



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

07 FEBBRAIO 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Acireale, si staccano i pannelli di un corridoio dell'ospedale: controsoffitto subito riparato

07 Febbraio 2023



Domenica scorsa nell'ospedale di Acireale, a causa delle finestre aperte e del forte vento, si erano staccati alcuni pannelli del controsoffitto modulare del corridoio interno della nuova ala senza comunque causare disservizi all'utenza o danni a persone. Erano intervenuti anche i carabinieri, che hanno accertato l'accaduto e rilevato le procedure attivate.

I danni alla struttura realizzata con fondi del piano regionale per l'emergenza Covid sono stati riparati nel tardo pomeriggio di ieri. Lo rende noto l'Asp di Catania, aggiungendo che né le camere di degenza di Cardiologia attualmente ospitate nel nuovo modulo, né la Terapia intensiva - peraltro non ancora operativa in quei locali - sono state in alcun modo danneggiate. Sul posto si è subito recato personale della Direzione medica del Presidio e dell'Ufficio Tecnico. L'area è stata immediatamente messa in sicurezza e sono state avviate le procedure per la sostituzione dei pannelli danneggiati. Nessun disservizio è stato creato all'utenza. Non si sono registrati danni a persone.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Ospedale Papardo, Firenze nominato commissario straordinario

Reduce dalla guida della struttura commissariale per l'emergenza Covid di Messina e provincia.

7 Febbraio 2023 - di [Redazione](#)



MESSINA. **Alberto Firenze** (nella foto) è stato nominato commissario straordinario dell'azienda ospedaliera **Papardo**. Prende il posto di Mario Paino, che a fine 2022 non era stato riconfermato dalla giunta Schifani. Così come gli altri, resterà in carica fino al 30 giugno 2023 o fino al termine della selezione pubblica per i nuovi dg della Sanità siciliana, se questa dovesse concludersi prima. Firenze è reduce dalla guida della struttura commissariale per l'emergenza Covid di Messina e provincia, ruolo che ha ricoperto dal mese di marzo del 2021.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Catania

Ospedale Garibaldi, inaugurato da Schifani il nuovo reparto di Ostetricia

Il taglio del nastro in presenza dell'assessore Giovanna Volo, dal commissario straordinario Fabrizio De Nicola e del presidente dell'Ars Gaetano Galvagno



«Quando si taglia un nastro per inaugurare un nuovo reparto ospedaliero vincono lo Stato e i cittadini. Quello che apre i battenti oggi è anche il frutto dello sforzo politico e amministrativo di chi ci ha preceduto, il presidente Musumeci e l'assessore Razza, che hanno lavorato perché questa giornata potesse realizzarsi, così come ha fatto tutta la dirigenza del presidio ospedaliero Garibaldi». Lo ha detto il presidente della Regione Siciliana, Renato Schifani, in occasione dell'inaugurazione del nuovo reparto di Ostetricia dell'ospedale Garibaldi di Catania, accompagnato dall'assessore regionale alla Salute Giovanna Volo, dal commissario straordinario dell'Azienda ospedaliera, Fabrizio De Nicola, e dal direttore del Dipartimento materno-infantile, Giuseppe Ettore. Presenti alla cerimonia anche il presidente dell'Assemblea regionale siciliana, Gaetano Galvagno, gli assessori regionali all'Agricoltura



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Luca Sammartino e al Territorio Elena Pagana, oltre a deputati regionali e nazionali. «Ho sempre avuto – ha aggiunto il governatore – un’attenzione particolare alle esigenze dei bambini per dare loro un’assistenza sanitaria forte e solidale. E in questo senso va un grande ringraziamento a medici e paramedici che fanno un lavoro quotidiano fatto di impegno e sacrifici, anche per creare un clima di socializzazione con i pazienti che contribuisce in modo importante alla guarigione. Il mio governo è al lavoro per razionalizzare l’offerta sanitaria, privata e pubblica, e rafforzare quest’ultima potenziando la medicina di territorio, prevista dal Pnrr, così da non intasare gli ospedali e i pronto soccorso. Lavoreremo anche per ridurre le liste di attesa e dare ai cittadini tempi di attesa ragionevoli. Ci accingiamo a grandi riforme – ha concluso Schifani – e alle forze politiche, sia di maggioranza che di opposizione, chiedo ogni sforzo in tal senso perché la salute dei cittadini non è di destra o di sinistra, ma è un principio fondamentale che va rispettato». «Mi inorgoglisce – ha sottolineato l’assessore Volo – poter dire di essere assessore in occasioni come questa e dinnanzi a realtà di eccellenza come il nuovo reparto del Garibaldi. Il mio impegno è portare tutto il complesso sistema sanitario regionale a manifestare l’entusiasmo e la voglia di fare sempre meglio, che si respira oggi, conquistando la fiducia dei cittadini. Ringrazio per l’enorme impegno tutti gli operatori sanitari. Sono al loro fianco per risolvere i problemi e portare avanti le iniziative migliori. Il nostro obiettivo è potenziare la sanità sul territorio, non far sentire abbandonati gli ospedali piccoli e creare all’interno del sistema ospedaliero una forte rete di connessione con i centri di eccellenza per ridurre la migrazione dei pazienti, e gestire con la dovuta attenzione la cronicità e la fragilità di chi ha bisogno di cure».

Giovani medici in fuga verso la Sanità del Nord

► Borse di studio, l'allarme dei sanitari: ► Il nodo di stipendi e posti disponibili nessuno resterà a fare il dottore al Sud «Rischio concorrenza sleale tra Regioni»

IL FOCUS

ROMA Sempre più giovani medici al Nord, sempre meno al Sud. C'è un aspetto che, tra le istanze «eversive» segnalate dal Gimbe sul progetto di autonomia differenziata voluto dalla Lega, preoccupa più degli altri i rappresentanti dei camici bianchi. Ed è il rischio che alla «fuga» dei pazienti in cerca di cure verso il Settentrione – un vero e proprio esodo che, secondo la fondazione guidata da Nino Cartabellotta, è costato al Mezzogiorno 14 miliardi di euro in dieci anni – si accompagni un'ulteriore diaspora. Quella dei giovani medici in formazione. In altre parole, gli specialisti del prossimo futuro, spesso utilizzati già nel presente dalle aziende sanitarie per far fronte alle carenze di organico degli ospedali. Professionisti che un domani tutt'altro che remoto, per le associazioni di categoria, potrebbero vedersi costretti a migrare verso Nord, attratti dalla maggiore disponibilità di borse di studio e dalle migliori condizioni di lavoro. A cominciare dalla busta paga.

L'ALLARME

A lanciare l'allarme, tra gli altri, è Pierino Di Silverio, segretario nazionale di Anao-Assomed, uno dei sindacati più rappresentativi dei dottori. Che non ha dubbi: il ddl sull'autonomia differenziata licenziato in prima battuta dal consiglio dei ministri è un «provvedimento di disgregazione sociale». E non per una ragione soltanto. «La fuga dei medici al Nord? Non è un rischio, è una certez-

za», affonda Di Silverio. «Ogni Regione avrà campo libero per fare ciò che vuole. Sia sugli stipendi dei medici, sia sul numero dei giovani specializzandi da assumere e sui loro compensi», osserva. «Risultato? Si va verso

un sistema sempre più competitivo tra Regioni. E alla mobilità dei pazienti si aggiungerà quella dei sanitari. Finendo per mettere in discussione uno dei pilastri del nostro stato sociale, l'universalità delle cure».

Un passo indietro. Il numero delle borse di specializzazione, che determineranno il totale dei futuri specialisti, attualmente è stabilito a livello centrale, dal ministero della Salute. E il compenso per i giovani medici è il medesimo ovunque, da Milano a Palermo. Se però la golden share sulla sanità passasse in toto alle Regioni, ognuna farebbe per sé. Potendo decidere autonomamente quanti nuovi sanitari assumere e quanto retribuirli. E innescando inevitabilmente quella che Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei Medici, definisce una «concorrenza sleale» tra Regioni. «Sleale perché nell'attuale contesto di difficoltà nel reperire dottori, specie nei reparti di urgenza, i territori più ricchi potrebbero alzare la posta offrendo condizioni migliori, a discapito delle altre».

Il problema non riguarda solo i giovani (che pure sono coinvolti in prima battuta in quanto mediamente più disponibili a spostarsi). Ma pure gli specialisti già formati. «Già adesso – denuncia Anelli – è in corso una gara impari tra Regioni, con disuguaglianze palpabili: al Nord i «gettonisti» sono presenti in tutte le asl, e sono pagati bene.

Al Sud invece, per far fronte alle carenze di organico, bisogna affidarsi a medici cubani o argentini. Sulle cui competenze talvolta non disponiamo delle adeguate certificazioni».

L'APPELLO

Un problema ben presente anche a Gimbe, la fondazione punto di riferimento durante il Covid per i dati sulla pandemia. Che ha definito la riforma promossa da Roberto Calderoli il «colpo di grazia al Servizio sanitario nazionale». E non è un caso se anche il titolare della Salute, Orazio Schillaci, ha sottolineato la necessità che il ministero mantenga saldo il suo ruolo di «coordinamento» rispetto alle Regioni, a cominciare dal «potere di indirizzo e distribuzione dei fondi».

