



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**27 FEBBRAIO 2023**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



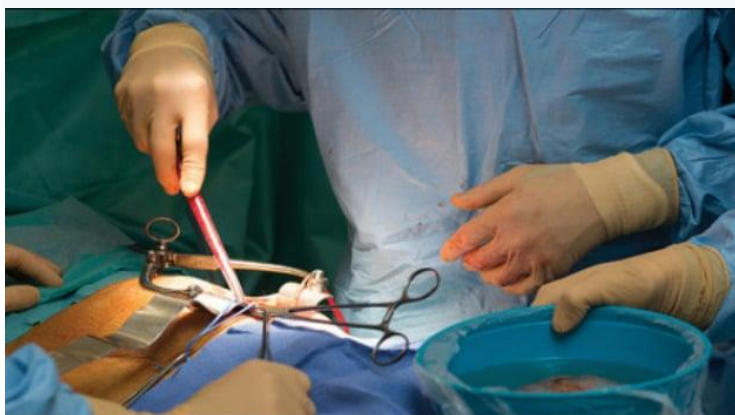
Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Trapianti, da Singapore un nuovo metodo per preservare reni

27 Febbraio 2023



Un nuovo modo di preservare i reni prima che vengano impiantati in pazienti sottoposti a trapianto di rene è stato sperimentato con successo su tre pazienti presso il National University Hospital (NUH). La procedura comporta l'uso di una macchina di perfusione ipotermica, dispositivo ideato per pompare liquido di conservazione freddo sotto i 4 gradi centigradi nei reni del donatore per ottimizzarli per l'impianto. Circa il 30% dei trapianti di rene da donatori a Singapore è a rischio di una complicanza chiamata funzione ritardata del trapianto, in cui il trapianto renale non funziona immediatamente e la dialisi è necessaria nella prima settimana post-trapianto. Rispetto al modo tradizionale di conservare un organo nel ghiaccio prima del trapianto, la perfusione ipotermica della macchina simula il modo in cui il corpo pompa liquido nel rene, migliorando il lavaggio di microcoaguli di sangue e tossine. Quando lo si impianta nel paziente, il rene è pronto a ricevere il flusso sanguigno (del corpo umano), perché è già stato simulato per tre o quattro ore".



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Il team di medici del Centro universitario nazionale per i trapianti di organi (Nucot) della NUH coinvolto nella sperimentazione del metodo a Singapore sta lavorando con l'Unità nazionale per i trapianti di organi del Ministero della Salute per nazionalizzare la tecnica.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Cot, ospedali e case di comunità: l'Asp di Siracusa approva 19 progetti di fattibilità

*Con altrettanti atti deliberativi del commissario straordinario Salvatore Lucio Ficarra. Investimenti per oltre 29 milioni di euro.*



Nel rispetto dei tempi, degli impegni assunti e degli obiettivi del **PNRR**, il commissario straordinario dell'Asp di Siracusa **Salvatore Lucio Ficarra** ha approvato con altrettanti atti deliberativi **19 su 20 progetti** di fattibilità tecnico economica, approvati in conferenza dei servizi, dei lavori per la realizzazione di **Centrali Operative Territoriali, Case di Comunità ed Ospedali di Comunità** previsti in tutta la provincia, per un importo complessivo di 26 milioni 355 mila 992 euro attingendo ai finanziamenti disponibili ed impegnando, altresì, ulteriori somme di bilancio aziendale per 3 milioni e 72 mila euro per un ammontare di investimenti pari a 29 milioni e 428 mila euro.

A breve sarà approvato anche il progetto per la realizzazione della Casa di Comunità di **Rosolini** per la quale è in corso la procedura in variante allo strumento di urbanistica per la realizzazione di un nuovo edificio. Il passo successivo è la predisposizione degli atti per l'adesione agli accordi quadro INVITALIA per gli appalti integrati e la esecuzione delle opere.

**I DETTAGLI**



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**Nel Distretto di Siracusa** l'investimento complessivo ammonta a 10.070.096,77 euro e prevede la realizzazione di 1 Casa della Comunità a Floridia, 2 Case della Comunità a Siracusa, 1 Casa della Comunità a Palazzolo Acreide, 1 Ospedale di Comunità a Siracusa, 1 Centrale Operativa Territoriale a Siracusa;

**Al Distretto di Noto** sono destinati in totale 11.028.873,75 euro per la realizzazione di 1 Ospedale di Comunità a Noto, 1 Ospedale di Comunità a Pachino, 1 Centrale Operativa Territoriale a Noto, 1 Casa della Comunità ad Avola, 1 Casa della Comunità a Pachino, 1 Casa della Comunità a Rosolini;

**Nel Distretto di Augusta** saranno realizzati con una spesa totale di 2.928.639,82 euro 1 Centrale operativa Territoriale ad Augusta, 1 Casa di Comunità ad Augusta, 1 Casa di Comunità a Melilli.

**Nel Distretto di Lentini** l'investimento totale destinato è di 5.400.464,00 euro con il quale saranno realizzati 1 Centrale Operativa Territoriale a Lentini, 1 Ospedale di Comunità a Lentini, 1 Casa di Comunità a Lentini ed 1 Casa di Comunità a Francofonte. Nell'ospedale di Lentini, intanto, sono già in fase avanzata gli interventi di efficientamento energetico per 5 milioni di euro di fondi PO FESR 22014-2020 finanziati dall'Assessorato regionale all'Energia. Gli interventi che si stanno realizzando riguardano dalla sostituzione degli infissi di tutte le degenze, alla realizzazione di un impianto fotovoltaico da 350 kw, all'efficientamento dell'impianto di climatizzazione che sarà raffreddato ad aria e non più ad acqua risolvendo il problema della carenza di risorse idriche estive, alla sostituzione di tutti i corpi illuminanti con altri a Led a bassissimo consumo. Tutti interventi che dovrebbero consentire di risolvere difetti di funzionamento impiantistici e strutturali che sono stati rinvenuti nella struttura ospedaliera lentinese.

Sono, altresì, in fase di esame da parte dell'UOC Tecnico aziendale i progetti di 3 interventi di adeguamento sismico degli ospedali **Umberto I** e **Rizza** di Siracusa e del **Muscatello** di Augusta. In fase di presentazione, inoltre, i progetti di adeguamento sismico dei presidi ospedalieri **Di Maria** di Avola e **Trigona** di Noto. Interventi che si prevede di approvare entro il mese di marzo per un importo complessivo di circa 40 milioni di euro.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Lunedì 27 febbraio inaugurazione della nuova Area di Emergenza del Policlinico



Nel trentennale dell'apertura del primo pronto soccorso al Policlinico, lunedì 27 febbraio alle ore 11 sarà inaugurata la nuova Area di emergenza dell'Azienda ospedaliera universitaria (ingresso in via Liborio Giuffrè 1-3). Quasi quattromila metri quadrati dotati di nuova tecnologia e con una suddivisione degli spazi concepita per assicurare rapidamente al paziente tutte le cure e i trattamenti di alta specialità.

Saranno presenti il Presidente della Regione Renato Schifani, il Commissario straordinario dell'Azienda ospedaliera universitaria Salvatore Iacolino, il Magnifico Rettore Massimo Midiri, l'Arcivescovo di Palermo Corrado Lorefice, l'assessore alla Salute Giovanna Volo, e il sindaco Roberto Lagalla.

Dopo il taglio del nastro, si terrà una conferenza stampa presso l'Accademia di Scienze Mediche.



