



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

11 DICEMBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Oltre 220mila morti in Italia

Allarme cuore, l'appello dei cardiologi per la prevenzione

Dal rapporto emerge che il numero globale di decessi dovuti a malattie cardiovascolari è passato da 12,4 milioni nel 1990 a 19,8 milioni nel 2022.

11 Dicembre 2023 - di [Redazione](#)



Alla luce dei dati del nuovo report del Global Burden of Cardiovascular Diseases, che confermano le **malattie cardiache** come prima causa di morte nel mondo, gli esperti della **Società Italiana di Cardiologia (SIC)**, in vista del Congresso Nazionale che si aprirà a Roma il 14 dicembre, richiamano l'attenzione sull'importanza fondamentale della prevenzione per una realistica riduzione dei decessi e l'urgenza di disporre piani di politiche di contrasto alle patologie cardiovascolari. Ogni anno sono **milioni le vite** che vengono perse prematuramente a causa delle malattie cardiovascolari. Sebbene prevenibili nell'80% dei casi, rimangono la principale causa di morte in tutto il mondo con circa 20 milioni di decessi, attribuibili soprattutto a ipertensione, colesterolo alto, dieta scorretta e inquinamento atmosferico. È quanto emerge dal nuovo numero speciale del **Journal of the American College of Cardiology (Jacc)** che fornisce un aggiornamento delle stime sanitarie rilevate nel 2022 relative all'impatto e alle tendenze delle malattie cardiovascolari a livello globale. In particolare il report ha analizzato l'impatto di 18 condizioni cardiovascolari e 15 fattori di rischio in 21 regioni del mondo, 204 nazioni e territori, per fornire un vero e proprio atlante di queste patologie.

Dal rapporto emerge che il **numero globale di decessi** dovuti a malattie cardiovascolari è aumentato, passando da 12,4 milioni nel 1990 a 19,8 milioni nel 2022. Tra le malattie cardiovascolari prese in considerazione, la **cardiopatía ischemica**, patologia che si verifica quando c'è un insufficiente apporto di



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sangue e ossigeno al cuore, rimane la principale causa di mortalità a livello globale, con circa 109 decessi ogni 100.000 abitanti, seguita da emorragia intracerebrale e ictus ischemico. **I 15 fattori di rischio** valutati prendono in considerazione cause **ambientali** (inquinamento atmosferico, inquinamento domestico, esposizione al piombo, bassa temperatura, alta temperatura), **metaboliche** (pressione arteriosa alta, colesterolo cattivo, sovrappeso, glucosio nel sangue a digiuno, disfunzioni renali) e **comportamentali** (alimentazione, fumo, fumo passivo, uso di alcol, attività fisica). Tra questi, la **pressione arteriosa alta** rappresenta il fattore di rischio maggiormente responsabile, a livello globale, degli anni di vita persi a causa di disabilità. La dieta e le **scelte alimentari scorrette** (come ad esempio scarso consumo di frutta, verdura, legumi, cereali integrali, noci e semi, latte, fibre, calcio, acidi grassi omega-3 e acidi grassi polinsaturi ed eccessivo consumo di carni rosse e lavorate, bevande zuccherate, acidi grassi trans e sodio) sono invece il principale fattore di rischio di peggioramento della salute tra quelli comportamentali. L'inquinamento da particolato ambientale si è invece classificato in testa ai rischi ambientali.

«Dopo un calo della **mortalità**, negli ultimi decenni i numeri sono di nuovo in aumento sia sul fronte delle cardiopatie ischemiche che su quello delle malattie cerebrovascolari. Si prevede che i decessi aumenteranno entro il 2030 raggiungendo i 24 milioni, con una media di oltre 66mila persone al giorno. È necessario dunque incentivare le **attività di prevenzione** in maniera capillare coinvolgendo tutti gli attori possibili. In questa ottica, la SIC sta sviluppando per la prima metà del prossimo anno un progetto nazionale di prevenzione in collaborazione con le farmacie di comunità, grazie ad una alleanza con la Federazione Italiana degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI) e Federfarma», dichiara **Pasquale Perrone Filardi**, presidente SIC e direttore della scuola di specializzazione in malattie dell'apparato cardiovascolare dell'Università Federico II di Napoli.

