tratta di 250mila anziani ogni anno. Ma allargando lo sguardo all'insieme dei ricoveri (5 milioni in tutto) si può stimare che in tutti i reparti siano almeno un milione. Ogni anno si contano in totale oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie solo nella medicina interna per la difficoltà a dimettere gli anziani che non hanno sostegno familiare o risorse per un'assistenza a casa. È questo il peso che ricade indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti. Una survey condotta in 98 strutture da Fadoi indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una

settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto. Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perchè non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perchè non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'assistenza domiciliare. E il tutto ha un costo per il Ssn di circa un miliardo e mezzo l'anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO SPRECO
**Il 50% resta
ricoverato una
settimana più
del necessario.
Costi in più
per almeno
1,5 miliardi**



Salute 24

Cure a casa
Fondi Pnrr arrivati
Regioni non pronte

Bartoloni e Gobbi — a pagina 22

Cure a casa, arrivano 2,7 miliardi Metà Regioni rischiano il flop

L'allarme. Assegnati i fondi del Pnrr per curare a domicilio entro il 2026 il 10% degli over 65 (+800mila)
Le criticità: manca il personale e solo dieci Regioni hanno già recepito le regole per accreditare gli enti

Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Ci sono quasi 3 miliardi del Pnrr da spendere da qui ai prossimi quattro anni per portare le cure a casa al 10% degli over 65 in Italia: si tratta di quasi 1,4 milioni di italiani, contro i soli 400mila di oggi. Ma la corsa alle cure domiciliari che comincerà già da quest'anno rischia di fare flop innanzitutto perché il personale sanitario è introvabile già negli ospedali figurarsi sul territorio - tra calo delle vocazioni e tetti di spesa - e poi perché solo una decina di Regioni sono in regola con l'accreditamento che potrebbe aprire le porte ad enti privati e cooperative che già da anni sono protagonisti dell'Adi (l'assistenza domiciliare integrata).

Lo sblocco dei robusti fondi per le cure a casa arrivano in tempi magrissimi per la Sanità, con le Regioni che hanno appena preso carta e penna per sollecitare il ministro Schillaci e il Governo a riaprire i cordoni della borsa - dopo la breve parentesi degli investimenti straordinari imposti dal Covid - a favore di un Ssn altrimenti a rischio collasso tra mancanza di risorse e di personale. Perciò i 2,7 miliardi arrivati dopo tanti rinvii a fine 2022 grazie all'intesa Stato-Regioni per potenziare le cure in Adi rappresenterebbero una boccata d'ossigeno da cogliere al volo. Il decreto di riparto però mette paletti precisi vincolando l'erogazione delle risorse al raggiungimento di obiettivi intermedi di popolazione assistita - anno per anno - fino a metà 2026 (scadenza del Pnrr) quando si dovrà raggiungere il target

del 10% di over 65 curati a casa. E così già nel 2023 le Regioni per avere il 50% delle risorse stanziare per quest'anno dovranno dimostrare di aver aggiunto 296mila over 65 in più curati a casa - dai 41mila della Lombardia ai 1391 del Molise - e il prossimo anno ben 525mila fino appunto arrivare agli 808mila del 2026. Un impegno non da poco se si pensa che l'Italia è storicamente fanalino di coda in Europa nelle cure a casa e parte da un modestissimo 2,9% di anziani assistiti - con 16 ore in media di assistenza per persona all'anno mentre ne servirebbero almeno 20 al mese ciascuno - a fronte ad esempio del 15,6% della Germania che è in cima alla lista. Poi c'è il grande tema della carenza di personale che, al di là del supporto cruciale della telemedicina a cui il Pnrr destina un miliardo, dovrebbe farsi carico di pazienti per definizione complessi con bisogni di cura socio-sanitaria. Centro delle prestazioni a domicilio dovrebbe essere l'infermiere di famiglia, ma considerando che oggi ne mancano all'appello almeno 70mila e che la professione dopo lo shock da pandemia ha perso rapidamente appeal con un conseguente calo delle iscrizioni ai corsi universitari, il domani delle cure domiciliari si profila ancora più fosco. Terzo fattore, di certo non in ordine di importanza, è il mancato recepimento in metà delle Regioni dell'intesa che il 4 agosto 2021 aveva fissato i requisiti per l'accreditamento delle cure domiciliari a operatori pubblici e privati, in attuazione della legge di Bilancio 2021: al momento l'avrebbero fatto

Lombardia, Sardegna, Puglia, Calabria, Abruzzo, Lazio, Umbria, Piemonte, Sicilia e Basilicata. Con Veneto, Emilia e Toscana che hanno optato solo per l'accreditamento all'interno del Servizio pubblico.

A oggi - spiegano da Confcooperative - su 20 Regioni solo tre e cioè Lombardia, Lazio e Sicilia sono a buon punto nella realizzazione di questo nuovo sistema pensato per mandare in soffitta le "gare" e per migliorare standard e qualità.

Con la Lombardia, dove per la domiciliare operano oltre 130 erogatori di diversa natura tra Spa, Srl, ospedali e quant'altro, che da marzo dovrebbe entrare a regime. Mentre il Lazio per il momento continua a prorogare la "sperimentazione" del nuovo sistema avviata già nel 2017, con una tariffa media inferiore ai 35 euro all'ora. Tra le Regioni del Sud, la Sicilia ha messo in piedi un sistema completo che sta partendo adesso. Per il resto, è la sintesi del monitoraggio approntato anche sui tavoli del ministero della Salute dove da questa settimana l'ex sottosegretario alla Salute Andrea Costa riprenderà in



mano il dossier delle cure territoriali, c'è il buio o quasi: Sardegna, Puglia, Calabria, Umbria, Veneto e Piemonte sono ancora ferme alla prima delibera che "annuncia" il passaggio al regime di accreditamento al posto delle gare, mentre in Abruzzo malgrado il recepimento formale qualche Asl va da sé e continua a bandire gare. La Basilicata, infine, avrebbe deciso per una gara regionale. Gli altri governi locali sembrano invece ignorare an-

cora l'Intesa del 4 agosto 2021. Con buona pace dei 2,7 miliardi in palio e degli 800mila anziani fragili in più in attesa di essere curati presto e bene a casa propria.