## Le famiglie

# Sempre più fragilità ma meno sanità pubblica

Crescono le spese per la salute sostenute direttamente dai cittadini  
Zani (Tendercapital): «Si può lavorare per un nuovo welfare inclusivo»

ROMA

**I**l calo delle nascite, che rischia di accentuarsi ulteriormente nei prossimi anni, il progressivo allungamento della vita, che ha portato gli over 65 a superare in numerosità gli under 14, l'elevato debito pubblico che limita gli spazi di azione della mano pubblica: sono tutti fattori che stanno mettendo in difficoltà il welfare pubblico, la cui sostenibilità appare incerta, peraltro in una fase in cui cresce la domanda sociale di tutela a fronte delle nuove fragilità che emergono e di una «nuova normalità» nella quale gli imprevisti passano da essere episodici a frequenti. Queste tendenze trovano conferma nel quarto rapporto Censis-Tendercapital sulla «sostenibilità sociale e la rinnovata sfida del welfare italiano» i cui dati, sottolinea Moreno Zani, presidente di Tendercapital, «evidenziano in maniera chiara le difficoltà che oggi incontrano i due pilastri del modello sociale italiano, le famiglie e lo Stato. Crescono, infatti, le ristrettezze economiche di molti nuclei familiari». Secondo Zani, «nonostante nel 2022 abbiano tenuto bene sia il reddito sia le spese per i consumi, occorre infatti prendere atto di una severa contrazione del risparmio familiare. Una situazione di instabilità, insomma, che genera incertezza e preoccupazione per il futuro, ma anche la convinzione che si può lavorare per un nuovo welfare inclusivo, prospero e sostenibile». L'indagine accende in particolare i riflettori sulla crisi del sistema sanitario pubblico, ormai sempre più al centro dell'attenzione tra liste d'attesa troppo lunghe, numero di letti ospedalieri in forte calo e scarsi servizi sul territorio.

A parlare sono i numeri: il 67,3% degli italiani, nei dodici mesi precedenti l'intervista, per avere presta-

zioni sanitarie si è dovuto rivolgere al privato, pagando di tasca propria a causa dei tempi di attesa troppo lunghi nel pubblico. Un problema più accentuato soprattutto al Sud e nelle Isole, dove è accaduto al 71,7% degli italiani. Seguono il Centro (69,5%), il Nord-Ovest (63,6%) e il Nord-Est (63,2%).

Non a caso, la spesa sanitaria out-of-pocket, ovvero sostenuta direttamente dalle famiglie, già nel 2021 è stata superiore a 36 miliardi di euro, con una crescita in termini reali dell'8,2% rispetto al 2012, mentre quella pubblica è aumentata nello stesso periodo sensibilmente meno (più 3%). Il risultato? Prevalgono gli insoddisfatti della sanità regionale in tre macroaree su quattro. Solo nel Nordest i soddisfatti sono la maggioranza (il 58,8%), un dato però in forte discesa rispetto al 2019 quando erano il 75,4%. Nel Nordovest è soddisfatto il 42% dei residenti (era il 70,1% nel 2019), al Centro il 37,9% ha un giudizio positivo sul servizio sanitario del proprio territorio (era il 48,3% nel 2019); infine, solo il 29,2% al Sud e nelle Isole si dice soddisfatto della propria sanità regionale (era il 34,6% nel 2019).

In questo contesto, secondo diversi analisti, si rende necessario incrementare la percentuale della spesa pubblica per la salute rispetto al Pil (che quest'anno dovrebbe attestarsi al 6,7%), un ambito che ha visto invece negli ultimi anni continui tagli, ponendo l'Italia notevolmente indietro rispetto agli altri grandi Paesi europei. Si inserisce in questa direzione la scelta del governo di incrementare quest'anno di 2,15 miliardi il fondo sanitario nazionale, così come un grosso contributo è atteso dal Piano nazionale di ripresa e resilienza che destina 15,6 miliardi alla Missione Salute, con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il Rapporto Censis-Tendercapital

si è inoltre soffermato sulla crescita della povertà tra gli italiani, un fenomeno che ha accentuato le distanze tra vincenti e sconfitti del processo di digitalizzazione in atto e che crea preoccupazioni anche in merito alla tenuta sociale del nostro Paese. In base all'indagine, sono 7,5 milioni le persone appartenenti a famiglie le cui entrate coprono appena le uscite e che sono a rischio di dover fronteggiare inattese spese mensili aggiuntive di almeno 800 euro - tra bollette, cartelle fiscali, conguagli nei vari pagamenti - a causa di un ritmo di inflazione tornato a correre come non si vedeva da quasi mezzo secolo. Inoltre, si legge nel documento, dopo la pandemia oltre 1,5 milioni di occupati è in povertà assoluta e oltre due milioni di lavoratori si trovano in povertà relativa, ovvero sono impossibilitati a sostenere una spesa per consumi superiore alla soglia di povertà, una quota che sale tra lavoratori dipendenti e operai.

Non sorprende, dunque, che il 90,4% degli italiani si dichiara favorevole a fissare una retribuzione minima per legge, possibilità della quale si discute da tempo a livello europeo. Mentre è meno deciso il giudizio sul reddito di cittadinanza. Il 65,1% degli italiani lo reputa uno strumento per aiutare persone in difficoltà. Allo stesso tempo, il 76% resta convinto che questo strumento demotivi le persone a lavorare, disincentivando anche quelle che, se messe nelle condizioni di farlo, potrebbero tentare di inserirsi nel mercato del lavoro. - s.dp.



## LO SCOOP DEL WALL STREET JOURNAL

### Il dipartimento dell'Energia Usa "Dietro il Covid fuga dal laboratorio"

Il Covid sarebbe nato da una fuga di materiale in laboratorio. È l'esclusiva del dipartimento dell'Energia Usa, rivelata dal quotidiano statunitense *Wall Street Journal*, che ha preso visione della ricerca. Il rapporto ha concluso che la pandemia molto probabilmente è nata da materiale di laboratorio che non doveva uscire. In precedenza il di-

partimento aveva dichiarato di non avere certezze su come si fosse sviluppato il virus. Anche l'Fbi ha sempre sostenuto che il Covid fosse il frutto di un incidente nel laboratorio di Wuhan, in Cina. Se all'inizio il Dipartimento Energia era in dubbio, avrebbe poi cambiato idea dopo che sono emerse «nuove informazioni di intelligence,

studi di ricercatori e consultazioni con esperti non governativi». Non abbiamo «una risposta definitiva», dice il consigliere per la Sicurezza Nazionale, Jake Sullivan. —





Nuove accuse Usa alla Cina

## «Covid sfuggito dal laboratorio»

Pioli a pagina 12



# Il dossier Usa sul Covid

## «Virus sfuggito dal laboratorio»

### Nuove accuse contro la Cina

Il dipartimento dell'Energia arriva alle stesse conclusioni dell'Fbi: «Nato da un incidente»  
Ma la Casa Bianca frena: nessuna risposta definitiva, quando ci sarà la porteremo al Congresso

 di **Giampaolo Pioli**

NEW YORK

**Un dossier** potenzialmente esplosivo. Una tempistica ad orologeria che rischia solo di alzare la tensione fra Usa e Cina. La Casa Bianca col consigliere per la sicurezza nazionale Jake Sullivan, appena rientrato dal viaggio in Ucraina col presidente Biden, cerca di buttare solo qualche spruzzatina di acqua sul fuoco dicendo «non si tratta di valutazioni conclusive» e aggiunge che «il presidente Biden ha sempre chiesto del resto a tutte le agenzie federali comprese quelle d'intelligence di scoprire da dove il Covid è arrivato e di andare fino in fondo. Comunque il rapporto verrà esaminato». Una risposta che non è una risposta.

**Secondo** le rivelazioni del *Wall Street Journal* il dipartimento americano dell'Energia in un dossier riservato, dopo aver esaminato i rapporti di molte fonti comprese quelle dell'intelligence Usa, avrebbe cambiato opinione e adesso si starebbe orientando a credere che il de-

vastante virus del Covid che ha provocato la pandemia e milioni di morti nel mondo, sarebbe fuoriuscito da un laboratorio cinese.

Pechino ha sempre negato la tesi, ma queste sono state anche le conclusioni alle quali era arrivata l'Fbi mesi fa. Il dipartimento dell'Energia parla di nuovi elementi emersi senza specificare quali, ma la tensione è salita alle stelle. Vero, probabile, non credibile o una fuga di notizie strategica e non definitiva per fare pressione sulla Cina in questo delicatissimo conto alla rovescia sulla consegna o meno di armi droni e munizioni alla Russia contro l'Ucraina? Le domande rimangono tutte legittime e nell'aria perché a leggere attentamente le 5 pagine del ministero dell'Energia si nota nel dossier che alcune agenzie anche d'intelligence non sembrano in sintonia fra di loro e propendono invece per la tesi della diffusione del Covid per via animale e non come fuoriuscita da un laboratorio a Wuhan o in altri po-

sti.

