



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

5 SETTEMBRE 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

quotidiano**sanità**.it

Ismett Upmc di Palermo. Francesco Musumeci nominato Senior Consultant in Cardiac Surger

Oltre all'attività chirurgica, il Prof. Musumeci svolgerà un ruolo di fondamentale importanza nella formazione medica e nella organizzazione di una rete integrata con i reparti di cardiologia. "Uno sforzo sinergico per ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico", spiega l'Istituto. "L'arrivo di Francesco Musumeci ci permetterà di offrire standard di cura sempre più elevati", commenta il direttore del Centro Cuore di Ismet, Michele Pilato.



L'Ismett-Upmc di Palermo mira a promuovere una crescita significativa del suo Centro Cuore e l'ultimo passo in questa direzione è l'ingresso del Prof. **Francesco Musumeci**, che assumerà il ruolo di Senior Consultant in Cardiac Surgery. Oltre all'attività chirurgica, il Prof. Musumeci svolgerà un ruolo di fondamentale importanza nella formazione medica e nella organizzazione di una rete integrata con i reparti di cardiologia (nota come HEART TEAM intraospedaliera). "Questo sforzo sinergico mira a ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico per i pazienti garantendo loro un'assistenza ancora più completa ed efficace", spiega l'Istituto in una nota.

Specialista in Chirurgia Generale e Cardiochirurgia, Musumeci si è formato presso importanti ospedali a Londra (Hospital for Sick Children, National Heart Hospital, Brompton Hospital e Harefield Hospital) e in Australia (Royal Children's Hospital), dove ha avuto l'opportunità di lavorare a fianco di molti dei pionieri della Cardiochirurgia, tra i quali Donald Ross e il Prof Magdi Yacoub.

Nel 1991 è stato nominato Primario di Cardiochirurgia presso l'University Hospital of Wales, a Cardiff, dove ha istituito il servizio di Cardiochirurgia Pediatrica. Dal 1998 ha diretto il Centro di Cardiochirurgia e dei trapianti dell'Ospedale San Camillo di Roma, dove, tra le diverse attività, ha sviluppato un programma di cardiochirurgia mini-invasiva, robotica e trans-catetere.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

“Siamo onorati di accogliere Francesco Musumeci nel nostro team avviando una collaborazione preziosa– sottolinea **Michele Pilato**, direttore del Centro Cuore di Ismett. – Grazie alla sua capacità di creare qualità e innovazione darà un contributo importante alla crescita del programma cardiaco dell’Istituto. Grazie alla partnership con Upmc, Ismett può già contare su un continuo e attivo scambio culturale e scientifico con uno dei più importanti centri cardiologici americani. L’arrivo di Francesco Musumeci ci permetterà di offrire standard di cura sempre più elevati ai nostri pazienti”, conclude Pilato.

“In Italia – dichiara Francesco Musumeci - si praticano oltre 50mila operazioni cardiovascolari ogni anno. La buona notizia è che il tasso di mortalità si è progressivamente ridotto, nonostante oggi vengano operati al cuore pazienti sempre più anziani, con un rischio più elevato per la presenza di patologie associate. Tutto questo è stato possibile grazie all’evoluzione e miglioramento delle tecniche chirurgiche e delle modalità di assistenza. Investire nella formazione continua, nella qualità e sapere guardare all’innovazione è fondamentale per assicurare l’eccellenza nella cura dei pazienti”. “Oggi si guarda sempre di più ad una personalizzazione delle scelte terapeutiche mirate per garantire ad ogni paziente il trattamento più appropriato e quindi il risultato migliore – continua il Professore. - Ho accolto con entusiasmo l’invito ad unirmi alla squadra dell’ISMETT per dare un ulteriore contributo ad una formazione di altissimo livello che possa beneficiare sia il personale interno che la comunità in generale. L’apertura verso l’innovazione ha da sempre caratterizzato la mia attività clinica e formativa. Entrare a fare parte del team dell’Ismett è per me un onore, ed è anche una opportunità unica in quanto, in un contesto altamente qualificato avrò l’opportunità di restituire alla mia Sicilia l’esperienza maturata in tanti anni di lavoro in Italia e all’estero”, conclude Musumeci.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

LIVESICILIA

Rete ospedali in Sicilia, Pd: “Tenere conto della particolarità dei territori”

5 SETTEMBRE 2023

PALERMO – “Con la piena ripresa delle attività dell’Ars chiederò che la riorganizzazione della rete ospedaliera siciliana sia uno dei temi da affrontare con urgenza in commissione Sanità: è necessario il pieno coinvolgimento dei sindaci e dei rappresentanti del territorio”. Lo dice **Calogero Leanza**, parlamentare regionale del Pd e vicepresidente della commissione Sanità all’Ars.

L’intervento

“Ho detto fin dall’inizio – aggiunge Leanza – che bisogna avere il coraggio di mettere mano alla rete ospedaliera senza scelte calate dall’alto o dettate da logiche che non sia connesse alla reali esigenze territoriali e dell’utenza. Solo in questo modo sarà possibile avviare un vero percorso di rigenerazione e potenziamento dell’offerta sanitaria ospedaliera in Sicilia, tale da assicurare il diritto alla salute ai cittadini. È inoltre necessario – conclude Leanza – considerare le esigenze specifiche di alcune aree come i Nebrodi e le Isole Eolie che meritano una attenzione particolare”.

Medici, gli aumenti in arrivo

► Accelerazione sui 290 euro in più in busta, resta il nodo sul tetto alle ore di straordinario Sanità, Fisco e ministeri: via a 70 mila assunzioni, corsia veloce per i concorsi legati al Pnrr

ROMA Medici, si accelera sul nuovo contratto. Aumenti da 290 euro. Sanità, Fisco e ministeri: via a 70 mila assunzioni.

Bassi, Bisozzi e Melina a pag. 2 e 3

Medici, si accelera sul nuovo contratto Aumenti da 290 euro

► Tavolo tra Aran e sindacati ► Ultimo nodo il super-lavoro per chiudere entro settembre dei dottori. Tetto alle ore extra

IL CASO

ROMA Il vento è cambiato. Dopo la fumata nera di luglio sul nuovo contratto dei medici oggi è attesa una schiarita. Questa mattina è atteso il vertice tra Aran, l'Agenzia che per il governo tratta il rinnovo, e i sindacati. Sul tavolo ci sono aumenti medi di 241 euro lordi mensili, ai quali si sommano gli aumenti per i medici di pronto soccorso e l'ulteriore beneficio dello 0,22% previsto per il trattamento accessorio. Insomma, per i camici bianchi in prima linea si può arrivare fino a quasi 290 euro in più al mese. E poi ci sono gli arretrati. L'ultimo contratto è scaduto nel 2018. Quello che Aran e sindacati stanno trattando copre il triennio che va dal 2019 al 2021. Nel pubblico impiego, e i medici sono dipendenti pubblici, quando si rinnova un contratto vengono sempre pagati anche tutti gli arretrati. In questo caso ci sono quattro anni e nove mesi da recuperare.