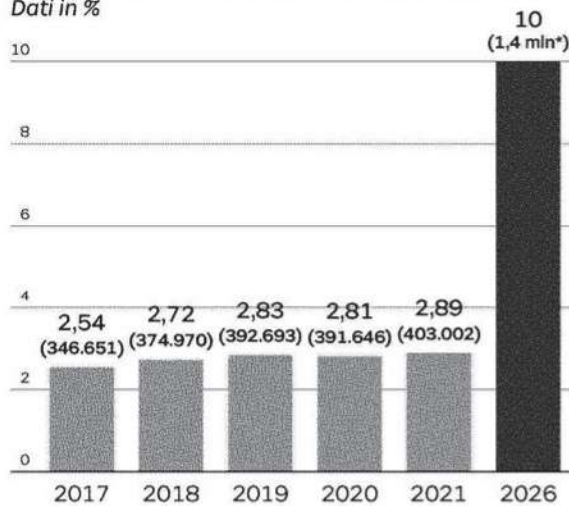
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Italia è fanalino di coda in Europa con solo il 2,9% di anziani assistiti a casa contro il 15% della Germania

La fotografia attuale e il confronto con gli altri

L'OFFERTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE E IL TARGET DEL PNRR

Over 65 assistiti in ADI, anni 2017-2021 su popolazione anziana (tra parentesi valori assoluti). Dati in %



(*) Target Pnrr. Fonte: Confcooperative

LA SITUAZIONE REGIONALE

Assistiti in ADI su popolazione anziana. Regioni italiane 2021. Dati in %

0-1 1-2 2-3 3-4 >4

Abruzzo	4,71	Piemonte	2,08
Basilicata	3,92	P. A. Bolzano	0,44
Campania	2,20	P. A. Trento	3,10
Emilia R.	3,72	Puglia	1,91
F. V. Giulia	3,14	Sicilia	4,13
Lazio	2,73	Toscana	3,82
Liguria	3,07	Umbria	2,41
Lombardia	2,81	V. d'Aosta	0,45
Marche	3,72	Veneto	4,34
Molise	0,49	Italia	2,89



«Ora bisogna correre, ma la Sanità diventi emergenza come l'energia»

L'intervista
Enrico Coscioni

Presidente Agenas

Enrico Coscioni è presidente dell'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che tra i suoi compiti ha anche quello di monitorare come le Regioni spendono i fondi del Pnrr. Ma Coscioni più che sul capitolo delle cure domiciliari, «su cui bisogna correre» è preoccupato per la tenuta di tutto il sistema: «La Sanità - spiega - deve diventare una emergenza come l'energia, serve un piano Marshall o si chiude».

Partiamo dalle cure a casa. Ce la faranno le Regioni?

«Sono convinto che tutte possono farcela recependo l'accordo e poi procedendo ad accreditare gli enti. Non è complicato. Ma poi bisogna correre perché ogni anno come prevede il decreto che stanziava i fondi le percentuali di anziani da assistere a casa deve crescere per arrivare al 10% entro il 2026»

E poi cosa serve?

Se vogliamo fare un'assistenza domiciliare di qualità bisogna far decollare anche tutta la riforma della medicina territoriale prevista dal Pnrr e disegnata dal Dm 77

perché molto dell'Adi dipende e va integrata con le altre gambe a partire a esempio dalla telemedicina perché le cure a casa possono anche essere erogate come televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

Ma si troverà il personale?

«Sicuramente è molto più facile fare gli accreditamenti esterni con le associazioni e gli enti che non farseli in casa perché sappiamo bene quali sono le difficoltà a trovare il personale».

Cosa pesa?

La difficoltà a trovare personale riguarda tutte le Regioni ed è un problema di programmazione che viene da lontano oltre che di poca attrattività anche a causa degli stipendi. Ma poi c'è il tetto di spesa che per alcune Regioni vuol dire non poter assumere

Come si supera l'impasse?

Il discorso è complesso. Inutile girarci attorno: la coperta è corta. Il Governo deve capire che dopo l'emergenza energia e carburanti c'è quella della Sanità. Serve un piano Marshall che significa innanzitutto

più fondi visto che in percentuale al Pil il nostro finanziamento è tra i più bassi in Europa e proprio per i tetti di spesa abbiamo anche il record negativo per numero di infermieri e medici.

E poi?

Servono una serie di misure urgenti: dalla possibilità di impiegare i giovani specializzandi già dal primo e secondo anno all'emergenza nei pronto soccorso fino a un piano per abbattere le liste d'attesa. Qui a esempio le idee non mancano

Quale a esempio?

Se c'è la flat tax per gli autonomi perché non prevederla anche sugli straordinari dei medici che si impegnano fuori turno per abbattere le liste d'attesa visto che sui loro stipendi pagano il 55%?

Se non si interviene che accade?

Che in pochi anni il Servizio sanitario nazionale chiude.

—Mar.B.



LE COOPERATIVE

«Vanno formati subito oltre 100mila operatori»

«Le Regioni devono accelerare al massimo nell'attuare l'Intesa dell'agosto 2021 sull'Adi e per evitare che continuino ad andare in ordine sparso come sta accadendo, servirebbe una regia politica unica in capo ai ministeri del Lavoro e Politiche sociali e della Salute che tenga insieme l'approccio alla non autosufficienza e quello strettamente sanitario. Poi bisogna valorizzare la prossimità, ad esempio sfruttando tutte le potenzialità della farmacia dei servizi, punto di riferimento per gli anziani insieme al medico di famiglia: basterebbe dotare i farmacisti di un portale da cui attivare le cure a casa». Queste le priorità indicate per un cambio di rotta sull'assistenza domiciliare dal presidente di Confcooperative Sanità-Confederazione cooperative italiane, Giuseppe Milanese. Che prosegue: «È chiaro che il nodo alla base di tutto è il personale: oggi gli addetti sono 3mila mentre assistere in Adi per almeno 20 ore al mese secondo lo standard indicato dalla letteratura internazionale il milione circa di persone che corrisponde al 10% di over 65 fissato dal Pnrr - a fronte degli attuali 400mila pazienti seguiti per 16 ore l'anno - significa arruolare 111mila operatori. Dove li troviamo? Va promossa subito una campagna di formazione da mille ore l'anno per 100mila operatori socio-sanitari (Oss) specializzati. Questa figura professionale era già stata prevista nel 2003 dal nostro ordinamento quindi basterebbe

potenziarne e indirizzarne le capacità». Per Milanese guardare ancora solo agli infermieri come risorsa per l'Adi, vista la carenza di numeri che interessa la categoria, non ha senso. Tanto più che anche quanti oggi sono impiegati nell'Adi svolgono per la grande maggioranza delle ore, spiega, una funzione più di "badante" che di nursing.

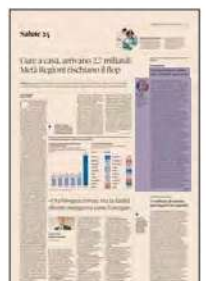
Inoltre in un Pnrr che punta moltissimo sulle Case di comunità, prevedendone una ogni 50mila abitanti, secondo Milanese l'ottica di prossimità appare ancora lontana: «L'85% dei Comuni italiani conta meno di 10mila residenti - sottolinea - i nostri assistiti hanno bisogno non di mattoni, ma di risposte vicine e risorse umane a disposizione. Mentre le case di comunità rischiano di rivelarsi i nuovi uffici burocratici del distretto lasciando irrisolto il grande bisogno di risposte dei fragili. E fragile è anche un ultranovantenne che vive solo anche senza particolari cronicità. Malgrado la grande opportunità del Pnrr, ancora oggi c'è una resistenza a tener conto delle priorità dei destinatari delle cure. In assenza di una presa in carico adeguata sul territorio i nostri Pronto soccorso continueranno a intasarsi di anziani fragili».

