



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

30 OTTOBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

La «fabbrica» degli organi

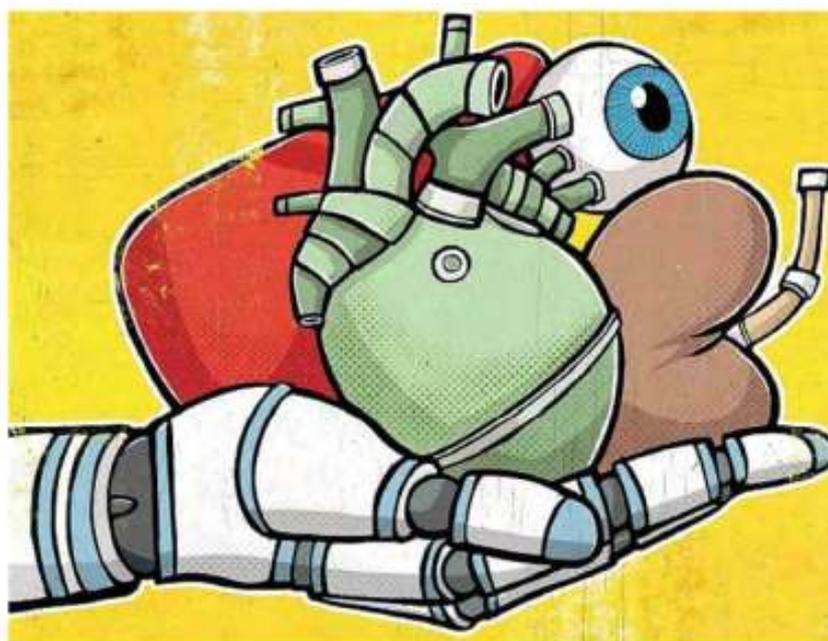
Cuori e reni di maiale geneticamente modificati, embrioni chimera, materiali bioartificiali, medicina rigenerativa. Così la scienza sta cercando di risolvere il problema della grave carenza di «pezzi di ricambio» per il corpo umano

di **Ruggiero Corcella**

I numeri non mentono: soltanto negli Stati Uniti oltre 100 mila persone sono in lista d'attesa per un trapianto d'organo. E ogni giorno, 17 di loro muoiono. Stesso bilancio per l'Europa, dove la media sale a 19. Nel nostro Paese, più di 8 mila tra uomini, donne e bambini aspettano un trapianto. Per fortuna le donazioni di organi aumentano, ma non sono sufficienti a coprire il fabbisogno. «Il gold standard per i trapianti resta la donazione da vivente, che dà i risultati migliori» sottolinea il professor Giuseppe Orlando presidente eletto della Cell Transplant and Regenerative Medicine Society, attualmente alla Wake Forest University (Usa). Le strategie per ovviare alla carenza di «materie prime» sono diverse: aumentare il numero dei donatori, innanzitutto. E poi la sperimentazione di forme

come lo xenotrapianto (con organi prelevati da animali) e i cosiddetti «organi bioingegnerizzati», che si sta tentando di produrre utilizzando tecnologie d'avanguardia come stampa 3D o la decellularizzazione. Nel campo dello xenotrapianto si profila una svolta: per la prima volta al mondo, a gennaio 2022 e a settembre 2023, un'equipe multidisciplinare dell'Università del Maryland negli Usa ha trapiantato sull'uomo un cuore di maiale geneticamente modificato, (si veda l'intervista con Muhammad Mohuidin, a capo del team). Per organi che hanno una funzione squisitamente meccanica come il cuore, ad esempio, oggi esistono dispositivi, cioè veri e propri cuori artificiali, che consentono una sopravvivenza e una buona qualità di vita per diversi anni. Anche se non sostituiscono ancora del tutto l'organo trapiantato umano, sono un'alternativa valida per i pazienti in attesa di trapianto.

continua alla pagina seguente



Molte le sperimentazioni in corso, anche se al momento le alternative non offrono le stesse garanzie di compatibilità ed efficacia

Si potrà superare il trapianto di organi umani?

di **Ruggiero Corcella**

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

L'obiettivo principale resta quello di far diventare il trapianto un intervento elettivo: «Ci sono elementi che inducono all'ottimismo», ha spiegato il professor Ugo Boggi, presidente della Società Italiana Trapianti d'Organo e Tessuti (Sito), a margine del 46o Congresso nazionale di ottobre a Roma. «Ad esempio la scienza ci permette oggi di poter ingegnerizzare gli organi degli animali, in particolare dei maiali, per renderli sempre più simili a quelli degli uomini. Una frontiera dunque di assoluto rilievo che va considerata per quello che merita» (si veda articolo a fianco).

Mercato in crescita

E non bisogna neppure considerare l'argomento «di nicchia». Anzi, l'interesse cresce e non solo scientifico: la società americana di biotecnologie United Therapeutics, ad esempio, ha finanziato un programma di ricerca da 22 milioni di dollari per testare i cuori di maiale geneticamente modificati di Revivicor in studi sui babbuini condotti presso l'università del Maryland. E da Revivicor arrivano i cuori di maiale poi testati nei due innesti sull'uomo.

Il Kidney Project dell'Università della California a San Francisco, guidato dal professor Shuvo Roy, punta a realizzare un rene artificiale e ha raccolto finora più di 6,7 milioni di dollari per il progetto da oltre 2.500 donatori in tutto il mondo.

Secondo gli analisti di ResearchAndMarkets, inoltre, il mercato globale degli organi artificiali è pronto a un balzo in avanti: da 14,4 miliardi di dollari nel 2023 dovrebbe raggiungere un valore di 17,7 miliardi di dollari entro il 2028.