I CALCOLI

Secondo i calcoli dell'Aran, mediamente un medico riceverà oltre 6.500 euro di arretrati, ai quali si aggiungono la una tantum dell'1,5 per cento della retribuzione decisa dal governo solo per quest'anno e altri fondi e indennità in grado di far lievitare il totale oltre i 10 mila euro. Ma la verità che a rallentare il negoziato tra l'Agenzia governativa presieduta da Antonio Naddeo e le sigle sindacali, non è mai stata la questione economica. A frenare le trattative sono state altre ragioni, la principale delle quali riguarda gli orari di lavoro dei camici bianchi negli ospedali e come le ore extra dei medici vengono retribuite. La questione è stata sollevata con forza nelle trattative dai due principali sindacati dei medici, Anaa-Assomed e Cimo-Fesmed, che hanno accusato senza mezzi termini, i datori di lavoro, ossia le Regioni, di preten-

dere dai medici centinaia di migliaia di ore di lavoro a titolo gratuito. E questa sarebbe una delle principali ragioni che stanno determinando la fuga dei camici bianchi dagli ospedali. Un'emergenza della quale le stesse Regioni, il vero convitato di pietra della trattativa, sono costrette a prendere atto. I pronto soccorso sono sguarniti, e gli ospedali sono costretti sempre più spesso a ricorrere a medici a gettone pagati a carissimo prezzo per coprire turni ormai divenuti ingestibili. In altri casi, come quello della Calabria che si è rivolta a Cuba,



si fa reclutamento all'estero di dottori. I sindacati chiedono non solo che le ore extra richieste ai medici siano ridotte e limitate al massimo a 50 l'anno, così come i turni di guardia e le reperibilità, ma soprattutto che si cambi il meccanismo di remunerazione di questi orari extra. «Oggi», spiega Pierino Di Silverio, segretario generale di Anao-Assomed, «l'articolo 65 del contratto prevede che nei fondi di risultato può essere ricompreso anche il lavoro aggiuntivo. Noi chiediamo che esca dagli obiettivi». La ragione è che, secondo i medici, gli

obiettivi e i risultati dovrebbero essere raggiunti durante l'ordinario orario lavorativo. Se invece il lavoro extra viene ricom-

preso tra i "premi" si finisce per pagare gli straordinari con soldi che già sono dei medici. Un paradosso. Dall'altro lato se gli orari extra fossero ridotti troppo, gli ospedali non riuscirebbero a coprire i turni perché i medici in servizio sono troppo pochi. Dalla soluzione di questo rebus uscirà il nuovo contratto.

LA TEMPISTICA

La domanda allora, è in che tempi si può arrivare alla firma. «Il clima con i sindacati è positivo», dice il Presidente dell'Aran Naddeo. «Da oggi lavoriamo per chiudere al più presto il contratto. Dobbiamo trovare un accordo sull'orario di lavoro che soddisfi tutte le parti in causa». La speranza è che si arrivi all'accordo entro settembre, in modo da far arrivare aumenti e arre-

trati ai camici bianchi già a dicembre. «L'Aran», fa eco Di Silverio di Anao-Assomed, «ha mostrato delle gradi aperture e sta facendo il possibile per arrivare alla firma. Di certo», aggiunge, «o si firma in tempi brevi o noi siamo pronti a mobilitarci e bloccare tutto». E a quel punto il problema diverrebbe politico. Ma ad aiutare la trattativa potrebbero essere anche le prossime decisioni che dovranno essere prese in manovra per il comparto. Il ministro della Salute Orazio Schillaci avrebbe chiesto 4 miliardi per il comparto. Sarebbe un segnale per tutti. Regioni comprese.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CON IL NUOVO ACCORDO SARANNO PAGATI ANCHE ARRETRATI PER OLTRE 4 ANNI, CHE VALGONO PIÙ DI 10 MILA EURO

NADDEO: «SUGLI ORARI TROVEREMO UNA SOLUZIONE CHE SODDISFI TUTTE LE PARTI IN CAUSA»

Aumenti e arretrati per i medici

ARRETRATI



BENEFICI A REGIME



Allarme infermieri: ne mancano 150mila E il caro-vita li fa "emigrare" al Sud

IL FOCUS

ROMA «Con 1.400 euro netti di stipendio come facciamo a sostenere le spese a Bologna?». Arrivare a fine mese diventa sempre più insostenibile e ormai persino gli infermieri decidono di abbandonare il posto fisso e di tornare al Sud. Magari in una struttura meno attrezzata, con carenza di personale e turni massacranti come al Nord, ma almeno con la consolazione di poter contare sull'appoggio delle famiglie di origine e forse su costi meno pesanti, soprattutto se ci sono anche figli da mantenere.

Antonio De Palma, presidente nazionale del Nursing Up, dati alla mano, lo denuncia da tempo: «Se nel 2022 avevamo evidenziato una situazione preoccupante per regioni come Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Veneto, con ben 1.530 dimissioni di operatori sanitari, per la maggior parte infermieri, adesso nell'occhio del ciclone ci sono Emilia Romagna

e Liguria. I numeri in particolare dicono che all'Ausl di Bologna solo negli ultimi giorni sono arrivate ben 18 dimissioni, senza preavviso, da parte di infermieri, per un totale di ben 40 dimissioni negli ultimi tre mesi». Lo scorso anno, invece, dall'azienda sanitaria bolognese sono usciti 270 infermieri; nel 2021, erano stati 180. Solo in piccola parte si tratta di pensionamenti programmati, mentre per oltre il 50% sono dimissioni. «A fronte delle uscite -

rimarca De Palma - non esiste assolutamente un piano di assunzioni anche perché i bandi dei concorsi regionali vanno praticamente deserti».

Ma il problema è grave da tempo, ovunque. «In Italia ci sono circa 280mila infermieri - denuncia il Nursing Up - ma ne mancano 80-100mila. Se si seguono gli standard europei ne servirebbero invece altri 150mila. E se si tiene conto del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e dei bisogni di assistenza sul territorio di qui a 10 anni dovremmo aggiungerne altri 250mila».

I TURNI

A scoraggiare gli infermieri a lavorare al Nord, fino a spingerli alle dimissioni, non è solo un problema economico. «Lo stress lavorativo e il continuo ricorso a doppi turni - denuncia De Palma - non lascia più spazio e tempo da dedicare alla propria famiglia. A questo punto alcuni professionisti o decidono di mettersi in proprio, scegliendo l'attività libero professionale, o vanno a lavorare nelle strutture private. Nel pubblico tornano solo se hanno la possibilità di lavorare al sud. Non dimentichiamo che siamo all'ultimo posto in Europa per le retribuzioni, eppure i dottori in infermieristica sono tra le migliori qualificazioni». Non a caso la Svizzera sta aprendo le porte agli italiani, promettendo stipendi di almeno 3mila euro, oltre ad altri benefit. «Non è una situazione che ci sorprende - sottolinea Barbara Mangiacavalli, presidente della Fnopi, la Federazione nazionale degli ordini professioni infermieristiche - sono

almeno 10 anni che la federazione mette in guardia da quello che oggi è purtroppo diventato attuale. C'è un problema di attrattività non legato solo al tipo di professione, e questo lo si vede dal numero di giovani che si candidano alle selezioni. Il punto è che non sono attrattive le condizioni di ingaggio e quindi di sviluppo della professione, perché non vengono valorizzate le competenze specialistiche, né gli aspetti giuridico contrattuale ed economici».

Le soluzioni temporanee ormai non bastano. «Il nostro Paese - ricorda Mangiacavalli - è secondo al mondo per indice di vecchiaia, dopo il Giappone; abbiamo bisogno di ridisegnare il modello di assistenza dei nostri cittadini cronici, fragili, anziani. Senza un'assistenza infermieristica adeguata non potremo più garantire la sicurezza delle cure a tutti i nostri cittadini».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A scoraggiare gli infermieri a lavorare al Nord, fino a spingerli alle dimissioni, non è solo un problema economico ma anche lo stress e il continuo ricorso ai doppi turni

SEMPRE PIÙ NUMEROSI GLI OPERATORI SANITARI CHE SI TRASFERISCONO NEL MEZZOGIORNO: «AL NORD IL NOSTRO STIPENDIO NON BASTA»



SANITÀ

Infermieri: fuga dal Nord «Stipendi bassi e vita cara»

■ Costo della vita insostenibile e a decine si dimettono dagli ospedali del Nord per tornare ai paesi d'origine: è così che, in particolare pronto soccorso e reparti nevralgici, soprattutto di Emilia Romagna e Liguria, stanno perdendo infermieri che si dimettono per tornare a Sud. È la denuncia di Antonio De Palma, presidente nazionale del sindacato Nursing Up: decine e decine di operatori sanitari, dal 2022 a oggi, hanno scelto di dimettersi, con rinuncia anche a contratti a tempo indeterminato nella sanità pubblica.