— **B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GIUSEPPE MILANESE
Presidente di
Confcooperative
Sanità-
Confederazione
cooperative
italiane





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Agli operatori sanitari: la salute non è un lusso

«La salute non è un lusso, è per tutti». E «i malati sono persone». Sono due delle notazioni principali fatte ieri dal Papa nell'udienza alla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, di riabilitazione e prevenzione. «Un mondo che scarta gli ammalati, che non assiste chi non può permettersi le cure, è un mondo cinico e non ha futuro», ha ammonito il Pontefice. Per questo

ancora una volta, alla «cultura dello scarto», ha contrapposto «la cultura della cura», cioè quella «impersonata dal buon Samaritano». Per questo Francesco ha invitato a prendersi cura delle persone «che chiedono di essere curate e di sentirsi curate». Dunque, «è importante relazionarsi a loro con umanità ed empatia. È vero con un alto livello professionale - quello è vero - ma con umanità ed empatia», ha raccomandato il Papa. Quanto agli operatori sanitari, il

Pontefice li ha ringraziati per il loro impegno anche a pericolo della loro vita. E ha aggiunto: «Avete bisogno di qualcuno che si prenda cura di voi, attraverso il riconoscimento del vostro servizio, la tutela di condizioni adeguate di lavoro e il coinvolgimento di un numero appropriato di curanti, affinché il diritto alla salute venga riconosciuto a tutti».



UDIENZE PAPALI

Ai rappresentanti
di professioni
sanitarie tecniche

La salute non è un lusso

«**L**a salute non è un lusso, è per tutti». E di conseguenza «un mondo che scarta gli ammalati, che non assiste chi non può permettersi le cure, è un mondo cinico e non ha futuro». La denuncia di Papa Francesco è riecheggiata stamane nella Sala Clementina

durante l'udienza ai rappresentanti italiani delle professioni sanitarie tecniche di radiologia, riabilitazione e prevenzione.

PAGINA II

Udienza ai rappresentanti delle professioni sanitarie tecniche di radiologia, riabilitazione e prevenzione

La salute non è un lusso

Un mondo che non assiste chi non può permettersi le cure è cinico e senza futuro

«La salute non è un lusso! Un mondo che scarta gli ammalati, che non assiste chi non può permettersi le cure, è un mondo cinico e non ha futuro». È il grido di denuncia lanciato da Papa Francesco in occasione dell'udienza ai membri della Federazione italiana degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ricevuti in udienza stamane, lunedì 16 gennaio, nella Sala Clementina. Ecco il discorso del Pontefice.

Cari fratelli e sorelle,
buongiorno e benvenuti!

Ringrazio la Signora Presidente per le sue parole di saluto. Voi rappresentate migliaia di professionisti sanitari: questo incontro, dunque, mi offre l'occasione di rinnovare la mia vicinanza e gratitudine per quanto fate quotidianamente. Desidero ringraziarvi per il

vostro impegno e la vostra dedizione, specialmente quando sono nascosti. I professionisti sanitari, negli ultimi tre anni, hanno vissuto un'esperienza molto particolare, difficilmente immaginabile, quella della pandemia. È stato detto altre volte ma non bisogna dimenticarlo: senza il vostro impegno e le vostre fatiche molti malati non sarebbero stati curati. Il senso del dovere animato dalla forza dell'amore vi ha permesso di prestare la vostra opera al servizio del prossimo, anche mettendo a rischio la vostra stessa salute. E con voi ringrazio tutti gli altri operatori sanitari.

Tra meno di un mese, l'11 febbraio, ricorrerà la Giornata Mondiale del Malato, che sempre invita anche a una riflessione sull'esperienza della

malattia. Ciò è oggi tanto più opportuno, anzi necessario, perché spesso la cultura dell'efficienza e dello scarto «spinge a negarla. Per la fragilità non c'è spazio. E così il male, quando irrompe e ci assale, ci lascia a terra tramortiti. Può accadere, allora, che gli altri ci abbandonino, o che paia a noi di doverli abbandonare, per non sentirci un peso nei loro confronti. Così inizia la solitudine». (*Messaggio per la XXXI Giornata Mondiale del Mala-*



L'OSSERVATORE ROMANO

to).

In maniera opposta agisce la cultura della cura, impersonata dal buon Samaritano (cfr. *Lc 10, 25-37*). Egli non gira lo sguardo altrove, si avvicina al ferito con compassione e si prende cura di quella persona che altri avevano ignorato. Questa parabola indica una precisa linea di comportamento. «Ci mostra con quali iniziative si può rifare una comunità a partire da uomini e donne che fanno propria la fragilità degli altri, che non lasciano edificare una società di esclusione, ma si fanno prossimi e rialzano e riabilitano l'uomo caduto, perché il bene sia comune» (*Enc. Fratelli tutti, 67*).

Cari amici, la vostra professione nasce da una scelta valoriale. Con il vostro servizio contribuite a "rialzare e riabilitare" i vostri assistiti, ricordando che prima di tutto sono persone. Al centro infatti dev'esserci sempre la persona, in tutte le sue componenti, compresa quella spirituale: una totalità unificata, in cui si armonizzano le dimensioni biologiche e spirituali, culturali e relazionali, progettuali e ambientali

dell'essere umano nel percorso della vita. Questo principio, che è alla base della Costituzione etica della vostra Federazione, orienta il cammino e permette di non cedere a sterili efficientismi o a un'applicazione fredda dei protocolli. I malati sono persone che chiedono di essere curate e di sentirsi curate, e per questo è importante relazionarsi a loro con umanità ed empatia. Certamente con un alto livello professionale, ma con umanità ed empatia.

Ma anche voi, professionisti sanitari, siete persone, e avete bisogno di qualcuno che si prenda cura di voi, attraverso il riconoscimento del vostro servizio, la tutela di condizioni adeguate di lavoro e il coinvolgimento di un numero appropriato di curanti, affinché il diritto alla salute venga riconosciuto a tutti. Spetta ad ogni Paese adoperarsi per ricercare «le strategie e le risorse perché ad ogni essere umano sia garantito l'accesso alle cure e il diritto fondamentale alla salute» (*Messaggio per la XXXI Giornata Mondiale del Malato*). La salute non è un lusso! Un

mondo che scarta gli ammalati, che non assiste chi non può permettersi le cure, è un mondo cinico e non ha futuro. Ricordiamo sempre questo: la salute non è un lusso, è per tutti.

Vi esorto a guardare sempre ai valori etici come riferimento indispensabile per le vostre professioni. I valori infatti, se ben assimilati e uniti al sapere scientifico e alle necessarie competenze, permettono di accompagnare nel migliore dei modi le persone che vi sono affidate.

Cari fratelli e sorelle, vi accompagni la materna intercessione della Vergine Maria, che il Vangelo ci presenta come donna premurosa, che si affretta ad aiutare la sua parente Elisabetta. Vegli su di voi e sul vostro lavoro. Di cuore benedico voi e le vostre famiglie. E vi chiedo per favore di pregare per me. Grazie!