«Oggi più che mai è necessario lo sviluppo di azioni concrete educative di prevenzione e promozione della salute del cuore e programmi di gestione della cronicità che tengano conto dei principali fattori di rischio cardiovascolare, come l'ipertensione e il colesterolo alto, dell'assistenza sanitaria primaria e secondaria e dell'innovazione» aggiunge **Ciro Indolfi**, Past-President della Società Italiana di Cardiologia e ordinario di Cardiologia all'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro. Guardando alla **distribuzione geografica** del problema, nonostante le patologie vascolari raggiungano tassi elevanti a livello globale, alcune regioni di Asia, Europa, Africa e Medio Oriente presentano il maggior carico di mortalità. Più in dettaglio, **l'Europa**, e in particolare i Paesi dell'Est, fanno registrare la più alta mortalità con 553 decessi ogni 100.000 abitanti. Inoltre, l'Asia centrale, l'Europa orientale, il Nord Africa e il Medio Oriente sono le regioni con i tassi più elevati di malattie cardiovascolari attribuibili all'ipertensione.

«In questo scenario, **l'Italia** mostra un numero ancora allarmante di decessi per le patologie a carico del sistema cardiovascolare che arrivano a superare i **220 mila morti l'anno**, il 35% di tutti i decessi. Rappresentano inoltre la prima causa di ricovero ospedaliero, confermandosi insieme ai tumori, tra le principali cause di invalidità-sottolinea **Gianfranco Sinagra**, direttore del Dipartimento Cardioracovascolare Asugi e Università di Trieste-Fondamentale, dunque, stabilire strategie di sanità pubblica volte a prevenire le malattie cardiovascolari».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Tumore al seno e mutazione Brca. La gravidanza è sicura per mamma e bambino. Lo studio internazionale

Lo dimostra il più ampio e lungo studio che ha raccolto, in 10 anni, i dati di 78 centri in tutto il mondo su 4.732 donne colpite entro i 40 anni da un tumore alla mammella collegato alla mutazione Brca. La ricerca coordinata dall'Irccs Ospedale Policlinico San Martino di Genova, è stata pubblicato oggi su Jama



11 DIC - Via libera a un figlio dopo il tumore al seno, anche nelle pazienti più giovani con un carcinoma mammario ereditario correlato alla presenza di mutazioni del gene Brca: il 12% delle oltre 11mila giovani donne in età fertile che ogni anno in Italia sviluppano un tumore al seno. In queste donne con 'mutazione Jolie' - la stessa che ha portato Angelina Jolie a sottoporsi a una mastectomia preventiva e che predispone allo sviluppo di tumori al seno e all'ovaio - la gravidanza al termine delle cure oncologiche era finora sconsigliata, da una parte perché si temeva comportasse un maggior rischio di ricomparsa del tumore,

dall'altra perché si ipotizzavano possibili pericoli per il bimbo a causa dell'esposizione a precedenti terapie oncologiche inclusa la chemioterapia. Paure infondate, come dimostra il più ampio studio internazionale condotto per verificare gli esiti delle gravidanze in giovani donne con tumore al seno e mutazioni Brca,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

coordinato dall'Irccs
**Ospedale Policlinico
San Martino di
Genova** e realizzato

con il supporto di Airc.
I dati, pubblicati oggi
sulla rivista *Jama* e

presentati in contemporanea durante il San Antonio Breast
Cancer Symposium, il più importante congresso mondiale sul

carcinoma mammario, dimostrano infatti che a 10 anni dalla diagnosi una paziente su cinque ha avuto una gravidanza senza che si siano registrate complicanze più frequenti durante l'attesa o maggiori pericoli per i nascituri, né un incremento della probabilità di ricomparsa del tumore. "Questi dati dimostrano che, dopo un trattamento appropriato e un periodo di osservazione sufficiente, la gravidanza non dovrebbe essere più sconsigliata a donne giovani con un tumore al seno e mutazione BRCA, perché è possibile e sicura. Poter coltivare la speranza di costruire una famiglia in futuro, dopo il tumore, è di grande aiuto per le pazienti perché consente loro di accettare meglio la malattia e le terapie: la consapevolezza di un domani possibile ha un ruolo significativo nel processo di guarigione", osserva **Matteo Lambertini**, Professore Associato e Oncologo Medico presso la Clinica di Oncologia Medica dell'Università di Genova - Irccs Ospedale Policlinico San Martino di Genova, coordinatore della ricerca assieme a **Eva Blondeaux**, Oncologo Medico presso l'Unità di Epidemiologia Clinica dell'Irccs Ospedale Policlinico San Martino di Genova. Il numero dei casi di giovani donne colpite da tumore della mammella prima di aver avuto un figlio, spiegano, è in aumento, complice anche la tendenza di ricercare la prima gravidanza in età sempre più avanzata; inoltre, le cure oncologiche possono portare a una riduzione della fertilità e della capacità di concepire. La maternità rappresenta quindi un argomento di cruciale importanza per le oltre 11.000 giovani donne in età fertile che ogni anno in Italia sviluppano un tumore al seno, di cui oltre il 12% risulta essere portatrice della mutazione a carico del gene Brca.

