



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

25 Settembre 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

LA SANITÀ

Ospedali di comunità la promessa tradita investiti 7 miliardi ma mancano i medici

MARTINA MAZZEO, PAOLO RUSSO

Le Case comunità pensate per alleggerire il pronto soccorso non riescono a decollare: mancano medici e specialisti. Gli infermieri sono in fuga dalle università. E 3,5 milioni di persone attendono cure per i disturbi alimentari. - PAGINE 24-25



SANITÀ MALATA

Beffa

Le Case comunità pensate per alleggerire il pronto soccorso non riescono a decollare. Mancano medici di base e specialisti e in molte regioni non esistono affatto

ambulatori

IL DOSSIER

PAOLO RUSSO

Al centro-nord aprono le prime case di Comunità, i maxi ambulatori aperti 7 giorni su 7 e h24 che dovrebbero rafforzare la nostra sanità territoriale e decongestionare il pronto soccorso affollati di codici verdi e bianchi che potrebbero tranquillamente

essere curati fuori dell'ospedale. Ma in più di una regione devono averle scambiate per centri anziani dove andare farsi una partita carte più che a curarsi, visto che in quasi la metà delle strutture già avviate non c'è il medico di famiglia, ossia la figura professionale sulla quale dovrebbero reggersi. Ancora peggio va per i pediatri, pre-

senti solo nel 28% delle strutture, che nel 34% dei casi sono tra l'altro aperte meno di 7 giorni e con un orario inferiore alle 12 ore.

A fornire i dati della parten-



LA STAMPA

za flop è l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, che ha appena pubblicato il nuovo monitoraggio sull'andamento delle nuove strutture territoriali finanziate con 7 miliardi del Pnrr. Delle 1.430 Case di comunità da realizzare entro il 2026 il governo ne ha già depennate 400 che non si riuscirà a ultimare nei tempi previsti dal Pnrr. Per queste si attingerà ai 10 miliardi ancora inutilizzati dal lontano 1988 del Fondo per l'edilizia sanitaria, che se sono rimasti in cassaforte per 25 anni un motivo ci sarà. Del migliaio di strutture che restano da avviare da qui a poco più di due anni ne sono state attivate oggi 187, ossia il 19% circa. Ad averle messe su sono per ora sei regioni: la Lombardia, che ne ha realizzate 92, l'Emilia Romagna 43, il Piemonte 38, la Toscana e il Molise 6 ciascuna e l'Umbria che di Case ne ha tirate su 2. Solo il 17% fanno apertura continuata per tutta la settimana mentre i medici di famiglia sono i grandi assenti nel 46% delle strutture, che rischiano così di trasformarsi in un bluff per gli assistiti. Tanto più se si pensa che in base al decreto che le ha istituite dovrebbero avere al loro interno team di professionisti composti non solo da pediatri e medici di famiglia,

ma anche psicologi, logopedisti, dietisti, tecnici di riabilitazione e, al bisogno, anche medici specialisti ambulatoriali come cardiologi, diabetologi, ortopedici e quant'altro. In questa falsa partenza invece non solo mancano i medici di medicina generale e i pediatri, ma quando risultano presenti lo sono per poche ore: meno di 30 ore a settimana nella metà delle Case di comunità, che in via teorica dovrebbero invece essere sempre aperte, offrendo quindi assistenza per 168 ore nell'arco dei sette giorni. Come dire che nella metà delle strutture i nostri medici di famiglia latitano proprio e nella restante metà coprono un orario che nella maggioranza dei casi è pari più o meno al 20% dell'orario di apertura.

Ma scarseggiano anche gli specialisti che oggi come oggi fanno nella maggioranza dei casi 10 ore o poco più a settimana negli ambulatori delle Asl. Troppo poche per lavorare poi anche in team nelle nuove strutture.

Si dirà che siamo appena alle prime battute, che c'è tempo da qui al 2026 per rodare e mettere a regime la macchina della nuova sanità territoriale finanziata dal Pnrr. Ma i soldi di quest'ultimo servono per tirare su le mura e non possono essere utilizzati per

pagare il personale sanitario che deve lavorarci. E nella prossima manovra non sembrano esserci soldi né per aumentare le ore di lavoro degli specialisti ambulatoriali e nemmeno per farci lavorare i medici di famiglia più giovani in rapporto di dipendenza come vorrebbe il Ministro della salute, Orazio Schillaci. I primi nel 42% dei casi lavorano negli ambulatori delle Asl per meno di 10 ore a settimana. Il Ministro vuole portare l'orario a 38 ore ma siccome la retribuzione dei medici specialisti va col tassametro le ore in più vanno pagate. E non sono pochi soldi. Così come costa portare alla dipendenza i medici di famiglia che oggi lavorano come liberi professionisti legati da una convenzione con le Asl. Fatto che li rende parecchio autonomi. Non a caso da decenni l'orario medio settimanale dei loro studi resta ancorato a 15 ore. Quelle che a volte fanno i loro colleghi ospedalieri, ma in un giorno. Anche se poi a queste ore ne va aggiunta una manciata per le rare visite domiciliari e per i pazienti presenti in sala d'attesa che vanno visitati anche a orario di apertura dello studio oramai finito. Ma sempre

di un orario a scartamento ridotto si tratta e a questa anomalia Schillaci vorrebbe mettere fine al più presto, pur sapendo che il potentissimo sindacato di categoria, la Fimmg, è pronto far muro per proteggere una libertà di decidere tempi e modi di lavoro che pochi in sanità hanno. I soldi invece il ministro spera di ricavarli dalle misure di razionalizzazione che vorrebbe inserire in manovra, come il taglio del 20% degli accertamenti inutili o il riaccorpamento di reparti e sale operatorie sottoutilizzate per generare risparmi da reinvestire nelle nuove strutture territoriali. Tutte cose tentate invano già in passato, e che se destinate a nuovo fallimento rischiano di trasformare Case e Ospedali di comunità in scatole vuote.

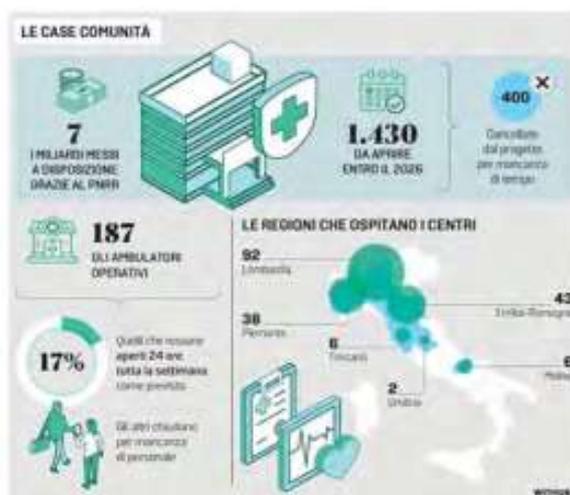
Anche la costruzione di questi ultimi, che dovrebbero ospitare i pazienti in dimissione ma che non possono ancora essere spediti a casa, viaggia a rilento. Finora ne funzionano solo 76, il 17% dei 434 che dovrebbero essere attivati entro il 2026. Di questi il grosso si trova tra l'altro in Veneto, che vanta 38 ospedali di comunità e in Lombardia, dove se ne contano 17. Altrove le briciole oppure il nulla. —

Le criticità

✓ **Medici di famiglia**
Soltanto il 46 per cento è presente nelle poche strutture esistenti. Quando ci sono coprono meno di 30 ore a settimana nella metà delle Case comunità previste dal ministero

✓ **Mancanza di fondi**
Nella prossima Manovra non ci sarebbero i soldi per aumentare le ore degli specialisti. I soldi del Pnrr possono essere utilizzati solo per le strutture

✓ **Razionalizzazione**
Per recuperare fondi il ministero pensa di ridurre del 20% le spese per accertamenti definiti inutili e accorpare reparti e sale operatorie sotto impiegate



LA STAMPA

be essere rilanciata da Case e Ospedali di comunità dove si fatica a trovare infermieri che ci lavorino.