Covid, il 2023 non terrà a battesimo il vaccino spray

Sperimentazioni

Il 2023 non terrà a battesimo il vaccino spray anti-Covid. «Avere vaccini autorizzati entro la fine dell'anno sembra piuttosto difficile» ha dichiarato all'Adnkronos Salute Marco Cavaleri, responsabile della strategia per le minacce sanitarie e i vaccini dell'Ema. «C'è un grosso interesse sia da parte di chi si occupa di salute pubblica e di ricerca, sia da parte di Ema nel vedere avanzare questi vaccini e capire quale possa essere il loro valore nel futuro - continua l'esperto - A fine anno ho partecipato a un meeting organizzato dai Nih (National Institutes of Health) per cercare di capire come si può far avan-

zare i vaccini mucosali e direi che siamo ancora in una situazione abbastanza incerta, visto che stiamo aspettando i risultati di test clinici per capire se questi vaccini possono essere una possibilità e se possiamo eventualmente approvarli». In questo momento, spiega Cavaleri, «guardiamo con attenzione al vaccino di CanSino, che è in uso in Cina. È un vaccino inalatorio che utilizza un adenovirus. Sarebbe molto interessante riuscire ad avere dati su qual è la sua efficacia e il livello di protezione che produrre. Stiamo poi guardando altri tipi di tecnologie mucosali, inclusi vaccini che usano un virus vi-

vo, ma attenuato. C'è un vaccino che è in sperimentazione clinica e anche per questo stiamo cercando di capire quanto sia efficace». Ad oggi «è tutto ciò che si può dire».



I vaccini Ha fatto il richiamo solo il 30% di fragili e anziani

Covid, quarta dose solo per pochi

I contagi Covid continuano a calare, e segnano un crollo di quasi il 40%. Giù anche i decessi (-25,7%) nella settimana (6-12 gennaio). Ma in questo quadro convive la falla dei vaccini, rileva la Fondazione

Gimbe. Le somministrazioni anti-Covid restano al palo: solo il 30% di anziani e fragili ha la quarta dose.



MENTRE POSITIVI E VITTIME CALANO

La quarta dose snobbata da tutti L'ha fatta solo il 30% degli anziani

■ Solo il 30% di anziani e fragili ha fatto la quarta dose, un dato che è la media di forti divergenze regionali, dal 13,6% della Calabria al 43,8% del Piemonte. È quanto emerge dal monitoraggio di Gimbe relativo alla settimana dal 6 al 12 gennaio, nella quale hanno offerto il braccio alla quarta puntura solo 639 persone. Mentre sono 6,7 milioni gli italiani dai 5 anni in su che non hanno mai ricevuto nemmeno una dose di vaccino.

E mentre il presidente

di Gimbe Nino Cartebellotta si lamenta per una «campagna vaccinale che rimane sostanzialmente al palo» e chiama in causa il governo per la «scarsa incisività della comunicazione istituzionale», i dati sull'andamento di contagi e decessi continuano ad essere rassicuranti. Nell'ultima settimana i nuovi casi di positività sono calati del 38,2%, i ricoveri del 16,8% e i morti del 25,7%.

I posti letto Covid occupati in area critica, dopo aver raggiunto il picco di

347 il 12 novembre, sono scesi a quota 310. Mentre in area medica, raggiunto il massimo di 9.764 il 12 dicembre, sono scesi a quota 6.421. Il tasso nazionale di occupazione da parte di pazienti Covid è al momento del 10,1% in area medica (si va dallo 0% della Valle D'Aosta al 30,8% dell'Umbria) e del 3,1% in area critica (dallo 0% della Valle D'Aosta al 7,9% dell'Umbria).



Circolare ministero, ok a vaccino Omicron 4-5 in bimbi 5-11 anni

Via libera in Italia al vaccino anti-Covid Comirnaty* di Pfizer/BioNTech aggiornato a Omicron 4 e 5 anche nei bambini dai 5 agli 11 anni. Lo comunica il ministero della Salute, in una circolare firmata dal direttore generale Prevenzione Giovanni Rezza, dopo il pronunciamento dell'Agenzia italiana del farmaco.

"La Commissione tecnico scientifica di Aifa - si legge nel testo - nella seduta del 5 dicembre 2022, accogliendo il parere espresso dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema), ha autorizzato la formulazione Original/Omicron BA.4-5 (5/5 microgrammi) del vaccino Comirnaty con l'indicazione di utilizzo come dose di richiamo per la fascia di età 5-11 anni. Pertanto, si estende la raccomandazione della dose di richiamo ai bambini nella fascia di età 5-11 anni (compresi), che presentino condizioni di fragilità tali da esporli allo sviluppo di forme più severe di infezione da Sars-CoV-2. Inoltre - si precisa - tenuto conto dell'indicazione di utilizzo autorizzata da Ema e Aifa, tale formulazione" bivalente "potrà essere resa disponibile anche per il richiamo dei bambini, nella fascia di età 5-11 anni (compresi), che non presentino tali condizioni, su richiesta del genitore o di chi ne ha la potestà genitoriale".



L'INTERVISTA MAURO MANTOVANI

«Vaccinazioni frequenti indeboliscono l'organismo Effetti avversi in crescita»

di MARIANNA CANÈ

■ «Penso che sia necessaria un po' di chiarezza, dopo due anni di pandemia è tornata la politica del terrore, sembra che la Cina stia ricominciando ad infettare il mondo e così ecco arrivare restrizioni inutili imposte senza neanche aver valutato bene cosa stia accadendo davvero». Ci accoglie così il dottor Mauro Mantovani, biologo-ricercatore specializzato nel sistema immunitario. Nel suo laboratorio a Milano, sta studiando anche gli effetti della proteina Spike nell'organismo, per riuscire a trovare cure e terapie per chi ha sviluppato effetti avversi al vaccino contro il Covid.

Dottor Mantovani, questa attenzione per le varianti cinesi è solo un falso allarme?

«Prima di tutto bisognerebbe considerare i numeri e le diverse grandezze. La Cina ha un territorio che è quasi due volte più esteso dell'Europa intera, ha 1,5 miliardi di abitanti, è ovvio che i contagi siano net-

tamente maggiori. E poi c'è tutto quello che riguarda la trasparenza. Non è un segreto che le informazioni che ci arrivano da lì sono spesso confuse e frammentate».

Il vaccino cinese, il Sinovac, è davvero inefficace?

«Il vero problema è nella definizione di efficacia. Se un individuo è stato per così dire "vaccinato" e poi ha ripreso l'infezione, il vaccino ha di fat-

to fallito. Almeno così sono sempre stati valutati i vaccini. Mentre se la puntura serve solo per limitare l'ospedalizzazione attenuando i sintomi della malattia o evitando il decesso, non si può più chiamare "vaccino" nell'accezione classica del termine, ma bisogna parlare di "farmaco". E tra "farmaco" e "vaccino" cambia tutta la procedura di autorizzazione all'immissione in commercio e i test richiesti. Se si parla di "efficacia" è solo per propaganda, senza un minimo di cultura scientifica».

Quindi non ha senso dire che la causa di questa nuova epidemia in Cina sia Sinovac?

«Non ha alcun senso. Il Sinovac è simile ad altri vaccini "tradizionali" e quindi è diverso da Pfizer o Moderna perché utilizza il virus inattivato, che non si può replicare, per utilizzare termini più semplici. Come accade per il vaccino del morbillo o della varicella. E poi ci sono diversi studi che sostengono la validità del Sinovac, pubblicati nelle riviste più prestigiose, come *Lancet*».

Crede che queste nuove varianti siano pericolose?