Appello che il presidente dell'Ordine dei medici condivide appieno. «Il regionalismo in sanità l'abbiamo già sperimentato, e non ha ridotto i divari tra Nord e Sud. Al contrario – sottolinea Anelli –, nonostante la dotazione del fondo sanitario sia aumentata di 14 miliardi in quattro anni, le migrazioni dei pazienti non si sono ridotte. Piuttosto bisognerebbe andare



in direzione contraria – conclude – perché un meccanismo così disomogeneo difficilmente produce efficienza». Di Silverio aggiunge un tassello: «La riforma non elimina il criterio della spesa storica. E dunque rischia di acuire le distanze tra i 21 sistemi sanitari esistenti. Vogliamo davvero due Italie?», si chie-

de il numero uno del sindacato. «Io non le voglio. E credo non le vogliano neanche i pazienti».

Andrea Bulleri

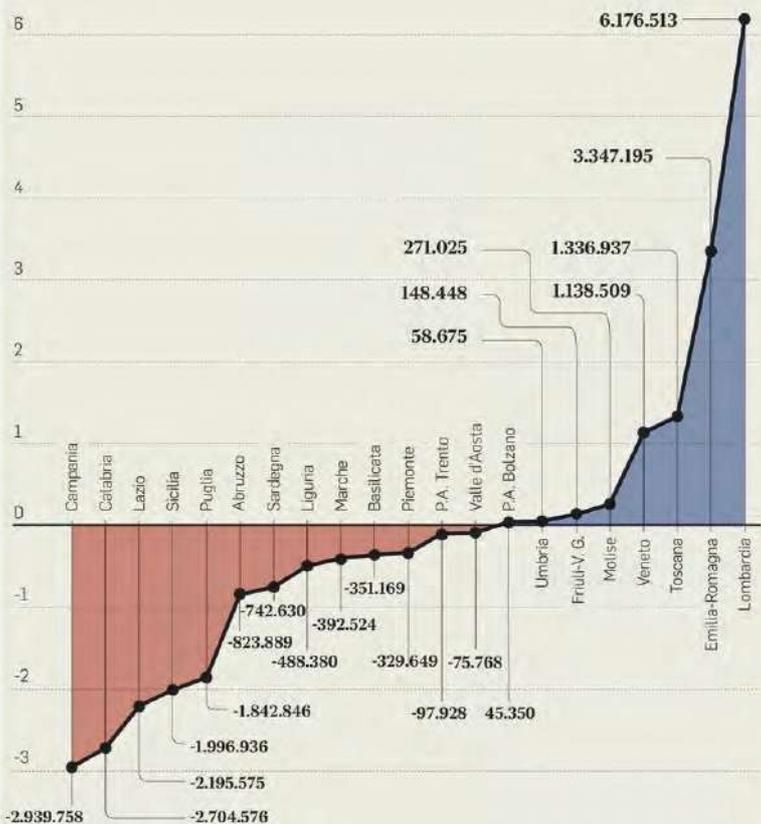
ANELLI, PRESIDENTE DEI CAMICI BIANCHI: «GIUSTO L'APPELLO DI SCHILLACI, SIA IL MINISTERO A GESTIRE I FONDI»

**DI SILVERIO (ASSOMED):
«L'ESODO SARÀ
UNA CERTEZZA
BISOGNA ELIMINARE
IL CRITERIO
DELLA SPESA STORICA»**

Sanità, la mobilità tra le Regioni. Chi ci guadagna e chi ci perde

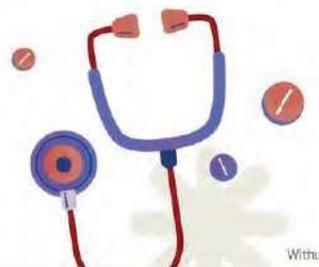
TOTALE 2012-2021

7 Cifre in migliaia di euro



Fonte: Corte dei Conti

Il divario Nord Sud



Withub



Sinistra alla frutta L'ultima bufala dem: la sanità lombarda svenduta ai privati

Secondo i numeri del Sistema Sanitario Nazionale, in proporzione agli abitanti la Lombardia è settima per letti accreditati, dietro a Campania ed Emilia Romagna

FABIO RUBINI

■ Uno dei cavalli di battaglia del Centrosinistra nella campagna elettorale per le regionali in Lombardia è l'assunto secondo il quale «il Centrodestra sta svendendo il sistema sanitario pubblico a quello privato». Un'accusa che, dati alla mano, si sta trasformando in un autentico autogol. Prima di procedere con la confutazione della tesi, però, va fatta una premessa importante: la rivoluzione del sistema sanitario lombardo portata avanti negli ultimi decenni, si basa sul principio - ampiamente condivisibile - della libertà di scelta del paziente rispetto a come e dove farsi curare. Pilastro di questo principio è l'alleanza - in gergo tecnico, accreditamento - tra strutture pubbliche e strutture private accreditate che si mettono a disposizione per erogare un certo numero di prestazioni senza che il pazien-

te debba pagare un solo euro in più rispetto a quanto avrebbe pagato nel pubblico. Un modello che anno dopo anno è stato copiato in tutte le regioni d'Italia, province autonome comprese.

OSSESSIONE

Eppure la sinistra insiste nel dipingere un Paese spaccato tra la sinistra che spinge sulla sanità pubblica e la destra che invece privilegia quella privata. A governo Meloni appena insediato, per esempio, Stefano Bonaccini, governatore dell'Emilia Romagna (oggi pure candidato alla segreteria del Pd) disse che «il governo di destra si sta chiaramente muovendo per favorire il privato nella sanità a scapito del pubblico, penalizzando le regioni che invece investono sul pubblico». Tra queste regioni, ovviamente Bonaccini ha citato anche la sua. Ma le cose non stanno esattamente così. Per scoprirlo abbiamo consultato i dati contenuti nella pubblicazione "An-

scono a prima della pandemia e a prima dell'altra grande accusa della sinistra: quella secondo la quale la sanità lombarda sarebbe finita in ginocchio proprio a causa dell'eccessiva privatizzazione dei servizi. Ebbene la cosa che abbiamo scoperto è piuttosto interessante. In base alla classifica dei posti letto privati accreditati ogni mille abitanti, la Lombardia risulta solo al settimo posto su base nazionale. Tra le regioni che usano maggiormente lo strumento dell'accreditamento ai privati, c'è, udite udite, l'Emilia Romagna del prode Bonaccini, che si piazza al quarto posto e riserva quasi un letto (0,9) ogni mille abitanti, contro lo 0,8 della Lombardia. Meglio ancora fa la Campania del governatore Pd Vincenzo De Luca che accredita al privato un letto ogni mille residenti. Un "record" battuto solo dalla provincia autonoma di Trento



(1,1). Sempre compulsando i dati si scopre che le regioni che meno hanno usato lo strumento dell'accredita-mento sono tutte saldamente in mano al centrodestra, come Veneto e Friuli (0,4), Umbria (0,3) e Liguria (0,2). Insomma, ancora una volta la sinistra partita per suonare è tornata suonata. Anche se non lo ammetterà mai e continuerà a spacciare per vere queste fake news.

I TAGLI ROSSI

Quello su cui dovrebbero rendere conto i vari esponenti della sinistra, sono le riduzioni forzate dei posti letto (soprattutto nel pubblico) dovute ai tagli che i governi di centrosinistra hanno fatto

dal 2012 al 2018: in tutto 37 miliardi tra Monti, Letta, Renzi e Gentiloni. Ebbene, sempre secondo i dati dell'annuario i posti letto nella sanità pubblica nel quinquennio 2015-2019 sono passati da 155.460 a 149.874; e nella sanità privata accreditata da 41.037 a 40.062, con un taglio proporzionalmente inferiore.

Come detto i dati fin qui compulsati riguardano il pre Covid, ma ce ne sono altri, registrati in piena pandemia che tendono a sfatare un'altra favola messa in circolazione dalla sinistra. Quella secondo la quale la medicina territoriale, più sviluppata nelle regioni a guida Pd, avrebbe meglio contenuto il virus. Ebbene, secondo

uno studio curato dall'Università Vita e Salute e condotta sul rapporto tra i morti per centomila abitanti durante la prima ondata del Covid - quella che ha colpito con maggiore violenza -, risulta che la provincia con il tasso maggiore di mortalità è stata quella di Piacenza, in Emilia Romagna, con un rapporto di 278 morti ogni centomila abitanti, peggio di Bergamo (256) e Lodi (247), ovvero le zone più colpite in Lombardia.