Organi chimera

Oltre agli organi ingegnerizzati, si sta percorrendo anche la strada degli embrioni-chimera, in parte umani e in parte suini, realizzati utilizzando le tecniche di gene editing.

I pionieri di questo campo sono Hiromitsu Nakauchi della Stanford University di San Francisco, e Juan Carlos Izpisua Belmonte del Salk Institute for Biological Studies di La Jolla, California, e ci stanno lavorando diversi altri gruppi internazionali. I ricercatori del Guangzhou Institutes of Biomedicine and Health hanno creato un rene con embrioni chimerici contenenti una combinazione di cellule umane e di maiale.

Lo studio è stato pubblica-

to un mese fa su *Cell Stem Cell*. «Si basa sulla cosiddetta *complementazione blastocistica* — spiega il professor Orlando —: si prende cioè una cellula umana e la si converte in cellula staminale totipotente (iPS). Questa viene poi inserita nell'embrione di un maiale che ha perso i geni che orchestrano la formazione dell'organo che si vuole produrre. La cellula staminale umana allora sarà in grado di sostituirsi alle cellule dell'embrione di maiale, in modo da produrre un organo umanoide. Ma siamo soltanto all'inizio».

Organi artificiali

Da tempo gli scienziati progettano organi artificiali da integrare nel corpo umano per sostituire, duplicare o potenziare quelli biologici.

Secondo una revisione pubblicata su *Materials Technology*, in base ai materiali utilizzati dai ricercatori per



produrli gli organi artificiali si dividono in tre classi principali: organi artificiali meccanici costituiti esclusivamente da polimeri inanimati come plastica e metalli; organi biomeccanici composti da materiali sia biologici, come le cellule, sia inanimati; organi biologici o bioartificiali che possono essere «fabbricati» con cellule e polimeri biodegradabili. Le ultime frontiere della sperimentazione si concentrano su rene e cuore.

Rene

Esistono svariati sistemi di purificazione artificiale per il trattamento di malattie renali ed epatiche. Tuttavia, i sistemi esterni come le macchine per dialisi e altri supporti bioartificiali limitano la vita quotidiana dei pazienti, richiedono il rispetto di regimi dietetici e terapeutici rigorosi, hanno costi clinici elevati e garantiscono una aspettativa di vita ancora decisamente troppo bassa.

I dispositivi di assistenza renale (RAD) sono sistemi artificiali extracorporei che si basano su una combinazione

di un filtro per il sangue e un bioreattore. Mimano la filtrazione glomerulare e guidano le funzioni renali metaboliche, endocrinologiche essenziali. I ricercatori che creano dispositivi per organi artificiali stanno studiando a livello preclinico metodi per miniaturizzare e impiantare i RAD. Oltre al RAD, si cerca di sviluppare impalcature renali per reni bioartificiali ottenuti da reni di maiale, reni umani scartati o polimeri. Ad agosto il team del Kidney Project, insieme a colleghi della University of Michigan Ann Arbor, ha dimostrato per la prima volta che le cellule renali, ospitate in un dispositivo impiantabile (bioreattore), possono sopravvivere all'interno del corpo di un maiale e imitare diverse importanti funzioni renali.

Il dispositivo può funzionare silenziosamente in sottofondo, come un pacemaker, e non innesca l'attacco del sistema immunitario del ricevente. I risultati sono stati pubblicati su *Nature Communications*. «Per ora il prototipo è stato utilizzato solo nei maiali, ma i dati iniziali con-

fermano la potenziale fattibilità di un bioreattore impiantabile per la terapia cellulare renale, utilizzando membrane di silicio con nanopori — commenta il professor Federico Nalessio direttore della Scuola di specializzazione in Nefrologia dell'Università di Padova —. La scoperta potrebbe ulteriormente dare il via a tutta una serie di ricerche che potrebbero portare, finalmente, alla realizzazione di un dispositivo utilizzabile nell'uomo. Infatti questo dispositivo potrebbe essere in futuro integrato all'interno di un sistema meccanico più articolato, raggiungendo la complessità depurativa propria del rene naturale».

Cuore

Sebbene le pompe e i cuori artificiali siano disponibili da più di 40 anni, gli attuali modelli sono spesso rumorosi e richiedono che i pazienti trasportino pesanti pacchi batteria e abbiano cavi attraverso la pelle per alimentare il dispositivo. Alcuni addirittura

usano pompe esterne al corpo per far circolare il sangue.

«Nel mondo ne sono stati impiantati qualche migliaio e in Italia alcune decine, con tassi di sopravvivenza del 58% a 5 anni» dice il professor Gino Gerosa, direttore del Centro di Cardiocirurgia «Gallucci» dell'Aou di Padova e autore nel 2007 del primo impianto di cuore «bionico» in Italia. Ultimamente, il professor Gerosa ha rilanciato la proposta di un cuore artificiale totale «made in Italy».

A che punto siamo? «Il progetto è attualmente in corso e si propone di sviluppare un cuore artificiale di dimensioni contenute, silenzioso e a elevata biocompatibilità. «Questo cuore dev'essere inteso non come ponte al trapianto, ma come terapia sostitutiva alternativa al trapianto stesso. Deve essere in grado di garantire ai pazienti la miglior qualità di vita possibile. Il suo sviluppo è una necessità inderogabile vista l'estrema carenza di cuori da poter trapiantare», conclude.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un filone di ricerca sta provando a creare organi con una combinazione di cellule umane e di altri animali

Investimenti

Secondo alcune analisi il settore raggiungerà un valore di oltre 17 miliardi di dollari

144

mila i trapianti eseguiti a livello globale (fonte: Ont-Oms, 2021)

395

i trapianti effettuati al giorno, pari a 16 trapianti l'ora

99,7

per milione il tasso più alto di trapianti di organi che è stato ottenuto dalla Spagna



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Impianti di cuore da maiali geneticamente modificati

«Trial clinici entro il 2025»

È l'obiettivo a cui sta lavorando Muhammad Mohiuddin, autore dei primi due innesti del genere su uomo al mondo

Di sé, dice al Corriere della Sera: «Ho raggiunto ciò che non avrei mai immaginato nei miei sogni. Vedere il lavoro di una vita tradursi in realtà è una sensazione indescrivibile. Tuttavia, il lavoro non è finito fino a quando non avremo un'opzione per ogni singola persona in attesa di un trapianto di organi».