Antonio Torella è uno di quelli che per avviare una Casa di comunità è tornato dall'Inghilterra dove era migrato "come molti miei colleghi attratti da turni più umani e retribuzioni all'altezza del lavoro che siamo chiamati a svolgere. Solo che appena rientrato in Italia ho iniziato ad essere tempestato di telefonate da parte di strutture sanitarie inglesi che mi chiedono di rientrare con retribuzioni da 1.600 euro a settimana anziché al mese come ne guadagno qui in Italia".

Parole che spiegano come mai dal 2019 al 2021 siano espatriati 17.800 infermieri.

Per arginare questa emorragia che va di pari passo con la crisi di vocazioni la Fnopi chiede prima di tutto un aumento del 200% dell'indennità di specificità infermieristica, che sono poi 216 euro lordi mensili, e nuovi sbocchi di carriera attraverso l'avvio di corsi di specializzazione dopo la laurea triennale, così come avviene per la varie branche mediche. Altrimenti, rimarca la Federazione, "senza infermieri l'Italia non avrà più un Ssn degno di questo nome". P.A.R.U. —

1600
Il salario medio
con orari
che superano
le 10 ore al giorno



Ammissione
Ai test si sono
presentati
in 23.540, poco
più dei 20.134
posti disponibili,
con un calo
del 10%
in un solo anno



SCUOLA

Ventilazione anti Covid in aula, pochi progressi

Con la ripresa dei contagi si guarda di nuovo alla ventilazione meccanica per migliorare la qualità dell'aria nelle aule ma mancano i fondi e si confida nella manovra. Pochi i progressi compiuti. Regioni, Comuni e presidi si muovono in ordine sparso.

Voci — a pag. 12

Covid e qualità dell'aria in aula, avanti piano

Ventilazione meccanica controllata. A tre anni dallo scoppio della pandemia il tema non è stato ancora affrontato in maniera centralizzata: i dirigenti della Salute auspicano risorse in manovra, ma Regioni, Comuni e scuole si sono mossi in ordine sparso

Pagina a cura di

Maria Chiara Voci

Se è scientificamente dimostrato che ventilare le aule in modo meccanico è la soluzione per ridurre in modo sensibile sia il rischio di contagio Covid che la presenza di ogni inquinante, perché a tre anni dalla pandemia il tema non è ancora stato affrontato in modo univoco a livello nazionale? È la domanda che forse si pongono migliaia di genitori in Italia. La risposta dipende essenzialmente da ragioni economiche, che potrebbero essere (almeno in parte) superate, se l'azione per installare la Vmc (Ventilazione meccanica controllata) fosse sistemica e non affidata a singole "buone azioni" di Regioni, Comuni o istituzioni scolastiche.

La premier, quando era all'opposizione, è stata una ferrea sostenitrice, con il suo partito, della tecnologia, laddove la semplice apertura delle finestre non si è mai dimostrata una soluzione sufficiente, soprattutto nella stagione fredda o nelle grandi città, soggette all'inquinamento acustico e dell'aria. La determinazione preelettorale è però svanita post elezioni. Se si esclude un bando emanato lo scorso anno in agosto dal ministero della Salute su risorse del Pnrr, per finanziare non tanto impianti, ma progetti di ricer-

ca (pur lodevoli, come NecessARIA o Mission), che studiano l'efficacia delle soluzioni e promuovono il dialogo fra Regioni e professionalità, null'altro è stato fatto dallo Stato. A livello normativo, si fa cenno all'efficacia della Vmc solo in una raccomandazione contenuta nelle linee guida dell'Istituto superiore di sanità, ma non esiste una legge a occuparsi di un'emergenza globale. E anche adesso che si torna a parlare di indicazioni centrali per frenare la diffusione del Covid nelle aule siamo fermi all'auspicio del ministero della Salute che il Governo stanzi risorse in manovra per la Vmc a scuola. «Per gli stessi edifici nuovi o profondamente rigenerati - afferma Clara Peretti, ingegnere ed esperta del tema - nonostante i Cam (Criteri ambientali minimi) impongano la Vmc, l'obbligatorietà fatica a essere applicata e molti progettisti non sono formati a sufficienza per capirne l'importanza».

Nel frattempo, lo scetticismo resta. L'Organizzazione mondiale della sanità ha riconsiderato le proprie valutazioni sulla trasmissione in ambiente di qualsiasi agente patogeno (non solo del virus da Sars CoV-2) e «sta per uscire un documento redatto con il contributo di un pool di esperti internazionale - come spiega il professor Giorgio

Buonanno, ordinario dell'università di Cassino e unico italiano nel pool - che afferma in modo chiaro come il contagio si trasmetta per via aerea e non per droplets». Ma c'è ancora chi solleva dubbi, disorientando il mercato. È di pochi giorni fa la notizia che il Comune di Lecce, nelle scuole d'infanzia, di primo grado e negli asili nido, ha installato 408 sanificatori d'aria, acquistati con fondi straordinari erogati nel 2021 per l'emergenza Covid. Spesa complessiva: 600mila euro. L'equivalente di circa 150 impianti di Vmc per altrettante aule. La sanificazione dell'aria - pur con parecchi distinguo sull'efficacia delle soluzioni in vendita - può essere una tecnologia di supporto al contrasto di virus e batteri. Può migliorare, ma non sostituire l'efficacia della Vmc, che si basa sul ricambio effettivo dell'aria.

Risultato. Tutta la partita è affi-



data alla discrezionalità dei singoli. Spesso i presidi sono soli nel valutare quale tecnologia acquistare, con quali risorse e con quali accorgimenti progettuali e di manutenzione. Con l'unico aiuto di strumenti, come le linee guida recenti sviluppate da Assoclimate e Aicarr, che arrivano dal mondo tecnico e produttivo. Le Regioni – dopo le Marche, anche la Basilicata, la Lombardia, il Veneto e il Piemonte – si sono mosse in modo sparso per emanare bandi di sostegno all'acquisto alla Vmc. Ma anche qui, in assenza di un dialogo che parta dalle esperienze consolidate e orienti la scelta, l'efficacia è a macchia di leopardo. Prendiamo

il bando della Regione Piemonte, dove le risorse disponibili sono divise fra ventilazione, vernici e sistemi di purificazione. A conferma dell'approssimazione e della leggerezza che ancora circondano il tema.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE ESPERIENZE SUL CAMPO

Il quadro degli aiuti regionali

Gli incentivi variano da Regione a Regione, alcuni sono attivi e altri sono scaduti. La Regione Marche, già in concomitanza con lo scoppio della pandemia da Sars-Cov-2, ha avviato stanziamenti arrivati oggi alla cifra complessiva di dieci milioni, a seguito di un ulteriore milione appena stanziato per finanziare altri 250 impianti. Analoghi programmi sono stati

lanciati dalla Lombardia e dal Veneto. Del 2023 è l'iniziativa della regione Basilicata, con uno stanziamento di 7,6 milioni. Il Piemonte ha appena stanziato tre milioni, suddivisi fra Vmc, vernici fotocatalitiche e sistemi di purificazione e sanificazione. Il progetto interregionale **NecessARIA**, che ha come capofila la Provincia di Bolzano, finanzia 35 impianti.

Il vademecum di Assoclimate

1

LE CARATTERISTICHE

La portata d'aria di rinnovo

Deve essere sufficiente a mantenere la concentrazione di CO₂ < 1.000 ppm, mentre l'efficienza di recupero passivo del calore deve essere > 80%, per ottimizzare il calore dell'impianto di riscaldamento. Gli impianti devono essere dotati di filtri di classe almeno pari a ePM1.00% (F7) sul condotto di mandata in aula e le emissioni sonore devono essere < 55 dB(A) per non ostacolare la didattica.

2

LE TECNOLOGIE

A seconda delle esigenze

È possibile dotare le aule di impianti puntuali, a unità indipendenti, o centralizzati, con unità centrale e diffusione canalizzata. Per la sua efficacia è necessario un sistema di monitoraggio, che attraverso sensori di temperatura, umidità e CO₂ addega in automatico le prestazioni dell'impianto alle condizioni indoor e informo circa lo stato dei filtri, suggerendo la sostituzione quando necessario.

3

I COSTI

Per unità puntuali

Varia da 4 / 5.000 euro (inclusa installazione), per una imc addega a scuole materne o elementari, fino a 6.500 / 7.000 euro per modelli adatti a licei e università. Costi simili per gli impianti centralizzati, che ottimizzano il costo della tecnologia sull'intero edificio, a fronte di una maggiore incidenza dell'installazione, con una maggiore efficienza complessiva.