L'IMPATTO DEI PRIVATI SULLA SANITÀ REGIONALE

REGIONE	PRIVATI ACCREDITATI		POSTI LETTO PUBBLICI		TOTALE	
	x 1.000 abitanti	x 1.000 abitanti	x 1.000 abitanti	x 1.000 abitanti	x 1.000 abitanti	x 1.000 abitanti
Prov. Di Trento	588	1,1	1.552	2,8	2.140	3,9
Campania	5.516	1,0	11.916	2,1	17.432	3,1
Calabria	1.852	1,0	3.783	2,0	5.635	3,0
Emilia Romagna	4.021	0,9	13.361	3,0	17.382	3,9
Sicilia	4.484	0,9	11.771	2,4	16.255	3,3
Lazio	5.441	0,9	15.442	2,7	20.883	3,6
Lombardia	7.975	0,8	30.007	3,0	37.982	3,8
Abruzzo	984	0,8	3.382	2,6	4.366	3,4
Piemonte	3.156	0,7	13.449	3,1	16.605	3,8
Valle d'Aosta	76	0,6	410	3,3	486	3,9
Marche	902	0,6	4.376	2,9	5.278	3,5
Puglia	2.329	0,6	10.153	2,6	12.482	3,2
Sardegna	998	0,6	4.631	2,9	5.629	3,5
Toscana	1.663	0,5	10.423	2,8	12.086	3,3
Molise	154	0,5	1.024	3,4	1.178	3,9
Prov. Bolzano	255	0,5	1.734	3,3	1.989	3,8
Veneto	1.730	0,4	15.798	3,2	17.528	3,6
Friuli Venezia Giulia	489	0,4	3.836	3,2	4.325	3,6
Umbria	282	0,3	2.952	3,4	3.234	3,7
Liguria	338	0,2	5.537	3,7	5.911	3,9
Basilicata	40	0,1	1.818	3,3	1.858	3,4
TOTALE	43.273	0,7	167.391	2,8	210.664	3,5

FONTE: Dati Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2019

WITHUB



Sopra il candidato alle regionali lombarde del Pd Pierfrancesco Majorino. A destra il governatore uscente e ricandidato della Lombardia, Attilio Fontana (Fotogramma)



RIFORME. Schillaci: il Ministero mantenga ruolo guida

Sanità e autonomia Tensione anche nel centrodestra

Ancora muro contro muro sull'autonomia differenziata. Il centrodestra parla di riforma storica, il Pd definisce il testo "spacca Italia". Lo scontro, però, non è solo tra maggioranza e opposizione: all'indomani del varo del ddl si apre una crepa anche dentro il Governo, in particolare sulla sanità, con ministro Schillaci che lancia un monito: le Regioni devono essere in qualche modo "guidate dal Ministero della Salute" che deve avere "non solo un potere di indirizzo e distribuzione dei fondi ma deve anche sostenere un meccanismo virtuoso insieme alle Regioni per capire chi lavora meglio e aiutare chi è in difficoltà o non riesce a lavorare così bene".

Sulla vicenda prova a gettare acqua sul fuoco il padre della legge, il ministro per gli Affari regionali e le Autonomie Calderoli, che dice: "Se qualcuno mette in discussione il Ssn sono il primo a dire no: è un presidio del nostro sistema sociale". Aggiunge Calderoli: "Iniziamo a vedere tutti i servizi e le funzioni all'interno del Ssn, anche se il

90% lo fanno già le regioni, e se c'è qualcosa che è meglio può essere gestito dal territorio lo faremo fare".

Altra questione delicatissima riguarda l'istruzione. Per la segretaria generale della Cisl Scuola Barbacci "la salvaguardia dell'unità del Paese si garantisce anche attraverso il pieno rispetto del carattere unitario e nazionale del sistema di istruzione. Risulterebbe persino difficile ragionare di Lep per un sistema come la scuola, che non produce beni materiali o prestazioni facilmente misurabili, mentre è fondamentale, per la funzione che gli è affidata, metterlo in grado di agire con la massima efficacia proprio nelle aree di maggior difficoltà e disagio".

Sull'autonomia differenziata interviene il Forum Terzo Settore. Per la portavoce Palucchi "il percorso intrapreso presenta grandi rischi per un Paese già segnato da profondi divari territoriali. Bisogna fare tutto il possibile per scongiurare lo scivolamento verso un regionalismo delle disuguaglianze, a partire da una adeguata defi-

nizione dei Lep e dalla garanzia della loro concreta esigibilità sui territori". Quello dei Lep è un passaggio atteso da ben 22 anni. Oggi, purtroppo, questo obiettivo è ancora distante da raggiungere e ci auguriamo vivamente che il ddl sull'autonomia differenziata non lo allontani ancora di più, acutizzando fenomeni discriminatori". In attesa del testo definitivo approvato dal Cdm anche il Forum Terzo Settore sottolinea la necessità del più ampio coinvolgimento parlamentare, dell'ascolto e del confronto con le parti sociali".

Giampiero Guadagni



C'È PERSINO L'INVITO A VACCINARE I BIMBI PER PREVENIRE IL CONTAGIO E CONSENTIRGLI VITA SOCIALE

Il sito della Salute fermo allo stato d'emergenza

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ Lo stato di emergenza Covid è terminato da quasi un anno, ma al ministero della Salute non sembrano essersene accorti. Perlomeno, guardando il portale online al

quale ogni cittadino può accedere cercando informazioni istituzionali. Se ieri, 6 febbraio 2023, un genitore avesse voluto capire (...) segue a pagina 11



Emergenza finita, ma alla Salute non lo sanno

Sul sito del ministero restano le indicazioni presenti in piena pandemia. I vaccini, spacciati ancora come efficaci contro i contagi, sono consigliati a tutti i bambini per poter andare a scuola. Sugeriti tutt'ora anche mascherine e distanziamento ovunque

Segue dalla prima pagina

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

(...) che cosa invitano a fare gli esperti ministeriali in tema di vaccinazione anti Covid nei bambini, sarebbe rimasto sconosciuto. Il sito risulta aggiornato il 30 gennaio, però ancora si legge che è meglio vaccinare i bambini perché, secondo la Commissione tecnico scientifica dell'Aifa, «oltre all'efficacia nel prevenire il contagio e le relative conseguenze, la vaccinazione comporta benefici quali la possibilità di frequentare la scuola e condurre una vita sociale connotata».

Da mesi, ormai anche i più fanatici dell'inoculo a oltranza ammettono che il vaccino non previene il contagio. Sono stati costretti, non tanto dall'evidenza dei report sui positivi e dagli studi (l'ostinazione rende ciechi e sordi), ma dopo l'ammissione fatta lo scorso ottobre da **Janine Small**, la responsabile per i mercati internazionali di Pfizer, in audizione al Parlamento europeo.

«Era stato testato per fermare la trasmissione del virus, prima che fosse immesso sul mercato?», le aveva chiesto eurodeputato olandese **Rob Ross**. «No, noi dovevamo muoverci alla velocità della scien-

za», fu la risposta della dirigente di Pfizer.

Il vaccino, semmai, nei soggetti con salute compromessa può aiutare ad avere una malattia meno grave, però il nostro ministero della Salute ancora lo definisce efficace «nel prevenire il contagio». Le decine di migliaia di plurivaccinati e più volte contagiati si sentiranno presi per i fondelli.

E vogliamo parlare, dell'invito a inoculare i più piccoli perché possano frequentare la scuola e fare vita sociale? Non siamo più in lockdown, grazie al cielo il semaforo delle zone a rischio è stato spento; non c'è emergenza focolai nelle scuole, perciò perché dare ancora questo tipo di informazione a una mamma e papà?

Forse, invece, vorrebbero essere rassicurati sull'opportunità di iniettare una terza dose in un ragazzino, magari già passato indenne attraverso una positività da asintomatico. L'unica risposta istituzionale che viene fornita è che sarebbero sicuri per i bambini, perché «il profilo di sicurezza viene continuamente monitorato anche dopo l'autorizzazione. L'Agenzia italiana del farmaco pubblica report periodici sulla farmacovigilanza dei vaccini Covid-19». Siamo in

attesa da mesi, dell'ultimo report, fermo a un aggiornamento dello scorso 26 settembre, quindi almeno la serietà di non dire che i vaccinati sono monitorati.

Grave è anche la raccomandazione fornita alle persone con immunodeficienza di sottoporsi a una prima e a una seconda dose di richiamo. Come hanno evidenziato tre ricercatori dell'Istituto superiore della Sanità in uno studio pubblicato sulla rivista *Pathogens*, e al quale *La Verità* ha dato ampio rilievo, i soggetti che soffrono di malattie autoimmuni rischiano maggiori patologie con più richiami di vaccini a mRNA.

Ed è la stessa Pfizer che negli aggiornamenti del 2 febbraio dichiara ancora una volta: «L'efficacia, la sicurezza e l'immunogenicità del vaccino non sono state valutate nei



VERITÀ

soggetti immunocompromessi, compresi quelli in terapia immunosoppressiva». Aggiunge: «La raccomandazione di considerare una terza dose in soggetti severamente immunocompromessi si basa su un'evidenza sierologica limitata ricavata da una serie di casi in letteratura».

Quanto all'invito a fare antinfluenzale e richiamo «nella medesima seduta vaccinale», che si insiste a dare, ricordiamo che sempre Pfizer informa: «La somministrazione concomitante di Comirnaty con altri vaccini non è stata studiata».

Se poi un cittadino volesse sapere che cosa il ministro raccomanda di fare per proteggersi dal virus in questa seconda settimana di febbraio, con varianti che non preoccupano,

contagi e ospedalizzazioni in calo (l'aumento dei decessi non ha mai la correlazione certa con il solo Covid), la delusione sarebbe altrettanto grande.

Orazio Schillaci non ha ancora fatto revisionare il vademecum sul sito, e i primi tre accorgimenti suggeriti «per ridurre il rischio di infezione, proteggendo sé stessi e gli altri», sono: «Vaccinarsi; indossare correttamente la mascherina; mantenere una distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro». E pulire con varichina le superfici, nemmeno vivessimo in un sanatorio.

Sul vaccino, che non impedisce la trasmissione del Covid, già abbiamo detto. Le mascherine sono state tolte ovunque, meno che in ospedali, ambulatori, studi medici e strutture socioassistenziali dove rimangono fino al prossimo 30 aprile, quindi perché si insiste sul mascheramento come prevenzione?

venzione?