Il professor Muhammad Mohiuddin è il direttore del programma di xenotrapianti al Medical Center dell'Università del Maryland (Usa), la «mente» dei primi due trapianti al mondo di cuore da maiale geneticamente modificato, sull'uomo. Con un obiettivo ben preciso: trasformare gli xenotrapianti in una terapia di routine per salvare vite umane. A partire dal prossimo passo, quello degli studi clinici. I due trapianti portati a termine, infatti, hanno beneficiato del riconoscimento come terapie «a uso compassionevole» da parte della Food and drug administration (Fda, l'ente regolatorio statunitense).

«Vogliamo anticipare e iniziare la sperimentazione sull'uomo entro due anni o meno — rivela —, in base alla nostra conversazione con la Fda. Gli studi clinici possono richiedere alcuni anni prima di ottenere il permesso per l'uso regolare di questa procedura».

Una vita di studi

Grazie ai 33 anni di ricerche da lui condotte, nel 2022 il suo team all'università del Maryland ha trapiantato per la prima volta un cuore di maiale geneticamente modificato in un paziente affetto da una malattia cardiaca gravissima.

Tecnicamente l'innesto dell'organo ha avuto successo ma David Bennett, il ricevente, è morto dopo due mesi per una serie di complicanze, descritte anche in una pubblicazione sulla prestigiosa rivista scientifica *The Lancet*. Il 23 settembre scorso, il secondo trapianto di un cuore porcino con geni modificati su Lawrence Faucette ha avuto risultati completamente diversi fin dall'inizio. Due giorni dopo l'intervento, infatti, l'uomo scherzava con i medici ed era in grado di sedersi su una sedia.

Quali sono le sue condizioni di salute? «Il paziente Faucette sta bene e sta lentamente migliorando — riferisce Mohiuddin — Il suo cuore funziona bene, senza segni di rigetto. È ancora in ospedale, ma il piano è quello di rimandarlo a casa il prima possibile».

Inserito da *Nature* tra le 10 persone che hanno dato il maggior contributo alla scienza nel 2022, l'esperto racconta di aver deciso di dedicarsi ai trapianti «perché — ci dice — il mio mentore all'università mi ha consigliato di scegliere un campo che avrebbe fatto la differenza nella sopravvivenza dei pazienti».

Imparare dagli errori

E i due xenotrapianti effettuati gli stanno dando ragione. Una strada lunga e in salita, costellata di tentativi, fallimenti e nuovi tentativi. Ogni volta imparando dagli errori e aggiungendo un nuovo tassello. Come nel caso dell'innesto di cuore su Bennett che è servito ad aggiustare la mira per il secondo.

Quali sono le principali differenze fra i due trapianti?

«Le condizioni preesistenti. Bennett era in Ecmo (circo-

lazione sanguigna extracorporea, ndr) con una grave sarcopenia (perdita di massa muscolare, ndr), mentre Faucette è entrato in ospedale soltanto con un po' di affanno. Ha avuto un arresto da fibrillazione ventricolare un giorno prima del ricovero. Bennett ha avuto complicazioni chirurgiche, ma Faucette no. Quest'ultimo è portatore di pacemaker mentre Bennett no». Inoltre solo dopo il trapianto dell'anno scorso gli scienziati hanno scoperto i segni di un virus suino in ag-

guato nel cuore e ora dispongono di test migliori per cercare virus nascosti. Hanno anche imparato a evitare alcuni farmaci. Il secondo cuore di maiale non è diverso dal primo ma, spiega Mohiuddin «ci siamo assicurati che l'organo non fosse portatore di alcun virus».

E dal punto di vista chirurgico? «Nessun cambiamento, tranne che con Faucette l'intervento è andato liscio, senza complicazioni chirurgiche».

I prossimi passi

Quali passi devono ancora essere intrapresi adesso? «Dobbiamo continuare il lavoro preclinico NHP (nonhuman primate, primati non umani, ndr) per soddisfare i criteri richiesti da Fda. Nel frattempo,



continueremo a chiedere l'autorizzazione per l'uso compassionevole». Anche perché la competizione nel settore è serrata. Soprattutto negli Stati Uniti. L'anno scorso i chirurghi della New York University Langone guidati dal professor Robert Montgomery, uno dei pionieri in questo campo a livello internazionale, hanno trapiantato altri due cuori di maiale.

Due mesi fa lo stesso team ha trapiantato un rene di maiale geneticamente modificato che ha continuato a funzionare bene dopo 32 giorni in

un uomo dichiarato morto secondo criteri neurologici (morte «cerebrale») e mantenuto con il cuore battente e con supporto ventilatorio.

Il professor Mohiuddin ritiene tuttavia di aver guadagnato un discreto distacco: «Siamo orgogliosi dei dati preclinici accumulati nel corso degli anni — sottolinea —, che ci distinguono da altri gruppi alla ricerca di autorizzazioni simili come la Fda ha di fatto riconosciuto per due volte. Tuttavia, i dati generati in altri centri potrebbero presto portare all'autorizzazione

per altri organi».