4

I TEMPI DI REALIZZAZIONE

In media

Nell'ipotesi di utilizzare unità Vmc puntuali indipendenti, installate a parete o a soffitto e che non necessitano della tracciatura di complesse reti di distribuzione dell'aria trattata, il tempo necessario per l'installazione di ciascuna unità è stimato in circa mezza giornata. Impianti centralizzati richiedono, invece, tempi maggiori dovuti da maggiori dimensioni.

5

LA MANUTENZIONE

Macchine longevi

La semplicità costruttiva che contraddistingue gli impianti di ventilazione meccanica controllata li rende estremamente longevi e a bassa manutenzione. A patto però di svolgere la periodica pulizia o sostituzione dei filtri di iniezione ed aspirazione. Maggiore sarà l'inquinamento ambientale esterno, maggiore sarà la frequenza con cui intervenire.

6

LE INTERAZIONI

Con altri sistemi

In abbinamento a macchinari per la ventilazione, che può ridurre la concentrazione di CO₂ e inquinanti nell'aria, è consigliato installare anche sistemi di sanificazione. Tra le tecnologie più diffuse ed efficaci, i sistemi di ionizzazione a plasma freddo e le tecnologie fotocatalitiche, la cui efficacia deve essere verificata e certificata sempre ex post.



L'EMERGENZA

Disturbi dell'alimentazione Sono più di 3,5 milioni in lista d'attesa per le cure

Nelle strutture pubbliche e in quelle private mancano posti letto e operatori
Diete fai da te e famiglie impreparate contribuiscono ad aumentare i danni

MARTINA MAZZEO
MILANO

È una stima che spaventa: in Italia ci sono 3 milioni e mezzo di persone che soffrono di disturbi alimentari in attesa di cure.

Privato o pubblico che sia, mancano posti letto e operatori formati, mentre i servizi di cura intermedi, come quelli ambulatoriali, cruciali per la prevenzione, sono fragili e sotto-finanziati. Ottomila persone sono in cura in 91 centri, di cui 48 al Nord, 14 al centro e 29 tra Sud e Isole, secondo una mappatura dell'Iss. La sproporzione è pesante. Finisce così che chi non è ancora troppo grave peggiora e chi lo è già rischia la vita. Con liste d'attesa che si allungano a dismisura, sino a sedici mesi, il diritto alle cure per tutti è sistematicamente violato. A preoccupare poi è che i casi di emersione dei primi sintomi o di aggravamento di una condizione già patologica sono in costante aumento da almeno cinque anni. Ma l'assistenza non va di pari passo, anzi: i tagli ai posti letto non sono cessati nemmeno dopo la pandemia, che ha dato il colpo di grazia a chi soffre di anoressia, bulimia nervosa o binge eating, disturbo da alimentazione incontrollata. Isolamento, perdita di riferimenti

quotidiani, diete fai da te, troppi modelli insani in vetrina dappertutto, famiglie impreparate, ansie da prestazione. Questa è la fotografia. Scattata anche dai numeri.

Secondo uno studio della rivista scientifica *International Journal of eating disorder*, che trova corrispondenza anche in Italia, le ammissioni ospedaliere mostrano un aumento medio del 48 per cento dei ricoveri durante la pandemia rispetto ai periodi precedenti. In particolare, i ricoveri pediatrici sono aumentati dell'83 per cento, mentre quelli degli adulti sono cresciuti del 16 per cento. In Italia, l'ultima indagine promossa dal Ministero della Salute, che ha esaminato il periodo tra il 2019 e il 2022, ha rilevato un aumento delle chiamate al numero verde nazionale pari al 44 per cento. Di quegli 8 mila pazienti di cui dicevamo, 4 mila si sono aggiunti solo nell'ultimo anno dell'indagine. Tra i giovani di 18-20 anni, l'anoressia è la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali e l'età dell'insorgenza si abbassa sino ai 10 anni. Bambini. Ragiona Giuseppe Magistrale, psicoterapeuta: «Quasi sempre il problema è una psicopatologia di fondo e spesso a fare male è il confronto costante con un

ideale di magrezza». Un disagio nel rapporto col corpo, che andrebbe preso in tempo. Invece succede spesso che i centri pubblici, con le poche risorse che hanno, diano la priorità ai pazienti con una gravità più alta, «ma questo

produce l'espulsione dal sistema dei pazienti adulti e soprattutto dei pazienti non gravi». Che diventano gravi perché respinti. Scatta infatti una sciagurata gara interna al malato che cerca aiuto, un circolo vizioso potenzialmente letale. Magistrale, che è responsabile di un centro privato, Centro disturbi alimentari, con sede a Bari, conferma l'aumento dei casi: «Prima avevamo due nuovi accessi al mese in lista d'attesa, ora due a settimana». Così anche Stefano Tavilla, genovese, nominato ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana per il suo impegno nella lotta a queste malattie. Per Tavilla, uno dei fondatori dell'associazione Fiochetto Lilla, servono soprattutto due cose. La prima: percorsi nelle scuole elementari per parlare di emozioni e rappor-



LA STAMPA

to con il cibo. La seconda: investimenti pubblici e inserimento dei Dca nei livelli essenziali di assistenza come malattie a sé stanti. «Questo permetterebbe un'offerta pubblica di cura uniforme su tutto il territorio».

Sua figlia Giulia è morta il 15 marzo 2011 a diciassette anni, «parcheggiata in lista d'attesa». Oggi, oltre dieci anni dopo, le pediatrie sono sempre più piene e i reparti dedicati ancora mancano. «Chiediamo una cosa che doveva essere approvata nella legge di bi-

lancio 2021, alla fine è arrivato solo uno stanziamento di 50 milioni, in due anni, per tutte le regioni». Niente. «Urge formazione», è l'appello di Alessandro Raggi, vicepresidente della fondazione Ananke di Villa Miralago, che si occupa di ricerca e prevenzione. Anche in Lombardia, i centri sono sottodimensionati, specie quelli per minori. «I sintomi dei Dca hanno raggiunto ormai un livello epidemico, sono trasversali a tutte le psicopatologie e questo richiede una maggiore capacità diagnostica, sin dai medici di ba-

se». Va detto che l'anoressia non è un disturbo metabolico «ma rifiuto del cibo», nonostante l'appetito, e «delle relazioni». Va detto che l'anoressia è anche una domanda d'amore e di visibilità. —

ELIENOR/DONE PRESS/ATA



L'origine
I sintomi
dei disturbi del
comportamento
alimentare
sono
diventati
trasversali
a tutte
le psicopatologie

50
i milioni stanziati
negli ultimi due anni
per tutte
le regioni d'Italia

La gravità del fenomeno



Anoressia

È diventata la seconda causa di morte tra i giovani di 18-20 anni dopo gli incidenti stradali. L'età dell'insorgenza arriva sino a 10 anni



Pandemia

Durante l'emergenza Covid c'è stato un incremento dei ricoveri del 48 per cento. Nella fascia pediatrica l'aumento è stato dell'83%



Numero Verde

tra il 2019 e il 2022, secondo il ministero della Salute, si è registrato un aumento di chiamate al numero verde del 44%

8000

Le persone in cura in 91 centri, di cui 48 al Nord, 14 al centro e 29 al Sud e nelle isole



Il ritorno dei vaccini

A ottobre parte la campagna anti-Covid
la priorità verrà data
a over 65 e ai fragili. Addio agli hub
Saranno i medici di famiglia
e i farmacisti a somministrare il farmaco
In Piemonte arriveranno 290 mila dosi
che si aggiungono alle 490 mila già presenti

IL CASO**ALESSANDRO MONDO**

«**M**alattia meno aggressiva ma per anziani e fragili decisiva la vaccinazione», ha ribadito il ministro della Salute, Orazio Schillaci, a margine dell'Assemblea Generale Onu a New York.

È la sintesi della campagna vaccinale contro il Covid, al nastro di partenza ma diversa dalle precedenti. È cambiato il virus, sempre presente - anzi: in ripresa -, ma ormai endemico. Sono cambiate le varianti - alle più contagiose e già note Kraken e Arturo si aggiunge Eris, e i vaccini aggiornati contro le varianti. Sono cambiate le regole - resta la raccomandazione a vaccinarsi, prioritariamente per specifiche categorie -, ma è venuta meno l'obbligatorietà.