È il costo della vita a fare la differenza: la situazione degli ospedali del Sud non

è migliore che al Nord, sottolinea De Palma, il caos del pronto soccorso è lo stesso, peggiore e insostenibile è la situazione delle violenze perpetrate durante le ore notturne ai danni degli operatori sanitari. Il problema è che lo stipendio medio di poco più di 1400 euro netti non consente ad un giovane infermiere di mantenersi in città come Bologna o Genova. «Se nel 2022 avevamo evidenziato una situazione preoccupante per regioni come Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Veneto, con ben 1530 dimissioni di operatori sanitari, per la maggior parte infermieri - sottolinea De Palma - adesso nell'occhio del ciclone

ci sono Emilia Romagna e Liguria. I numeri in particolare dicono che all'Ausl di Bologna, solo negli ultimi giorni sono arrivate ben 18 dimissioni, senza preavviso, da parte di infermieri, per un totale di ben 40 dimissioni negli ultimi tre mesi».

A fronte delle uscite, nota De Palma, non esiste assolutamente un piano di assunzioni «anche perché i bandi dei concorsi regionali vanno praticamente deserti». A fronte di retribuzioni inadeguate, aggiunge, gli operatori devono affrontare turni massacranti, assenza di ferie per carenza di colleghi. Non a caso sempre meno giovani scelgono la professione: l'ate-

neo genovese, al corso di scienze infermieristiche, si troverà per la prima volta ad avere più posti, 460, rispetto ai 448 candidati. C'è stato solo un flebilissimo aumento di assunzioni, poco più del 2%, «manca un piano di investimento sulle risorse umane».



DIMISSIONI «Impossibile la vita in città con 1.400 euro»



Per medici e infermieri è iniziata la fuga a peso d'oro nei Paesi arabi

Dopo il calcio. Negli ultimi tre mesi 500 sanitari pronti a muoversi dall'Italia: stipendi fino a 20mila dollari per gli specialisti. Trasferimenti in pochi mesi

Barbara Gobbi

Oltre 500 professionisti della Sanità si sono dichiarati disponibili negli ultimi tre mesi a lasciare l'Italia, da soli o con le famiglie, per prestare servizio nei Paesi Arabi in vista di un'esperienza lavorativa, culturale e di vita.

Un trend che era già iniziato ma che ha visto impennarsi del 40% le richieste in 90 giorni, forse influenzato anche dalla fascinazione del Medio Oriente su "numeri uno" del calcio mondiale come Ronaldo e Neymar o come l'ex Ct della nazionale Roberto Mancini. E di sicuro stipendi che raggiungono anche i 20mila dollari al mese e benefit decisamente allettanti rispetto a quanto offerto dal nostro Ssn hanno un peso nella scelta di medici, infermieri e altre figure sanitarie di considerare mete fino a oggi meno "gettonate" rispetto alle più tradizionali Europa e Usa. Dall'altra parte, c'è il crescente fabbisogno di cura dei Paesi del Golfo, in cui la popolazione aumenta e sta vivendo un fisiologico processo di invecchiamento e dove, soprattutto, si è scelto di investire circa il 10% del Pil in sanità, servizi e industria sanitaria con ospedali e cliniche private all'avanguardia. In Arabia Saudita già il 90% dei sanitari sono di origine straniera e oggi anche i nostri, mentre l'Italia apre ai professionisti cubani, guardano al Medio Oriente.

A tracciare il quadro sono l'Associazione dei medici di origine straniera in Italia (Amsi) e l'Unione medica euro mediterranea (Umem): dei 450 professionisti della sanità italiani e dei 50 europei residenti in Italia che nell'ultimo trimestre hanno iniziato a programmare un lavoro nei Paesi del Golfo, 250 sono medici specialisti, 150 sono infermieri e 100 sono medici generici, fisioterapisti, far-

macisti, podologi e dietisti. Foad Aodi, presidente Amsi e componente della Commissione Salute globale della Federazione degli Ordini dei medici e degli odontoiatri, entra nel dettaglio del potenziale "win-win" tra domanda e offerta. «I tre Paesi più richiesti sono Arabia Saudita, Emirati Arabi e Qatar, poi c'è il Bahrein - spiega -. Ovviamente i colleghi puntano ai Paesi dove sono maggiori le chance di essere valorizzati. Ci sono medici già in pensione ma molti sono giovani che vogliono trasferirsi anche con la famiglia e non tutti guardano solo all'aspetto economico, che pure è una componente importante: si cercano qualità di vita e migliori condizioni di lavoro».

In tempi di profonda crisi della Sanità pubblica, con i camici bianchi che da anni denunciano un profondo disagio oltre a stipendi contenuti, la fuga avviene quindi non più solo verso il privato e, per chi ne abbia i requisiti, verso la pensione, ma anche in realtà lontane. Paradossalmente, però, più facilmente accessibili: «Bastano tre mesi a fronte dell'anno e mezzo di attesa che registriamo in Italia per essere ammessi dalla presentazione della domanda - prosegue Aodi -: con diploma di formazione, specializzazione e certificato di buona condotta del ministero e dell'Ordine professionale alla mano. E ovviamente un ottimo inglese. Il curriculum minimo varia in base alla professione: gli infermieri devono essere in attività da almeno due anni, i medici specialisti da tre anni e i medici generici da 5 anni».

Entro il 2030, rilevano ancora da Amsi e Umem, in Arabia Saudita serviranno 44mila medici e 88mila infermieri. Un'iniezione massiccia che servirà ad arginare parzialmente l'esodo di 30mila pazienti che dai Paesi del Golfo si curano all'estero (negli

Usa e in Inghilterra, Germania e Francia), per un esborso totale di oltre 20 miliardi. Arruolare personale medico e sanitario ottimamente formato, come è quello italiano, è una scelta conveniente.

Le specializzazioni più richieste? Dermatologia, chirurgia generale, medicina estetica, ortopedia, gastroenterologia, ginecologia, pediatria, oculistica, emergenza, chirurgia plastica, otorinolaringoiatra, odontoiatria. Poi, infermieri specializzati, fisioterapisti, farmacisti e dietisti. I compensi includono servizi e casa, inserimento scolastico per i figli e agevolazioni fiscali: per i medici oscillano da 14mila a 20mila dollari al mese e per gli infermieri da 3mila a 6mila dollari. In Arabia Saudita i medici più pagati sono neurochirurghi, neurologi, ortopedici, camici bianchi dell'emergenza, chirurghi plastici, ginecologi e pediatri. Sempre con passaporto europeo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Arabia Saudita, Emirati e Qatar le mete più gettonate: nei Paesi arabi si investe in Sanità circa il 10% del Pil



FRONTE COMUNE che si aggiunge a salario minimo e Rdc

"Niente tagli alla sanità" Opposizioni unite

Le opposizioni al governo Meloni vanno oltre il salario minimo e dal Forum Ambrosetti a Cernobbio aprono il fronte comune della sanità. Niente tagli, risorse per il rinnovo dei contratti e stanziamenti per cercare di azzerare le liste d'attesa. La segretaria del Pd Schlein, nel suo debutto alla kermesse sul lago di Como anche se in video collegamento, ha rilanciato sul tema della sanità come terreno di lotta comune. "Non investire risorse nella sanità pubblica significa lasciare scoperte le regioni e tagliare servizi alle persone e non ce lo possiamo permettere", ha detto sottolineando che "servono risorse anche per il rinnovo dei contratti". Un richiamo subito colto dal leader di Azione Calenda, secondo cui la sanità può essere un tema su cui lavorare con il Pd, oltre a quello del salario minimo. "Ci sono due piani: il primo per azzerare le liste di attesa, che costa 10 miliardi, su cui diciamo di

togliere il taglio del cuneo fiscale - ha spiegato -. Poi c'è un progetto di rilancio della sanità che passa per l'assunzione dei medici e il pagamento degli infermieri, non a 1400 euro al mese". Conte nel suo intervento non ha citato direttamente la sanità, ma ha difeso i provvedimenti bandiera del suo Esecutivo come il Reddito di cittadinanza e il Superbonus che "non deve essere un capro espiatorio del Governo" anche perché "ha creato molto più di un rimbalzo dell'economia, come certificato dall'Ufficio parlamentare di Bilancio e Nomisma".