**Dove l'intelligence** americana concorda all'unanimità è invece sul fatto che il virus del Covid indipendentemente dal come è apparso e si è propagato, non sarebbe stato parte di un processo di elaborazione per un'arma chimica o di distruzione di massa. Ma le cinque pagine del dossier se non vengono smentite o azzerate rimangono sicuramente un'arma a disposizione degli americani per portare la Cina sul banco degli imputati anche sul piano sanitario globale. Non solo su quello diplomatico legato alle forniture militari ai russi proprio nel momento in cui si vogliono accreditare come mediatori credibili tra Mosca e Kiev.

**I due anni** di blocco totale della



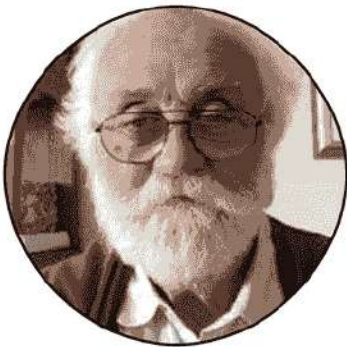


vita dovuta al Covid, sono una responsabilità immensa da sostenere sul piano internazionale proprio adesso che con la guerra in Ucraina si rischia di arrivare a una polarizzazione del pianeta e delle alleanze geopolitiche. Biden che ha già indicato per maggio in America la fine dell'emergenza Covid e molti grandi complessi industriali e realtà metropolitane si preparano al ritorno del lavoro in presenza potrebbero venir sconvolti da una nuova ondata di paura

e scetticismo se la teoria della fuoriuscita del virus da un laboratorio si confermasse. **L'Organizzazione** mondiale della sanità che ha condotto anche lei analisi indipendenti senza arrivare a questa conclusione non si è ancora pronunciata sul clamoroso dossier Usa. Joe Biden è tornato a ribadire che per il momento non intende fornire a Zelensky aerei da combattimento F-15 e F-16, ma solo carri armati e altre dotazioni difensive per permettere alle forze arma-

te ucraine di spingere le truppe di Putin fuori dai loro confini. Il presidente Usa spera ancora che nel rallentamento della controffensiva si possano avviare negoziati di pace che portino al cessate il fuoco, magari grazie ai garanti cinesi. In quel caso il dossier segreto del ministero dell'Energia sul Covid, che non è stato commissionato nemmeno dal Congresso, potrebbe rientrare in un silenzioso archi-

**La situazione in Italia**  
 «I CASI POTREBBERO CRESCERE»



**Cesare Cislighi**  
 Epidemiologo


«Potremmo nuovamente trovarci a osservare presto una crescita della circolazione del virus SarsCoV2, e forse sarebbe quindi bene che non si diffondesse ulteriormente la convinzione che tutto è finito». Lo afferma Cesare Cislighi, già presidente della Società italiana di epidemiologia, commentando l'andamento epidemiologico del Covid.



**LA RIVELAZIONE**  
**Il Wall Street Journal ha ottenuto la relazione top secret di cinque pagine**

Hanno detto


MEGLIO PARLARE



Antonio Di Pietro  
 Consigliere politico nazionale

Alcuni sono esperti di storia del Paese e degli interessi di cui si occupa il Paese

LA DIMISSIONE DI DI PIETRO



Rick Santorum  
 Governatore della Pennsylvania

Alcuni sono esperti di storia del Paese e degli interessi di cui si occupa il Paese


TUTTA LA DIMISSIONE



Donald Trump  
 Presidente degli Stati Uniti

Alcuni sono esperti di storia del Paese e degli interessi di cui si occupa il Paese

4 maggio 2020





# «Chi ha gestito il Covid è spudorato se tace sugli errori compiuti»

La virologa: «Lo sbaglio peggiore è stato il trattamento riservato ai più giovani, finiti al 41 bis tra Dad, isolamento e vaccini inutili»

di **MADDALENA LOY**

■ «Sta crescendo in me un po' di delusione per l'approccio che stiamo adottando rispetto al Covid».

Maria Rita Gismondo, direttrice del laboratorio di microbiologia clinica, virologia e diagnostica delle bioemergenze dell'ospedale Sacco di Milano, parla fuori dai denti, con la schiettezza che l'ha contraddistinta, rispetto a tanti altri colleghi, durante la pandemia. Dalla posizione che ricopre nella struttura milanese - che insieme con l'ospedale Spallanzani di Roma è uno dei due centri d'eccellenza per la gestione delle emergenze epidemiologiche e delle malattie infettive in Italia - se lo può permettere.

**L'emergenza sembra ormai finita, non stiamo procedendo nella direzione giusta?**

«Se da un lato mi rallegro dell'approccio molto più aperto da parte del nuovo ministro, che stimo molto, non sto vedendo lo stesso tipo di attitudine nella comunità: mi sembra che si voglia dare un colpo al cerchio e uno alla botte».

**Si sta forse cercando di mettere la polvere sotto al tappeto?**

«Vede, in molti abbiamo sperato non soltanto che si voltasse pagina, ma anche che non si mettes-

se il coperchio su ciò che è stato fatto, per non ripetere più gli stessi errori. Mi sembra invece che stiamo sprecando quest'occasione».

**La nuova maggioranza ha avviato il percorso istitutivo della commissione d'inchiesta sul Covid...**

«Non può essere affidata soltanto alla politica. O meglio: devono essere prima di tutto gli scienziati ad analizzare ciò che è successo, in seconda battuta gli esperti di politiche sanitarie. Ci dovrebbe essere un connubio tecnico-politico che conduca alla miglior soluzione per il cittadino».

**Pd e 5 stelle vogliono coinvolgere gli stessi scienziati che hanno gestito la pandemia.**

«Questa è un'assurdità. Ho lavorato molto a progetti internazionali, sia per la Commissione europea sia per il Dipartimento di stato americano: quando si vuole fare un debriefing serio, le prime





# VERITÀ

persone che si ascoltano sono quelle che non la pensano come te. Ascoltarsi e darsi ragione è la negazione del metodo scientifico e della deontologia. Se il lavoro della commissione consisterà nel riconvocare soltanto gli stessi autori della gestione pandemica, non sarà certo un esame obiettivo».

**In realtà l'attuale maggioranza ascolterà altri scienziati.**

«Lo auspico. Mi sembra invece che da parte di chi ha gestito la pandemia non ci sia pudore: nessuno ha mai detto "ho sbagliato"».

**Lei in cosa pensa di aver sbagliato?**

«Gli errori di valutazione che mi sono stati attribuiti non mi sembra si siano poi rivelati tali, alla lunga. In particolare mi si rinfaccia di aver dichiarato, intorno al 22 febbraio 2020, che il coronavirus era "poco più di un'influenza". Premesso che l'influenza per alcuni pazienti non è una banalità, in quel momento non sbagliavo perché allora avevamo davvero pochi casi; inoltre, lo dicevamo un po' tutti, ma si è parlato soltanto di me. Poi, certo, il virus ha preso un altro andamento...».

**Il virus o la gestione del virus?**

«La gestione del virus a livello internazionale».

**Qual è stato l'errore più eclatante commesso in pandemia?**

«Il trattamento riservato a bambini e ragazzi. Se guardiamo le tabelle dell'Istituto superiore di sanità di fine 2020 - quando ancora i vaccini dovevano arrivare - i decessi erano concentrati negli anziani con almeno tre o quattro patologie. Senza voler trascurare i casi che hanno colpito altre fasce di età, è un fatto che abbiamo messo al 41 bis i giovani, costringendoli prima alla Dad e all'isolamento, poi a vaccinazioni non necessarie per la loro fascia di età, esponendoli peraltro ad alcuni effetti collaterali».