«Fino a quando il virus non raggiunge un livello tale per cui si instaura una tolleranza immunologica con l'essere umano, continuerà a produrre varianti. In termini più semplici il virus sta cercando di farsi "accettare" dal nostro or-

ganismo creandosi un posto di privilegio nella specie più diffusa e resistente del pianeta: l'uomo. È già stato appurato che entra di fatto nel nostro genoma come tantissimi altri virus "erpetici" che accompagnano il 98% circa degli esseri umani. Le faccio un esempio: l'herpes simplex, quello che comunemente fuoriesce dalle labbra, non va più via dall'organismo e può manifestarsi in altre forme».

I vaccini aggiornati per le nuove varianti sono utili?

«Il problema è uno: il funzionamento del vaccino. Le spiego: il vaccino produce un antigene che induce lo sviluppo di anticorpi specifici per quell'antigene. Quindi è ovvio che se si viene a contatto con una variante che ha diverse mutazioni nell'antigene per cui il vaccino è stato progettato, quella dose non serve a nulla. Bisognerebbe continuare ad aggiornare il vaccino inseguendo il virus costantemente, ma continuare a vaccinare ha i suoi effetti negativi».

Si riferisce agli effetti avversi?

«Non solo. Recenti pubblicazioni sulla rivista *The Lancet* e anche altri studi indipen-



VERITÀ

denti, hanno mostrato che continuando con le vaccinazioni ravvicinate non solo non

si previene il contagio e/o l'infezione, ma ci si può ritrovare in una situazione paradossa in cui si sovraccarica il sistema immunitario e si possono sviluppare delle malattie autoimmuni. L'assurdità di questo sistema di aggiungere dosi su dosi è che ci si dimentica che il sistema immunitario dovrebbe essere in grado (se in salute) di organizzarsi da solo per un agente infettivo. In pratica sa benissimo cosa fare e quando farlo. Non siamo certo noi a doverglielo insegnare. I virus più

ancestrali hanno un vissuto di circa 3,5 miliardi di anni e il sistema immunitario innato si è formato centinaia di milioni di anni fa».

Viene da chiedersi se ha senso vaccinare i guariti.

«Un paio di settimane fa sono stato da una collega in Svizzera e mi ha detto che lì chi era risultato positivo all'infezione non veniva vaccinato. Ovviamente dopo un test per misurare la presenza di Igg, che semplicisticamente si possono definire anticorpi. C'è da aggiungere altro? I guariti sono sempre stati una risorsa incommensurabile. Come ho accennato prima, il sistema immunitario gode di memoria e si adatta, per cui anche le va-

rianti virali vengono riconosciute e intercettate in maniera magistrale, non c'è bisogno di produrre vaccini per le varianti, basta lasciar fare al sistema immunitario».

C'è differenza tra anticorpi da guarigione e da vaccino?

«Eccome se c'è! Proprio in una nostra indagine è emerso che molte persone hanno anticorpi post vaccino in quantità elevatissima, ma hanno ancora dopo mesi la Spike del virus che circola. Una situazione mai vista prima. Se è la proteina Spike a creare danni, un vaccino che non la blocca, ma anzi che la lascia circolare per mesi nel corpo, funziona in una maniera davvero strana. È una cosa che stiamo ancora studiando, perché non ci è mai capitato prima».

Lei si occupa anche di reazioni avverse ai vaccini mRNA: si riscontrano molti casi?

«È normale che in ambulatorio arrivino persone che non stanno bene. Tra queste persone c'è anche chi ha avuto effetti avversi da vaccinazione. Anzi, purtroppo oramai da circa un anno e mezzo vediamo solo loro. Raccontano vicissitudini e storie che hanno dell'incre-

dibile e che mai, e dico mai, ci si potrebbe aspettare da un servizio sanitario che dovrebbe essere al servizio del cittadino, soprattutto dopo una pratica voluta a tutti i costi proprio dallo Stato e persino resa obbligatoria».

Siete riusciti ad arrivare a delle diagnosi? A delle cure?

«Il vero problema è che manca un coordinamento nazionale, è lo Stato che dovrebbe prendersi in carico delle persone che, da sane, si sono ritrovate malate. Per capire di cosa soffrono bisogna svolgere degli esami molto approfonditi e costosi perché ultra-specialistici. Molti addirittura non vengono fatti in Italia. E non tutti hanno la capacità economica, alcuni chiedono persino dei finanziamenti. Noi stiamo studiando, siamo arrivati a conclusioni che pubblicheremo, ma ci vuole l'aiuto di tutti. Medici, ricercatori e sanitari con esperienza dovrebbero lavorare all'unisono. Probabilmente non esiste una cura per tutti, ma va modulata per ciascuna persona. È un lavoro enorme e interdisciplinare, ma che va fatto per cercare di ridare una vita normale a queste persone dimenticate».

**Il biologo:
«Gli anticorpi post
iniezione lasciano
circolare la Spike
per mesi:
è pericoloso. Cure
costose per chi è
danneggiato»**



BIOLOGO Mauro Mantovani



LA MAPPA DEL CNR L'atlante Covid: l'epicentro sempre in Lombardia

E stato sempre nella Pianura Padana l'epicentro dei contagi da Sars-Cov-2. Lo dice l'Atlante Covid-19 presentato ieri al Cnr che individua quattro fattori di propagazione dell'infezione: inquinamento, mobilità, tipo di assistenza sul territorio e presenza di Rsa non protette. Nel dettaglio, la mappa relativa alla fine di marzo 2020, evidenzia tre situazioni epidemiche distinte: l'Italia settentrionale, con un elevato numero assoluto di contagi, vede al centro la Lombardia con le province di Milano, Bergamo e

Brescia; l'Italia centrale mostra un contagio sostenuto esclusivamente a Roma e in alcune province delle Marche; e, infine, l'Italia meridionale, con le isole, che registrano un contagio lieve. Nella mappa riferita a fine aprile, l'intensificazione del contagio riguarda le province settentrionali e quelle limitrofe: dalla Lombardia il virus si è diffuso in alcune province del Piemonte.

Nella seconda ondata, autunno-inverno 2020/'21, il contagio si è diffuso interessando tutta la Penisola con picchi nelle grandi città (Roma,

Napoli, Firenze, Palermo) e nelle regioni turistiche come la Sardegna o il Trentino-Alto Adige. Successivamente, la diffusione si è ulteriormente complicata con l'arrivo di varianti che hanno aumentato la contagiosità del virus facendola diventare molto complessa. "Va tuttavia notato - dicono i ricercatori Emanuela Casti dell'Università di Bergamo, e Andrea Riggio dell'Università di Cassino - che la Lombardia non ha mai perso il suo triste ruolo di epicentro epidemico italiano".