Inutile, poi, stupirsi se si vedono ancora persone in supermercati non affollati, o a passeggio, con indosso il dispositivo di protezione facciale da piena pandemia. Quanto al distanziamento, non ci sarebbe più vita sociale, né possibilità di spostarsi su mezzi pubblici, se questa misura fosse applicata, e allora non ha senso suggerirla. Signori del ministero in Lungotevere Ripa, cambiate le informazioni al cittadino. Aggiornatele alla situazione odierna, perché altrimenti continuerà a regnare confusione e insicurezza nei confronti del Covid.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SCHILLACI**Medicina
a numero
chiuso**

Il numero chiuso per la facoltà di medicina è indispensabile. Al massimo si potrà ragionare su una modifica delle prove di accesso. Il problema della carenza di personale, inoltre, non riguarda principalmente le università, ma piuttosto le specializzazioni, visto che è proprio dei medici specialisti di cui abbiamo bisogno. Sono le parole del ministro della salute **Orazio Schillaci**, intervenuto ieri in un podcast di un quotidiano nazionale.

«Io ho fatto medicina quando non c'era il numero chiuso», le parole del ministro. «Sono contrario ai test come sono fatti perché le competenze me-

diche specifiche si possono trovare in altro modo: il ministero dell'università so che li ha cambiati, vedremo come sono. Il numero chiuso», ha poi aggiunto Schillaci, «è indispensabile, ma dovremmo lavorare ad un numero programmato, dobbiamo capire il numero dei medici che ci servono, abbiamo fatto l'errore di far iscrivere pochi studenti e ora abbiamo pochi medici». Il ministro ha poi spiegato che il problema della carenza dei medici in Italia, come accennato, riguarda principalmente gli specialisti, in particolare in alcune categorie, che presentano importanti lacune che sono desti-

nate ad aggravarsi vista l'età anagrafica degli attuali operatori. «I giovani ora non vogliono fare alcune specializzazioni. Dovremmo rendere alcune di queste più attraenti per non trovarci scoperti di alcune professioni, come l'anestesista e il medico d'urgenza», le parole di Schillaci.

Perciò nessuna abolizione del numero chiuso ma interventi per rendere più accattivanti alcune scuole di specializzazione in medicina, puntando su quelle più scoperte. Secondo i numeri riportati da Anao Assomed, sindacato dei medici dirigenti, tra i settori più in difficoltà troviamo medicina d'urgenza e medicina di

base. In generale, comunque, tra 2019 e 2024 tra pensionamenti e dimissioni volontarie, stima la ragioneria dello stato, si potrebbe sfiorare un'uscita complessiva di 40 mila medici.

— © Riproduzione riservata — ■

Maternità surrogata, la stretta proposta da FdI: illegale anche all'estero

Rauti: applicare le pene previste per chi lo fa in Italia

di **Alessandra Arachi**

ROMA Che la maternità surrogata diventi un reato universale. Lo chiede Fratelli d'Italia con una disegno di legge presentato al Senato, un testo simile a quello che nella scorsa legislatura aveva presentato alla Camera Giorgia Meloni.

La richiesta è semplice: in Italia la maternità surrogata è un reato, adesso lo diventi anche se viene compiuta all'estero da cittadini italiani. A firmare questa proposta di legge sono la sottosegretaria e senatrice Isabella Rauti e il capogruppo dei senatori Lucio Malan.

«Esiste un vero e proprio turismo procreativo, quel fenomeno cioè per cui coppie italiane che non possono avere figli si avvalgono della tecnica della surrogazione di maternità in un Paese estero dove è consentita», scrivono i due senatori nella premessa del disegno di legge.

I costi della maternità surrogata sono diversi a seconda dei Paesi in cui ci si reca. E Rauti e Malan li hanno calcolati: «In India si può fare con 25-30 mila dollari e il business vale 2 miliardi l'anno. Le volontarie che entrano nel mercato legale delle cliniche mettono al mondo circa 1.500 bambini per soddisfare la richiesta che viene dall'estero. Guadagnano dagli 8 ai 9 mila dollari a gestazione, una cifra

che corrisponde a dieci anni di lavoro di un operaio non specializzato. Le donne che invece rimangono fuori dal circuito delle cliniche legali sono pagate molto meno, dai 3 ai 5 mila».

La maternità surrogata è legale anche negli Stati Uniti d'America. E qui per le coppie che vogliono farla la tariffa è praticamente doppia a quella attuata in India, circa cinquantamila dollari.

Scrivono ancora i due senatori: «Negli Stati Uniti il business delle nascite è superiore a duemila ogni anno, rispetto alle quali si dà agli aspiranti genitori la possibilità di scegliere alcune caratteristiche del nascituro».

In questi anni la decisione della maternità surrogata av-

venuta all'estero è stata lasciata nelle mani dei giudici. Con questa proposta di legge si vuole che i tribunali non vengano lasciati soli a decidere sul da farsi.

Le pene per la maternità surrogata in Italia prevedono una reclusione da tre mesi a due anni e una multa che va da 600 mila a un milione di euro. E con questo testo, così come già nel testo depositato in passato da Meloni, si deve aggiungere: «Le pene si applicano anche se il fatto è commesso all'estero».

Firmatari



Isabella Rauti, 60 anni, e Lucio Malan, 62, senatori di Fratelli d'Italia



Covid e irresponsabili

Le terapie intensive ci dicono che i non vaccinati muoiono ancora molto più dei vaccinati

Roma. Calano i contagi, così come i ricoveri, ma continuano ad aumentare i decessi causati dal Covid. L'incremento delle morti si attesta ad un +27,2 per cento in una settimana, numeri che potrebbero essere una conseguenza del calo della copertura immunitaria in anziani e fragili, visto che ormai i richiami vaccinali sono in caduta libera e che quasi 12 milioni di italiani si ritrovano senza quarta dose in pieno inverno. Il tasso di copertura nazionale per le quarte dosi di vaccino Covid è del 30,9 per cento con nette differenze regionali: si passa infatti dal 13,9 per cento della Calabria al 44,1 per cento del Piemonte. Ovviamente i numeri sono ancora peggiori per le quinte dosi raccomandate per fragili e residenti nelle Rsa: il tasso di copertura nazionale qui si ferma al 13,9 per cento ed anche in questo caso si continuano a riscontrare nette differenze regionali con oscillazioni che vanno dal 4,6 per cento della Campania al 25,9 per cento del Piemonte.

La crescita dei decessi come possibile conseguenza del calo della copertura immunitaria nella popolazione in generale, e negli anziani e fragili in particolare, sembra trovare conferma anche in uno degli ultimi rapporti dell'Istituto superiore di sanità. "Al 18 gennaio 2023, meno dello 0,01 per cento e lo 0,5 per cento della popolazione ha rispettivamente completato il ciclo primario e ricevuto la dose addizionale/booster da meno di 120 giorni". A gennaio 2023 meno dell'1 per cento

della popolazione italiana era coperta da meno di 120 giorni e si ritrova quindi ad avere una protezione bassa o in fase calante dal rischio di sviluppare malattia grave in caso di contagio. Un dato preoccupante che viene però in parte viziato dal mancato conteggio del numero dei guariti da meno di 120 giorni che hanno quindi acquisito una protezione naturale contro il virus e sono impossibilitati a vaccinarsi.

Considerando l'alta contagiosità di Omicron, parliamo di un numero di guariti negli ultimi 120 giorni che sicuramente non sarà basso e che in parte risentirà anche di un 'sommerso' visto il numero crescente di diagnosi con test fai da te utilizzati in casa e con positività magari non denunciate al proprio medico curante.

Eppure i numeri riguardanti l'efficacia dei vaccini continuano a parlare chiaro. Nella popolazione più fragile, tra gli over 80, secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità per i non vaccinati il tasso di ospedalizzazione risulta "quasi quattro volte più alto rispetto ai vaccinati con dose addizionale/booster e quasi sei volte più alto rispetto ai vaccinati con quarta dose da meno di 120 giorni e tre volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con quarta dose booster da oltre 120 giorni". Quanto ai ricoveri in terapia intensiva, il tasso tra i non vaccinati risulta "quattro volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con dose addizionale/booster, cinque volte e mezzo più alto

rispetto ai vaccinati con quarta dose da meno di 120 giorni e quattro volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con quarta dose da oltre 120 giorni". Infine, riguardo il tasso di mortalità, questo tra i non vaccinati risulta essere "sei volte più alto rispetto ai vaccinati con dose addizionale/booster, e rispettivamente dieci volte e mezzo e più di cinque volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con quarta dose da meno di 120 giorni e da oltre 120 giorni".

L'efficacia del vaccino nel periodo di prevalenza Omicron (a partire dal 3 gennaio 2022) nel prevenire i casi di malattia severa è, nella popolazione complessiva: pari al 68 per cento nei vaccinati con ciclo incompleto o completo e pari all'81 per cento nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster. Mentre l'efficacia dei vaccini nel prevenire la malattia severa tra gli over 80 si attesta all'81 per cento nei vaccinati con ciclo incompleto o completo, all'88 per cento nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster, al 91 per cento nei soggetti vaccinati con quarta dose entro 120 giorni, e all'80 per cento nei soggetti vaccinati con quarta dose da oltre 120 giorni.