**Eventi avversi: fisiologici? L'opinione pubblica esagera o è un tabù che nessuno ha voglia di affrontare?**

«Non c'è stata una farmacovigilanza reale. Quando un farmaco è

totalmente nuovo, e sperimentato in maniera incompleta vista la situazione di emergenza, bisogna annotare qualsiasi sintomo, anche se può apparire non correlato, perché ha un senso, quello di conoscere meglio il farmaco e utilizzarlo al meglio. Questo non è stato fatto. Anzi: c'è stato un periodo in cui i medici avevano addirittura timore di registrarli, gli effetti collaterali».

**Quei medici temevano una radiazione dall'ordine. Cosa si sarebbe dovuto fare?**

«Non incoraggiare quel clima di persecuzione: sono stati espulsi dagli ordini medici che curavano i pazienti, questo non si è mai sentito nella storia della medicina. E curare i pazienti - obbligo deontologico - durante la pandemia gestita da Speranza è quasi diventato un torto, dovevamo solo attenerci a paracetamolo e vigile attesa, protocollo che probabilmente ha causato danni pesanti.

**L'ex maggioranza sostiene che l'uso di altri farmaci non era escluso nelle circolari, almeno dal 30 novembre 2020.**

«Lei che fa comunicazione sa bene che la gente non va a leggere le circolari, ma ascolta le istituzioni. Lei ha mai sentito dire dall'ex ministro Speranza che il Covid si potesse curare con altri farmaci?».

**Le terapie non sembrano mai essere state un'opzione...**

«Infatti: sino a fine 2020 le uni-





# VERITÀ

che opzioni erano lockdown e distanziamento sociale, dal 2021 l'unica opzione è diventata il vaccino. Tutto il resto, scritto o non scritto, non è mai stato palesato a livello di comunicazione. E quella sul vaccino è stata completamente sbagliata».

**Sono stati errori in buona fede o con dolo?**

«Creare un clima di persecuzione intorno a medici coscienti e cittadini dubbiosi, e non consentire di avanzare il minimo dubbio su eventuali effetti collaterali, certamente è stato fatto con dolo. Non conosco il perché, ma la sensazione è che ci siano state delle linee comportamentali segnate, e che al di fuori di queste non si potesse e non si dovesse andare».

**Banalmente, il nostro giornale ha sempre parlato di interessi economici.**

«Non si può affatto escludere che il Covid sia stata anche una grandissima opportunità di mercato per qualcuno: gli altri vaccini che fine hanno fatto?».

**C'è chi sostiene che se le aziende farmaceutiche non sostenessero la ricerca, questa non sarebbe sostenibile.**

«È anche giusto, perché le aziende farmaceutiche non sono enti di beneficenza. Bisognerebbe però assicurare una pluralità: se facciamo soltanto ricerca orien-

tata al marketing, c'è il rischio che ci sfugga qualcosa di importante e utile per la salute pubblica. Lo stato dovrebbe sostenere maggiormente la ricerca indipendente».

**C'è qualcosa su cui ancora non è stata fatta chiarezza?**

«Sì: non si è ancora parlato dei soldi sprecati. Si è perso il controllo delle spese sostenute per fronteggiare la pandemia. Le mascherine, i respiratori abbandonati nelle cantine degli ospedali... è solo la punta dell'iceberg ed è un debito che stiamo pagando noi. Non abbiamo il diritto di sapere se questo immenso budget è stato amministrato bene o male e se ci siano stati, come è evidente anche se non se ne parla, degli sprechi?».

**Qualcuno sostiene che gli errori siano fisiologici...**

«Non c'è dubbio, e anche comprensibili, di fronte a una situazione d'emergenza. Ma nell'accettare un incarico pubblico, bisogna anche essere consapevoli che se si fanno errori, si pagano. Non siamo infallibili, ma è andato perduto il senso di accountability. È come se ogni cittadino abbia sulle sue spalle un mutuo da pagare senza sapere cosa ha comprato e senza averlo acceso in maniera volontaria: si può almeno sapere se ciò che abbiamo pagato è stato utile o no, e se il denaro pubblico è stato amministrato in maniera oculata? La mia paura è che tutto si areni nelle sabbie mobili».



# VERITÀ

**Lei è stata una delle poche voci controcorrente. Ha avuto ricadute sulla sua carriera?**

«Sulla carriera no, io sono già arrivata e nessuno mi può togliere niente, ma certamente ho ricevuto velati inviti a desistere. Inoltre, l'ordine mi ha richiamato per alcune mie dichiarazioni, che poi si sono rivelate corrette, ed è stato emesso un parere di censura, non meglio identificato. Viceversa, la mia denuncia all'ordine contro il collega Massimo Galli, che mi ha attaccato pubblicamente, si è conclusa con un'assoluzione nei suoi confronti: mi è stato risposto che il suo comportamento è stato "dettato dallo stress" e che si è trattato di una normale "diatriba tra colleghi". È stato un episodio alquanto sgradevole, tanto più che, a dispetto delle sue dichiarazioni, il mio gruppo e il suo hanno continuato a lavorare insieme, ab-

biamo fatto delle ottime pubblicazioni».

**C'è qualche collega che in privato le ha dato ragione?**

«Tantissimi. I colleghi mi hanno sempre detto che ero "forte e coraggiosa", non ho mai incontrato nessuno che privatamente mi contestasse, anche solo per farmi riflettere. Ma il consenso mi è stato manifestato in silenzio, in maniera quasi carbonara: una cosa da regime».

**Quali sono le sue attese sulle politiche sanitarie nel futuro?**

«È complicato prevederlo, la ragion di stato obbliga a passar sopra tante situazioni. Per quanto mi riguarda, sono contenta di continuare a fare la ricercatrice anziché fare politica. Mi hanno tirato la giacchetta ma io, al contrario di altri miei colleghi, sono rimasta fedele al mio giuramento di Ippocrate».

*Con Speranza curare i malati era diventato un torto. Medici sono stati espulsi dall'ordine per avere applicato terapie ai pazienti: mai visto prima*





# Vitamina D

L'Aifa restringe la prescrizione  
"Durante il Covid se n'è abusato"  
L'ira dei medici: logica economica

# sotto processo

**IL CASO**  
**PAOLORUSSO**  
ROMA

**L'**Aifa riduce la cerchia di chi ha diritto alla vitamina D a carico dello Stato e i medici che più di altri la prescrivono insorgono. «E' una scelta basata su una logica economica, ma miope dal punto di vista clinico e della prevenzione», tuona Annamaria Colao, presidente della Società italiana di endocrinologia.

Anche se più di un suo collega ha collaborato a redigere la nuova "nota 96" dell'Aifa, che riduce da 20 a 12 nanogrammi per millilitro di sangue la quantità di vitamina D nell'organismo al di sotto della quale è consentito assumerla gratis.

Una mossa che dovrebbe portare dimezzare a 100 milioni la spesa per un farmaco del quale gli italiani sono di gran lunga i primi

consumatori in Europa. Basti pensare che da noi la vitamina D, che si assorbe prevalentemente esponendosi al sole, è il secondo medicinale più prescritto, in quasi otto milioni ne consumano una dose al giorno, mentre in Europa è solo al 23esimo posto. Un boom che dal 2006 al 2016 ha visto balzare la spesa da 24 a 208 milioni, per poi flettere leggermente dopo la prima nota limitativa emanata dall'Aifa nel 2019.

Questa seconda stretta secondo gli esperti dell'Agenzia muove però non da ragioni economiche ma da due grandi studi randomizzati, uno statunitense e l'altro europeo, giunti entrambi alle stesse conclusioni. Ossia che «la supplementazione con dosi di vitamina D più che adeguate e per diversi anni non riduce il rischio di frattura nella popolazione sana».

A meno che non si sia esposti a dei fattori di rischio, elencati dalla stessa Aifa e che riguardano: ricoverati in Rsa o comunque allettati, e dunque impossibilitati a prendere il sole, af-

fetti da osteoporosi, osteopatie e iperparatiroidismo, oppure pazienti in terapia con farmaci, come i cortisonici o gli antiepilettici, che ne impediscono il buon assorbimento.