ANTIVIRUS



FARMACI MANCANTI: TEMPESTA PERFETTA

*** TRA UN ALLARME** e l'altro si sta diffondendo quello dovuto alla carenza di alcuni farmaci. Ancora una volta, ciò che scarseggia è l'informazione e la comunicazione tra professionisti. Da un lato medici di base che continuano a prescriberli senza tener conto che, nella stragrande maggioranza dei casi, i prodotti non disponibili sono, in realtà, sostituibili da altri equipollenti; dall'altra il disappunto dei pazienti che fanno fatica ad accettare sia pur solo il nome diverso del farmaco di cui hanno bisogno. Come informa l'Aifa, per voce del prof. Palù, dei 3.197 farmaci irreperibili, la maggior parte non è più in produzione, ma sostituita da altri prodotti con la stessa indicazione, e solo 30 non sono presenti sul mercato, ed essenziali e non trovano un corrispettivo prodotto da

un'industria italiana. La situazione è da tenere sotto controllo, ma non è certo disastrosa. Allora perché la corsa ad accaparramenti e perché alcuni medici continuano a prescrivere farmaci che non sono reperibili, provocando preoccupazione e disagio nei pazienti? Manca una comunicazione collaborativa fra medici e farmacisti e il rischio è che il problema venga amplificato per una ingiustificata corsa all'accaparramento. Ci chiediamo perché si sia creata tale situazione e quale sia l'origine. Da una parte, la guerra in Ucraina ha rallentato la produzione di farmaci che, per motivi soprattutto economici, venivano prodotti in quell'area, e poi l'approvvigionamento delle materie prime da Cina e India. Ma allora perché nel passato, anche recente, alla luce anche

del comportamento di alcuni governi e al ribollire dell'area ex sovietica, avvenuta non certo improvvisamente, non si è provveduto a un piano di produzione diverso? Sono passati ormai tre anni dall'inizio della pandemia che, soprattutto all'inizio, ci ha fatto impattare con il problema di una mancata produzione locale nell'ambito medicale. Crediamo che già questa esperienza avrebbe dovuto metterci in allarme, ma sembra che siamo ancora una volta al tempo zero, a causa dell'impreparazione e della superficialità con la quale si gestisce la globalizzazione.

MARIA RITA GISMONDO

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



Egualia, 'contro carenze farmaci affrontare nodo sostenibilità industriale'

La recente "allerta mediatica sulle carenze temporanee di farmaci, principalmente legate alla concomitanza stagionale di tre fattori epidemiologici, ha richiamato l'attenzione su un problema presente da tempo le cui radici finora non sono mai state concretamente affrontate nel nostro Paese. Apprezziamo l'iniziativa del ministro della Salute, Orazio Schillaci, che ha voluto la creazione di un tavolo permanente di confronto con tutta la filiera di settore e ha sottolineato la necessità di una campagna di sensibilizzazione sull'uso degli equivalenti, tutt'ora sottoutilizzati nel nostro Paese. Ma va detto con chiarezza che serve subito mettere in pista soluzioni per affrontare i problemi di tenuta industriale del comparto per non rischiare criticità e carenze ben più gravi e insormontabili". Ad affermarlo è Enrique Häusermann, presidente di Egualia, associazione che rappresenta l'industria dei farmaci generici equivalenti, biosimilari e value added medicines in Italia.

Häusermann esprime soddisfazione per le iniziative annunciate dal ministro, sottolineando che "gli equivalenti rappresentano uno strumento terapeutico importantissimo per gli operatori sanitari". E aggiunge "come detto in questi giorni da tutti i rappresentanti della filiera farmaceutica il Servizio sanitario nazionale - anche e soprattutto grazie alla presenza di equivalenti e altri prodotti a brevetto scaduto - offre alternative per far fronte all'attuale carenza di alcuni medicinali. Per cui è bene richiamare tutti al senso di responsabilità per evitare la sindrome da accaparramento. Ma c'è un'altra ampia fascia di prodotti ad alto rischio di cui dovremmo preoccuparci", avverte Häusermann. "Ben il 26% dei nostri farmaci equivalenti venduti in farmacia ha un prezzo



inferiore o uguale a 5 euro: sono quelli maggiormente a rischio di sostenibilità industriale assieme a tutte le forme iniettabili sterili vendute agli ospedali, tra cui figurano farmaci essenziali e salva vita, molti oncologici".

"Ma - osserva - l'attuale regolamentazione dei prezzi dei farmaci generici-equivalenti non consente alcun adeguamento all'inflazione per i farmaci rimborsati dal Ssn e rende impossibile rinegoziare i prezzi di aggiudicazione delle procedure di acquisto pubbliche. Questo stallo - ammonisce - rischia di determinare in futuro l'interruzione delle forniture o il ritiro dei relativi prodotti dal mercato. Sarebbe una prospettiva molto negativa dal momento che il nostro comparto fornisce in media circa il 30% del consumo farmaceutico nazionale e, in particolare nelle forniture ospedaliere, vi sono intere aree terapeutiche dove le nostre imprese forniscono oltre il 70% del fabbisogno annuo di medicinali".

E ancora, il presidente di Eguale sostiene che "è sicuramente urgente cambiare l'attuale sistema di reportistica delle carenze, disciplinato dal DI Calabria del 2019, che ha determinato un aggravio burocratico amministrativo non utile, senza contribuire a risolvere il problema delle carenze. Andrebbe rapidamente individuata - afferma - una nuova modalità per la richiesta straordinaria di rinegoziazione in aumento dei prezzi dei farmaci a basso costo nei casi in cui sussistono rischi per la sostenibilità industriale. E vanno rivisti i criteri di gestione delle procedure di gara, privilegiando gli accordi quadro per i farmaci fuori brevetto, avendo come obiettivo la salvaguardia della presenza di più operatori sul mercato e la mitigazione dei rischi di interruzione di approvvigionamento dei prodotti".



"Per le forniture ospedaliere, in particolare - dettaglia - serve una norma di legge e un fondo speciale dedicato all'adeguamento dei prezzi di aggiudicazione da parte delle centrali di acquisto regionali che consenta la revisione dei prezzi per i contratti di fornitura in corso. Superata questa che può diventare davvero una nuova emergenza va messa a terra la strategia di supporto all'industria farmaceutica nazionale, una filiera strategica per il Paese, riportando in Italia la produzione di principi attivi e materie prime. Sono le famose politiche di reshoring di cui tanto abbiamo parlato in questi ultimi anni: la carenza delle materie prime sarà il nodo fondamentale dei sistemi produttivi mondiali almeno per il prossimo quinquennio. E ogni mese che passa - conclude Häusermann - espone le nostre linee produttive ad un rischio crescente di fermo impianti. Un rischio rispetto al quale ormai nessuna azienda può dirsi al sicuro".