L'asse si rinforza poi sul salario minimo su cui le opposizioni hanno presentato una proposta unitaria facendo partire anche una raccolta firme. Una iniziativa su cui "noi continueremo a insistere con il Governo e a confrontarci nel merito di queste proposte", ha assicurato Schlein. Mentre per Calenda, il provvedimento va fatto subito: "Non è la panacea di tutti i mali ma

una tutela dallo sfruttamento, iniziamo da qui". Dalla platea di Cernobbio il leader di Azione ha promosso il Governo sulla giustizia, sulle politiche energetiche. Mentre Conte non solo non ha trovato punti di convergenza con l'attuale esecutivo, ma ha attaccato sul Reddito di cittadinanza difendendo il provvedimento. "Non è una geniale idea pensare di accendere micce in una polveriera sociale - ha concluso - eliminando il Reddito e sostituendolo con una social card che è insufficiente".

G.G.



PREVENZIONE

Solo il 41% degli italiani fa controlli regolari

Cresce, seppur di poco, l'attenzione degli italiani per la propria salute: il 41% dice di monitorarla regolarmente attraverso visite ed esami, in crescita rispetto al 33% nel 2022. È quanto emerge dall'ultima rilevazione dell'Osservatorio Sanità di UniSalute, svolta in collaborazione con l'istituto di ricerca Nomisma. Andando ad analizzare meglio i dati, però, si riscontrano variazioni significative a livello geografico: se al Nord fa controlli regolari circa il 40% della popolazione, e al Centro addirittura il 45%, al Sud e nelle Isole la percentuale crolla al 31%. Così come si notano differenze tra il campione maschile e quello femminile: dice di fare controlli regolari il 42% delle donne, contro appena il 33% degli uomini. Nonostante ciò, la ricerca evidenzia anche come meno della metà delle italiane si sia sottoposta a una visita ginecologica nell'ultimo anno

(47%), con una su quattro (25%) che addirittura non ha mai effettuato la visita o non la svolge da molti anni. L'indagine ha sondato anche le ragioni per cui molti italiani ancora sottovalutano l'importanza di monitorare regolarmente il proprio stato di salute. Tra chi non ha svolto alcun controllo nell'ultimo anno, ben il 20% dà come motivazione i tempi di attesa troppo lunghi, e il 19% i costi troppo elevati. Ma c'entra anche una scarsa cultura della prevenzione, tanto che le motivazioni più citate sono la tendenza a fare visite solo quando ci si sente poco bene (29%), e la convinzione di non avere bisogno di fare controlli (25%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LONG COVID

È il virus a innescare la reazione autoimmune

Scoperto il meccanismo autoimmune alla base del Long Covid e delle complicanze cardiache. Si tratta di un fuoco amico scatenato da un "freno" disattivato accidentalmente. È così che - complice l'incontro con Sars-CoV-2 - alcune cellule immunitarie, fra le migliaia che circolano nel nostro corpo, si trovano ad aggredire non un nemico esterno, ma l'organismo. Sono cellule che fanno parte del nostro sistema di difesa e sono in grado di riconoscere i nostri organi e tessuti e potenzialmente anche attaccarli. Esiste però un "programma di tolleranza" che, se attivo, impedisce che questa auto-aggressione avvenga. Uno studio condotto dai ricercatori di Humanitas, che ha coinvolto pazienti con postumi cardiaci da Covid, ha dimostrato che l'incontro di alcune di queste cellule immunitarie con Sars-CoV-2 è in grado di spegnere accidentalmente il programma di tolleranza, scatenando le cellule contro il tessuto cardiaco. Questo meccanismo autoimmune identificato può persistere per mesi dopo la fine dell'infezione e potrebbe spiegare anche altri sintomi tipicamente associati al Long Covid. I risultati dello studio sono pubblicati sulla rivista *Circulation* e aprono la strada a una migliore comprensione della sindrome post virus. La ricerca nasce dal lavoro congiunto tra il gruppo di Marinos Kallikourdis, a capo del Laboratorio di immunità adattiva, e il gruppo di Gianluigi Condorelli, direttore del dipartimento cardiovascolare di Humanitas, con il supporto del team di Marco Franccone, responsabile dell'Imaging cardiovascolare. Tutti e tre sono docenti dell'Humanitas University. Lo studio è stato condotto su campioni di sangue di pazienti ricoverati per Covid all'Istituto Clinico

Humanitas, ed è stato possibile anche grazie al sostegno del ministero dell'Università e Ricerca e della Fondazione Umberto Veronesi Ets.

«Le complicanze cardiovascolari sono frequenti nei pazienti guariti da Covid, soprattutto in chi ha sofferto di una forma grave dell'infezione - spiega Condorelli - Gli studi ci dicono che la metà dei pazienti ricoverati per Covid con alti livelli di troponina (un indicatore di danno al tessuto cardiaco) presentano anomalie nella risonanza magnetica cardiaca anche a 6 mesi dalla guarigione». In generale, il danno subito da organi e tessuti a seguito di un'infezione come Covid può essere spiegato attraverso due fenomeni, che possono coesistere: l'aggressione diretta da parte del virus e il danno collaterale dovuto alla risposta immunitaria scatenata dal virus e poi rivolta erroneamente contro il tessuto. «Il secondo fenomeno è in grado di spiegare il danneggiamento di tessuti che Sars-CoV-2 non ha attaccato direttamente - continua Condorelli - Oltre a dirci perché questo danno persista anche dopo l'infezione, cioè quando il virus non è più presente, come accade nel Long Covid».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANTIVIRUS



LA MEMORIA CORTA DELLA PANDEMIA

LA PANDEMIA è passata, e la si vuole, purtroppo, cancellare come esperienza. La lista delle opportunità perdute è lunga. Ricordiamo quando si dichiarava che la pandemia ci avesse colto impreparati, e mancasse un piano pandemico ma soprattutto la preparazione continua del personale sanitario, le esercitazioni, le simulazioni di allerta. Tutti d'accordo che se fossero stati fatti, i danni sarebbero stati inferiori. Ebbene, nulla è cambiato. C'è un piano pandemico ma non esiste la preparazione locale. Quale ospedale sta programmando esercitazioni? Nessuno o quasi. Quante regioni stanno provvedendo ad avere una riserva di mascherine, camici e materiale necessario a un intervento? La commissione istituita dal governo non può sostituire un'accurata disamina scientifi-

ca. La disattenzione sugli approvvigionamenti che fa tornare in mente i colleghi di Bergamo che cercavano di proteggersi con i sacchi dei rifiuti, è generalizzata e coinvolge anche l'Europa. Quando la Cina ci ha venduto (rivenduto, sic!) le mascherine, peraltro in gran parte fasulle, quando non si sapeva come procurare i respiratori, si sono scritti fiumi di articoli che sottolineavano quanto fosse stato imprudente rimanere inermi davanti alla chiusura delle fabbriche, finendo per dipendere da altri Paesi, spesso inaffidabili. E i farmaci? Lo scorso inverno le farmacie sono rimaste a secco di antibiotici a causa della guerra in Ucraina. È l'altra faccia della globalizzazione: si affidano produzioni a Paesi che hanno costi di produzione più bassi, senza tener conto dell'inaffidabilità. L'Europa ha a-

vuto a lungo il primato di innovazione farmacologica e l'Italia è stato uno dei Paesi più attivi. Con l'ingresso nel mercato di Paesi come Usa, Cina, Emirati Arabi, Singapore e Arabia Saudita, si sta perdendo terreno, rischiando di diventare totalmente dipendenti. La penalizzazione proviene anche dalla burocrazia e da visioni corte del futuro con leggi europee e italiane penalizzanti. In Italia c'è l'aggravante del *payback* che rende il nostro mercato non appetibile. Se non si corre ai ripari, rischiamo non solo nei momenti d'allarme ma quotidianamente, la garanzia costituzionale alla salute.