«In tutti questi casi perché sia prescritta a carico dell'Issn non c'è nemmeno bisogno di eseguire un'analisi del sangue per accertare il livello di vitamina D presente nell'organismo», precisa il professor Giuseppe Traversa, epidemiologo del dipartimento ricerca sui farmaci dell'Iss.

«Fino ad ora - aggiunge l'esperto che ha collaborato all'estensione della nota Aifa - c'è stata invece una pressione diffusa a prescrivere per ogni cosa, dal diabete ai tumori, passando per le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, nonostante non uno studio ne indicasse l'utilità». Abitudini dure a morire, se si pensa che «dopo 12 ricerche che smentiscono qualsiasi efficacia contro il Covid c'è ancora chi la prescrive in caso di infezione».

Di tutt'altro parere la presidente della società di endocrinologia. «La vitamina D in circolo nel sangue - spiega la professoressa Colao - è un parametro di buona salute, mentre la sua carenza è legata a un elevato livello infiammatorio nell'organismo, con tutte le malattie collegate, dallo sviluppo di tumori, al peggioramento di obesità, diabete, ipertensione».

Parole che lasciano presagire che le prescrizioni a valanga di vitamina D non finiranno qui. Ma questa volta a pagare saranno nella maggioranza dei casi gli assistiti. —

**Oggi lo Stato spende 200 milioni: l'obiettivo è dimezzare la cifra**  
**Otto milioni di italiani ne fanno uso quotidiano**  
**È diventato il secondo medicinale più diffuso**



## DOMANDE E RISPOSTE

# “Assumerne troppa è un rischio Il rimedio? L'esposizione al sole”

Gli esperti: “Utile soprattutto nella crescita e in gravidanza”

**1 Perché la decisione di limitare la rimborsabilità della vitamina D?**

Sicuramente la spesa per questo integratore è destinata a dimezzarsi intorno ai 100 milioni di euro l'anno. Ma la motivazione addotta dall'Aifa è scientifica e non economica. La decisione è stata assunta dopo aver esaminato due studi clinici randomizzati, uno statunitense, l'altro europeo. «Entrambi hanno concluso che la supplementazione con dosi di vitamina D più che adeguate e per diversi anni, oltre 5 nel primo e 3 nel secondo, non è in grado di modificare il rischio di frattura nella popolazione sana, senza fattori di rischio per osteoporosi», scrive Aifa. I risultati sono confermati anche tra chi ha livelli più bassi di

vitamina.

**2 Cosa può provocare l'eccesso di vitamina D?**

Secondo gli esperti dell'Humanitas può generare una calcificazione diffusa a livello dei vari organi, con conseguente vomito, diarrea e spasmi muscolari.

**3 E la carenza?**

Tutto ciò che impedisce l'esposizione ai raggi solari, come il vestirsi troppo, l'utilizzare protezioni troppo elevate o restare al chiuso per lunghe ore. La vitamina D viene “dispersa” anche a causa dell'abuso di alcol e del consumo di sostanze stupefacenti. Inoltre, l'uso di certi farmaci può influire sulla quantità di vitamina D custodita dal nostro organismo.

**4 In quali alimenti è presente?**

Venendo accumulata nel fegato non è necessario assumerla

regolarmente attraverso il cibo, dal momento che il corpo la rilascia a piccole dosi quando serve. Premesso ciò la vitamina D è scarsamente presente negli alimenti. Quantitativi non elevati si trovano in pesci grassi, nel latte e i suoi derivati, nelle uova, nel fegato e nelle verdure verdi. Dosi molto più alte sono contenute nell'olio di fegato di merluzzo. Ma di norma basta un po' di tintarella, da integrare se proprio necessario nelle fasi della crescita, in gravidanza e durante l'allattamento. P.A.R.U. —





**NASCE LA RETE CLINICA DI MONITORAGGIO**

## Resistenza agli antibiotici, Genova sede di ricerca

La sfida alla resistenza agli antibiotici, con i batteri che diventano sempre meno sensibili ai farmaci, si vince anche partendo dai dati.

Ed è fondamentale disporre di una rete clinica di monitoraggio sul territorio nazionale. Genova diventa la sede di questo percorso fondamentale grazie all'impegno di Sita, la Società italiana di terapia antinfettiva. Con un progetto su misura si stanno portando avanti studi coordinati dall'Irccs Policlinico San Martino, a capo di una rete che coinvolge già al-

tri 22 Centri di infettivologia. «In Italia non abbiamo un sistema di monitoraggio centrale delle infezioni da microrganismi resistenti» spiega Matteo Bassetti, presidente Sita e direttore della Clinica di malattie infettive all'Università di Genova «I dati di cui disponiamo vengono raccolti a livello europeo e riguardano solo le percentuali di resistenza, ad eccezione di alcune sorveglianze specifiche attivate una tantum. Con la piattaforma avremo modo di monitorare strettamente i vari

tipi di microrganismi, producendo solide evidenze su quanto i vari microrganismi resistenti impattano sulla salute pubblica e quindi sulle ricadute a livello di morbilità, di mortalità, di lunghezza della degenza». —

FE. ME.



Matteo Bassetti



# Ricerca medica e investimenti nuova alleanza pubblico-privato

L'Italia punta ancora poco sul settore, una spinta è attesa dai fondi Pnrr. Strategia in tre mosse per il salto di qualità. Ma siamo indietro anche per numero di ricercatori rispetto alla media dell'Unione europea

**LUIGI DELL'OLIO**

**A**ttendersi una soluzione a problemi che si trascinano da decenni sarebbe illusorio, ma il Piano nazionale di ripresa e resilienza potrebbe fornire gli strumenti per affrontare alcuni dei nodi che frenano la ricerca medio-scientifica in Italia. A cominciare dalla carenza di fondi, in un Paese che pur ha fin qui mostrato grande qualità nella produzione sul fronte scientifico, come evidenziato dalle ricerche internazionali.

Il Pnrr mette a disposizione 524,14 milioni di euro attraverso la "Missione 6-Salute, Componente 2-Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale" per la promozione e il rafforzamento della ricerca scientifica biomedica mediante il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese. Stanziamenti dai quali si attende un effetto moltiplicatore, dato che se davvero funzioneranno le collaborazioni tra soggetti pubblici e tra questi e i privati, si potrà innescare un circuito virtuoso capace di avere ricadute positive nella generazione e distribuzione di nuova ricchezza.

L'obiettivo è finanziare tre tipologie di interventi: programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari per rafforzare la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia e modelli innovativi che migliorino la qualità complessiva della presa in carico; progetti di ricerca su fattori di rischio e prevenzione per le malattie croniche non trasmissibili, ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio-assistenziali; infine proof of concept, vale a dire progetti mirati a colmare il gap tra ricerca e industria, che si crea nell'in-

tervallo tra la fase della scoperta e quella della messa a punto.

Oltre a queste misure ci sono poi quelle della "Missione 4-Istruzione e ricerca, Componente 2-Dalla ricerca all'impresa" che punta a rafforzare la diffusione di modelli innovativi per la ricerca di base e applicata condotta in sinergia tra università e imprese, nonché a sostenere i processi di innovazione e trasferimento tecnologico. Un filone che richiede un cambio di passo anche a livello culturale, per favorire il dialogo tra soggetti che spesso parlano linguaggi differenti.

Tra le misure del Pnrr già realizzate vi è invece la nascita (con uno stanziamento di 1,6 miliardi di euro) dei cinque centri nazionali che intendono favorire le aggregazioni di università, di enti e organismi pubblici e privati di ricerca, oltre che di imprese distribuite sull'intero territorio nazionale, con una struttura di governance di tipo hub & spoke, in cui la prima componente svolge attività di gestione e coordinamento e le altre quelle di ricerca. Tra i temi oggetto di studio, le terapie geniche e i farmaci con tecnologia a Rna saliti alla ribalta delle cronache con i vaccini anti-Covid.