Numeri che dovrebbero essere ricordati con maggiore forza e insistenza anche da parte di un governo che sembra aver invece completamente dimenticato il problema Covid.

Giovanni Rodriquez



ANTIVIRUS



ARMI-BOOMERANG CONTRO IL VIRUS

REGOLA UNIVERSALE è che, quando si usano armi si produce l'eliminazione dei più deboli mentre sopravvivono i più forti o quelli che, casualmente, non son stati raggiunti dall'attività letale. L'antibiotico-resistenza è l'effetto boomerang della terapia antibiotica. Ma anche la resistenza ai farmaci antivirali è un problema nella lotta contro malattie infettive come influenza ed epatite. I virus mutano con facilità, soprattutto quelli con acido nucleico a RNA. Ciò genera, in maniera casuale, un numero enorme di particelle mutate. Accanto a ciò esiste e si aggiunge la selezione di varianti dovuta a pressione selettiva. Ciò avviene perché i farmaci antivirali uccidono i virus ma non quelli che sono mutati con caratteristiche di resistenza. Il prodotto finale è che si selezionano popolazioni di virus

resistenti che continuano a moltiplicarsi e diffondersi, fino a vanificare l'uso di un farmaco. *Science* ha scritto della potenziale pericolosità dell'uso dell'antivirale per la cura del Covid, molnupiravir, autorizzato in Regno Unito e Usa alla fine del 2021 e poi in molti altri paesi. Il meccanismo d'azione mira all'uccisione del virus, inducendo mutazioni nel genoma virale. Lo studio delle mutazioni indotte, attraverso l'analisi delle sequenze genetiche depositate nel database GISAID, evidenzia che molnupiravir induce mutazioni del virus SarSCoV2. Ricercatori australiani hanno evidenziato che il trattamento con tale farmaco potrebbe portare a nuove varianti nei pazienti immuno-compromessi: poiché il loro sistema immunitario ha difficoltà a eliminare il virus, le varianti possono accumulare un

gran numero di mutazioni, causando cambiamenti del comportamento virale che possono poi essere trasmessi ad altri. *The Lancet* suggerisce che, almeno tra le persone vaccinate contro il COVID-19, il molnupiravir offre benefici limitati. Il portavoce dell'azienda ha affermato che il legame tra mutazioni e farmaco non è dimostrato, né che abbia contribuito all'emergere di varianti circolanti. Difesa dovuta. In attesa di nuovi studi, la prescrizione dell'antivirale sia guidata da un valido rapporto rischio/beneficio. Non vorremmo si ripetessero gli stessi errori degli antibiotici.

MARIA RITA GISMONDO

direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano



IL DOSSIER

Quando il cibo diventa veleno

Sempre più persone coinvolte: negli Anni '80 erano il 2,9% della popolazione, oggi il 12%
Ma i medici lanciano l'allarme sui test fai da te: "Molte autodiagnosi per seguire la moda"

PAOLORUSSO
ROMA

Un popolo di allergici un po' a tutto. Latte e latticini, glutine, crostacei, carni bianche e rosse, frutta, spezie e chi più ne ha più ne metta. A dar retta a quel che dicono gli italiani malati di allergie alimentari saremmo oramai venti milioni, secondo le ultime statistiche riportate dall'Istituto Veronesi. E così si finisce per perdersi per strada chi un problema ce l'ha realmente, fino al punto da rischiare la vita. Perché fatta la tara sottraendo chi si dichiara allergico per moda, chi confonde una semplice intolleranza con una cosa ben più seria come l'allergia e i tanti che si sottopongono a test inaffidabile, secondo le statistiche Istat i veri allergici a un qualche alimento sono un milione e 800 mila, dei quali 300 mila allergici al latte e 600 mila al glutine. «I numeri sono in crescita perché c'è una maggiore attenzione della classe medica a chi ha questo genere di problemi. Ma molti scambiano per allergia una semplice intolleranza alimentare, che al contrario non genera pericolose reazioni del nostro sistema immunitario fino alle estreme conseguenze dello choc anafilattico», spiega Marco Silano, direttore dell'unità operativa nutrizione e salute dell'Iss.

Però sommando chi rischia la vita a coloro che comunque soffrono di disturbi da intolleranza alimentare, come mal di pancia o reazioni cutanee, resta il fatto che secondo l'Istat gli italiani che hanno problemi

con il cibo sta aumentando. E di molto. Erano il 2,9% della popolazione, ossia circa un milione e mezzo, negli Anni '80, sono ora il 12,7% (sei milioni). Di questi 300 mila hanno un brutto rapporto con il latte, 1,1 milioni con il lattosio in genere, 3 milioni sono intolleranti al glutine, mentre 300 mila sarebbero i celiaci veri propri. Quelli che non possono mangiare nemmeno dove è stato solo precedentemente cotta una pasta con il glutine. Poi ci sono 5 milioni di allergici e intolleranti al nichel, che si trova in vari alimenti e in oltre 100 mila non tollerano gli additivi alimentari. «Al netto di chi si dichiara allergico per seguire una moda non c'è prova che i casi effettivi siano in aumento e nemmeno è dimostrato che a incidere sul maggior numero di diagnosi ci sia alla base il cambio di alimentazione, come ad esempio la presunta presenza di maggiori quantitativi di glutine nelle paste di produzione industriale», afferma ancora Silano. Che sottolinea anche come «sia ancora oggi estremamente difficile arrivare a una diagnosi certa di allergia alimentare». Questo perché «i test non sono standardizzati, sia quelli cutanei che quelli sul sangue danno spesso risultati di diversa interpretazione poiché l'abnorme reazione del sistema immunitario varia da persona a persona. In alcune può manifestarsi anche con piccole quantità di un determinato alimento, in altre con dosi maggiori». Dei test affidabili ci sarebbero e sono i cosiddetti "test di provocazione orale in doppio cieco". In pratica il me-

dico somministra capsule contenenti dosi di singoli alimenti, tra cui quelli indiziati di scatenare la reazione allergica, senza che né il paziente, né il dottore, sappiano in quale capsula si trovi. Lo stesso medico verificherà poi se si scatena una reazione di tipo allergico. «Ma si tratta di test che devono essere eseguiti in ospedale, con un dose di adrenalina a portata di mano per evitare il rischio di choc anafilattici», spiega l'esperto dell'Iss.

Il problema, come denuncia gli esperti medici della Fondazione Veronesi, è che molti italiani si affidano a test fai da te o semplicemente inutili, ma costosi, visto che i prezzi vanno da 90 a 500 euro. Ma che in nove casi su dieci danno esito di "falso positivo". Attestano cioè una reazione spesso inesistente. «Il ricorso a test come quelli del capello o della forza muscolare, che non hanno fondamento scientifico - dichiara Walter Canonica, direttore della clinica di malattie dell'apparato respiratorio dell'Università di Genova e presidente della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Clinica - cresce al ritmo del 10% all'an-



LA STAMPA

no e rischia di non far individuare i veri pazienti allergici, ritardandone la diagnosi». La cosa migliore è invece quella di rivolgersi a uno specialista o a uno dei centri di riferimento per le allergie sparsi lungo il territorio ai primi sospetti di allergia alimentare. «Che possono comparire entro pochi minuti dall'ingestione dell'alimento allergico, fino a un massimo di qualche ora, con manifestazioni variabili dalla sensazione di calore alla pelle, prurito, orticaria, gonfiore intorno agli occhi, alle labbra o alla lingua, ma anche stanchezza intensa. nau-

sea, bruciore alla gola», spiega sempre il professore. «I test validati scientificamente - prosegue - consentono di individuare con precisione non solo l'alimento sospetto ma a quale porzione di esso, di norma una proteina o una sua frazione, si è ipersensibili e avviare così la corretta terapia». Nella maggior parte dei casi si impone l'eliminazione dalla dieta dell'"alimento miccia", oppure un suo consumo oculato perché, a seconda delle proteine coinvolte, potrebbe persino essere possibile mangiare un frutto a cui si è allergici togliendo semplicemente la buccia, o di contro

mangiarlo solo cotto. «Con una privazione rigorosa dell'alimento per circa tre anni - aggiunge il professor Canonica - potrebbe essere poi possibile sviluppare una desensibilizzazione spontanea». Sempre che si voglia seguire la scienza e non le mode, che ci fanno auto-proclamare allergici anche quando non lo siamo. —

Dal prurito al gonfiore i sintomi possono comparire subito oppure ore dopo

Molti si confondono con le intolleranze che però non causano gravi conseguenze



IL DECALOGO

- 1 Le "vere" intolleranze alimentari sono poche e non sono responsabili di sovrappeso e obesità
- 2 No all'autodiagnosi e ai test effettuati in laboratori senza prescrizione medica
- 3 Non rivolgersi a personale non sanitario
- 4 Diffidare dai test di diagnosi di intolleranza alimentare per i quali manca evidenza scientifica di attendibilità
- 5 Non escludere nessun alimento dalla dieta senza una diagnosi medica
- 6 La dieta va sempre prescritta dal medico
- 7 Non eliminare il glutine dalla dieta senza una diagnosi certa di patologia glutine correlata
- 8 Non eliminare latte e derivati senza una diagnosi certa di intolleranza al lattosio o allergie alle proteine del latte
- 9 Rivolgersi al medico per una corretta diagnosi
- 10 Non utilizzare internet per diagnosi e terapia



Fonte: ministero della Salute

40 morti all'anno causate da allergie alimentari

In Italia ci sarebbero

1.800.000
di persone allergiche di cui

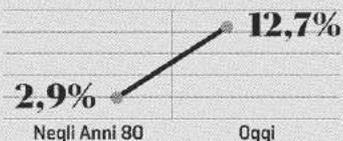
350.000
al latte

600.000
al glutine



10,7%
della popolazione affetta da allergie croniche

Gli allergici



WITHUB

MONA-RITA YACOB L'allergologa del San Raffaele: "Episodi così sono rari, ma capitano"

“All’inizio i sintomi sembrano leggeri bisogna avere con sé l’adrenalina”

**L'INTERVISTA
FRANCESCO MOSCATELLI
MILANO**

«**Q**uello che è successo è terribile. Sono rimasta anch'io scioccata da questa notizia. Sono episodi rari ma purtroppo, quando si verificano, spesso colpiscono persone giovani, consapevoli e attente». Mona-Rita Yacoub, coordinatrice dell'Area Allergologica presso l'Unità di Immunologia, Reumatologia, Allergologia e Malattie Rare dell'ospedale San Raffaele, si occupa da anni di pazienti con gravi reazioni allergiche e forse per questo è ancora più scossa per quello che è successo nei giorni scorsi in un locale del centro di Milano.