E se gli chiedete chi «vincerà» nella gara fra trapianto di organi umani e xenotrapianto risponde senza esitare: «In questo momento l'organo umano ha un vantaggio ma in futuro, con maiali "personalizzati" e organi su richiesta, gli organi di maiale diventeranno una scelta attraente».

R.Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il professor Mohiuddin in sala operatoria; Xenotransplant Lab, University of Maryland School of Medicine (foto: UMSOM, Public Affairs)



IL CASO

Sanità regalo ai privati

Oltre due miliardi in più in tre anni destinati alle strutture convenzionate. L'obiettivo è ridurre le liste d'attesa ma così il pubblico rischia di affondare

PAOLO RUSSO
ROMA

L'obiettivo è nobile, ridurre le liste di attesa, ma a fregarsi le mani sono comunque i privati, ai quali la manovra mette su un piatto d'argento oltre due miliardi di risorse in più nell'arco dei prossimi tre anni. E qualche centinaio di milioni finirà anche nelle tasche sia degli industriali farmaceutici sia dei farmacisti, categorie che non se la passano propriamente male. Grazie infatti a norme trabocchetto finite in manovra, i primi risparmieranno un bel po' di soldi di ripiano degli sfondamenti del tetto di spesa per i medicinali ospedalieri, mentre alle farmacie sono stati cancellati in un solo colpo tutta una raffica di sconti che leggi e deliberazioni Aifa dal 1996 a oggi avevano imposto. Regali per tutti mentre non ci sono soldi per assumere medici e infermieri in fuga dal servizio pubblico, che rischia così di affondare.

Ma partiamo dalle strutture sanitarie. La manovra alza del 1% nel 2024, del 3% nel 2025 e di 4 punti percentuali a partire dall'anno successivo il tetto di spesa per il privato convenzionato: cliniche, centri diagnostici e laboratori di analisi che potranno così

incrementare l'offerta di prestazioni per smaltire le liste di attesa. Tradotto in cifre fanno 280 milioni il prossimo anno e 1 miliardo e 120 milioni nei 24 mesi successivi. In tutto, 1,4 miliardi. Ma non finisce qui, perché in un altro articolo della manovra vengono assegnati 520 milioni alle Regioni, vincolati sempre all'abbattimento delle liste di attesa. E non è che lo shopping lo faranno nelle strutture pubbliche che già finanziano, ma andranno anche in questo caso a bussare alla porta dei privati, che portano così a casa un bottino complessivo vicino ai 2 miliardi. C'è però un particolare emerso tra le pieghe delle norme: quei 520 milioni vincolati all'abbattimento dei tempi di attesa non sono in aggiunta ai soldi stanziati per il Fondo sanitario nazionale, ma le Regioni dovranno tirarli fuori dal loro budget. Che è come dire far transitare oltre mezzo miliardo dalle strutture pubbliche a quelle private.

Capitolo farmaci. Iniziamo dalle farmacie. Qui le disposizioni sono un rebus. Ma come sempre dietro le cose complicate, quando si tratta di pillole e sciroppi si nasconde l'inganno. Da un lato si cambia radicalmente il siste-

ma con cui fino a oggi erano remunerate: il 26,7% su ogni confezione di medicinale mutuabile, indipendentemente dal suo costo. Dal 1° marzo prossimo invece scatteranno ben cinque quote tra

fisse e percentuali, legate sia al prezzo dei farmaci sia al fatturato delle farmacie. Una quota fissa del 6% varrà per tutti, poi viene stabilita tutta una serie di quote fisse in rapporto ai prezzi delle confezioni. Ad esempio, per quelle superiori a 11 euro, al farmacista verranno corrisposti 2 euro e mezzo, che su un farmaco da 15 euro sono un 16% di guadagno: sommato al 6% spettante per tutti i medicinali, porta il margine al 22%, appena il 4,7% in meno della quota oggi spettante ai farmacisti. I quali però fatta la somma risparmieranno in totale sconti da praticare all'Ssn che vanno dal 10,3 al 19,1% a seconda del prezzo del medicinale. «Sono disposizioni a saldo zero, fatte per semplificare», affermano dall'Aifa. Ma in otto differenti quote di remunerazione si intui-



LA STAMPA

sce solo una complicazione che potrebbe mascherare vantaggi per i farmacisti, ancorché in pochi siano in grado di quantificarli.

Qualcosa in tasca rimarrà anche agli industriali della pillola. Qui con il gioco delle tre carte è stato alzato dello 0,1% il tetto di spesa per i costosi farmaci dispensati dagli ospedali e abbassato della stessa quota quello dei prodotti venduti in farmacia. In tutto 100 milioni che transitano da una parte all'altra. Solo che la spesa per i farmaci ospedalieri sfiora puntual-

mente il tetto di spesa che l'industria è chiamata a ripianare per il 50% mentre quello per la vendita presso le farmacie è ampiamente sotto gli argini. In più parecchi medicinali costosi oggi dispensati solo dalle farmacie ospedaliere verranno distribuiti invece dalle più comode e spesso vicine farmacie. Un vantaggio per i cittadini, ma anche per gli industriali farmaceutici, che anche in questo caso si vedono ulteriormente scontare i ripiani di spesa a loro carico.

Regali dispensati da una manovra sanitaria generosa con i privati e dal braccino corto con il pubblico. —

Laboratori, centri diagnostici e cliniche potranno aumentare la loro offerta
L'effetto manovra: risparmi in arrivo per le industrie farmaceutiche

125

Gli ospedali chiusi dal 2011 al 2021 pari a circa il 12% del totale

6,3%

Il rapporto tra spesa sanitaria e Pil in Italia (in Germania e Francia si arriva al 10%)



Nel 2021 il giro d'affari della sanità privata è stato di 62,6 miliardi

Così su «La Stampa»: in appalto anche le sale operatorie

Su *La Stampa* di ieri, l'inchiesta sull'ultimo business del privato in ambito sanitario: anche le sale operatorie degli ospedali pubblici sono spesso affidate a gestioni esterne. «Eppure - denunciano i chirurghi - costerebbe meno assumere il personale necessario».