Cambierà anche l'impostazione della campagna di immunizzazione, e la logistica. Un fronte, quest'ultimo, che contiene un traguardo nel traguardo, ovvero la ca-

pacità di far procedere in parallelo la campagna anti-Covid e quella contro l'influenza (partirà il 16 ottobre), data la possibilità di somministrare entrambi i vaccini in una sola seduta. Per chi lo vuole, naturalmente.

Niente più hub vaccinali, al massimo resteranno in funzione quelli che sono sopravvissuti al disarmo: a Torino al Lingotto e al san Giovanni Bosco, dove peraltro si somministrano diversi vaccini (anti-pneumococco, anti-zoster, etc.). Spina dorsale della campagna saranno i medici di famiglia e i farmacisti, per il Covid come per l'influenza. Quanto alle fasce considerate prioritariamente da vaccinare, l'elenco contenuto nella circolare ministeriale è lungo ma parliamo sostanzialmente di over 65 e con elevata fragilità, donne in gravidanza, operatori sanitari. In questi casi la vaccinazione potrà essere consigliata a familiari e conviventi.

Precisazione nella precisazione: «In fase di avvio della campagna, nell'eventualità di una disponibilità di dosi insufficienti a garantire un'adeguata copertura, la vac-

nazione sarà prioritariamente somministrata alle persone di età pari o superiore a 80 anni, agli ospiti delle strutture per lungodegenti, agli immunodepressi e al personale impiegato in ospedali e nelle strutture di lungodegenza».

In questo quadro, non esente da dubbi e interpretazioni fino a qualche giorno fa non era chiaro se questa volta i vaccini anti-Covid sarebbero stati offerti gratuitamente a tutti, come poi è stato precisato -, si stanno muovendo le Regioni: alcune sono in fase di organizzazione avanzata, altre, come il Piemonte, si stanno attrezzando.

In Piemonte, da ottobre, arriveranno 290 mila dosi del nuovo vaccino Covid,



LA STAMPA

quello di Pfizer, che si aggiungono alle 460 mila già disponibili nei magazzini: queste ultime, però, non offrono copertura per le ultime varianti apparse all'orizzonte del macrocosmo Sars-Cov2. I farmacisti, reduci da un incontro in Regione, sono pronti a partire. I medici di famiglia sono ancora in stand by. Roberto Venesia, presidente Fimmg Piemonte, aspetta di sedersi ad un tavolo, con le altre sigle sindacali, per ottenere chiarimenti: in primis, tempi e modalità di distribuzione dei vacci-

ni. Nel secondo caso la richiesta è di applicare ai vaccini anti-Covid lo stesso modello adottato per quello antinfluenzale, ovvero la distribuzione direttamente presso gli studi. Peraltro, tra i dottori non mancano dubbi su possibili disagi per frigoriferi che potrebbero non riuscire a contenere le fiale anti-influenza e quelle anti-Covid: queste ultime, oltretutto, più complesse da gestire.

Intanto la prima tranche di vaccino antinfluenzale è prossima alla consegna: 800 mila dosi di quadriva-

lente, circa 560 mila di Influvacs e 240 mila Vaxugrip della Sanofi. Altre 150 mila sono etichettate Flud e sono per gli over 85, mentre 30 mila sono Efluelda e sono destinate agli ospiti delle Rsa.

Consegne in corso anche nel resto d'Italia, su entrambi i fronti. Due virus, sintomi sovrapponibili, una popolazione complessivamente sempre più anziana da mettere in sicurezza: è questa la sfida. —

In arrivo anche l'antinfluenzale con 560 mila fiale da distribuire

Una sfida è la doppia immunizzazione: anti-Covid e antinfluenzale

15%

I casi attribuiti nel Regno Unito alla nuova variante Eris l'ultima evoluzione

+17%

L'incidenza dei casi in Italia nell'ultima settimana: 61 casi per 100 mila abitanti



ORAZIO SCHILLACI
MINISTRO
DELLA SALUTE



Malattia meno aggressiva ma per anziani e fragili decisiva la vaccinazione



La lotta al virus

Ritorna la campagna vaccinale contro il Covid, considerato ormai endemico, anche se le varianti riscontrate al momento sembrerebbero meno pericolose. La campagna vaccinale incomincerà a metà ottobre con anziani e persone fragili



Una guida per capire il colesterolo

Domani in edicola gratis con il «Corriere della Sera»
50 domande per chiarire i dubbi e gli equivoci più comuni

di **Elena Meli**

Guai a mangiare le uova, fanno aumentare il colesterolo. E anche se non c'è una soglia uguale per tutti, averlo alto è un problema solo da una certa età in avanti. In tre frasi due errori: quanti sanno riconoscere l'affermazione giusta fra le tre precedenti? Forse non molti e per questo domani, martedì 26 settembre, i lettori del *Corriere della Sera* potranno trovare in edicola, gratis, la guida «Colesterolo, tutto quello che bisogna sapere»: un'occasione preziosa per conoscere meglio questo fattore di rischio cardiovascolare, che è tuttora fra i maggiori responsabili di eventi come infarti e ictus, ma su cui abbondano ancora falsi miti, dubbi e incertezze.

«Buono» e «cattivo»

Per fare chiarezza Pasquale Perrone Filardi, docente di cardiologia dell'Università Federico II di Napoli e presidente della Società Italiana di Car-

diologia, ha risposto a 50 domande che spaziano dalle informazioni utili per capire che cosa siano il colesterolo «buono» e quello «cattivo» alle indicazioni per una dieta che aiuti a tenere sotto controllo i livelli del pericoloso colesterolo Ldl, dalle opportunità per abbassare i valori quando sono troppo alti all'importanza di conoscere il proprio grado di rischio cardiovascolare.

Cervello e fegato

Si potrà così scoprire a che cosa serve il colesterolo e come viene prodotto: questa sostanza organica grassa è infatti fondamentale per il nostro organismo, per esempio per il cervello dove si trova ben il 25 per cento di tutto il colesterolo nel nostro corpo, e lo è al punto che gran parte di quello che troviamo in circolo non arriva da quel che mangiamo ma viene prodotto dal fegato, che adatta la sintesi di questa molecola in base al fabbisogno dei tessuti in modo che non venga mai a mancare.

Poi, certo, c'è anche l'altro lato della medaglia: il colesterolo «cattivo», l'Ldl si «attacca» alle arterie, le ispessisce e

le irrigidisce e così compromette una buona circolazione portando ad aterosclerosi e a placche e trombi che, staccandosi, possono provocare eventi cardiovascolari gravi.

Non a caso l'eccesso di grassi nel sangue si ritiene responsabile di circa il 55 per cento del rischio complessivo di andare incontro a un infarto, perciò un'ampia parte della guida è dedicata a capire quali siano i valori desiderabili di colesterolo e come fare a raggiungerli con lo stile di vita (si vedano i consigli alimentari qui sotto) o, se necessario, con farmaci e/o integratori, dando indicazioni sugli uni e gli altri per chiarire per esempio quali siano le opportunità offerte dai tanti nuovi medicinali approvati negli ultimi anni oppure quando e quanto servano i nutraceutici anti-colesterolo. Tutte informazioni che potranno aiutare a chiarirsi le idee prima di parlare con il proprio medico dei risultati degli esami del sangue, per essere più consapevoli e affrontare al meglio i cambiamenti delle abitudini o le eventuali terapie necessarie.



Differenze di genere

A questo si aggiunge una corposa sezione dedicata a dissipare i dubbi più comuni sul tema colesterolo, dai cibi che è bene ridurre o eliminare ai motivi per cui il colesterolo Ldl sale nelle donne dopo la menopausa e in generale andando avanti con l'età (ma non è un destino inevitabile), dal momento in cui è bene iniziare a misurarlo alla frequenza con cui sottoporsi ai test, fino ai consigli per conoscere il proprio livello di rischio cardiovascolare in maniera semplice, con una pic-

cola autodiagnosi.

Perché l'affermazione giusta, delle tre all'inizio di questo articolo, è che non esiste una soglia di colesterolo giusta per tutti perché i valori entro cui mantenersi variano proprio a seconda del rischio cardiovascolare individuale.