Dottoressa Yacoub, com'è

possibile morire a vent'anni per aver mangiato un tiramisù?

«Lo shock anafilattico è la reazione sistemica più grave di un paziente allergico. Scientificamente la sua definizione è collegata proprio alla possibilità di un esito mortale, che la letteratura stima fra lo 0,25 e lo 0,33% del totale delle anafilassi. Nelle linee guida sanitarie è trattato con molta attenzione proprio perché colpisce generalmente più organi. Anche se all'inizio i sintomi possono non sembrare gravi, se coinvolgono più organi bisogna bloccarli subito, perché il peggioramento può essere veloce».

Quali sono gli allergeni più pericolosi?

«Ci sono gli allergeni alimentari, quelli associati alle punture di insetti e quelli legati all'assunzione di farmaci. Il caso di questa ragazza rientra nella prima categoria perché, da quanto ho potuto leggere, era allergica al latte vaccino. Altri allergeni alimentari comuni sono il pesce, i crostacei, la frutta secca, i semi e alcune molecole vegetali della famiglia Ltp

(Lipid Transfer Protein, ndr) che possono essere presenti in vari alimenti».

Pare che il dolce fosse in questione fosse contaminato da proteine del latte vaccino. Quanto incide la quantità di allergene presente?

«Un allergene può dare reazioni molto gravi anche in presenza di dosi molto basse».

Quanto è diffuso questo tipo di allergia?

«In età adulta è molto rara sia perché è raro che persista dopo essersi manifestata in età pediatrica, sia perché è raro che compaia ex novo in età adulta. Ciò che è importante sottolineare è che un'allergia alle proteine del latte vaccino non è un'intolleranza al lattosio. Si fa ancora troppa confusione».

Qual è la differenza c'è fra intolleranza e allergia?

«L'intolleranza al lattosio è dovuta al deficit di un enzima prodotto a livello intestinale che permette di degradare il lattosio. Può provocare sintomi gastrointestinali: nulla di particolarmente grave. Un'allergia invece può causare una cascata di even-

ti scatenati dal sistema immunitario».

Cosa accade a un paziente in shock anafilattico?

«Si va dall'orticaria all'affanno respiratorio, fino al più grave coinvolgimento dell'apparato cardiocircolatorio. I mediatori dell'infiammazione allergica liberando-

si massivamente nel sangue provocano una vasodilatazione e un crollo della pressione arteriosa. Non conosco la cartella clinica di questa ragazza ma può capitare che i pazienti arrivino in ospedale già con danni irreversibili».

Cosa vuol dire che una persona è iper-allergica?

«Ogni paziente può potenzialmente esserlo. Nel linguaggio comune può significare che ha già presentato gravi reazioni allergiche in passato. In casi del genere dovrebbe essere istruito ad avere sempre con sé l'adrenalina auto-iniettabile, che è l'unico salvavita. In presenza di una reazione sistemica grave il paziente dovrebbe utilizzare l'auto-iniettore di adrenalina e, nel caso la reazione non passasse, in attesa dei soccorsi dovrebbe procedere anche con la seconda puntura».

Come si può aiutare una persona in anafilassi?

«Quello che si può fare è mettere il paziente in posizione supina e praticare le manovre rianimatorie a partire dal massaggio cardiaco».—

In casi del genere spesso quando i pazienti arrivano in ospedale, ci sono già stati danni irreversibili

Per aiutare chi è in choc si praticano manovre rianimatorie a partire dal massaggio cardiaco



MONA-RITA YACOB
ALLERGOLOGA



PANORAMA

AZIENDE OSPEDALIERE

Comunicare meglio migliora la salute

Favorire una migliore comunicazione scientifica nelle aziende sanitarie, negli ospedali, nelle cliniche universitarie e negli Irccs per migliorare la sanità pubblica. L'obiettivo è far comprendere che comunicare in modo corretto è un dovere assistenziale e non un'opzione o una scelta. Per farlo è necessario promuovere e migliorare le attività degli uffici stampa delle strutture sanitarie italiane formando in modo più adeguato sia i professionisti della comunicazione che i professionisti della salute. Così sarà possibile valorizzare maggiormente l'attività scientifica svolta e raggiungere in modo più efficace milioni di pazienti, caregiver e cittadini. È quanto si propone il nuovo progetto "Comunicazione interna ed esterna nelle aziende sanitarie: dall'ufficio stampa alla comunicazione digitale" promosso dal direttore generale della Fondazione Ptv Policlinico Tor Vergata Giuseppe Quintavalle in collaborazione con la Rossana Berardi, ordinario di Oncologia all'Università Politecnica delle Marche e con Mauro Boldrini, direttore della Comunicazione dell'Associazione italiana di Oncologia medica. L'Università di Tor Vergata sposa questo progetto formativo che

prevede anche l'integrazione della comunicazione digitale quale strumento divulgativo emergente ed efficace – sottolinea Nathan Levialdi Ghiron, Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata – Utilizzare tutti gli strumenti, anche quelli più tecnologici e innovativi, potrà consentire una più efficace azione a beneficio dei pazienti e della popolazione». «La medicina e soprattutto l'oncologia sono le aree in cui purtroppo le fake news sono maggiormente presenti – afferma Rossana Berardi, ideatrice del progetto -. Tutti i giorni vi è il rischio di dare spazio a posizioni antiscientifiche e a comunicatori poco preparati spesso autodefinitisi influencers senza alcuna preparazione. Spesso trovano spazio anche per l'assenza o la scarsa presenza, soprattutto sui social media, di comunicatori istituzionali e rappresentanti delle aziende ospedaliere operanti nel nostro Paese».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricerca sui farmaci: l'Italia torna in pista, la posta è 800 milioni

Sperimentazioni cliniche. Recepite in extremis le regole Ue del 2014: iter unico in tutta Europa per le domande delle aziende. I comitati etici si riducono a 40

Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Il'Italia sale in extremis sul treno europeo della ricerca dei nuovi farmaci. Dal 31 gennaio scorso tutte le domande iniziali di sperimentazione clinica in Europa devono essere presentate al portale unico (il Clinical Trials Information System) che promette di tagliare burocrazia e tempi lunghi visto che prima gli sponsor dovevano presentare un dossier separato per ogni singolo Paese e Comitato etico mentre ora ne basterà uno solo per ben trenta Paesi. In ballo c'è una partita che vale fino a 800 milioni l'anno: tanto sposta in termini di investimenti la ricerca sui nuovi farmaci per l'Italia. Che ha rischiato di vederlo partire il treno europeo restando a terra perché ci sono voluti ben otto anni per recepire il Regolamento europeo 536/2014 che uniforma criteri e gestione della ricerca nel Vecchio Continente per provare a fare concorrenza agli Usa.

La ripartenza è arrivata una manciata di giorni fa sul filo di lana della scadenza Ue del 31 gennaio quando il ministro della Salute Orazio Schillaci ha emanato uno dopo l'altro quattro decreti che mettono le ali alle sperimentazioni nostrane, sancendo la decurtazione - da ben 90 a 40 - dei Comitati etici territoriali chiamati a selezionare i trial di farmaci e dispositivi, regolamentando la fase transitoria per le attività di valutazione e le modalità di interazione tra il centro di coordinamento, i comitati etici e l'Agenzia del farmaco (Aifa), determinando con il Mef una tariffa unica per i test e disciplinando funzioni e requisiti di partecipazione ai "comitati" in un'ottica di trasparenza e di indipendenza.