Pronto soccorso, reparti e studi: è un'emorragia di dottori

I camici bianchi

Pesa il turn over limitato e una programmazione sbagliata nella formazione

La grande fuga dagli ospedali pubblici italiani è cominciata da oltre un decennio, ma negli ultimi anni - complice anche il Covid - è cresciuta a dismisura. Almeno 2mila medici ogni anno si licenziano o chiedono di andare in pensione prima per lavorare nel privato o all'estero visto che gli stipendi dei medici italiani sono tra i più bassi d'Europa. Ma c'è addirittura chi sceglie la strada del gettonista che, grazie a turni pagati fino a mille euro, consentono di guadagnare come un medico dipendente con meno di 100 giorni di lavoro effettivi.

A soffrire più di tutti sono i pronto soccorso ormai vicini al collasso e costretti a sopravvivere appunto ricorrendo ai gettonisti pagati a peso d'oro: qui mancano almeno 4.500 camici bianchi. Ma l'allarme carenza riguarda più in generale gli ospedali dove ci sono 10mila posti vacanti: impossibile dimenticare la caccia agli anestesisti e ai pneumologi nei mesi più duri della pandemia. Con l'emorragia che tocca anche

gli studi dei medici di famiglia: in 5 anni se ne contano 5mila in meno (oltre il 10%) e così si sono ridotti a poco più di 39mila in tutto con milioni di italiani che rischiano di restare senza o si trovano costretti a iscriversi da medici già in "overbooking".

Del resto quella dei medici, a causa di un turn over con il contagocce - per colpa del tetto di spesa sulle assunzioni - e di una programmazione sbagliata dei posti a Medicina e nelle specializzazioni, è una delle categorie con l'età più avanzata nella Pubblica amministrazione visto che quasi la metà dei nostri dottori in servizio in ospedale e negli studi ormai ha più di 60 anni. Un'età così avanzata che provocherà un esodo biblico di quasi 40mila camici bianchi da qui al 2025 che rischia di mettere in ginocchio definitivamente la Sanità pubblica già uscita malconca dopo la pandemia. Il nostro Servizio sanitario nazionale vedrà difatti una uscita massiccia per pensionamenti dei propri medici dipendenti entro i

prossimi due anni: da quelli ospedalieri ai dottori di famiglia, da quelli che lavorano negli ambulatori fino alle guardie mediche. E si perché la cosiddetta "gobba pensionistica" - il picco cioè di uscite per anzianità (67 anni è la media) - per tutte queste categorie di camici bianchi toccherà i livelli massimi quest'anno, nel 2024 e l'anno successivo - quando si registreranno rispettivamente 12.763, 12.748 e 13.156 uscite - con qualche pesante ricaduta anche nel 2026 (12.801 pensionamenti). Poi il trend degli addii comincerà a scendere per tornare ai livelli più fisiologici del 2020 soltanto nel 2030.

E il futuro non sembra per niente roseo perché i giovani medici appena laureati non vogliono più specializzarsi in decine di specialità considerate troppo poco attrattive. E così la carenza in molti reparti degli ospedali - già molto in affanno - rischia di diventare ancora più grave.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Continua la desertificazione degli studi dei medici di famiglia: in 5 anni ridotti del 10%



Uno su tre rinuncia a curarsi

Nell'ultimo anno un italiano su tre (quasi 14 milioni di individui) ha rinunciato ad una o più cure mediche; percentuale che arriva addirittura a 37,5% al Sud e nelle Isole. Il 64% di chi ha scelto di non curarsi lo ha fatto a causa dei tempi di attesa troppo lunghi, il 60% per il costo elevato. È quanto risulta da un'indagine commissionata da Facile.it agli istituti mUp Research e Norstat. Le rinunce più frequenti si sono riscontrate per l'oculistica (36%), la dermatologia (35,6%) e l'odontoiatria (35,5%), ma non manca chi ha scelto di non curarsi anche in aree come la ginecologia (25%) o la cardiologia (26%).

Chi si è curato solo attraverso il Ssn nell'ultimo anno ha affrontato, in media, liste di attesa di circa 77 giorni. Liste che tendono ad allungarsi fino a quasi raddoppiare a seconda dell'area geografica e della specializzazione richiesta.

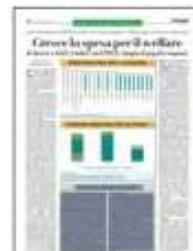
Proprio a causa dei tempi dilatati 14 milioni di italiani hanno dichiarato di essersi rivolti ad una struttura privata; chi ha fatto questa scelta si è dovuto confrontare con liste di attesa non di 77 giorni ma di 15 giorni.

Circa 8,3 milioni di italiani hanno rinunciato nell'ultimo anno a una o più cure mediche per ragioni economiche; chi

si è curato in una struttura a pagamento ha detto di aver speso, in media, 335 euro per ciascun approfondimento specialistico (valore che arriva a sfiorare i 400 euro nelle regioni del Centro Italia) e che va moltiplicato per il numero dei componenti della famiglia che hanno dovuto fare ricorso a una o più spese mediche.