Lo studio Lo studio pubblicato sulla rivista americana di medicina *Jama* è un'indagine internazionale retrospettiva a cui hanno partecipato 78 centri di tutto il mondo, inclusi centri oncologici e università molto importanti. Per la ricerca sono stati raccolti i dati di 4.732 donne che hanno ricevuto entro i 40 anni una diagnosi di carcinoma mammario con mutazione BRCA; dopo il completamento delle cure ed entro 10 anni dalla diagnosi di tumore, una su cinque (22%) ha avuto una gravidanza, con un tempo medio dalla diagnosi al concepimento di 3 anni e mezzo. Delle 517 donne che hanno portato a termine la gravidanza, pari al 79.7% del totale, il 91% ha avuto un parto a termine e il 10% ha avuto gemelli. Non si sono osservati tassi più elevati dell'atteso nella popolazione generale di complicazioni in gravidanza o di rischio di malformazioni fetali, né differenze significative nella sopravvivenza libera da malattia tra le pazienti che hanno avuto oppure no una gravidanza al termine delle cure oncologiche: avere un figlio non aumenta perciò la probabilità di successive recidive del tumore. "In passato la gravidanza veniva sconsigliata a queste donne – spiega Matteo Lambertini – per la preoccupazione da un lato che gli "ormoni della gravidanza" potessero favorire la ricomparsa del carcinoma mammario, essendo un tumore sensibile agli ormoni, dall'altro che una pregressa esposizione a trattamenti oncologici, tra cui la chemioterapia, potesse avere conseguenze negative sulla prole. Inoltre, per scongiurare lo sviluppo di cancro ovarico, queste pazienti sono candidate a ricevere un intervento preventivo di rimozione delle ovaie e delle tube in età molto giovane, intorno ai 40 anni, e ciò riduce quindi ulteriormente la loro finestra riproduttiva. A questo si aggiunge la paura di trasmettere la mutazione ai propri figli, che influenza il desiderio di maternità in molte di queste donne. Tutti questi elementi 'rubano il futuro' alle pazienti giovani con tumore al seno ereditario, ma i nuovi dati segnano un deciso cambio di passo – conclude Lambertini – la gravidanza non dovrebbe più essere sconsigliata in donne portatrici della "mutazione Jolie" che desiderano avere un figlio dopo aver eseguito un adeguato trattamento per il cancro al seno e dopo che sia trascorso un appropriato periodo di osservazione dalla fine della terapia: anzi, i dati mostrano che la sopravvivenza globale può anche migliorare in alcuni casi, nelle donne che realizzano il loro desiderio di famiglia".



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

IL FOCUS

SANITÀ, PRESTAZIONI POST COVID NON EVASE: AUMENTA IL DIVARIO

di **Luciano Buglione**
II

SANITÀ, CRESCE ANCORA IL DIVARIO CON IL NORD

di **Luciano Buglione**

La sanità al Sud va sempre peggio. Soprattutto quella pubblica che tra liste d'attesa lunghissime e vuoti spaventosi di organico non riesce più a svolgere la funzione costituzionale di assicurare universalità, uguaglianza ed equità come impone il diritto universale alla salute. L'ultimo caso riguarda il recupero delle prestazioni non effettuate durante l'emergenza Covid. Un rapporto della Fondazione Gimbe, che ha elaborato gli ultimi dati di sintesi disponibili a fine 2022 diffusi dal Dicastero competente, fotografa un quadro impietoso per le regioni meridionali a tutti i livelli, dai ricoveri chirurgici programmati alle prestazioni di screening oncologico ed ambulatoriali. In totale, la Toscana ha raggiunto una percentuale del 99%, azzerando praticamente l'arretrato determinato dall'epidemia. L'Emilia è al 90%, la Lombardia all'87%. Quart'ultima è la Sardegna, che si attesta al 34%, penultima la Calabria con il 18%, ultima la Campania, che non va oltre un inquietante 10%. In dettaglio, per i ricoveri chirurgici (il 66% dei quali bloccati per contrastare la pandemia), la Campania si ferma al 22%, la Calabria al 27%, la Sardegna al 29%, la Sicilia al 40%, mentre la Puglia raggiunge quota 70%. Per lo screening oncologico, sotto il 50% troviamo la Sardegna al 44%, la Campania al 16% e la Calabria al 9%, mentre Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte e Basilicata arrivano al 100% e l'Emilia-Romagna al 99%. Per le prestazioni ambulatoriali, 5 regioni meridionali scendono al di sotto del 50%: la Basilicata con il 34%, il Molise con il 27%, la Calabria con il 12%, la Sardegna