Non è poco: se per qualità dei ricercatori l'Italia eccelle nel mondo,

quanto a partecipazione ai grandi trial clinici il ritardo sulle regole Ue stava producendo effetti nefasti. Innanzitutto sui pazienti ma anche sul "sistema Paese" nel suo complesso. «Ogni anno sono circa 40mila i cittadini coinvolti nelle sperimentazioni, che possono beneficiare di trattamenti innovativi con grande anticipo rispetto alla disponibilità sul mercato e, quindi, di maggiori possibilità di guarigione. I primi segnali del ritardo italiano nel recepire la normativa comunitaria erano preoccupanti: da gennaio a ottobre 2022 nella Ue sono state presentate 428 domande di avvio di studi clinici, di cui solo 87 hanno coinvolto l'Italia rispetto alle 142 della Francia, alle 132 della Spagna e alle 116 della Germania. Se non ci fossimo adeguati, avremmo perso circa 300 studi rispetto ai 672 tra profit e no profit autorizzati nel 2019». A parlare sono Francesco Cognetti, Paolo Corradini e Pasquale Perrone Filardi, presidenti rispettivamente della Federazione degli oncologi, cardiologi ed ematologi (Foce), della Società italiana di ematologia (Sie) e della Società italiana di cardiologia (Sic). Branche mediche che rappresentano i due terzi delle sperimentazioni.

Alle priorità dei malati si affiancano quelle del Paese: la farmaceutica è un settore-traino con i suoi oltre 38 miliardi di produzione stimata per il 2022, ma l'impasse italiana sui trial rappresentava una zavorra: «Nel 2022, anno di transizione per le nuove regole, tante nazioni che erano già pronte hanno preso una nostra grossa quota e per recuperare questo ritardo serviranno circa 2-3 anni - spiega Guido Rasi, già a capo dell'Agenzia Ue del farmaco (Ema) -. La parte decisionale degli sponsor non è in Italia ma con il via libera ai decreti non ci saranno più scuse per lasciare

il Paese fuori dalla grande competizione internazionale sui trial. Ora possiamo di nuovo attrarre investimenti, continuando a collaborare con i grandi centri».

La piena implementazione del Regolamento Ue d'ora in poi ci consente l'ammissione al portale Clinical Trial Information System, che diventa il punto di accesso unico per la presentazione, l'autorizzazione e la supervisione delle domande di sperimentazione clinica nella Ue e nei Paesi dello Spazio economico europeo (See). «Questa svolta - spiega il presidente dell'Agenzia del farmaco Giorgio Palù - era molto attesa da tutti, dall'industria così come dagli sperimentatori, dalle università, dai centri di ricerca e dalla stessa Aifa. Il ritardo lo abbiamo pagato visto che siamo quarti in Europa, ma i dati sono confortanti perché nel 2022 siamo nell'ordine di quasi 800 sperimentazioni promosse. La salute va vista non solo come una dispensazione di un bene inalienabile alla società ma anche come volano di sviluppo economico e la ricerca clinica è il motore che spinge l'industria a progredire in innovazione, anche tenendo conto che il 40-50% dei farmaci sono biotecnologici e che il 40% delle sperimentazioni cliniche utilizzano farmaci biologici. Non abbiamo ancora un vaccino avanzato per il Covid ma



ora auspicio che ci sarà un forte impulso per la sperimentazione e soprattutto per l'investimento».

Per Marcello Cattani presidente di Farindustria la firma dei decreti attuativi al Regolamento Ue da parte del ministro Schillaci è «un'ottima notizia perché semplifica le procedure, valorizza l'innovazione e velocizza l'accesso alla cura per i cittadini. Finalmente il nostro Paese è in linea con gli altri in Ue. Un passo in avanti fondamentale per la competitività internazionale e per l'attrattività degli investimenti da parte delle aziende del farmaco. Imprese che oggi già investono 700 milioni all'anno in ricerca clinica e che hanno già pianifi-

cato 300 studi per il 2023». «Una cifra - continua Cattani - che a questo punto potrebbe aumentare nel corso dell'anno. Ora le Regioni avranno a disposizione 120 giorni per individuare i nuovi Comitati etici territoriali e nominare i loro componenti».

Anche Fabrizio Greco presidente di Federchimica Assobiotech che rappresenta il comparto delle biotecnologie che sarà in prima linea nell'affrontare questa svolta regolamentare segnala come «la riduzione dei comitati etici è certamente un passo avanti importante e fortemente atteso, è però solo un tassello di un ecosistema più ampio che fatica ad essere competitivo nello scenario

globale. Tra questi, sarà infatti determinante - avverte ancora Greco - il coordinamento di Aifa con i comitati etici e le loro velocità di risposta. Il fattore tempo è una variabile che non costa ma è un elemento differenziante per generare valore per il Paese ed i cittadini».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

C'era il rischio di restare fuori dalla competizione nell'attrazione degli investimenti delle aziende farmaceutiche



«COSÌ ATTRAZIONE INVESTIMENTI»

Per il presidente di Farindustria Marcello Cattani è «un passo in avanti fondamentale per la competitività e per l'attrattività degli investimenti»



«CRUCIALE VELOCITÀ DI RISPOSTA»

Per Fabrizio Greco presidente di Assobiotech sarà «determinante il coordinamento di Aifa con i comitati etici e le loro velocità di risposta»



Trial clinici. La fase di sperimentazione dei farmaci coinvolge solo in Italia 40mila pazienti che possono così accedere prima alle cure.



Cancro, Genenta rilancia sulla produzione

Investimenti

Accordo con Acg Biologics

Genenta, l'unica biotech italiana quotata al Nasdaq, rilancia la scommessa e stipula un accordo di sviluppo e produzione con Acg Biologics (ex Molmed) per produrre Temferon, la terapia immunogenica in fase di sperimentazione clinica per la cura del glioblastoma multiforme, un tumore cerebrale particolarmente aggressivo che oggi ha un'aspettativa di vita intorno ai 12-14 mesi dalla diagnosi.

«L'espansione della nostra relazione con Acg Biologics sottolinea il progresso dello sviluppo clinico della nostra piattaforma - dichiara al Sole24Ore Pierluigi Paracchi, amministratore delegato di Genenta -. E ora sulla base dei risultati della sperimentazione clinica di Fase 1/2 in corso, stiamo intensificando il processo di produzione per essere pronti per la Fase 2 del processo. Questo investimento nella produzione rappresenta un significativo passo avanti basato sul fatto che dopo aver trattato fino a oggi 19 pazienti iniziamo a intravedere risultati che ci portano a dire che stiamo incidendo sullo sviluppo della malattia, proiettandoci verso la fase successiva dello studio. E se i dati continuano a essere in linea con i risultati che stiamo vedendo ora potrebbe essere un cambio di paradigma nel trattamento di un tumore

che non ha, a oggi, nessuna cura».

La terapia di Genenta consiste nel prelevare le cellule staminali del sangue dei pazienti che afferiscono da diversi ospedali (come il San Raffaele e il Besta di Milano, il Gemelli di Roma ma anche da Bergamo, Brescia e Pavia), ingegnerizzarle mettendole a contatto con il vettore virale Lentivirus (inventato da Luigi Naldini, direttore dell'Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica) che ha all'interno il gene di una proteina anti tumorale. L'idea, in sintesi, è quella di utilizzare queste cellule come Cavalli di Troia, per portare selettivamente l'attività terapeutica nel tumore.

«Dal momento in cui la nostra è una piattaforma - continua Paracchi - sono tantissime le proteine che possono essere prodotte e trasportate da queste cellule e quindi il ventaglio e l'offerta terapeutica, includendo anche le combinazioni con altri farmaci, è pressoché illimitato. E poiché la stiamo dimostrando su una prima indicazione, questo ci permette di proiettarla anche verso altri tipi di tumori. Non solo. Il fatto che lo sviluppo e la produzione siano svolte in Italia, significa offrire ai pazienti italiani la possibilità di accedere subito e per primi a una terapia avanzata».

In attesa dei dati della sperimentazione

di fase 2, che partirà l'anno prossimo, l'accordo stipulato oggi sottende che lo studio in corso sta andando nella direzione sperata. E in considerazione del fatto che dopo l'euforia post covid le biotech company hanno avuto degli up and down notevoli - portando a licenziamenti e alla chiusura di molte sperimentazioni - se una media società italiana prosegue negli studi, al di là delle tempeste finanziarie, e decide di investire è un segnale positivo per la ricerca Made in Italy.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PIERLUIGI PARACCHI
Co-founder e Ceo di Genenta, nata nel 2014 come spin-off dell'Ospedale San Raffaele di Milano

La produzione in Italia permette ai pazienti italiani di poter accedere subito a una terapia avanzata



Scenari

Assistenza sanitaria con il metaverso

Francesca Cerati — a pag. 27

Il futuro del metaverso nell'assistenza sanitaria

M-worlds. Secondo una ricerca di Boston Consulting Group ci aspetta un'adozione sempre maggiore di questa nuova tecnologia ma oggi solo il 17% dei fornitori e il 6% dei clienti ha avviato progetti pilota

Francesca Cerati

Il 2022 è stato l'anno del metaverso con tutte le sue false partenze. E in futuro? Certamente, da qui ai prossimi anni, il settore sanitario sarà uno dei protagonisti di questo spazio virtuale condiviso altamente interattivo, coinvolgente e realistico. Esiste infatti un grande potenziale per eliminare le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria, migliorandone i risultati. Secondo l'ultimo studio di Boston Consulting Group (Bcg) "The Health Care Metaverse Is More Than a Virtual Reality", basato su un sondaggio tra fornitori, clienti e aziende di biopharma e medtech nel mondo, la maggior parte delle imprese sta già conducendo sperimentazioni con queste tecnologie, in particolare nei campi dell'imaging medico e chirurgico, della salute mentale e della formazione medica. «A livello mondiale gli investimenti nelle startup del metaverso ammontano a circa 2,2 miliardi di dollari, che vengono sostanzialmente da investitori privati e dalle big tech come Google e Meta - dice Lorenzo Positano, managing director e partner di Bcg - Viceversa solo una minima parte (il 10%) degli investimenti viene dirottata verso le applicazioni di blockchain. Nonostante se ne parli da molto tempo, questa tecnologia è ancora immatura e quindi gli investimenti sono minori rispetto all'extended reality».