L'indagine ha messo in luce anche un altro fenomeno: nell'ultimo anno oltre 2,4 milioni di persone hanno dovuto cambiare regione per sottoporsi a esami, visite o interventi. Sono le aree del Centro Italia quelle dove la percentuale di chi ha cambiato regione per curarsi è più alta (11,5% rispetto al 7,4% rilevato a livello nazionale). Le regioni verso cui ci si è spostati con più frequenza per ricevere cure sono il Lazio (27%), la Lombardia (19%), l'Emilia-Romagna (15%) e il Veneto (11%).

— © Riproduzione riservata — ■



I dati del think tank Welfare, Italia con Unipol gruppo e The European House-Ambrosetti

Cresce la spesa per il welfare

Arriverà a 632,4 mld € nel 2023. Ampio il gap fra regioni

Pagina a cura
DI SILVANA SATURNO

Cresce la spesa pubblica per il welfare in Italia. Per il 2023 arriverà a 632,4 miliardi di euro, con un aumento del 3,7% rispetto al 2022: si tratta della cifra destinata a sanità, politiche sociali, previdenza (i tre "pilastri tradizionali") e all'istruzione.

La spesa previdenziale assorbe oltre la metà delle risorse, ovvero il 50,3% della spesa sociale totale. È quanto risulta dal rapporto annuale del think tank "Welfare, Italia" sostenuto da Unipol gruppo e con la collaborazione di The European House-Ambrosetti presentato nei giorni scorsi a Roma nel corso del Welfare Italia Forum 2023.

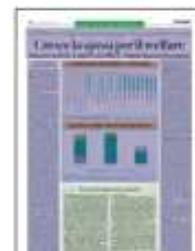
La spesa per il welfare. In base al rapporto, la spesa per welfare in Italia assorbe il 63,2% del totale della spesa pubblica. Come accennato, la quota più elevata della spesa sociale è destinata alla previdenza (50,3% nel 2023); segue la spesa sanitaria (21,5% delle risorse), quella in politiche sociali (16,9%) e la spesa in istruzione (11,3%). Il confronto europeo conferma lo sbilanciamento della spesa dell'Italia sulla componente previdenziale: l'Italia, spiegano gli esperti, è il primo paese, tra i Big-4 europei (Francia, Germania, Italia e Uk), per incidenza della spesa rispetto al Pil (16,9% rispetto a una media del 12,8% dell'Eurozona).

Al contrario, l'Italia si trova ultima sia con riferimento al valore dell'istruzione (che incide per il 4,1% sul Pil rispetto a una media europea del 4,7%) sia per quanto riguarda le politiche sociali (6,3% del Pil, contro una media dell'Eurozona pari all'8,1%). L'aumento generalizzato di tutta la spesa in welfare, indotto dalla pandemia, continua, dunque, anche nel periodo post-Covid; nel periodo 2019-2023, la spesa in welfare è aumentata in tutte le sue componenti: politiche sociali +23,6%; sanità +17,5%, previdenza +15,6%.

Nell'ambito delle politiche sociali, in base alle stime del Def si prevede un aumento del 23,6% rispetto al 2019 ma una diminuzione del 2,9% rispetto al 2022, che tiene conto delle misure della legge di bilancio per il 2023 compresa la revisione dei limiti di durata e di spesa in reddito di cittadinanza.

Per la spesa previdenziale, nel 2023 è previsto un aumento del 7,1% rispetto al 2022, mentre per quanto riguarda la spesa sanitaria l'aumento previsto è del 3,8% rispetto al 2022 (aumento che tiene conto della crescita del 4,5% dei redditi da lavoro dipendente del personale del Ssn).

Diminuisce, ancora, la natalità. Prosegue il calo del-



la natalità in Italia. Nel 2022 i nuovi nati sono stati 393 mila: un nuovo record negativo frutto di un calo in atto dal 2014.

Al 31 dicembre 2022, in Italia, la popolazione residente era pari a 58.850.717 unità, in diminuzione di 179.416 unità, ovvero del -0,3%, rispetto allo stesso periodo del 2021. Il tasso di natalità (il numero di nati ogni 1.000 abitanti) in Italia nel 2022 è di 6,7 nascite, un dato in progressiva diminuzione negli ultimi 10 anni: dal 2012 (anno in cui si registrava un tasso di natalità pari a 9,0) al 2022, in Italia si è registrata una diminuzione di -2,3 nascite ogni 1.000 abitanti. La situazione italiana è ancora più evidente se contestualizzata nel contesto europeo: infatti l'Italia registra nel 2022, relativamente al tasso di natalità, il dato più basso nell'ambito dell'Unione europea.

Regione che vai, welfare che trovi. Nel rapporto 2023 sul welfare si conferma la divi-