Secondo le rilevazioni dell'Ocse, l'Italia investe in ricerca e sviluppo meno della media europea (1,4% del Pil contro il 2,1%), ma ciononostante supera la media continentale per quota di pubblicazioni scientifiche che rientrano tra il 10% di quelle più citate a livello mondiale (siamo oltre l'11%, contro il 9,9% della media Ue). Dunque, non manca la qualità tra i ricercatori, piuttosto sono carenti gli strumenti a loro disposizione. Peraltro, l'Italia è più debole di altri Paesi non solo in termini di investimenti, ma anche per nu-

mero di ricercatori: ce ne sono 6,3 ogni mille occupati, contro l'8,9 della media Ue e Ocse. In media nell'Ue vengono rilasciati 0,8 nuovi diplomi di dottorato ogni 1.000 abitanti di età compresa tra 25 e 34 anni, ma nella Penisola questo dato si ferma allo 0,6, anche se è cresciuto nel corso dell'ultimo lustro.

A penalizzare la ricerca italiana è anche la minore integrazione con il resto del mondo. La quota di stranieri iscritti al dottorato in Italia è del 15,6%, sotto la media Ue del 18,3%.

La ricerca sanitaria pubblica è finanziata con le risorse iscritte nel bilancio del ministero della Salute, destinate a supportare le strutture del Servizio sanitario nazionale, tra cui le aziende sanitarie e ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Ircs).

Proprio questi ultimi sono oggetto della riforma da poco approvata con l'intento di rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie, attraverso la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Ircs affinché questi ultimi diventino un propulsore della ricerca integrata con le altre strutture del Ssn.

L'esperienza pandemica ha spinto a progettare un ecosistema innovativo della salute attraverso la creazione di reti clinico-transnazionali di eccellenza in grado di mettere in comune le tecnologie disponibili e le competenze esistenti in Italia e di creare interventi sui quali





concentrare l'attenzione di enti pubblici e privati che operino in sinergia per innovare, sviluppare e creare posti di lavoro altamente qualificati. Sono previste due macro-azioni, una relativa alla creazione di una rete di centri di trasferimento tecnologico e l'altra focalizzata sul rafforzamento e sullo sviluppo qualitativo e quantitativo di hub life science (ovvero dedicati a nuove terapie mediche, in particolare quelle nel campo della medicina personalizzata e di precisione, alla diagnostica avanzata, e al digital health per la medicina di prossimità), ai quali si affiancherà un hub anti-pandemia. Anche in questo ca-

so le risorse del Pnrr saranno fondamentali per la realizzazione del piano, anche se non sufficienti.

Come già si è visto con le esperienze passate, al di là dei fondi nella messa a terra dei progetti entrano in gioco dinamiche come la burocrazia e le competenze dei diversi soggetti pubblici coinvolti che spesso rischiano di compromettere i risultati. Di certo c'è che, in presenza di risorse economiche eccezionali, sarebbe davvero grave lasciarsi sfuggire l'occasione per ammodernare in via strutturale il sistema della ricerca scientifica pubblica.

**1,4**

**PER CENTO**

È quanto investe l'Italia in ricerca sanitaria rispetto al Pil contro il 2,1% dell'Europa

**1** Gli stanziamenti del Pnrr potrebbero avere un effetto moltiplicatore sulla sanità

**Il caso**

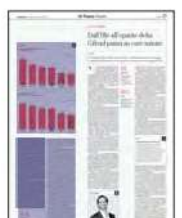
### **MEDICINA DI GENERE LA SPINTA DELL'ISS**

Il gender gap è molto forte nel campo della ricerca scientifica. A cominciare dagli aspetti riguardanti la medicina di genere. Uomini e donne, infatti, non solo sono differenti dal punto di vista biologico e fisiologico, ma anche in merito alle interazioni tra i farmaci e l'organismo e il mix di sensibilità tra ricercatori e ricercatrici può offrire le risposte più adeguate. L'Osservatorio sulla medicina di genere istituito presso l'Istituto superiore di sanità ha da poco pubblicato un richiamo per sottolineare la necessità di tener conto dei determinanti di genere nei protocolli di ricerca, così come negli aggiornamenti delle linee guida nazionali. Lo studio segnala che comunque la situazione è in miglioramento. Analizzando un campione di società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, è emerso che oltre la metà (53%) ha istituito gruppi di lavoro sulla medicina di genere.

**15,6**

**PER CENTO**

A penalizzare la ricerca italiana è anche la minore integrazione con il resto del mondo. La quota di stranieri iscritti al dottorato in Italia è del 15,6%, sotto la media Ue, che è invece del 18,3%



# Dall'Hiv all'epatite delta Gilead punta su cure mirate

L'ad della società californiana, da Silva: «La pandemia ha fatto emergere modelli di collaborazione con l'industria farmaceutica a vantaggio di tutti»

MILANO

“**L**a pandemia ha fatto emergere nuovi modelli di collaborazione tra sanità pubblica e industria farmaceutica in grado di migliorare l'accesso alle terapie e semplificare i percorsi di cura. Si tratta di una strada da seguire senza tentennamenti così da favorire lo scambio di competenze tra chi - a vario titolo - ha maturato esperienze e competenze per la salute pubblica».

È la convinzione di Federico da Silva, amministratore delegato Italia di Gilead Sciences, società biofarmaceutica californiana che da trentacinque anni ricerca e sviluppa farmaci innovativi, con una specializzazione nella prevenzione e nel trattamento di patologie come Hiv, malattie epatiche, ematologiche e oncologiche.

Sul tema si è soffermato a più riprese l'ex primo ministro italiano Mario Draghi, ricordando che si sono salvate milioni di vite umane grazie all'ingegnosità del settore privato e anche all'azione sollecitata dei governi, che hanno fornito generose sovvenzioni per finanziare il lavoro di laboratorio, le sperimentazioni cliniche e la produzione di vaccini. Il risultato è che gli sforzi hanno consentito di arrivare al vaccino nel giro di un anno dallo scoppio della pandemia, mentre solitamente sono necessari non meno di un paio di lustri.

Non a caso questo approccio è seguito anche dal Pnrr, prevedendo tra le altre cose forme avanzate di partenariato pubblico-privato per la gestione strategica degli investimenti nella sanità, settore che a livello di stanziamenti pubblici ha visto scendere progressivamente la propria incidenza ri-

spetto al Pil.

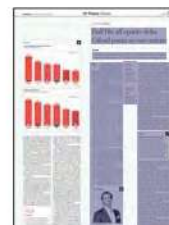
La ricerca in campo farmacologico, intanto, negli ultimi anni ha compiuto passi da gigante. Basti pensare all'Hiv, che si è trasformata da infezione mortale a malattia cronica e gestibile. Oggi i pazienti dispongono di trattamenti orali, una pillola al giorno, e con un dimostrato profilo di sicurezza, efficacia e tollerabilità a lungo termine.

«Queste caratteristiche permettono loro un'aspettativa e una qualità di vita paragonabili a coloro che non sono affetti da questa patologia», ricorda da Silva, che dopo la laurea in Scienze farmaceutiche conseguita presso l'Università di Coimbra (Portogallo) e un master in Marketing Management presso l'Universidade Católica Portuguesa di Lisbona, ha maturato un'esperienza ventennale in campo farmaceutico.

Quindi ricorda che il percorso per migliorare le cure prosegue. «Continuiamo a ricercare nuovi meccanismi di azione o soluzioni terapeutiche da mettere a disposizione di medici e pazienti, tenendo in considerazione i loro bisogni. Qualche mese fa è stato approvato il Lenacapavir, la nostra formulazione a lento rilascio, con assunzione semestrale sottocutanea, un'alternativa alle somministrazioni orali o ad altre formulazioni long acting con somministrazione più ravvicinata».

Mentre, guardando al futuro, il manager racconta che la società è alla ricerca di nuove soluzioni, tra cui un vaccino terapeutico, per arrivare a debellare questa malattia. Di solito, quando si parla di vaccini ci si riferisce a uno strumento che ha l'obiettivo di prevenire una o più malattie, mentre quelli terapeutici sono strumenti in grado di stimolare la risposta immunitaria anche quando si è già in presenza di una patologia.