con il 10%, la Campania addirittura con il 7%, a fronte del massimo ottenuto da Toscana, Valle d'Aosta ed Umbria.

Anche sulle risorse impegnate si registrano differenze abissali. L'attività di audit conclusa dal Ministero della Salute sull'attuazione dei Programmi Operativi Regionali parla di una spesa rendicontata a fine dicembre 2022 di circa 348 milioni di euro, ovvero il 70% di quella stanziata, con Emilia-Romagna al 135%, Friuli-Venezia Giulia al 127% e Piemonte al 106% (con risorse proprie aggiunte a quelle statali). Pure su questo versante, il Sud è in difficoltà. La Sardegna è al 26%, la Calabria al 28%, la Sicilia al 29%, la Campania al 35%. L'unico dato che segna una inversione di tendenza riguarda la percentuale di committenza alle strutture private accreditate. A fronte di una media nazionale del 29%, abbiamo 6 regioni al di sopra di questo tetto, di cui 4 meridionali, più la Lombardia con il 46% e la Liguria con il 32%. Al primo posto troviamo la Puglia, che ha destinato ai privati il 93% dei finanziamenti, seguita da Campania al 37%, Sicilia al 35% e Calabria al 30%. «In totale - sottolinea Nino Cartabellotta, presidente di Gimbe - il monitoraggio del Ministero della Salute dimostra complessivamente che le Regioni non hanno recuperato affatto i milioni di controlli "saltati" durante la pandemia. In dettaglio, restano in attesa 174 mila ricoveri programmati, 914 mila inviti e 936 mila prestazioni per gli screening oncologici e 5,1 milioni di istanze ambulatoriali». Numeri altissimi, che diventano addirittura insopportabili nel Mezzogiorno,

perché appesantiscono ancora di più le già straordinarie difficoltà in cui versa il settore, a partire dalle chilometriche liste di attesa, che si traducono quasi sempre in una migrazione verso Nord dei pazienti con maggiori possibilità economiche con un conseguente, ulteriore arricchimento delle aziende ai di sopra del Garigliano. Ammontano a diverse centinaia di milioni di euro le somme trasferite al Settentrione per non perdere mesi in attesa di una chiamata. Non bastasse il pesante danno economico, e quello ancora più odioso delle diversità che vengono a delinearsi per le cure che si pagano i cittadini più facoltosi e quelle a cui non hanno accesso i nullatenenti, si aggiunge un'altra drammatica conseguenza derivante da questa situazione, che riguarda direttamente l'aspettativa di vita. L'Inps della Campania, nella recente presentazione del Rendiconto sociale 2022, ha confermato che l'indice di longevità della più popolata regione meridionale è sceso al gradino più basso d'Italia, 83 anni per le femmine e 78,6 per i maschi. Vuol dire che su questo territorio si muore prima che altrove, ed una delle cause è rappresentata proprio dal fatto che le liste d'attese sono troppo lunghe. Soprattutto in riferimento alle malattie



L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

oncologiche, per non parlare degli interventi chirurgici più delicati da effettuare e dalle complicazioni più pesanti che alcuni di essi rischiano di produrre, i ritardi spesso diventano devastanti e possono compromettere addirittura l'esistenza in vita delle persone. Per questo, il dato certificato dall'istituto di previdenza appare particolarmente devastante

per il Mezzogiorno e la sua realtà più consistente. A meno che nel corso del 2023 gli oggettivi ritardi registrati non siano stati recuperati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ultimo caso riguarda il recupero delle prestazioni non effettuate durante l'emergenza Covid: stando ai dati Gimbe Campania ultima, con soltanto il 10% dell'arretrato evaso

Anche sulle risorse impegnate si registrano differenze abissali: spesa Por Salute inchiodata al 30%