Farindustria

«La ricetta digitale ha funzionato ora diventi una misura strutturale»

La ricetta elettronica deve diventare una misura strutturale. Lo ha chiesto Marcello Cattani, presidente di Farindustria. Secondo i dati della Ragioneria dello Stato», ha detto in audizione alle Commissioni riunite Affari costituzionali e bilancio della Camera, «le ricette dematerializzate nel 2022 hanno raggiunto il 95% per la spesa farmaceutica e l'83% per prestazioni specialistiche. Quindi», ha aggiunto, «l'estensione al 2023 dell'impiego di strumenti alternativi al

promemoria cartaceo prevista dal decreto Milleproroghe va nella direzione giusta». Dunque, ha aggiunto ancora Cattani, «dobbiamo menzionare come sia importante arrivare ad una misura strutturale e definitiva dell'adozione della ricetta dematerializzata e quindi dell'implementazione della digitalizzazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il cancro al colon

Un tumore molto diffuso, con metastasi è fra i più letali

Con oltre 43.700 nuovi casi registrati ogni anno, quello al colon è il secondo tipo di tumore più frequente nel nostro Paese ed è anche il secondo fra i più letali: la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi oggi si aggira attorno al 65%. Il ricorso al bisturi è di solito il primo passo e può essere sufficiente per aspirare alla guarigione definitiva, se la neoplasia viene individuata in stadio iniziale. Secondo quanto reso noto, però, Matteo Messina Denaro era stato operato già due anni fa e, dopo la comparsa di metastasi al fegato, era stato sottoposto a un altro intervento. Ed è ora in

trattamento con chemioterapia. «In caso di metastasi epatiche la chemioterapia è un trattamento standard per prolungare la sopravvivenza e contrastare i sintomi della patologia — spiega Carmine Pinto, direttore dell'Oncologia medica all'Ausl-Irccs di Reggio Emilia —. Viene di solito prescritta per diversi mesi e, in base allo specifico sottotipo di tumore presente in ciascun malato (se è presente una determinata mutazione genetica), si possono aggiungere i cosiddetti farmaci a bersaglio molecolare per prolungare il tempo a disposizione

dei pazienti». Si può guarire? Quanto tempo resta da vivere a una persona in questa fase di malattia? «Impossibile dare una risposta senza conoscere di preciso la situazione specifica — risponde l'esperto —. A oggi la sopravvivenza di un paziente con cancro al colon retto metastatico può raggiungere in media 24-36 mesi. Tutto dipende da molte variabili: dalle condizioni di salute generali del paziente, dalla quantità di metastasi, dalla loro sede. Bisogna capire se ha già fatto altre linee di chemio, quanto si è diffuso il tumore, quanto è aggressivo, se e quanto le cure fanno effetto».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli anti obesità alimentano le azioni

Ormone Glp-1 e altri agonisti. È boom nello sviluppo di farmaci per dimagrire, un mercato che JpMorgan stima in 50 miliardi di dollari entro il 2030. Ma i dubbi su questa nuova classe di farmaci restano l'accesso al trattamento, la durata e la rimborsabilità

Francesca Cerati

È boom nello sviluppo di farmaci per l'obesità. Progettati per il diabete di tipo 2, gli studi hanno poi mostrato che a dosi più elevate questi farmaci inducono una perdita media del 15-22% del peso corporeo, innescando di fatto una moderna corsa all'oro in quello che JpMorgan stima essere un mercato del valore di 50 miliardi di dollari entro il 2030. A concentrarsi su questa nuova classe di farmaci - noti come analoghi dell'ormone Glp-1 o incretino-mimetici - sono Novo Nordisk ed Eli Lilly, ad oggi leader di mercato con prodotti già in vendita, ma anche Amgen, Pfizer e AstraZeneca stanno lavorando a nuove molecole per l'obesità. Investimenti che per accaparrarsi una fetta della torta potrebbero dirigersi anche verso l'acquisizione di biotech come Zealand Pharma e Altimmune, che hanno già concluso studi di fase 2.

Ma come agiscono questi farmaci? Prendono di mira i recettori nel cervello che regolano l'appetito e quelli nell'intestino che rallentano la digestione, in pratica riducono l'appetito e aiutano a sentirsi sazi più a lungo, senza i gravi effetti collaterali che hanno afflitto le pillole dimagranti vecchio stile. Il primo a essere venduto è stata la liraglutide, che determina una perdita di peso di circa l'8%, risultato clinicamente rilevante, ma non sorprendente. Poi nel 2021, gli scienziati sono rimasti colpiti da un nuovo farmaco dello stesso tipo: la semaglutide, una versione modificata di liraglutide, che agisce sugli stessi percorsi ma rimane intatta e attiva nel corpo più a lungo, riducendo del 15% il peso corporeo. E quest'anno potrebbe essere approvato un farmaco ancora più efficace: la tirzepatide, che non prende di mira solo il recettore del

Glp-1, ma imita anche un altro ormone coinvolto nella secrezione di insulina, il Gip: già approvato nel 2022 solo per il diabete di tipo 2, questo trattamento ha portato a un calo del peso corporeo del 21% alla dose più alta. Altri approcci includono i "tripli agonisti" che imitano le azioni di Glp-1, Gip e un terzo ormone, il glucagone, che stimola la secrezione di insulina, così come si stanno esplorando altri ormoni intestinali coinvolti nell'appetito, come il peptide YY.

«La notevole entità della perdita di peso associata alla nuova classe di farmaci, combinata al profilo di sicurezza più gestibile, consente di guardare con ottimismo alle potenziali dimensioni di questo mercato - commenta Laura Nelson Carney, analista di investimenti azionari di Capital Group - Ciò non significa però che non vi siano rischi: le aspettative del mercato sono salite rapidamente e di conseguenza anche il rapporto prezzi/ricavi di Nordisk e Lilly è aumentato. Data la maggiore crescita attuale, la migliore visibilità sulla crescita futura e l'assenza di brevetti importanti in scadenza nei prossimi anni, questa valutazione potrebbe essere una garanzia, ma è comunque un rischio, soprattutto se la domanda risultasse deludente. Inoltre questo mercato potrebbe rivelarsi molto più esteso del previsto, soprattutto se i pagatori optano per il rimborso». Quest'ultimo, insieme all'accesso al trattamento sono altri aspetti potenzialmente problematici. «In Usa, Medicare almeno per ora non copre questi medicinali se presi contro l'obesità (anche in Italia il Ssn non prevede il rimborso, ndr) - continua Nelson Carney - e non mancano i dubbi riguardo alla durata del trattamento nel caso in cui si smette di prendere il farmaco».

Detto questo, l'obesità è conside-

rata l'epidemia non infettiva di più vaste proporzioni del terzo millennio e tra i primi problemi di salute pubblica. La sua prevalenza a livello globale è più che raddoppiata dal 1980 a oggi: 1,4 miliardi di adulti (il 35% della popolazione mondiale) ha problemi di eccesso di peso (tra loro, mezzo miliardo è obeso) e si stima che i costi globali arriveranno a 760 miliardi di dollari entro il 2025. Se i trend attuali proseguiranno, entro il 2030 il 38% della popolazione mondiale adulta sarà in sovrappeso e il 20% obesa. «Per ridurre la morbilità e la mortalità associate a questa epidemia è necessario uno sforzo significativo, il mercato potrebbe quindi sostenere in futuro una crescita dei ricavi e del fatturato più rilevante per queste aziende innovative». Già, ma i governi, a corto di soldi, potrebbero dare la priorità a malattie come il cancro rispetto a terapie per l'obesità, che molti considerano un problema comportamentale piuttosto che medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Questo mercato potrà rivelarsi molto più esteso del previsto, soprattutto optando per il rimborso

Oms.

L'obesità è considerata l'epidemia non infettiva di più vaste proporzioni del terzo millennio e tra i primi problemi di salute pubblica

FOCUS SUI GIOVANI

Lancet: in 25 anni l'obesità tra i ragazzi è aumentata del 125%. L'Italia è sul podio con una delle prevalenze più alte rispetto al resto d'Europa

38%

POPOLAZIONE MONDIALE

Se il trend attuale prosegue, entro il 2030 il 38% della popolazione mondiale adulta sarà in sovrappeso e il 20% obesa (più di un miliardo di persone)



I risultati di un autorevole studio scientifico

La vecchiaia si può fermare Verso l'elisir di giovinezza

Resettando alcune cellule, come si fa col computer, si ringiovanisce fino al 75%
Con i topi funziona, con l'uomo si vedrà. Ma sarà davvero un bene tornare indietro?