Le altre due frasi? Errori marchiani: il colesterolo troppo alto fa male anche da giovani (più anni passiamo coi livelli oltre la soglia, peggio è) e le uova sono state ampiamente scagionate.

L'indagine

● Da un sondaggio di Corriere.it è emerso che solo il 38 per cento dei circa 14 mila lettori che hanno risposto al questionario sa che cos'è la sindrome metabolica, cioè quell'insieme di condizioni, fra cui il colesterolo troppo alto, che espongono a un significativo aumento del rischio di malattie del cuore e dei vasi. Si tratta di un dato importante perché i fattori di rischio non si sommano fra loro, bensì si moltiplicano



Le parole del futuro

La ricercatrice Chiara Lucifora parla del progetto "Spice" che conduce con un gruppo di studio del Cnr di Roma. «Creiamo degli avatar specifici per permettere alle persone di vedersi attraverso gli occhi degli altri»

«La realtà virtuale può insegnarci a essere empatici»

Chiara Lucifora, ricercatrice in psicologia all'Università di Bologna e all'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del Cnr di Roma. I suoi principali interessi di ricerca riguardano l'utilizzo di sistemi di realtà virtuale nella pratica sperimentale, al fine di studiare i processi cognitivi e comportamentali dell'essere umano in ambienti simulati. Ha conseguito il titolo di dottore di ricerca in Scienze Cognitive presso l'università degli studi di Messina ed ha collaborato con team nazionali ed internazionali. È autrice di molti articoli scientifici pubblicati su riviste internazionali e coautrice del libro "Il cervello morale. Dalle scienze cognitive all'intelligenza artificiale".

Metterci nei panni dell'altro. Una frase che sentiamo o usiamo spesso, pur sapendo che vivere la vita altrui non è possibile. Fino ad ora. La realtà virtuale, sempre più immersiva, ci avvicina all'esperienza multisensoriale di essere un altro. Ma le opinioni e le emozioni di una terza persona, si possono sperimentare? Un gruppo di ricercatori dell'Istituto di scienze e tecnologie della cognizione del Cnr di Roma ha condotto uno studio innovativo, nell'ambito del programma europeo Spice Project, usando la realtà virtuale all'in-

terno di un museo, per consentire ai partecipanti di immedesimarsi nei visitatori. Ne abbiamo parlato con Chiara Lucifora, che sotto la guida del direttore dell'Istituto, Aldo Gangemi, ha curato lo studio «che nasce per favorire la coesione sociale attraverso la condivisione del patrimonio culturale. Quando si parla di coesione sociale, bisogna affrontare il tema dell'esclusione sociale, che ha ricadute molto importanti, perché secondo alcuni studi, vivere con poche persone o da soli, incrementa il rischio di sviluppare demenza». **Perché l'uso della realtà virtuale?**

«Quando viviamo l'esperienza di realtà virtuale ci sentiamo veramente presenti in quell'ambiente, è la cosiddetta illusione di appartenenza corporea, tanto che alcuni studi neuroscientifici hanno notato la stessa attivazione cerebrale di quando si vivono esperienze reali, perché mettendoci nei panni di un avatar, il nostro cervello viene "ingannato" e si riconosce in quel corpo».

La realtà virtuale ha diversi gradi di immersività, mi riferisco alla realtà aumentata ed al Metaverso. C'è differenza tra questi mondi?

«La realtà può essere non immersiva, quando giochiamo davanti ad uno schermo con il joystick, semi-immersiva, quando siamo in una stanza dove ci sono schermi su cui sono proiettate immagini 3D e si può interagire

in modo parziale, infine immersiva che include virtuale e aumentata, quindi il coinvolgimento dei sensi della vista, udito e tatto e ci sono sperimentazioni anche sull'olfatto».

Nel vostro progetto, avete lavorato sulla Galleria di Arte Moderna di Torino. Cosa avete fatto?

«Ricostruito un ambiente virtuale, selezionando alcune opere d'arte esposte sulla base delle interpretazioni emotive date dai visitatori che abbiamo raccolto dopo la visita alla Galleria; dopodiché con software specifici abbiamo ricostruito il museo, (ma non identico, perché vorremmo che in futuro fosse utilizzabile in qualsiasi museo), creato gli avatar, quanto più simili possibile ai visitatori del museo, distinguendoli per età, nazionalità e genere. In totale sono 27 persone rappresentative della popolazione mondiale: 3 asiatici, 3 africani, 3 europei, 3 maschi, 3 femmine, 3 no-gender e 3 differenti età, bam-



bini, adulti e anziani».

E come avete scelto il campione per lo studio?

«Abbiamo selezionato 40 studenti dell'università di Messina, a cui abbiamo

chiesto di guardare le opere d'arte, riferirci la loro impressione emotiva e poi ascoltare il pensiero degli avatar. Dopodiché loro stessi diventavano gli avatar, entravano nei panni di un'altra persona e vedevano attraverso i loro occhi. Per esempio uno studente poteva diventare una bambina africana o un anziano asiatico».

E come potevano percepirsi avatar nell'ambiente virtuale?

«C'era uno specchio virtuale in cui potevano guardarsi».

L'immedesimazione con l'avatar avveniva sulla base di un'affinità di opinione e sentimenti?

«Nell'esperimento abbiamo scelto di far diventare tutti determinati avatar, perché avevamo necessità di un monitoraggio senza troppe variabili, ma nell'applicazione futura nei musei, un sistema di detection delle emozioni attraverso il linguaggio parlato dell'utente, potrà estrapolare un'emozione dalla frase e su quella base abbinarlo ad un ava-

tar. Per esempio se viene riconosciuta gioia, l'avatar avrà un'emozione diversa, proprio perché l'idea è di confrontarsi con il diverso da noi».

E quando la persona ha sperimentato l'emozione dell'avatar, che cosa è accaduto? Cambiava opinione?

«Esatto, la gran parte cambiava il suo giudizio iniziale dopo essersi immedesimato nell'avatar».

E questo è diverso da quello che accade nella realtà?

«Sì, nella realtà quando ascoltiamo una persona, molto spesso si rimane della propria idea, invece l'esperimento ha dimostrato che "diventando" quella persona, c'è la tendenza a modificare il punto di vista. Infatti la percentuale di soggetti totalmente e parzialmente empatici, è risultata maggiore dei non empatici».

Quali sono le possibili applicazioni del vostro studio?

«Nei musei potrà essere realmente usata per avvicinarci al pensiero degli altri, provare empatia, ma è un principio di base che si può usare nel campo della formazione, oppure in psicologia in quei soggetti che non rico-

noscono le proprie ed altrui emozioni. Infine nelle aziende si potrebbero vivere le esperienze di altri colleghi, essere un capo o un subalterno, per comprendere le modalità di rapportarsi con gli altri».

Nel campo della formazione, potrebbe avere utilizzo nella scuola?

«Sarebbe molto utile, proprio perché le neuroscienze ci dicono che nell'apprendimento siamo in grado di apprendere il 20% di quello che ascoltiamo ed il 70% di quello che facciamo. Pensiamo all'apprendimento della lingua inglese: piuttosto che fare esercizio solo sui libri, si potrebbe simulare di essere per strada a Londra e chiacchierare con un avatar».

E se invece potessimo entrare nei panni di Einstein?

«Magari, potremmo comprendere qualcosa in più di quel mondo complesso, che è del tutto estraneo alla maggioranza delle persone».