Pensioni, le novità della riforma

Le regole e i tagli per l'uscita

Eliminata la riduzione dell'assegno di vecchiaia per medici e infermieri ma resta per chi si ritira prima
Criteri più stringenti su Quota 103

di **Enrico Marro**

ROMA Le organizzazioni dell'intersindacale medica hanno confermato lo sciopero della sanità pubblica di lunedì 18 dicembre, nonostante il governo abbia presentato in Senato un emendamento all'articolo 33 della legge di Bilancio con una parziale marcia indietro sui tagli dell'assegno previdenziale per i lavoratori di sanità, enti locali, asili e uffici giudiziari che andranno in pensione dal 2024 in poi. Tagli che, come spiegato in audizione dall'Ufficio parlamentare di bilancio colpirebbero 31.500 lavoratori nel 2024 e 732.300 a regime, cioè fino al 2043. Il taglio sarebbe mediamente piccolo il primo anno (365 euro nel 2024) per salire gradualmente (530 euro nel 2025, 938 nel 2028) fino a 3.110 euro nel 2043. Lo Stato risparmierebbe in venti anni 21 miliardi netti.

La correzione del taglio

L'emendamento del governo elimina il taglio per chi andrà in pensione di vecchiaia (a 67 anni) e, solo per medici e infermieri, lo attenua per chi andrà in pensione anticipata, nel senso che esso potrà esse-

re ridotto di un trentaseiesimo per ogni mese di ritardo nel pensionamento. Questo significa che per azzerare il taglio il lavoratore dovrebbe restare in servizio per tre anni (36 mesi) dopo il raggiungimento del requisito per la pensione anticipata (42 anni e 10 mesi di contributi, un anno in meno per le donne). Dovrebbe in sostanza lavorare per 46 anni. Non solo. L'emendamento dispone un allungamento della «finestra», il tempo che si aspetta tra la maturazione e il pagamento della pensione anticipata. Ora esso è di tre mesi. Salirà, per tutti i lavoratori delle 4 casse interessate all'articolo 33 della legge di Bilancio, a 4 mesi nel 2025, 5 nel 2026, 7 nel 2027 e 9 dal 2028.

Correttivi a costo zero

Di conseguenza, l'emendamento prevede che medici e infermieri possano restare in servizio fino all'età di 70 anni. L'allungamento delle finestre, si legge nella relazione tecnica, assicurerà gli stessi risparmi previsti dal testo iniziale della manovra. Proprio per questo è difficile che il governo possa accettare ulteriori correttivi: andrebbero trovate le coperture. L'articolo 33 potrebbe però cadere, ma non subito, sotto la scure della magistratura. Le categorie in-

teressate si preparano infatti a promuovere una serie di cause contro la norma con l'obiettivo di arrivare al giudizio di incostituzionalità.

Pensioni bancomat?

I 21 miliardi netti di risparmi in 20 anni che verranno assicurati dall'articolo 33 si sommano ai circa 37 previsti nei prossimi 10 anni grazie al raffreddamento del meccanismo di indicizzazione delle pensioni superiori a 4 volte il minimo (2.394 euro lordi), deciso già un anno fa e inasprito con questa manovra solo per le pensioni superiori a 10 volte il minimo (5.986 euro lordi), dove la percentuale di adeguamento al costo della vita scende dal 32 al 22%. Nonostante queste manovre, secondo le proiezioni contenute nella Nota di aggiornamento al Def, la spesa per la previdenza aumenterà da circa il 16% del Pil al 17,2% nel 2035, soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Ape e Opzione donna.

Scenari preoccupanti che hanno spinto il governo a interventi restrittivi sui vari canali di pensionamento anticipato. Così da un lato Quota 103, Ape sociale e Opzione donna sono stati prorogati ancora per un anno, ma dall'altro con requisiti più severi. I lavoratori delle categorie fra-



gili (disoccupati, caregivers, invalidi, attività gravose) potranno accedere all'Ape (assegno ponte fino a 1.500 euro al mese fino al raggiungimento della pensione) a partire dall'età di 63 anni e 5 mesi e non più 63, il che ridurrà la platea di lavoratori interessati a circa 12.500 nel 2024 rispetto ai 16.500 degli ultimi anni. Sarà invece verticale il crollo delle donne che accederanno a Opzione donna: 2.200 nel 2024, più o meno come nel 2023, ma circa un decimo di quelle precedenti alla stretta decisa un anno fa col restringimento