L'altra grande frontiera nella quale





la farmacologia fa passi da gigante sono le epatiti virali. «Abbiamo introdotto farmaci in grado di curare in quasi il 100% dei casi l'epatite C e garantire una miglior gestione della B. Ora siamo alle porte di un'altra rivoluzione: il primo trattamento per l'epatite delta, la forma più grave di epatiti virali, recentemente approvato anche in Italia», sottolinea da Silva.

C'è poi la frontiera del Covid-19 e dei virus emergenti. «Il nostro Remdesivir è stato il primo farmaco antivirale approvato dalle autorità regolatorie americana ed europea per l'infezione e in questi anni sono state 11 milioni le persone nel mondo trattate in questo modo, di cui 120 mila in Italia.

Ora siamo agli studi di fase 1 per la somministrazione orale in alternativa a quella attuale che avviene tramite infusione», ricorda.

Complessivamente, la pipeline di Gilead è composta di 55 molecole in varie fasi di sperimentazione clinica, anche in nuove aree come le malattie infiammatorie e quelle oncologiche.

«In oncologia, il nostro principale settore di sviluppo, puntiamo entro il 2030 a rendere disponibili terapie trasformative con oltre 20 indicazioni che possano ridefinire gli attuali standard di cura con l'obiettivo di migliorare la vita di oltre 400 mila pazienti», sottolinea il manager.

Presente in Italia dal 2000, fin qui la società ha svolto circa 160 trial nel nostro Paese e attualmente vede coinvolti nelle proprie sperimentazioni 113 centri della Penisola.

#### Focus

##### OBBIETTIVO VACCINO ANTI AIDS

È stato approvato il Lenacapavir, la formulazione a lento rilascio, con assunzione semestrale sottocutanea, un'alternativa alle somministrazioni orali o ad altre formulazioni long acting con somministrazione più ravvicinata. La società è alla ricerca di nuove soluzioni, tra cui un vaccino terapeutico, per arrivare a debellare questa malattia

# 55

#### MOLECOLE

La pipeline di Gilead è di 55 molecole in varie fasi di sperimentazione

# 160

#### TRIAL

Presente in Italia dal 2000, la società ha svolto circa 160 trial nel nostro Paese

#### Il personaggio



**Frederico da Silva**  
amministratore delegato Italia  
di Gilead Sciences



# Ginocchio, anca, spalla la terapia con staminali può sostituire le protesi

● Le staminali ormai trovano sempre più largo uso in Medicina e grazie al progresso e alla ricerca molte delle tecniche ortopediche che puntano a «sostituire» ciò quanto consumato dal tempo o danneggiato da un trauma (protesi ginocchio, anca, spalla, ecc.), sono appunto sostituite dalle cellule staminali.

Per questo, diverse tecniche puntano ad isolare dei «fattori di crescita» presenti in cellule del nostro stesso organismo. Cellule «speciali» vengono prelevate (da sangue e/o da grasso) e successivamente manipolate con macchine attraverso procedure particolari che isolano la loro parte più indifferenziata (staminali). Queste cellule vengono poi reimmesse nella parte del corpo malata e/o consumata per riattivare i nostri stessi tessuti verso la guarigione/cicatizzazione. Le due procedure più diffuse in ambito ortopedico sono: «lipogems» (cellule adipose prelevate dal grasso addominale) e «prp» (fattori di crescita derivati dal sangue).

Il «lipogems» è una tecnica di prelievo della cellule adipose dell'addome attraverso della cannule speciali. Queste cellule vengono prelevate in sala operatoria, manipolate e poi reintrodotte nella ar-

ticolazione malata. Il terreno su cui agiscono meglio sono i danni della cartilagine e/o dell'osso. Ciò avviene spesso in associazione a procedure artroscopiche che preparano il campo su cui le cellule dovranno agire. «Si tratta quindi di tecniche che combinano procedure endoscopiche artroscopiche «classiche» al tempo di applicazione delle staminali», precisa il dott. **Andrea Mocci**, specialista ortopedico (nonché responsabile dell'U.O. di Ortopedia di Anthea hospital). Queste tecniche hanno oramai sostituito il trapianto di condrociti (diffuso negli anni 90) in quanto più semplici ed affidabili.

La tecnica «PRP» invece preleva del sangue, (attraverso un semplice prelievo in ambulatorio) lo manipola attraverso delle macchine centrifughe isolando dei «frammenti» di piastrine che contengono dei potenti fattori di crescita. Questo concentrato di fattori di crescita viene infiltrato nei tessuti malati come una semplice infiltrazione.

È quindi una procedura più semplice dal punto di vista organizzativo (anche se complessa dal punto di vista autorizzativo procedurale) poiché può essere eseguita in ambulatorio. Il campo di appli-

cazione del «Prp» è quello della riattivazione di tessuti malati (ex tendinopatia croniche spalla): quelli quelli tendinei, ad esempio, per loro caratteristiche sono poco vascolarizzati e quindi si possono giovare di un attivatore tissutale come il «Prp». «Un altro campo di applicazione del «Prp» è quello di sviluppare più velocemente e meglio la cicatrice a seguito di un trauma (come il caso della campionessa di sci Sofia Goggia che velocizzò il suo recupero dopo un trauma distorsivo al ginocchio). In questo caso quindi aggiunge Mocci - il suo utilizzo è immediatamente successivo ad un trauma articolare o ad una lesione muscolare».

Queste due procedure, ampiamente consolidate e diffuse, rappresentano l'avamposto delle tecniche che utilizzano le cellule staminali in ortopedia. Sono l'avamposto perché ancora oggi non riusciamo ad indirizzare in maniera specifica lo sviluppo di un determinato tipo di cellula invece di un'altra. Sono, simbolicamente, un potentissimo «concime» che viene seminato di un terreno (i nostri tessuti malati) che lo stimolano a guarire. E sono in campo ortopedico quanto di più moderno e biologico possediamo. Questa e comunque la strada del futuro, una strada in cui non ci sarà più bisogno di sostituire, ma basterà usare della cellule che verranno indirizzate verso i nostri tessuti per rigenerarli. *[Nicola Pepe]*



**SPECIALISTA L'ortopedico**  
dott. Andrea Mocci



**ORTOPEDIA RIGENERATIVA**  
Adipe e sangue due tecniche: infiltrazione con «Prp» e trattamento di lavorazione del «Lipogems»





DOMANI SI CELEBRA LA GIORNATA MONDIALE

# Screening neonatale, l'arma della prevenzione contro le malattie rare

La Liguria, con il Gaslini, fu la prima regione a utilizzare il test  
In Italia oggi si ricerca la possibile presenza di 49 malattie

**Federico Mereta**

Ci sono due malattie rare, ereditarie, che possono mettere a rischio la vita del neonato.

La prima, l'atrofia muscolare spinale (Sma), colpisce i motoneuroni, le cellule nervose che controllano i muscoli e il movimento: quelle che permettono di camminare, gattonare nel caso dei più piccoli, deglutire, muovere il capo. La patologia, di conseguenza, provoca una debolezza muscolare progressiva che interessa, in particolar modo, gli arti inferiori e i muscoli respiratori.

Le seconde, le immunodeficienze combinate gravi (Scid), sono un gruppo di malattie su base genetica che colpiscono il sistema immunitario: il paziente contrae più frequentemente infezioni da microrganismi patogeni come batteri, virus e funghi, e impiega più tempo per guarire. Ottenere prima possibile una diagnosi, in questi casi, è fondamentale.

E la Liguria, nell'ambito di un progetto specifico, sta puntando sempre di più sullo screening neonatale. Da qualche tempo, infatti, grazie a una goccia di sangue preleva-

ta dal tallone del neonato e depositata su un apposito cartoncino, anche nella nostra regione è possibile diagnosticare e quindi trattare in modo rapido e precoce queste due gravi malattie.

Lo screening neonatale rappresenta un punto chiave per le malattie rare, come ricordano gli esperti dell'Osservatorio Malattie Rare in occasione della Giornata Mondiale dedicata a queste patologie, che si celebra domani, 28 febbraio. La Liguria, con la competenza ormai storica sul tema dell'Istituto Gaslini di Genova, è in prima linea su questo fronte: nel 1973 fu la prima in Italia a introdurre il test, sulla scorta di una legge pionieristica legata agli studi dell'indimenticato Cesare Romano e dei suoi allievi.