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«L'IMMEDESIMAZIONE IN QUALCUN ALTRO INGANNA IL CERVELLO E DI CONSEGUENZA LA PERCEZIONE CHE SI HA DI SÈ»

I NUMERI

27

I differenti avatar ricreati per età, nazionalità e genere dei partecipanti

40

Il numero di studenti che ha partecipato all'esperimento sull'empatia

4

I musei coinvolti nel progetto europeo Spice sulla realtà virtuale

20%

La percentuale di nozioni che il cervello apprende ascoltando

7

I paesi europei coinvolti nel progetto di ricerca Spice su empatia e VR

«QUESTO SISTEMA PUÒ POTENZIARE IL LAVORO A SCUOLA, SIMULANDO DI ESSERE A LONDRA PER UNA LEZIONE D'INGLESE»



Lo studio inglese

Fare le scale
e vivere al mare,
ecco i segreti per
diventare centenari

Melina a pag. 16

Scale e vita al mare svelato il segreto per arrivare a 100 anni

► Boom nel Regno Unito: nell'ultimo decennio aumentati del 25 per cento gli abitanti che hanno raggiunto il secolo. Gli esperti: «Non è solo genetica»

IL FENOMENO

ROMA C'è chi fa lunghe passeggiate, magari in riva al mare. Chi incontra gli amici tutti i giorni e passa il tempo in allegria. E non manca poi chi decide di frequentare un corso per imparare una lingua nuova. Anche in Inghilterra e in Galles, così come già accade per esempio in Sardegna, i centenari indicano in poche semplici regole il segreto della loro longevità. E stando ai dati recenti dell'Office for National Statistics (Ons), sembrano funzionare davvero: nel 2021, quasi 14mila persone hanno festeggiato il centesimo compleanno; nel 1921 erano appena 110. Ma l'aumento, come spiegano gli esperti interpellati dal Daily Mail, si basa su indicazioni alla portata di tutti. A cominciare dall'attività fisica: 150 minuti a settimana, dedicati a una camminata veloce o a fare le scale, oppure nuotare o andare in bici, possono ridurre il rischio di depressione e demenza, di malattie cardiache, ma anche dell'ictus, del Parkinson e alcuni tipi di cancro.

IDATI

I dati dell'Ons confermano poi un aspetto già indagato a proposito dei centenari sardi: le zone costiere, anche in Inghilterra, hanno la percentuale più alta di centenari, forse perché - ipotizzano gli esperti inglesi - favoriscono uno stile di vita all'aperto, più attivo e ricco di relazioni sociali e riducono quindi lo stress che si accumula in genere a causa dal caos e dal traffico delle grandi città. Oltre alla genetica, è insomma il contatto con la natura che può incidere davvero per vivere a lungo. Trascorrere del tempo all'aperto, ribadiscono infatti gli esperti, può migliorare l'umore e aumentare l'autostima, con un impatto positivo quindi anche sulla qualità di vita delle persone. Ma pare un dettaglio non da poco anche riuscire a dormire bene ogni notte; il sonno, come noto, è essenziale per preservare la memoria e regolare il metabolismo. Il Servizio sanitario nazionale inglese indica

con esattezza la durata minima della dormita per poi riuscire a sentirsi in forma il giorno dopo:

gli adulti, in sostanza, dovrebbero riposare tra le 6 e le 8 ore a notte. E se col passare degli anni l'insonnia prende via via il posto delle lunghe dormite, i centenari inglesi assicurano che per riuscire ad addormentarsi durante la notte è importante ridurre i sonnellini diurni, bere meno caffè, oppure rilassarsi leggendo o ascoltando musica. Inutile dire che una buona dose di longevità la assicura poi l'alimentazione corretta ed equilibrata. Xinyao Liu, nello studio "Quality of Care and Clinical Outcomes", pubblicato sull'European Heart Journal, calcola che più di 6 milioni di morti in tutto il mondo si potrebbero evitare riducendo l'assunzione di alimenti trasformati o processati: non solo il diabete, ma anche numerose malattie cardiache potrebbero essere ridotte aumentando il consu-



Il Messaggero

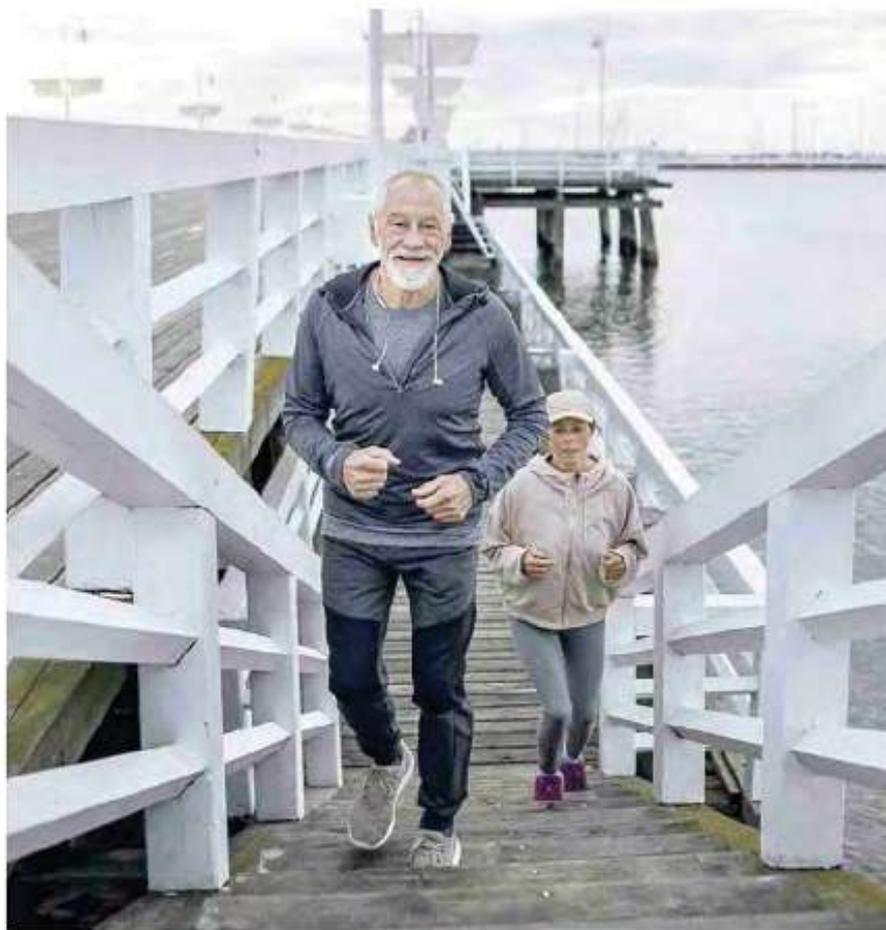
mo di pesce, frutta e verdura. La longevità dunque non sembra avere più grossi segreti per gli esperti. Eppure, qualcuno prova ad escogitare delle scorciatoie. Come Ernst von Schwarz, cardiologo, autore di un libro dal titolo, forse, provocatorio "Secrets of Immortality": la longevità potrebbe essere affidata alla scienza e alle nuove terapie, visto che per arrivare pare fino a 120 anni, se non

addirittura fino a 150, come sostiene von Schwarz, si dovrebbe puntare sull'utilizzo delle cellule staminali per riuscire a riparare i danni dell'invecchiamento e prolungare la vita. Ma si tratta solo di ipotesi, un po' azzardate e sicuramente tutte ancora da dimostrare.

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**TRA I FATTORI
CHE ACCOMUNANO
I CENTENARI INGLESI
ANCHE IL SONNO:
DORMIRE BENE REGOLA
IL METABOLISMO**



I NUMERI

14.000

Il numero di persone che nel 2021 ha spento 100 candeline secondo i dati del Servizio sanitario britannico

150

I minuti che secondo gli esperti dovrebbero essere dedicati ogni settimana all'attività fisica per vivere di più

Secondo i dati dell'Office for National Statistics tra i fattori che accomunano i centenari inglesi c'è anche quello di aver fatto le scale ogni giorno



“ L'intervista Il geriatra

«Vive più a lungo chi tiene sveglio e allenato il cervello»

Per vivere bene la terza età è «molto importante preservare le funzioni cerebrali», mette in guardia il geriatra Raffaele Antonelli Incalzi, past president della Società italiana di Gerontologia e Geriatria (Sigg) e direttore di Medicina interna del Campus Bio-Medico di Roma. «Ma non dimentichiamo che una vecchiaia sana si costruisce dall'infanzia».

Cosa consiglia?

«Serve in primo luogo l'attività, sia fisica che mentale. È ampiamente documentato che l'esercizio mentale una ha duplice valenza: da una parte crea una grande riserva di funzione,

per cui ove malauguratamente dovesse sopravvenire un problema e dovesse instaurarsi una demenza degenerativa, la progressione è molto più lenta; la riserva di cui si dispone garantisce, infatti, una tenuta decisamente maggiore dell'autonomia. Se invece non sopravvengono problemi, questa riserva è comunque associata col mantenimento di un

range di attività e di funzioni molto più ampia rispetto a chi ce l'ha ridotta».