«La nostra ricerca suggerisce che il metaverso nell'assistenza sanitaria si sta sviluppando in tre fasi - continua Positano - Stiamo passando dalla fase 1, il periodo di sperimentazione ini-

ziale, alla fase 2 (prossimi cinque anni), che sarà definita dall'adozione più ampia dei casi d'uso attuali e dall'emergere di nuove applicazioni man mano che le tecnologie avanzano. La fase 3 (decennio successivo) vedrà lo sviluppo di casi d'uso più avanzati e la creazione di tecnologie del metaverso in molte aree del sistema sanitario».

Sempre dal sondaggio Bcg emerge che il 77% dei fornitori e il 94% dei pagatori si aspettano che il loro coinvolgimento nel metaverso aumenti nei prossimi anni, tuttavia, solo il 17% dei fornitori e il 6% dei clienti ha iniziato o sta sviluppando dei programmi pilota. La maggior parte deve ancora definire una visione e adottare una strategia dedicata all'implementazione di queste tecnologie. «Inserirsi nelle fasi iniziali di questo processo può portare diversi benefici, come la possibilità di muoversi e imparare insieme e monitorare lo sviluppo tecnologico creando inoltre maggiori opportunità di partnership - aggiunge Positano -. Per questo motivo tutti gli attori della catena della salute e i fornitori tecnologici dovranno continuare a sviluppare e testare in maniera congiunta queste tecnologie, proseguendo il processo di cooperazione avviato durante la pandemia di Covid-19». Per quanto allettante possa sembrare la prospettiva di estendere l'assistenza sanitaria al metaverso, dobbiamo considerarne la fattibilità. L'enorme volume di dati sanitari personali che saranno coinvolti rappresenta un problema di sicurezza e privacy, che la blockchain promette di superare. Avere un approccio traspa-

rente alla gestione di tali informazioni sensibili può aiutare a creare fiducia affinché i pazienti si dirigano verso il metaverso per scopi medici. Tuttavia, la messa a terra di questo approccio rappresenterà una sfida a sé stante, dal momento che i sistemi sanitari hanno una famigerata eredità di mancata interoperabilità.

E se la realtà virtuale è già impiegata dai medici per formare studenti e professionisti medici, all'Istituto clinico Humanitas di Milano hanno sviluppato una modalità di visione che migliora ulteriormente l'apprendimento perché permette di vedere anche i movimenti del chirurgo durante la chirurgia robotica. «È una realtà completamente immersiva - spiega Antonino Spinelli, direttore dell'Unità operativa di Chirurgia del colon e del retto dell'Humanitas - È come trovarsi all'interno dell'addome, che coinvolge non solo il chirurgo che opera ma anche le persone che devono imparare». Le prospettive? «Nell'ambito della formazione si delocalizzerà moltissima parte dell'educazione futura, ma già adesso all'University College di Londra, collaboro a un master in chirurgia mininvasiva in cui c'è un corso in cui gran parte della didattica viene erogata completamente nel metaverso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nell'ambito della formazione medica verrà delocalizzata nel metaverso moltissima parte dell'educazione futura





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Ghidorzi (Up): «La Sanità deve tornare pubblica»

Per la corsa alla presidenza di Regione Lombardia c'è anche Mara Ghidorzi, 42enne e laureata in sociologia, candidata per Unione Popolare, lista che raccoglie sotto un solo cappello DeMa, Manifesta, Potere al Popolo e Rifondazione Comunista. Domenica 12 e lunedì 13 febbraio sfiderà il governatore in carica Attilio Fontana, l'alfiere del centrosinistra e del M5s Pierfrancesco

Majorino e la candidata civica sostenuta dal Terzo Polo Letizia Moratti. Tra i punti centrali del programma di Ghidorzi c'è la Sanità che «deve tornare ad essere pubblica. La salute non è una merce ma un bene pubblico e deve venire prima dei profitti dei privati. Bisogna potenziare la sanità territoriale e i poli ospedalieri pubblici con più personale medico e infermieristico e i presidi come medici di base, sert e consultori». Un

dipartimento per l'adolescenza? «Sono d'accordo con la proposta di don Mazzi», dice ancora la candidata di Unione Popolare. «Io penso – conclude Ghidorzi – che ad oggi Lombardia non ci sia un vero diritto allo studio e le proposte di Unione popolare polare su questo punto sono molto chiare: prima di tutto i trasporti, i libri di testo, il materiale scolastico va reso gratuito». Anche il trasporto pubblico locale per

l'esponente di Up va potenziato e profondamento rivisto.



Mara Ghidorzi



Odissea Pronto soccorso Cento ambulanze ferme mille pazienti in attesa

Sbraga a pagina 19

Sanità nel caos



SANITÀ NEL CAOS

Il fenomeno del «blocco-barella» non è stato ancora risolto. La situazione più critica al Gemelli e al Policlinico Umberto I

Cento ambulanze bloccate

Pronto soccorso vicini al collasso con oltre mille pazienti in attesa di visita o ricovero e con i mezzi fermi l'Ares 118 non riesce a rispondere a tutte le chiamate di emergenza

ANTONIO SBRAGA

••• Più di cento ambulanze bloccate in 2 giorni davanti agli ingressi dei Pronto soccorso laziali, che ormai sembrano trasformati nelle aree espositive delle concessionarie dei mezzi di soccorso. Domenica, infatti, erano 45 e ieri sono salite a «quasi 60 le ambulanze bloccate nei Pronto Soccorso a causa del fenomeno del blocco-barella. Altrettanto numerose sono le richieste di soccorso in attesa di essere gestite dalla Centrale Operativa 118 che, di fatto, si trova a gestire le emergenze sanitarie senza avere sufficienti mezzi di soccorso a disposizione. Non ci sono ambulanze!», è il grido d'allarme lanciato dal sindacato Nursind Ares 118. Alle 16 e 30 si contavano

ben «911 persone in attesa di ricovero o trasferimento» nei 50 Pronto Soccorso laziali. Il Gemelli risulta il più sovraffollato, con 90 pazienti stazionanti nell'astanteria, uno in più dell'altro policlinico, l'Umberto I, con 89, mentre sia al Pertini che al San



Camillo-Forlanini sono 69 in stand-by per un posto letto nei reparti. Ma c'è chi resta in barella per 6 ore anche in attesa di una visita: «Mio padre, 88 anni, è in codice arancione al Ps del Sant'Eugenio dalle ore 10 - racconta la figlia, Giulia - Un'ora e mezza solo per fare il triage, senza cibo e senza medicine: sono riuscita a fargli dare almeno dell'acqua. Fatto entrare alle 11.45 per essere visitato, è su una barella nel corridoio del Pronto soccorso ancora dopo 6 ore».

E se i Ps sono ridotti in barella, «il sistema dell'Ares 118 è al collasso - denuncia il sindacato infermieristico Nursind - I cittadini, gli infermieri e tutti gli operatori 118 sono esasperati da questa vergognosa situazione che si protrae ormai da tanto, troppo tempo. Ares 118 ha bisogno di cure immediate ed urgenti! Riteniamo necessario un urgente e improcrastinabile cambio di rotta nella gestione dell'emergenza extraterritoriale 118 ed una chiara e netta discontinuità rispetto all'attuale organizzazione». L'azienda è in ritardo: è «ancora in corso il piano di reinternalizzazione triennale (2020/2022) sull'intero territorio regionale delle attività di soccorso sanitario mediante l'acquisizione di mezzi di soccorso e di risorse umane». Però «si rende comunque necessario per i tempi tecnici di realizzazione dell'internalizzazione assolvere all'emergenza sanitaria, integrando il proprio assetto organizzativo con risorse reperite mediante affidamento del servizio a soggetti terzi». Sono 111 e

l'Ares 118 è dunque costretta a «dover indire una procedura aperta per affidare il servizio di soccorso sanitario in area extraospedaliera, cosiddetta gara ponte, per la durata di 12 mesi eventualmente rinnovabile per ulteriori 12 mesi entro il limite dell'importo complessivo a base d'asta di 28 milioni e 654 mila euro suddivisa in 5 lotti territoriali». Però, nell'attesa dell'espletamento di questa procedura, l'Ares ha dovuto «progredire fino al 31 marzo, nelle more dell'aggiudicazione della gara ponte», l'affidamento precedente, che «è scaduto il 31/12/2022». Costerà «8.985.356 per il primo trimestre 2023». Ai quali si deve aggiungere il costo di un milione e 335 mila euro per il noleggio di altre 26 ambulanze più equipate a bordo: 15 in servizio h12 e 11 in servizio h24 sino a fine marzo per il «potenziamento in correlazione all'epidemia Covid».

La storia

«Mio padre, 88 anni, è al Ps del Sant'Eugenio dalle 10. Un'ora e mezza solo per fare il triage senza cibo né medicine»



Stop
Ambulanze ferme davanti agli ingressi del Pronto Soccorso in attesa delle barelle