La prima condizione ad essere ricercata fu la fenilchetonuria, una malattia metabolica ereditaria che se non trattata precocemente può causare un grave e irreversibile ritardo mentale. Erano passati solo pochi anni da quando il microbiologo Robert Guthrie aveva effettuato il primo screening sulla fenilchetonuria, con la raccolta di alcune gocce di sangue prelevate dal tallone di un neonato; il metodo da lui ideato fu poi esteso all'ipotiroidismo congenito e alla fibrosi cistica. Oggi lo

screening neonatale è un percorso di medicina preventiva che consente l'identificazione di diverse malattie, anche gravissime, entro i primi giorni di vita dei bambini.

«Lo scopo dello screening neonatale è rilevare le condizioni potenzialmente fatali o invalidanti nei neonati il prima possibile, prima che il bambino mostri i segni o i sin-

tomi di una malattia» sottolinea Iaria Ciancaleoni Bartoli, direttore dell'Osservatorio Malattie Rare «Una diagnosi precoce, infatti, permette di iniziare immediatamente il trattamento terapeutico, che riduce o addirittura elimina gli effetti della patologia. Molte delle condizioni rilevabili dallo screening neonatale, se

non trattate, causano sintomi ed effetti gravi, come danni permanenti al sistema nervoso, disabilità intellettive, fisiche e dello sviluppo, e in alcuni casi anche la morte».

È molto importante, per quanto possibile, ampliare le prospettive offerte da questa opportunità di diagnosi precoce, che si esegue in un mo-



# IL SECOLO XIX

do molto semplice e indolore. In Italia, come in tutta Europa, il numero delle malattie inserite nei panel nazionali, cioè la lista delle condizioni ricercate tramite lo screening neonatale, sta progressivamente aumentando.

«Le patologie che possono essere individuate con lo screening fanno parte di un gruppo di oltre 600 disturbi causati da un deficit specifico di una delle vie metaboliche, e costituiscono circa il 10% di tutte le malattie rare» riprende l'esperta «In Europa il record per il programma più

avanzato è proprio dell'Italia, che con 49 malattie previste dal panel è anche la seconda a livello mondiale: solo gli Stati Uniti fanno di meglio».

Il prelievo per lo screening neonatale esteso, in Italia, è obbligatorio e deve essere eseguito per legge in tutti i centri nascita: il campione, raccolto nelle prime 48-72 ore di vita, viene quindi inviato al laboratorio di riferimento per essere analizzato.

In alcuni casi – neonati di basso peso, sottoposti a trasfusioni di sangue o a partico-

lari terapie – sono previsti protocolli speciali. —



## Per saperne di più

### Cosa si cerca con lo screening neonatale esteso?

In Italia oggi si ricerca la possibile presenza di **49 diverse malattie** (il maggior numero in Europa): tra queste la fibrosi cistica, l'ipotiroidismo congenito, la fenilchetonuria – obbligatorie già dal 1992 – e altri difetti congeniti del metabolismo. Le patologie identificate oggi fanno parte di un gruppo di oltre 600 disturbi causati da un deficit specifico di una delle vie metaboliche

### ? Che cosa prevede il test?

Si parte con un **esame del sangue**, un **prelievo** che sui neonati si effettua **sul tallone**, quindi **non invasivo né doloroso**. In primo luogo, il personale ospedaliero compila una scheda con tutte le informazioni essenziali del bambino: nome, sesso, peso, data e orario di nascita, data e orario del prelievo di sangue, dati e contatti dei genitori

### 🩸 Che cosa si fa sul bambino?

L'esame è molto semplice. Dopo aver riscaldato e attentamente sterilizzato il tallone del bambino, **si esegue una piccola puntura, facendo uscire alcune gocce di sangue** che vengono messe a contatto con la carta assorbente, fino a quando tutti i cerchi stampati sulla scheda conterranno un campione di sangue

### 🩸✅ Cosa succede se il test è positivo?

Nel caso in cui il risultato del test fosse positivo, i **genitori vengono richiamati dal punto nascita o dal centro screening** per eseguire ulteriori accertamenti, chiamati test di conferma diagnostica. Questi accertamenti possono comprendere **esami del sangue, delle urine, ma anche test genetici**. Poi, se la diagnosi viene confermata, si ha la presa in carico in un centro specializzato

WITHUB





UMBERTO I, GEMELLI, SAN CAMILLO

## «Pronto soccorso, i nostri cari abbandonati»

«Mio papà, 82 anni, da giovedì scorso sta dormendo su una barella in una stanza del pronto soccorso con altre otto persone». Giovanni lo racconta mentre si trova nella sala d'attesa dell'Umberto I, per il quarto giorno di fila, in attesa del ricovero di suo padre. Ma la situazione non è molto diversa al Gemelli e al San Camillo. a pagina 4 **Palladino**

# «Mio padre, 82 anni, da 4 giorni su una barella del pronto soccorso»

La denuncia all'Umberto I. L'odissea dei parenti nelle strutture più affollate

«Mio papà, 82 anni, da giovedì scorso sta dormendo su una barella in una stanza del pronto soccorso con altre otto persone». Giovanni lo racconta mentre si trova nella sala d'attesa del policlinico Umberto I, per il quarto giorno di fila, in attesa del ricovero di suo padre. «Non so neanche – aggiunge – se aspettiamo per un posto in Nefrologia o in Cardiologia, a questo punto immagino il primo che si libera».

All'attesa infinita per arrivare nei reparti specializzati, infatti, si aggiunge la mancanza di comunicazione da parte delle strutture sanitarie con i familiari dei pazienti. «In reparto si riesce a parlare con i medici, invece qui siamo abbandonati a noi stessi. Se lunedì la situazione non cambia, valuterò con un dottore la possibilità di portarlo a casa», spiega Giovanni.

Il problema non sono le cure, che il padre riceve regolarmente. Piuttosto la situazione di disagio, soprattutto per una persona anziana: «È rimasto con gli stessi vestiti per tre giorni perché non voleva cambiarsi davanti ad altre

persone. Si è messo il pigiama solo sabato sera».

Stessa attesa per il marito di Antoaneta, originaria della Bulgaria, arrivato al pronto soccorso del policlinico giovedì scorso per delle complicazioni a seguito di un'operazione all'appendicite. «Ha lavorato come portantino per 38 anni in questo ospedale – dice tranquilla –. So che i medici sono buoni, anche se sta dormendo in una barella insieme ad altre sei persone». E si mette l'anima in pace: «La domenica non viene dimesso nessuno, quindi fino a domani (oggi, ndr) non si libererà un letto per lui».

La storia si ripete al Gemelli. Luciano ha portato al pronto soccorso sua moglie, paziente oncologica di 63 anni, intorno alle 13. Un'ora dopo la signora è ancora seduta su una sedia, perché in quel momento mancano anche le barelle. «L'ho dovuta convincere a venire perché circa un mese fa l'ultimo ricovero – ricorda il marito – è stato un calvario: è rimasta in una stanza del pronto soccorso con altre sette persone per sei giorni, prima di essere trasferita nel re-

parto. Una condizione drammatica». È in attesa da oltre quattro ore solo per le visite di controllo la moglie 47enne di Davide, arrivata per una paralisi improvvisa alla parte sinistra del corpo: «Abbandonata su una sedia senza possibilità di alzarsi, non mi hanno fatto entrare neanche per accompagnarla in bagno».

Situazione simile al San Camillo. Qui Francesco Lala, 82 anni, visita la figlia con un femore rotto: «Al pronto soccorso non l'hanno tenuta per molto. Ma poi nel reparto di Rianimazione è dovuta stare più del previsto: non c'era posto in Ortopedia». Racconta invece Barbara Haller, 44enne, con gli occhi lucidi, fuori dal pronto soccorso con la mamma Fiorella: «Non gli hanno dato medicine, da mangiare, da bere da quando è arrivato: voglio portarlo via. Dentro la situazione è assurda. Non ci spiegano nulla».

Il padre di Barbara è qui da