In che modo?

«Innanzitutto, non farsi schiacciare dal pensionamento. È importante quindi preservare le funzioni cerebrali con gli hobby, magari prose-

guendo part-time la propria attività, svolgendo anche volontariato, cercando di imparare per esempio una nuova lingua. Anche se è difficile in età avanzata, è documentato che l'apprendimento di una lingua stimola molto le capacità cognitive anche in prospettiva; permette cioè di avere una flessibilità logico deduttiva che aiuta tantissimo e contrasta l'aspetto tipico dell'invecchiamento, ossia la cristallizzazione del pensiero».

E la vita sociale?

«Le dinamiche relazionali ci rendono elastici, permettono un grosso arricchimento delle funzioni cognitive, oltre ad avere una valenza sul piano affettivo. La mancanza di punti di riferimento amicali risulta essere uno degli elementi associati allo sviluppo di depressione».

Gra. Mel.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**RAFFAELE
ANTONELLI
INCALZI: È
LA MENTE CHE
MANTIENE IN
FORMA IL CORPO**



L'INTERVISTA

BIG PHARMA, GLI ALTRI CORRONO L'EUROPA DEVE SPENDERE

In Ue bisogna triplicare investimenti e spesa farmaceutica. Non paga la politica dei prezzi bassi, specie con i prodotti cinesi di qualità. Parola di Paul Hudson, ceo di Sanofi. «Non si tratta di essere pro o contro Pechino, noi lì ci siamo e produciamo. Vorrei che fossimo più a favore di noi stessi. Serve uno Health Security Act su scorte e politiche industriali»

di FEDERICO FUBINI

Paule Hudson, 55 anni, britannico, è amministratore delegato di Sanofi dal 2019. Sotto la sua guida il gruppo farmaceutico francese ha sfiorato i 43 miliardi di euro di fatturato l'anno scorso ed è oggi il secondo d'Europa dopo la svizzera Roche.

Hudson di recente era in Italia, dove Sanofi ha importanti siti produttivi, ed ha condiviso al Forum Ambrosetti di Cernobbio le sue preoccupazioni per i ritardi che l'industria europea sta accumulando. L'«Economia» del «Corriere» l'ha intervistato.

Teme che l'Europa resti indietro sugli Stati Uniti e l'Asia orientale nelle tecnologie avanzate di ultima generazione?

«Sì, è una questione urgente. Se non ci concentriamo su questo aspetto, ci sfuggirà di mano e il costo per cercare di recuperare diventerà troppo alto. Oggi l'industria

farmaceutica e quindi l'innovazione in Europa sono in silenzioso declino. Ed è sorprendente, se si considerano i posti di lavoro altamente qualificati e il contributo all'economia che il nostro settore fornisce. L'Europa rallenta, ma soprattutto Cina e Stati Uniti stanno accelerando. Il divario non fa che crescere». **Anche nell'auto, i produttori europei sono messi sotto pressione dai nuovi modelli elettrici cinesi. Non trova?**

«Un volta anni fa ero in Cina e si parlava di alcune super-navi da trasporto che stavano costruendo. Chiesi per cosa le stessero costruendo. Mi dissero che ne avevano cinque in diversi porti e sarebbero servite trasportare veicoli elettrici dieci anni più tardi. Allora chiesi perché lo stessero facendo. La risposta fu: 'Perché produrremo veicoli elettrici più a buon mercato rispetto a quelli europei'. Avevano

già capito che l'Europa avrebbe avuto bisogno di veicoli elettrici e stavano progettando un'auto da diecimila euro da spedire in Europa su larga scala».

E ora sta accadendo...

«È così. La concorrenza è positiva e noi abbiamo investito molto in Cina. Penso che la Cina sia incredibile, voglio che abbia successo. Sarò lì per la China International Expo a fine anno. Non si tratta di essere a favore o contro la Cina, dobbiamo assicurarci che ci sia un equilibrio. Vorrei solo che l'Europa fosse più a



L'ECONOMIA

favore di se stessa».

Cosa significa, in pratica, per l'industria farmaceutica europea?

«I Paesi europei non hanno voluto affrontare i costi e hanno messo il 100% dei volumi di produzione di ingredienti farmaceutici in Cina. Ma questo è un rischio, ed è per questo che abbiamo carenze di medicinali. L'Europa dovrebbe mantenere il dieci o venti per cento della produzione farmaceutica in Europa, in modo da avere infrastrutture in loco per aumentarla quando necessario».

Cosa si può fare nell'Unione europea per creare un terreno più fertile all'innovazione?

«Credo che l'Europa debba scegliere le sue priorità. Per questo diciamo che è necessario uno Health Security Act, una legge sulla sicurezza sanitaria, che si occupi della resilienza delle forniture, in modo le scorte dei farmaci essenziali non si esauriscano. Dovremmo anche pensare alla decarbonizzazione dell'assistenza sanitaria e a una strategia industriale per aiutare l'industria a competere nel mondo.

Ciò significa investire davvero in innovazione. Se tutti i principali mercati europei rendessero effettivamente disponibili tutte le innovazioni approvate, si verificherebbero due cose: i pazienti avrebbero una vita migliore e l'industria sarebbe ricompensata per la ricerca. Se lo facciamo, gli investimenti arriveranno. Ma se non rendiamo disponibili i farmaci, se continuiamo a perseguire solo prezzi bassi mentre arrivano prodotti cinesi di qualità, allora diventa tutto più complicato. Crede che l'Europa sarà mai in grado di competere con la Cina, per esempio, sui prezzi di produzione delle auto elettriche?».

In sostanza, la sua idea è di alzare le soglie di aumenti di prezzo dei farmaci...

«Be', l'aumento medio della spesa farmaceutica in Europa è del 2% o 3%. Dovrebbe essere fra il 6% e l'8%. Questo delta consente di rendere disponibile un nuovo farmaco per il cancro al seno o un nuovo farmaco per la fibrosi cistica. Così un'azienda dovrebbe competere per ottenere il migliore livello

scientifico. Dobbiamo sapere che se abbiamo una scienza eccellente, essa otterrà il suo premio. Non ci sarebbe bisogno di altro».

Pensa che la Cina stia lasciando indietro l'Europa anche nell'innovazione farmaceutica?

«L'Europa dovrebbe valutare come incentivare le aziende che producono e innovano in Europa per mercato mondiale, perché sono un fattore positivo netto per il Pil. Vent'anni fa, un farmaco innovativo su due veniva dall'Europa. Ora sono due su sei. E l'anno scorso, per la prima volta, la Cina ha superato l'Europa per numero di articoli scientifici pubblicati su riviste di alto livello come *Nature* o *Lancet*. Vorrei solo che l'Europa facesse meglio, perché abbiamo gli scienziati, gli ospedali, i ricercatori, i dati, i pazienti. L'Europa ha tutti i fattori. L'unica cosa che ci frena è l'impegno nell'accedere all'innovazione e ai finanziamenti. Investire in innovazione significa migliorare la vita dei pazienti e ricompensare l'industria, che a quel punto può reinvestire altra innovazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Stiamo rallentando ed è sorprendente, ma soprattutto Cina e Stati Uniti stanno accelerando il divario non fa che crescere



Al vertice

Paul Hudson, 55 anni, ceo di Sanofi: riconquistare competitività



Il cimitero negli ospedali: 40mila embrioni «abbandonati»

Gioia Locati a pagina 17

Il cimitero dei 40mila embrioni orfani

L'ALTRO LATO DELLA PROCREAZIONE ASSISTITA

Creati in sovrannumero, non possono essere distrutti né utilizzati per gli esperimenti

Gioia Locati

Milano Da un lato le tecniche di procreazione assistita hanno permesso a migliaia di coppie sterili di avere un figlio, dall'altro hanno creato una serie di problemi mai risolti. In molti ospedali italiani vivono migliaia di embrioni, detti «orfani», creati (se così si può dire) in sovrannumero e non più richiesti. Secondo una stima dell'Istituto superiore di Sanità, nel 2020 gli embrioni abbandonati erano 37.500. Ognuno dei 320 centri italiani - in Lombardia sono 51 - è tenuto a conservarli e a custodirli in bidoni di azoto liquido a -196° per mantenerli vitali. Fino a quando? Non si sa. Il «problema» è stato affrontato varie volte dalla politica e dai tribunali ma mai risolto. La legge 40 del 2004 provò a stabilire un limite sia nella produzione di embrioni sia nei trasferimenti in utero, non più di tre per coppia, ma fu poi aggirata da varie sentenze. Nel 2009 si arrivò a una pronuncia della Corte Costituzionale che lasciò ai clinici la libertà di valutare caso per caso. I sovrannumerari orfani tornarono a crescere. La stessa Corte impose la crioconservazione «per il rispetto dovuto agli embrioni in quanto vita umana, in nessun modo assimilabili a materiale biologico».