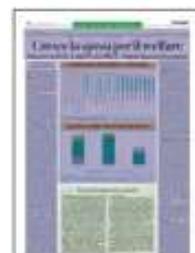
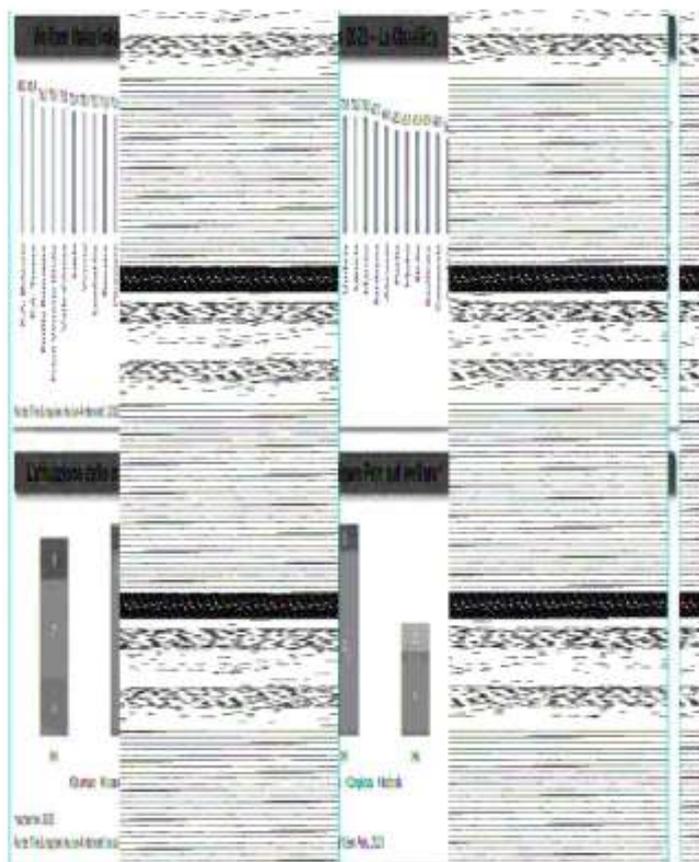
sione fra Nord, Centro e Sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali. Il think tank "Welfare, Italia" ha messo a punto un indicatore sintetico (strumento di monitoraggio basato su 22 "key performance indicator" - Kpi) che valuta aspetti legati sia alla spesa in welfare, sia ai risultati che la spesa produce. Nel "Welfare Italia Index 2023", l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato, per spesa e risultati ottenuti, è risultata la p.a. di Bolzano (83,3 punti), seguita dalla p.a. di Trento (81,4 punti) e dall'Emilia Romagna (76,3 punti). Dal lato opposto del ranking, ci sono la Basilicata (61,4 punti), la Campania (60,4 punti) e la Calabria (56,7 punti).

Anche con l'edizione 2023 emerge una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle diverse regioni italiane: il divario tra la prima e l'ultima re-

gione è infatti ancora pari a 26,6 punti.

Welfare e Pnrr. Il think tank "Welfare Italia" ha stimato che il Pnrr alloca 41,5 miliardi di euro al welfare, pari al 22% del budget del Piano, grazie alle azioni previste nelle Missioni 4, 5 e 6. Dal monitoraggio effettuato dal think tank, secondo le ultime rilevazioni disponibili a settembre 2023, tra gli interventi relativi al welfare risultano: 26 misure in corso, 2 misure completate, 5 misure in ritardo, 4 misure da avviare.

— © Riproduzione riservata — ■



Nella legge di Bilancio risorse in arrivo

Fuga dei giovani, medici di famiglia introvabili per 5 milioni di italiani

ROMA Medici di base introvabili per 5 milioni di italiani. L'emergenza è sempre più grave, anche se il governo assicura: soldi in arrivo. I più anziani, arrivati di prima mattina davanti allo studio medico, scoprono un avviso sottolineato in giallo: «Dal

1° novembre le attività sono interrotte». Molti pazienti rischiano addirittura di restare senza medico. **Bulleri e Melina** a pag. 14



Medici di base introvabili per 5 milioni di italiani

Il ministero: soldi in arrivo

► In molti Comuni impossibile avere il dottore ► La specializzazione non attrae più i giovani
E in due anni se ne perderanno altri 3.450 In manovra risorse per alzare i compensi

IL FOCUS

ROMA In Lombardia, c'è chi provando a cambiare medico (dopo che il proprio curante era andato in pensione) ha dovuto cambiare Comune. E anche lì ha scoperto che non c'era neanche un dottore disponibile. Lo stesso è accaduto a Costa di Rovigo, dove l'ultimo medico di famiglia ha chiuso lo studio a febbraio. E poi a Carliantino, nel Foggiano, ma anche nel Nuorese, nei dintorni di Palermo e in provincia di Cremona, dove i paesi rimasti senza medici sono ben tre. E ancora: a Brugherio, in Brianza, si contano più di seimila pazienti sprovvisti di un medico di famiglia. Mentre a Cognola (Trento) l'ultimo curante ha scelto di chiudere i battenti per l'impossibilità di conciliare il lavoro con «la vita privata e la conservazione di un adeguato stato di salute psico-fisica». Che si tratti di grandi città o di piccoli Comuni, da Nord a Sud il copione non

cambia: trovare (e tenersi) un medico di famiglia è un'impresa sempre più ardua.

I NUMERI

I numeri lo confermano: secondo le ultime stime, sono circa 2 milioni i pazienti che non hanno più un medico di famiglia, perché è andato in pensione senza essere sostituito o perché è passato al (più remunerativo) settore privato. E la situazione potrebbe peggiorare, visto che se non ci sarà un'inversione di tendenza si calcola che i cittadini italiani senza un dottore di riferimento potrebbero raggiungere quota 5 milioni nel giro di due anni. Tanto che al ministero della Salute si sta lavorando per correre ai ripari, cercando di rendere più attrattiva (e dunque: meglio pagata) la professione del medico di medicina generale. Già a partire dall'anno prossimo, con i 2,4

miliardi di euro in manovra per rinnovare il contratto collettivo dei camici bianchi.

Agenas (l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) calcola che dal 2019 al 2021 il numero assoluto dei medici di medicina generale si è ridotto di 2.178 unità, passando dai 42.428 professionisti del 2019 a poco più di 40mila. In calo anche i pediatri di libera scelta, che da 7.408



sono scesi a 7.022 (386 in meno). Un problema sottolineato anche nel Rapporto civico sulla Salute 2023 di Cittadinanzattiva: la maggior parte dei medici in servizio, infatti, ha oltre 25 anni di anzianità di servizio. E tra pensionamenti, carichi di lavoro non più sopportabili, adempimenti burocratici che portano via sempre più tempo, molti alla fine preferiscono lasciare.