MARIA RITA GISMONDO

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



Terapia genica 2.0, l'Italia pronta a sperimentarla nel diabete

Innovazione. Altheia Science utilizza una strategia terapeutica rivoluzionaria per le malattie autoimmuni, inducendo un nuovo equilibrio tra geni e controllo della patologia. Test clinici nel 2024

Francesca Cerati

L'Italia potrebbe essere pioniera anche nella messa a terra della terapia genica 2.0. L'esempio virtuoso di un'alleanza fra ricercatori, medici, università, non profit e industria farmaceutica che ha permesso di arrivare per primi, nel 2016, a ottenere l'autorizzazione di una terapia genica ex vivo per una malattia rara (l'Adasid), potrebbe ripetersi con altri attori e per patologie più comuni e quindi di grande rilevanza sociale ed economica come il diabete di tipo 1, la sclerosi multipla e le leucemie mieloidi acute.

I promotori di questa sfida sono due scienziati italiani di fama internazionale rientrati dagli Stati Uniti: Alessandra Biffi, dopo aver ideato e sviluppato la cura, oggi disponibile, per una gravissima malattia neurodegenerativa (la leucodistrofia metacromatica) e avere diretto per circa 4 anni il Gene Therapy Program del Boston Children's Hospital, ora è docente all'Università di Padova; Paolo Fiorina, membro della facoltà della Harvard Medical School dal 2006, ha invece sviluppato approcci innovativi di immunoterapia e trapianto per la terapia del diabete di tipo 1 al Boston Children's Hospital, e oggi è ordinario dell'Università di Milano. I due ricercatori nel 2017 - insieme a Paolo Rizzardi, medico che ha contribuito allo sviluppo della biotech MolMed, e al Ceo della biotech Genenta Science (la prima startup italiana quotata al Nasdaq) Pierluigi Paracchi - hanno fondato Altheia Science con l'obiettivo non solo di soddisfare medical need,

ma anche stimolare l'innovazione e la competitività del sistema Paese, attraverso lo scambio scientifico-culturale, attraendo dall'estero scienziati e talenti accanto a investimenti.

In cantiere la biotech Altheia ha due progetti: il primo si basa sull'ingegnerizzazione delle cellule staminali del paziente in modo tale che siano in grado di svolgere un'azione immunoregolatoria nel diabete di tipo 1 (ma anche nella sclerosi multipla). La sperimentazione clinica sul diabete è prevista per la prima metà del 2024. Il secondo progetto è per il trattamento della leucemia mieloide acuta, è sempre una immunoterapia ma in questo caso si basa sulla tecnologia Car-T. L'obiettivo è di avviare i test clinici nell'uomo nel 2025.

«Nel diabete i linfociti T attaccano il pancreas e nel tempo distruggono le cellule Beta, deputate alla produzione di insulina - spiega Paolo Rizzardi, co-fondatore, presidente e amministratore delegato di Altheia Science - Gli studi che abbiamo condotto sugli animali mostrano che l'ingegnerizzazione delle staminali è in grado di spegnere la reazione infiammatoria, recuperare una normale struttura delle cellule beta e ripristinare una normale produzione di insulina. Il fatto di migliorare il set point immunologico, cioè di conservare una capacità residua di produzione di insulina, significa poter diminuire la quantità da assumere e migliorare la gestione delle complicanze della malattia, con riflessi farmaco-economici importanti». Il concetto, in sostanza, è quello di trovare terapie che non sia-

no sintomatiche - l'insulina di fatto lo è - ma di intervenire direttamente sulla causa. Ed è lo stesso approccio che Altheia sta sperimentando anche per la sclerosi multipla.

«Questo ci permette di arrivare alla terapia genica 2.0, cioè costruire un percorso che non è valido solo per una malattia monogenica e rara, ma che può potenzialmente intervenire su un meccanismo patogenetico condiviso da altre malattie - sottolinea Biffi - Sia il diabete che la sclerosi multipla hanno dei meccanismi di attivazione della risposta immunitaria mediata dai linfociti T, nei confronti del nostro corpo. Se utilizziamo, quindi, una strategia che "spegne" questa risposta specifica, potenzialmente può essere valida anche in altre malattie autoimmuni». Il progetto sulla leucemia mieloide acuta, invece, potremmo definirlo Car-T 2.0.

«In accademia abbiamo identificato nuovi antigeni di superficie molto specifici per la leucemia mieloide acuta che possono essere il punto di partenza per una strategia immunoterapica basata sull'uso dei linfociti T del paziente. Una volta ingegnerizzate queste cellule riconoscono gli antigeni di superficie in maniera specifica e si trasformano in armi in grado di uccidere solo le cellule tumorali, e non quelle sane» precisa Biffi. Le aree terapeutiche descritte rappresentano mercati di riferimento molto rilevanti: 28 bilioni di dollari per il diabete di tipo 1, 25 bilioni per la sclerosi multipla e 3,5 bilioni per leucemia mieloide acuta.

Car-T 2.0: nel 2025 al via gli studi clinici anche su una immunoterapia specifica per la cura della leucemia mieloide acuta



ALESSANDRA BIFFI
Direttore della clinica di Oncoematologia pediatrica e trapianto di cellule staminali ematopoietiche all'Ospedale Universitario di Padova



PAOLO RIZZARDI
Medico-ricercatore co-fondatore, presidente e amministratore delegato di Altheia Science e co-fondatore e socio amministratore di AurorA-TT



Lo studio americano

Giocare coi cani allunga la vita (a loro e a noi)

Nelle amicizie e nei legami duraturi con altri animali domestici il segreto che aiuta i «fido» a invecchiare bene

MARINELLA MERONI

■ Sappiamo che le interazioni sociali fanno bene alla salute fisica e mentale dell'uomo: è infatti dimostrato che avere amicizie e legami sociali duraturi producono un effetto molto importante sul nostro benessere, specialmente quando si invecchia. Ebbene anche per i cani è esattamente come per noi. Recentemente alcuni studiosi hanno scoperto il segreto per far invecchiare meglio Fido: giocare spesso con lui e farlo socializzare sia con le persone che con altri animali domestici. Insomma anche per il miglior amico dell'uomo avere numerose amicizie e legami sociali duraturi è il segreto per avere una vita più lunga e più sana. A confermarlo il nuovo studio scientifico, pubblicato sulla rivista "Evolution, Medicine & Public Health"

La ricerca iniziata nel 2018 fa parte di "Dog Aging Project", un progetto importante condotto dall'Università di Washington e

del Texas A&M, che ha coinvolto anche altri enti, con l'obiettivo di comprendere come la genetica, ambiente e stile di vita influenzino la vecchiaia e le salute dei cani. E con la speranza che i risultati ottenuti possano essere di aiuto a migliorare la qualità ed il benessere di vita degli umani. In sostanza è stato scoperto che nei cani che vivevano in famiglie in cui vi era un altro cane o più di uno, o in cui gli animali interagivano costantemente in giochi e altre attività, sono state riscontrate migliori condizioni di salute, anche in termini di età e peso. E sorprendentemente in questi nuclei familiari la socializzazione ha avuto un impatto 5 volte maggiore rispetto al fattore finanziario. Infatti gli autori dello studio, analizzando diversi fattori, hanno appurato che i problemi finanziari o altri fattori come lo stress erano connessi ad uno stato di peggior benessere dell'animale oltre ad una ridotta agilità fisica nei cani, mentre la compagnia di altri simili o umani era legata senza alcun

dubbio ad una migliore salute a 360 gradi e longevità.