Gli embrioni non si possono donare, né adottare. Perciò vivranno in eterno. Anche più di noi, se non si troverà una soluzione. E all'orizzonte di soluzioni non se ne vedono. La legge 40 aveva stabilito che gli

embrioni sovrannumerari di ogni regione dovessero confluire in una sola Biobanca, quella del Policlinico milanese, costruita per lo scopo e inaugurata dal ministro di allora, Gerolamo Sirchia, al Padiglione Marangoni, due piani sottoterra. Si calcolava fossero 2.527 in tutta Italia ma circolava anche la stima ufficiosa di 5mila. Furono predisposti sei bidoni di azoto liquido, costati 25mila euro l'uno, capaci di contenerne fino a 3mila ciascuno. Ma la centralizzazione non ci fu. Gian Luigi Gigli, neurologo ed ex presidente del Movimento per la Vita, autore di una proposta di legge sull'adottabilità degli embrioni, dichiarò nel 2021 che «i nuovi embrioni superano il numero di quelli trasferiti di almeno 10mila unità l'anno». Walter Vegetti responsabile del Centro procreazione assistita (Pma)

(Pma) del Policlinico ha ammesso che «ogni centro sarebbe felice di non dover custodire embrioni orfani perché i costi a carico delle

ti non possono più essere spenti». Ha anche spiegato che se si dovesse ottemperare alla legge 40 «ormai al Policlinico non vi sarebbe più spazio: i bidoni sono ora occupati dai tessuti della Biobanca come cellule da midollo osseo e da cordone ombelicale. Poi ci sono gli embrioni orfani del nostro centro. Insomma, i nostri contenitori stanno crescendo per numero e dimensioni».

Quanti? «In giacenza ve ne sono diverse migliaia, se ne producono circa 800 l'anno ma di questi più della metà è trasferito in utero. Ci sono anche persone che richiedono un embrione prodotto anni prima». Se tutti i 51 centri lombardi di procreazione assistita avessero i numeri del Policlinico ogni anno si congelerebbero 20.400 nuove

vite in potenza, una città di mai nati.

Si è detto che per legge non si può togliere vitalità agli embrioni (come avviene in altri Paesi europei), non si può neppure donarli alla ricerca o adottarli. «Dobbiamo chiedere alle coppie che intraprendo-

Regioni sono ingenti fra azoto liquido, sistemi di allarme elettrica e personale. Una volta entrati in funzione gli impianti



il Giornale

no una tecnica di fecondazione di II livello (e che prevede la formazione di embrioni) se accetta di congelare embrioni, se non accetta si procede in modo da fertilizzare solo due ovociti (e ci sono più rischi che la tecnica non vada a buon fine)». La questione embrioni-orfani è in sospenso da troppi anni, «prima o poi la si dovrà risolvere - ha commentato Vegetti - la legge 40 si è rivelata carente, infatti è stata modificata diverse volte. Un'altra cosa assurda è che vanno congelati anche gli em-

brioni portatori di malattie molto severe, anche quelle incompatibili con la vita. Un ulteriore paradosso è che la legge 194 consente di abortire il feto in utero ma la legge 40 vieta di eliminare un embrione. Ultima contraddizione: le coppie sterili possono farsi donare i gameti ma non gli embrioni».

Secondo Luca Marini, docente di diritto Internazionale alla Sapienza ed ex vice presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica, «la questione è diventata irrisolvibile. Tenuto anche conto della difficoltà di

accertare la vitalità degli embrioni congelati, potrebbe essere vicino il giorno in cui si legittimerà il loro utilizzo a fini di ricerca biomedica in nome del preteso primato della scienza sull'essere umano».

320

I centri di procreazione assistita che conservano gli embrioni per 50 anni dal congelamento

-196°

Gli embrioni devono essere conservati in bidoni di azoto liquido a -196° per essere mantenuti vitali



Sanità

Epatite C screening a rischio poco personale

di **Clemente Pistilli** • a pagina 2**SANITÀ**

Epatite C, screening in ritardo I fondi ci sono ma il personale no

La malattia può essere
mortale: riguarda
decine di migliaia
di pazienti nel Lazio
Otto milioni stanziati

di **Clemente Pistilli**

Di epatite C si muore, eppure solo nel Lazio sono circa 53.300 i pazienti con infezione cronica da Hcv attiva che ancora non sono sottoposti a una terapia antivirale, 35.800 con infezione cronica ancora da diagnosticare, potenzialmente asintomatici, e 17.500 in uno stadio di fibrosi avanzata, sintomatici ma che ancora non sono riusciti a eradicare la patologia. Lo screening è in ritardo. Manca personale, manca una capillare campagna di sensibilizzazione e fino a poco tempo fa mancavano anche i test rapidi. Un quadro inquietante quello tracciato a Roma nel corso della quinta edizione di "Hepatitis in Addiction Network Delivery", il progetto promosso dal provider Letscom E3, con il contributo di AbbVie, a cui hanno preso parte più di 60 tra medici, psicologi, farmacisti, biologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sanitari e tecnici della riabilitazione psichiatrica, concentrato soprattutto sui soggetti considerati a maggior rischio, i tossicodipendenti e i detenuti.

Nel corso dei lavori è stato anche sottolineato che sul territorio regionale operano 40 Serd, articolati su 53 sedi, 43 territoriali e 10

carcerarie, e che nel 2021 gli utenti dei Serd sono stati circa 11mila, circa il 60% dei quali in fascia target per età. Sempre due anni fa, nelle 14 carceri del Lazio, sono stati inoltre registrati 5.644 detenuti, il 10% del totale nazionale, circa il 40% dei quali sempre in fascia target per età. Evidenziato infine che sul territorio sono presenti 17 centri clinici autorizzati alla prescrizione dei farmaci antivirali ad azione diretta, indicati per la terapia dell'epatite C cronica.

«La strategia migliore – ha dichiarato il direttore di Malattie Infettive Epatologia dello Spallanzani, Gianpiero D'Offizi – è la semplificazione, che consiste nell'identificare il soggetto Hcv positivo per poi avviarlo in un percorso di presa in carico presso un centro clinico della Regione e iniziare quanto prima un trattamento contro l'epatite C. Questo è molto importante, perché trattare subito un paziente Hcv positivo significa innanzitutto poter eliminare il *burden* virale, ovvero la carica di virus presente, e quindi eliminare anche la possibilità di contagio di altre persone, di altre fasce di popolazione». Il direttore ha poi aggiunto che i pazienti che non sono consapevoli di avere l'infezione da Hcv possono progredire nel tempo e avere qua-

dri di cirrosi o addirittura essere costretti al trapianto di fegato.

Per lo screening nel Lazio, su proposta del Ministero della Salute, sono stati stanziati 8.148.378 euro. Il Direttore del Dipartimento tutela delle fragilità dell'Asl Roma 2, Claudio Leonardi, ha però sostenuto che lo stesso screening procede estremamente a rilento mancando personale, considerando anche i tanti addetti andati in pensione e i centri chiusi, essendo poco incisiva la campagna, visto che alcune Asl hanno inviato lettere ed sms e altre no, ed essendo stata lunga anche la gara per avere i test rapidi. «In questo periodo stiamo recuperando – ha assicurato – manca ancora personale, ma almeno il materiale necessario sta arrivando. L'epatite C è una malattia subdola».

Lo screening dell'Hcv, a cui si può aderire ricevuto l'invito dalla propria Asl o prenotandosi online presso uno dei laboratori analisi indicati, è rivolto ai nati tra il 1969 e il 1989. A chi risulta positivo viene proposta la terapia farmacologica antivirale gratuita, a base di compresse, e circa il 95% delle persone trattate guarisce completamente.