Il numero massimo di assistiti di un medico di famiglia è fissato a 1.500, ma può essere aumentato fino a 1.800. E infatti, secondo Agenas, quasi un medico di famiglia su due (il 42%) ha più di 1.500 assistiti, mentre il 36,7% ne cura tra mille e 1.500. In futuro la situazione potrebbe peggiorare: se già oggi la Fondazione Gimbe stima una carenza di 2.876 medici di base (calcolando un medico ogni 1.250 pazienti), nel 2025, tra pensionamenti e turn-over ridotto, di medici di base ce ne saranno addirittura 3.452 in meno rispetto al 2021. Il che porta a 5 milioni la stima degli italiani che, tra due anni, potrebbero trovarsi senza un curante.

Ancora più fosche le stime della

Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri: per la Fnomceo, i professionisti in più necessari sarebbero oltre 10mila. In particolare, nel Lazio dovrebbero esserci circa 5.400 medici di base e, invece, se ne contano 5.056; a Roma ne servirebbero 2.800 e si fermano a quota 1.982.

QUESTIONE (ANCHE) DI SOLDI

E allora, che fare? Aumentare le borse di specializzazione potrebbe non bastare. «Al primo anno c'è un tasso di abbandono del 20%», aveva già messo in guardia il segretario generale della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg), Silvestro Scotti. Tanto più che le borse disponibili nel 2022 non sono state nemmeno integralmente coperte. La linea, piuttosto, è quella di «rendere più attrattiva la professione per i giovani». In altre parole, «pagarli meglio», spiegano dal ministero. Qualcosa già si sta facendo con l'attuale manovra, che prevede 2,4 miliardi per il rinnovo dei contratti. E poi ci sono le risorse (in parte previste dal Pnrr) per le nuove case di co-

munità, che dovranno dare sprint alla medicina territoriale e alleggerire la pressione su ospedali e medici di famiglia. Molto però resta da fare. Tra le proposte del ministro della Salute, Orazio Schillaci, c'è quella di far diventare i nuovi medici di base dipendenti a tutti gli effetti del Ssn (con le relative garanzie) e non più professionisti convenzionati. Una parte dei sindacati, però, si è detta contraria, e il confronto è ancora in corso. Ma si punta anche a «sburocratizzare» la professione medica, facendo dialogare meglio le (molte) piattaforme informatiche dei sistemi nazionali e regionali. Con la consapevolezza che, per invertire la rotta, bisognerà agire in fretta.

**Andrea Bulleri
Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SOLO A ROMA CACCIA A 900 CAMICI BIANCHI LA PROPOSTA DI SCHILLACI: DIVENTINO DIPENDENTI DEL SISTEMA SANITARIO

I medici di base in Italia

Medici di base con più di 1.500 pazienti per Regione (% sul totale)

• P. Autonoma di Trento	65,8
• Lombardia	65,4
• P. Autonoma di Bolzano	63,7
• Veneto	59,8
• Valle d'Aosta	58,2
• Campania	52,7
• Emilia-Romagna	46,4
• Toscana	43,6
• Piemonte	42,3
• ITALIA	42,1
• Friuli-Venezia Giulia	41,9
• Liguria	40,7
• Marche	38,7
• Lazio	37,0
• Sardegna	31,8
• Calabria	24,1
• Umbria	23,5
• Abruzzo	21,4
• Puglia	21,3
• Basilicata	21,1
• Sicilia	19,7
• Molise	18,9

Riduzione dei medici di base nel 2025 rispetto al 2021 (stima)

• Lazio	-584
• Sicilia	-542
• Campania	-398
• Puglia	-383
• Toscana	-253
• Piemonte	-200
• Emilia-Romagna	-194
• Veneto	-156
• Lombardia	-135
• Abruzzo	-127
• Sardegna	-112
• Liguria	-93
• Umbria	-76
• Friuli-Venezia Giulia	-65
• Calabria	-52
• Marche	-42
• Basilicata	-36
• Molise	-4

TOTALE
3.452

3.675

-5,4%

le borse di studio in medicina generale messe a bando dal ministero della Salute nel 2022

la riduzione dei medici di famiglia in servizio dal 2019 al 2022 (media italiana)

Fonte: Elaborazione GIMBE da dati Agenas

Withub



LE NOVITÀ DALLA RICERCA

Parkinson, diagnosi precoce attraverso il test della saliva

Parkinson, la diagnosi precoce non è più solo un sogno. E potrebbe bastare anche la semplice saliva per arrivare a questo obiettivo, come segnalano gli esperti presenti al congresso di Società Italiana di Neurologia (Sin). Per chi è a rischio, si avvicinano i test che possono aiutare a riconoscere il quadro ben prima che si manifesti e a consentire cure su misura.

«In questo disturbo del movimento l'individuazione precoce è fondamentale ai fini della prognosi» sottolinea il presidente della Sin Alfredo Berardelli «La diagnosi è ancora ba-

sata su criteri puramente clinici ma la scoperta dell'alfa-sinucleina, forma mutata della proteina sinucleina che diviene tossica rendendosi verosimilmente responsabile dei fenomeni di neurodegenerazione che caratterizzano la malattia, ha aperto la strada all'identificazione di questa proteina mutata. Si può individuare in vari distretti come la cute, il sangue, il liquido cefalorachidiano e la saliva. La saliva offre grandi potenzialità per il futuro ed è dimostrato che le alterazioni dell'alfa-sinucleina salivare si correlano con lo stato

clinico del paziente affetto dalla malattia».

In popolazioni a rischio è ipotizzabile che le alterazioni della sinucleina possono essere evidenziate anche nelle fasi che precedono la comparsa dei segni clinici della patologia. —

FE. ME.



Parkinson, novità nella diagnosi