Questi risultati, del resto, non dovrebbero sorprendere più di tanto, sappiamo che i cani, come noi umani, sono creature sociali e così come le relazioni e amicizie influenzano sulla nostra salute, lo stesso accade anche a loro.

Chiariamo però che chi ha un cane non deve necessariamente adottarne un altro (anche se sarebbe carino), gli studi indicano che per un cane è bene avere molti amici e legami sociali con altri suoi simili, come ad esempio giocare spesso con altri cani durante le uscite quotidiane, e anche costantemente con il suo proprietario.

Ma l'aspetto più curioso di questo studio è che secondo i ricercatori gli esiti ottenuti potrebbero avere importanti relazioni anche sull'invecchiamento umano, tanto che consigliano il cane come nuovo modello di indagine per promuovere un invecchiamento sano anche per altri esseri viventi.



L'impatto dell'AI sul settore sanitario

DI KEVIN KRUCZYNSKI*

Non è una novità che le evoluzioni tecnologiche richiedano spesso più tempo di quanto inizialmente previsto, ma quando si concretizzano sembrano avvenire rapidamente. Ciò è dovuto al modo in cui i progressi tecnologici tendono a sommarsi, con ogni nuovo sviluppo che consente di raggiungere traguardi ancora più grandiosi. Nell'ultimo anno circa, diverse stelle si sono allineate: i progressi negli algoritmi, nella tecnologia delle Gpu e nell'accessibilità dei dati hanno permesso il lancio di ChatGpt. Questo ha portato l'intelligenza artificiale alla ribalta, scatenando un intenso dibattito tra gli investitori, le aziende e il pubblico in generale. Sebbene sembri un fenomeno improvviso, molte organizzazioni hanno lavorato dietro le quinte per decenni per coltivare e sfruttare le potenziali applicazioni.

Questo ci porta al settore healthcare, che da tempo è un'area promettente per l'adozione precoce dell'AI in quanto offre la promessa di migliorare la qualità, l'efficacia e la disponibilità delle cure. Si tratta di un ambiente che crea un enorme volume di dati, che possono essere utilizzati per addestrare i sistemi di AI a migliorare diagnosi, trattamenti e prevenzione. Gli operatori sanitari prendono regolarmente decisioni complesse basate su informazioni incomplete; i

modelli di AI possono analizzare ampie serie di dati e offrire preziose indicazioni per assistere il processo decisionale.

Intuitive Surgical, il principale fornitore di sistemi chirurgici robotici, da anni integra l'intelligenza artificiale per migliorare la precisione e l'efficienza dei suoi sistemi da Vinci. Per esempio, la guida all'immagine potenziata dall'intelligenza artificiale può aiutare i chirurghi a vedere più chiaramente durante l'intervento, con dati sovrapposti nel campo visivo, e gli strumenti di supporto decisionale potenziati dall'intelligenza artificiale aiutano a prendere decisioni migliori. Le sue pinze chirurgiche intelligenti possono misurare la compressione dei tessuti ed effettuare regolazioni automatiche del processo per garantire un posizionamento ottimale, riducendo il rischio di complicazioni. Il sistema può monitorare il paziente durante la procedura e aggiornare il piano operativo per prevenire eventuali problemi. Con due decenni di dati di utilizzo e oltre 12 milioni di procedure già eseguite e registrate sui suoi sistemi, Intuitive ha un vantaggio significativo rispetto a tutti i concorrenti emergenti in termini di raccolta di dati e capacità di addestramento di modelli di intelligenza artificiale. Dexcom, leader nella produzione di dispositivi per il monitoraggio continuo del glucosio, utilizza l'intelligenza artificiale per migliorare l'accuratezza delle letture del glucosio e per personalizzare gli

avvisi e gli allarmi al fine di aiutare i pazienti a comprendere e prendere decisioni più informate per gestire i rischi del diabete.

È necessario continuare a dimostrare che le aziende in crescita dirompente sono in grado di superare con successo le fasi di ribasso, mantenendo la crescita sostanzialmente inalterata. Sebbene non si tratti di un'epoca simile a quella delle dotcom del 2000, vi sono dei parallelismi in termini di denaro liberamente disponibile e destinato a molte startup. Nel 2013, secondo *Barron's*, c'erano circa 30 Unicorni privati (aziende con una valutazione superiore a 1 miliardo di dollari). Da allora questo numero si è moltiplicato per 30 volte, arrivando a circa 1350. Si tratta di migliaia di miliardi di dollari di valore di mercato che devono essere dimostrati. Continuiamo a ritenere che le società disruptive siano state eccessivamente penalizzate in termini di price action nel corso del 2022. (riproduzione riservata)

*investment manager
Gam Investments





Dir. Resp. Marco Girardo

Lotta all'obesità: business record

Alfieri a pagina 14



Il farmaco anti-obesità prende il volo Novo Nordisk numero uno in Europa

PAOLO M. ALFIERI
Milano

Alzi la mano chi ha mai sentito parlare di Novo Nordisk. Eppure, questa azienda farmaceutica danese è diventata venerdì scorso la società con la più alta capitalizzazione in Europa, 424,7 miliardi di dollari, scalzando anche la francese Lvmh (Louis Vuitton e molto altro, insomma). Di più: ieri le azioni Novo Nordisk sono cresciute ancora, dell'1,7%, mentre il valore di mercato è raddoppiato nell'arco di un biennio. Ma cosa ha portato questa azienda sconosciuta ai più al numero uno in Europa? Semplice: in un mondo in cui un miliardo di persone sono sovrappeso o obese, la Novo Nordisk ha iniziato a commercializzare un farmaco, il Wegovy, che ha mostrato di ridurre il peso corporeo del 15%, naturalmente quando associato a uno stile di vita sano. Dimagrire senza dieta, insomma, e quasi senza sforzo. E dunque, siamo davanti al farmaco del secolo? Non proprio, ma bisogna andare con ordine.

Intanto, il picco di capitalizzazione è stato raggiunto alla vigilia del lancio del Wegovy nel Regno Unito, dopo i debutti, oltre che in Danimarca, negli Stati Uniti, in Norvegia e in Germania. Gli altri Paesi, anche

per la ridotta disponibilità dovuta all'altissima domanda negli Usa, devono attendere. Proprio negli Usa il farmaco ha avuto una straordinaria pubblicità dopo che il miliardario Elon Musk si è vantato di utilizzarlo. È la comunità scientifica, però, a chiedere cautela. Il principio attivo del Wegovy è il semaglutide, da un decennio utilizzato dalla stessa Novo Nordisk, in dosi minori, per un altro farmaco, Ozempic, impiegato nella cura del diabete di tipo 2. Durante il trattamento dei diabetici sono stati rilevati quegli inaspettati cali ponderali che hanno portato allo sviluppo del Wegovy, con il semaglutide paragonato alla chirurgia bariatrica per gli effetti sull'obesità resistente.