GIORDANO TEDOLDI

■ Il suo nome è David Sinclair, e potrebbe presto figurare nella storia della scienza a fianco di titani come Darwin e Pasteur. Dopo quattordici anni di ricerche, dal suo laboratorio all'Harvard Medical School di Boston, Sinclair e i suoi collaboratori, con uno studio pubblicato giovedì sulla rivista di biologia *Cell*, dichiarano con tutti i crismi del metodo scientifico che l'elisir di giovinezza, o di lunga vita, non è una leggenda: esiste una tecnologia che potrebbe realizzarlo. L'invecchiamento, sostengono, è un processo reversibile, e non una volta sola, ma più volte.

Per comprendere lo studio di Sinclair dobbiamo dimenticare storte e alambicchi, e usare i concetti dell'informatica. Immaginate che il nostro organismo sia un computer. Un computer ha un hardware (il DNA, cioè il genoma), e un software (tutte quelle proteine e altre sostanze chimiche che attivano o disattivano i geni contenuti nel DNA, cioè l'epigenoma). Sia il genoma che l'epigenoma sono ereditari. Il meccanismo dell'invecchiamento, dice Sinclair, dipende da un fatto piuttosto semplice: determinati fattori ambientali, ad es. l'esposizione al sole, l'inquinamento, il fumo, la mancanza cronica di sonno, un'alimentazione che provoca infiammazioni all'organismo e perfino la respirazione, possono danneggiare il processo con il quale il software (l'epigenoma) accende o spegne l'hardware (i geni). Infatti, questi fattori ambientali danneggiano il DNA nelle cellule, che viene "rotto" o danneggiato,

e allora la cellula "va nel panico" dice Sinclair, e quelle proteine che, normalmente, servono a attivare o disattivare i geni, abdicano alla loro funzione per correre a riparare il DNA danneggiato a causa di comportamenti o fattori ambientali nocivi.

E qui sta la novità della scoperta di Sinclair: alcune di queste proteine, dopo aver riparato il DNA, non riescono a tornare alla loro funzione originaria, ma, per così dire, smarriscono la strada, oppure si perdono, proprio come le palline di una partita di ping-pong che finiscono sotto il tavolo, senza nessuno che le recuperi. Ecco che quindi l'epigenoma si corrompe, il processo di accensione e spegnimento dei geni ha un malfunzionamento, il nostro DNA - che contiene le istruzioni fondamentali, il progetto originario del nostro organismo - non viene più letto correttamente.

FARE ORDINE

L'informazione contenuta nel DNA non viene più estratta e interpretata come quando siamo giovani, ma si disperde nell'entropia, cioè nel disordine cellulare crescente. Da qui, le varie manifestazioni dell'invecchiamento.



Sinclair e collaboratori hanno scoperto un modo per resettare il sistema, proprio come si fa con un computer dopo che è stato danneggiato da un virus o dai pasticci di un utente maldestro. Perché – e questo è sensazionale – risulterebbe che dentro la cellula esista una sorta di backup dell'assetto epigenetico originario, e quindi non bisogna far altro, proprio come nei computer, che premere il tasto (o la combinazione di tasti) per ripristinare lo stato originario, quello della giovinezza. Infatti l'azione di ripristino non porta l'organismo proprio al 100% del suo stato iniziale (il che provocherebbe formazioni tumorali) ma a circa il 50-75%. E questo avverrebbe in qualunque condizione l'organismo si trovi: vecchio, malato.

In concreto, questo reset avviene tramite l'inoculazione nella cellula da ringiovanire di tre cellule riprogrammate (in termini scientifici dette fatto-

ri di Yamanaka, dal nome del biologo che riuscì a trovare il modo di riprogrammarle) in modo da comportarsi come cellule staminali pluripotenti, cioè cellule che normalmente si trovano negli embrioni alle prime fasi dello sviluppo, e poi si disattivano con l'età, e che hanno la capacità di svilupparsi in qualsiasi tipo di cellula. Impiantando queste cellule ringiovanenti, si resetta anche la cellula che le riceve.

ESPERIMENTI RIUSCITI

«Come accada che le cellule ringiovaniscano del 50-75%», ammette Sinclair, «ancora non lo sappiamo». Finora questa tecnica è stata applicata sui topi, ad esempio su esemplari che avevano l'equivalente umano di 80 anni, e ha funzionato. Alcuni topi, cui era stato artificialmente danneggiato il DNA in modo che diventassero cie-

chi, hanno riacquisito la vista. Ad altri sono stati ringiovaniti i reni, i muscoli, il cervello. E in generale hanno vissuto più a lungo, il che fa pensare che il ringiovanimento coinvolga l'intero organismo. Nel suo laboratorio, Sinclair e la sua équipe sono riusciti a resettare le cellule nei topi più volte, e ora stanno passando a testare il reset sui primati. Ci vorranno decenni prima che una sperimentazione possa riguardare l'uomo, ma intanto si stanno investendo miliardi di dollari nelle tecniche anti-invecchiamento, e poi se l'elisir di Sinclair dovesse funzionare, potranno beneficiarne anche coloro che ora sono nella mezza età, visto che l'orologio biologico può essere resettato anche se si avranno 80 o 90 anni. Sarà il prossimo futuro a dirci se tutto ciò è un miraggio faustiano, o un sogno che si avvera.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

UN LAVORO DI 14 ANNI

Il noto scienziato David Sinclair ha lavorato per 14 anni col suo team nel laboratorio all'Harvard Medical School di Boston

SENILITÀ REVERSIBILE

La scoperta rivoluzionaria, pubblicata sulla rivista "Cell", riguarda il carattere reversibile dell'invecchiamento delle cellule



AL S. CAMILLO DI ROMA

Il primo presidio di polizia h24 in un ospedale

■ Mentre tutti i medici chiedono presidi permanenti per prevenire le aggressioni ai loro danni (soprattutto alla luce degli ultimi episodi di professionisti marmenati da Nord a Sud), Roma inaugura la "stagione" al San Camillo-Forlanini. Qui, infatti, nel giro di un mese, sarà attivato un presidio di polizia 24 ore su 24 a pochi metri dal Pronto soccorso.

«Ci stiamo lavoran-

do da un po' con il Commissariato di Monteverde e con la Questura, ma il fatto che il ministro abbia deciso di partire da Roma e dagli ospedali con il maggior afflusso in Pronto soccorso ci ha fatto piacere e ci stimola a farci trovare pronti», ha spiegato all'Adnkronos Salute il direttore generale dell'ospedale, Narciso Mostarda. La considerazione dopo l'annuncio del ministro dell'In-

terno Matteo Piantedosi sull'avvio di un'iniziativa per istituire presidi di polizia nelle strutture ospedaliere, in modo da arginare il fenomeno della violenza sugli operatori. Al San Camillo dovrebbero seguire altri presidi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