Negli Usa, nel frattempo, molti medici hanno iniziato a prescrivere il semaglutide anche a chi non è obeso, né diabetico, e il passaparola ha fatto il resto, provocando carenza del farmaco anti-diabete a livello globale: in

Italia la stessa Aifa ha parlato di carenza di Ozempic per l'intero 2023. Il tutto, peraltro, in mancanza di studi approfonditi sulle conseguenze dell'assunzione di semaglutide in assenza di diabete o di obesità. Non si sa, insomma, quali siano gli effetti a lungo termine nei soggetti che, in teoria, non dovrebbero assumerlo, ma le iniezioni "sciogli-peso" sono comunque ricercatissime. E questo nonostante i costi molto alti e l'effetto non secondario che, una volta interrotto il trattamento, il peso in eccesso ritorna. Negli Stati Uniti un mese di trattamento costa 1.350 dollari, mentre nel Regno Unito, dove il Wegovy sarà disponibile non solo attraverso il sistema sanitario nazionale ma anche tramite pro-

merlo, ma le iniezioni "sciogli-peso" sono comunque ricercatissime. E questo nonostante i costi molto alti e l'effetto non secondario che, una volta interrotto il trattamento, il peso in eccesso ritorna. Negli Stati Uniti un mese di trattamento costa 1.350 dollari, mentre nel Regno Unito, dove il Wegovy sarà disponibile non solo attraverso il sistema sanitario nazionale ma anche tramite pro-





fessionisti privati e catene farmaceutiche, la cura mensile dovrebbe andare dall'equivalente di 230 a 350 euro. Vista la domanda, «ci vorranno anni» prima che l'azienda possa soddisfare l'intero mercato, ha ammesso la società. Il semaglutide è un agonista del recettore del gip-1, un ormone prodotto dall'intestino che stimola la secrezione di insulina. Migliora il controllo glicemico, inibisce la fame e rallenta lo svuotamento dello stomaco: di qui i risultati sul fronte del dimagrimento. Nel Regno Unito l'istituto Nice ha raccomandato l'uso del Wegovy, che contiene 2,4 mg di principio attivo contro 1 mg dell'anti-diabe-

tico Ozempic, solo per gli adulti con un indice di massa corporea di almeno 35 (obesità di secondo grado) e per un massimo di due anni. Secondo il servizio sanitario nazionale, il farmaco potrebbe essere prescritto ad almeno 50mila pazienti, ma la platea di interessati è ben più ampia: quasi un adulto britannico su tre è obeso, il tasso più alto in Europa. Le patologie legate all'eccesso di peso contano per l'8,4% delle spese sanitarie nel Regno Unito e, combinate con la riduzione della produttività del mercato del lavoro, contribuiscono a ridurre il Pil britannico del 3,4%.

Novo Nordisk non ha detto quanto Wegovy sarà disponibile nel Regno Unito, ma in Germania si trova a fatica mentre nelle farmacie Usa l'ac-

parramento è alto. L'azienda danese sta provando a convincere intanto i governi e le assicurazioni europee a rimborsare il farmaco, cercando di posizionarlo su un altro livello rispetto a un semplice "farmaco per lo stile di vita". Per ora, compagnie assicurative come Axa Health e Aviva, hanno già sottolineato che non rimborseranno i costi del Wegovy. Ma sono in tanti, evidentemente, coloro che davanti alla possibilità di perdere peso sono disposti ad aprire il portafoglio e a non farsi troppe domande.

IL BOOM

L'azienda farmaceutica danese ha scalzato Lvmh, diventando la società con la capitalizzazione più alta nel continente. Il suo Wegovy, che riduce il peso corporeo del 15%, ha già sfondato negli Stati Uniti

Il principio attivo semaglutide ha mostrato di essere efficace per il calo ponderale durante l'utilizzo nei pazienti diabetici



Una penna per l'iniezione del farmaco anti-obesità Wegovy / Reuters

Un trattamento costoso con molte incognite

1.350 dollari

il costo del trattamento mensile con il farmaco Wegovy, acquistabile in farmacia, negli Stati Uniti

424,7 miliardi

la capitalizzazione in dollari

raggiunta dalla società farmaceutica danese Novo Nordisk

8,4%

la quota di spese sanitarie britanniche dovute alle patologie legate all'eccesso di peso





Dir. Resp. Marco Girardo

La spesa per sostenere studi migliori permetterebbe grandi risparmi

FARMACI, EFFICACIA ED EFFETTI AVVERSI: DEVE CAMBIARE IL MODO DI FARE RICERCA



SILVIO GARATTINI

Abbiamo a disposizione un gran numero di farmaci (nel 2021, assommavano a circa 12.000 confezioni) che includevano circa 1.300 principi attivi, da soli o associati. Di questi farmaci sono noti ed enfatizzati i benefici, perché gli studi clinici controllati, soprattutto quelli più importanti di fase 3, sono finalizzati alla valutazione dei benefici. In altre parole il calcolo del campione, cioè il numero di pazienti da reclutare, si basa sulla percentuale del beneficio atteso rispetto ai controlli. Il beneficio è enfatizzato perché i controlli non sono costituiti, come sarebbe logico, dal miglior trattamento disponibile per quella determinata sintomatologia o malattia, ma dall'impiego di una sostanza inerte nota con il nome di placebo. Ciò naturalmente gonfia i risultati perché l'eventuale beneficio è ottimale, in quanto si riferisce al placebo, mentre in clinica sono disponibili

altri farmaci. Al medico e al paziente, invece, interesserebbe sapere se il beneficio del nuovo farmaco è superiore o inferiore a ciò che esiste. Inoltre quando esistono altri farmaci non è etico l'uso del placebo, perché si sottraggono agli ammalati possibilità terapeutiche. Il beneficio è ulteriormente enfatizzato perché si dovrebbe condurre due studi di fase 3, ma chi li può effettuare è sempre l'industria farmaceutica che di solito prepara i protocolli, consultando gruppi di esperti che certamente non penaliz-

zano l'industria. Più obbiettiva sarebbe la valutazione dei benefici, se uno dei due studi dovesse essere realizzato da un ente indipendente.

Diversa è la valutazione dei rischi, permettendo che tutti i farmaci esercitano effetti avversi più o meno importanti. Tuttavia molti degli effetti avversi non verranno raccolti negli studi clinici controllati sia perché il campione dei pazienti è calcolato sui benefici sia perché la durata dello studio può essere inferiore alla durata dell'impiego di farmaci utilizzati per malattie croniche, spesso a vita. Le reazioni avverse si raccolgono, quindi, quando il farmaco è già in commercio e in generale dipendono da rapporti spontanei effettuati da medici, farmacisti o pazienti. Si calcola che se ne raccolgono solo il 10%, perché non esistono strutture deputate a occuparsi della tossicità dei farmaci. I pochi ricercatori che si occupano di questi problemi hanno poche risorse disponibili e sono considerati ricercatori di serie B. Se si considerano le riviste mediche più importanti, l'enfasi è sempre sui benefici, mentre sono molto pochi gli articoli che si occupano degli effetti avversi. Anche il nostro Servizio sanitario nazionale non sembra avere interesse a raccogliere rapidamente gli effetti tossici, ignorando che hanno una ripercussione sulle risorse economiche, dato che spesso richiedono ospedalizzazione e trattamenti terapeutici.

Anche l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco), presso cui vengono catalogati i rapporti spontanei, spende poche pagine dei suoi aggiornamenti annuali a descriverli e soprattutto a render-

li noti ai pazienti. Va sottolineato che gli effetti tossici si manifestano con più frequenza nelle donne rispetto ai maschi, tanto è vero che 8 su 10 farmaci ritirati dal commercio per tossicità hanno come base effetti avversi riscontrati nelle donne. Cosa fare?

Occorre anzitutto partire dalla convinzione che gli effetti tossici dei farmaci non si possono attendere nel tempo ma si devono ricercare. Nell'ambito dell'Aifa si dovrebbe realizzare una struttura interna che utilizzi del personale, direttamente o attraverso Irccs o grandi ospedali, che raccolga dati di tossicità dei farmaci attraverso i pazienti che arrivano al Pronto soccorso, a coloro che rimangono a lungo negli ospedali, oppure agli anziani che si trovano nelle case di riposo (Rsa). Tutti i dati raccolti dovrebbero essere valutati da un gruppo di esperti e utilizzati per aggiornare rapidamente i foglietti illustrativi come pure per informare tutti i medici. Nei casi più gravi il farmaco potrebbe essere eliminato dal Prontuario terapeutico nazionale, che elenca i farmaci rimborsati dal Ssn. La spesa per sostenere questo gruppo di ricercatori sarebbe ampiamente compensata dai risparmi che nel tempo ne deriverebbero. Come si dice normalmente è necessaria la volontà politica. Ma esiste realmente al di là delle parole?

**Fondatore e presidente
Istituto di Ricerche farmacologiche
Mario Negri Irccs**



LA PERIZIA CHOC SULLA RAGAZZA MORTA A 27 ANNI

«È solo mal di testa». Valeria uccisa dalla meningite

La diagnosi dei medici di quattro ospedali: cefalea e mal di schiena. Tutti indagati

Roma Scambiano una meningite per mal di testa. E le somministrano un farmaco sbagliato, il Toradol, che in pochi giorni la porta alla morte. Tre i medici accusati di omicidio colposo e negligenza. Per il pm che indaga sull'ennesimo caso di malasanità nella capitale sono almeno due gli ospedali responsabili del decesso di Valeria Fioravanti, giovane di 27 anni passata per ben quattro strutture sanitarie di Roma prima di finire in terapia intensiva allo Spallanzani, dove viene tentato un intervento disperato. Tre giorni attaccata alle macchine prima di morire. E tutto per i gravi errori dei medici di pronto soccorso ai quali la paziente si rivolge per una forte cefalea dopo un piccolo intervento di routine al Campus Biomedico.

Sequestrate le cartelle cliniche, il pm Eleonora Fini ha atteso per otto mesi il risultato della consulenza medico legale. Dalla perizia pochi dubbi e molte certezze. I primi a sbagliare diagnosi,

confondendo i gravi sintomi della meningite per un banale mal di testa «dovuto a un movimento incongruo» mentre si lavava i capelli, sono i medici del policlinico Casilino. Successivamente, nonostante esami più approfonditi, i camici bianchi dell'ospedale San Giovanni Addolorata mettono nero su bianco che la paziente soffre di un forte mal di schiena. E ancora giù con le iniezioni di Toradol, potente antinfiammatorio che calma i dolori ma accelera il decorso della malattia.

È Natale quando la 27enne va al Campus Universitario di Triglia per l'asportazione di un foruncolo sotto l'ascella destra che le provoca un ascesso. Un intervento ambulatoriale concluso con due punti di sutura. Ma i giorni successivi Valeria non sta affatto bene. L'emicrania la destabilizza. Il 29 dicembre Valeria si fa accompagnare al Casilino. Il medico di guardia scrive: «Intensa ce-

falea, non risponde alla tachipirina, vertigini da due giorni associate a cervicaglia». La terapia? Trenta mg di Toradol intramuscolo per 10 giorni. Il dolore non passa, le condizioni peggiorano e i familiari il 4 gennaio la portano in un altro ospedale, il San Giovanni. Valeria spiega che il dolore dalla nuca passa per tutto il corpo. Si decide per una Tac lombo sacrale, la diagnosi è sospetta lombosciatalgia. Altri due giorni di Toradol peggiorano il quadro clinico. La madre e il padre di Valeria il 6 gennaio la riportano d'urgenza al San Giovanni. Il medico la sottopone a una Tac cerebrale. La diagnosi è meningite acuta in fase conclamata. Viene ricoverata allo Spallanzani. Ma è tardi. Dopo tre giorni di coma, il 10 gennaio, muore. **Stefania**



VITTIMA

Valeria Fioravanti, morta il 10 gennaio, a 27 anni, per una doppia colpa medica. Aveva una meningite ma nessuno se ne accorse.



L'intervista

La mamma di Valeria Fioravanti
“A mia figlia dicevano che esagerava”

di Giuseppe Scarpa • a pagina 7

L'intervista

La madre di Valeria “Mia figlia stava male Per i medici esagerava”

—“—

*Mia nipote ha 2 anni
e chiede sempre
della mamma
Chi non ha saputo
diagnosticare
la meningite
va radiato dall'albo*

—”—

di Giuseppe Scarpa

«Nonna dov'è la mia mamma?», mi chiede mia nipote di due anni. Ma io cosa posso dirle? Valeria non c'è più. Lei soffre perché non la vede e non sa bene cosa sia successo, io lo so e per me il dolore è devastante. Ogni volta che mi fa quella domanda faccio fatica a non scoppiare a piangere». Tiziana è la madre di Valeria Fioravanti la 27enne morta per un caso di malasanità lo scorso 10 gennaio a Roma. La ragazza in condizioni critiche è stata visitata in due ospedali il 29 dicembre e il 4 gennaio, prima al policlinico Casilino poi al San Giovanni Addolorata. In entrambi i casi i camici bianchi hanno sbagliato completamente la diagnosi: un mal di testa la prima volta, un mal di schiena la seconda e infine le

hanno sempre somministrato il toradol, un antidolorifico che all'inizio la faceva stare meglio. Ma l'antidolorifico curava i sintomi non la malattia che la stava uccidendo, la meningite. E così, alla fine di questa folle storia, Valeria è morta lasciando un vuoto immenso nei genitori, Tiziana e Stefano, i progetti di vita che mai si realizzeranno con Fabrizio, il compagno, e una figlia che avrà di Valeria un ricordo sfocato e che continua a chiedere alla nonna: “dov'è la mia mamma?”

Cosa ricorda di quei giorni?

«Fu tutto folle, i dottori che la visitavano dicevano che stava esagerando. Ma lei stava male e iniziò a stare male il giorno dopo la rimozione di un foruncolo al Campus Biomedico lo scorso 25 dicembre».

Poi cosa accadde?

«Il 29 dicembre la portiamo al Casilino, aveva la febbre, le vertigini, le dava fastidio la luce, “mi sento un treno dentro la testa”, ripeteva».

Al pronto soccorso cosa vi hanno detto?

«Quando si è presentata di fronte ai medici praticamente non camminava più, aveva un dolore forte alla schiena. Noi non siamo potuti rimanere perché c'erano le



restrizioni legate al Covid. Dopo poco mi telefona e mi dice: "qui (pronto soccorso del Casilino, ndr) mi spiegano che è tutto okay". Siccome pensavano si trattasse di un mal di testa, collegato a un movimento brusco per lavarsi i capelli, le hanno dato anche un collare e poi il toradol».

Quale fu il risultato?

«Il giorno dopo stava nuovamente male. E qui succede qualcosa di allucinante. È il 30 dicembre noi ritorniamo e un'infermiera del pronto soccorso ci caccia via. Ci dice che l'avevano visitata il giorno precedente e non aveva nulla, di smetterla. Io ci litigo ma Valeria mi

supplica di smetterla e di riportarla a casa».

La sua situazione peggiora?

«Sì e arriviamo al 4 gennaio, la portiamo in un altro pronto soccorso. Valeria praticamente non vede più, è in sedia a rotelle, aveva delle analisi del sangue con valori sballati che indicavano un'infezione in corso. La visitano al San Giovanni Addolorata e mi dicono che ha una lombo sciatalgia. Una settimana prima aveva il mal di testa, adesso il mal di schiena. Io insisto perché la trattengano, affinché non siano superficiali ma quasi mi deridono.

Lei aveva ragione...

«Purtroppo sì, e alla fine non c'è stato più niente da fare siamo rientrati a casa e la situazione è precipitata. La riportiamo il 6 gennaio, era gonfia, biassicava le parole. Ma ormai era tardi. Valeria, la mia amata figlia, la mia primogenita che ho cercato con tutto il cuore e ho sempre amato adesso non c'è più. Adesso ho tanta rabbia, una nipote bellissima da crescere e chiedo che anche per lei venga fatta giustizia. Chi non ha saputo diagnosticare la meningite va radiato dall'albo».

Le tappe

● **Le visite e gli esami**

In due ospedali, i medici sbagliano le diagnosi: prima mal di testa e mal di schiena. Valeria aveva la meningite

● **La morte**

La diagnosi corretta arriva troppo tardi. Dopo quattro giorni di agonia, Valeria Fioravanti muore il 10 gennaio

● **L'inchiesta**

Il pm Eleonora Fini indaga per omicidio colposo. Dopo la perizia finiscono nel mirino tre dottori: uno del Casilino e due del San Giovanni



► **La vittima** Valeria Fioravanti, uccisa a 27 anni da due diagnosi errate