della platea a caregivers, invalide, licenziate o dipendenti di aziende in crisi. Dal 2024, secondo la manovra, serviranno inoltre 61 anni d'età e non più 60. Infine, Quota 103 (in pensione a 62 anni con 41 di contributi). La Lega ha fatto fuoco e fiamme per far rimanere al governo Quota 104 dal 2024, ma ha dovuto ingoiare un peggioramento dei requisiti: la finestra passa da 3 a 7 mesi (9 per i pubblici); l'assegno sarà calcolato integralmente col contributivo e, fino alla pensione ordinaria, non potrà superare 4 volte il mini-

mo. Più ancora del 2023 si può prevedere che anche nel 2024 sceglierà Quota 103 meno della metà dei lavoratori stimati dal governo (17 mila).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Risparmi

La riforma del governo punta a 21 miliardi di risparmi netti nei prossimi 20 anni

I TAGLI MEDI NEL 2025

La riduzione dell'assegno non tiene conto degli emendamenti correttivi presentati dal governo



FONTE: Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio sul Bilancio di previsione dello Stato

L'IMPATTO PRO CAPITE

Impatto pro capite lordo in percentuale della pensione lorda rispetto al 2022

	ETA	PENSIONE ANNUA LORDA	SACRIFICIO
Enti locali	67,9 / 63,2	27.099 / 27.101	2,3% / 2,3%
Sanità	68,6 / 65,2	77.106 / 77.715	3,6% / 3,6%
Istruzione	68,0 / 63,4	22.914 / 23.954	3,1% / 2,9%
Uffici giudiziari	68,9 / 65,2	31.423 / 27.631	4,2% / 4,8%

EU5



MARTEDÌ HA PARTECIPATO MENO DEL 10%

Flop di adesioni allo sciopero dei medici Verso il rinvio per lo stop del 18 dicembre

Flop di adesioni allo sciopero dei medici del 5 dicembre. I dati in possesso della Funzione Pubblica rilevano infatti appena un 2,7% di adesioni sul 37,7% di asl e ospedali che hanno inviato i dati. Fatte le debite proporzioni vuol dire che anche con il 100% delle amministrazioni che avessero trasmesso i dati saremmo sotto il 10% di camici bianchi

aderenti alla protesta. E con questi numeri le altre sigle sindacali più rappresentative di radiologi, anestesisti e biologi si accingono a sospendere lo sciopero in programma il 18 dicembre che costringerebbe gli assistiti a rinviare soprattutto tac, risonanze, lastre e analisi di laboratorio oltre

che gli interventi chirurgici, impossibili da eseguire senza medici anestesisti. P.A.R.U. —



La protesta del 5 dicembre



I risultati della protesta di martedì scorso. Il 18 si replica

Solo il 2% dei medici ha fatto sciopero

■ Non è stato proprio un successo lo sciopero dei medici del 5 dicembre scorso. E viste le liste d'attesa che già tormentano la sanità regionale c'è da esultare. Secondo i dati ufficiali su 403.303 dirigenti medici, specialisti di corsia, amministrativi dipendenti vari delle aziende e degli enti hanno aderito appena 8.960 dipendenti, vale a dire appena il 2,7%. A Tesoro hanno già calcolato che le giornate di sciopero (che ovviamente non sono retribuite) ammontano ad un risparmio netto sulle retribuzioni di 1.321.435 euro. C'è anche da dire che di quasi mezzo milioni di dipendenti del sistema sanitario ben 72.618 risultavano assenti per altri motivi (malati, congedi, formazione, assistenza familiari). Insomma, non è andata proprio come si aspettavano Anaa Assomed e Cimo Fesmed.

Chi ha un po' di memoria potrà però ricordare i commenti entusiastici dei leader sindacali delle sigle in sciopero: «Una protesta che ha raggiunto un'adesione dell'85%, creando disagi negli ospedali dal Nord al Sud, dove migliaia di visite, esami ed interventi chirurgici sono stati rinviati. Secondo

le stime dei sindacati, nella giornata di sciopero potrebbero essere saltati fino a 1,5 milioni di prestazioni sanitarie».

C'è da augurarsi che le stime sulle prestazioni e le visite saltate siano sbagliate come i dati di adesione (elaborati il 7 dicembre dall'amministrazione centrale, e quindi sulle effettive presenze in servizio).

Resta il problema di una sanità in sofferenza. Il prossimo 18 dicembre è già in calendario una protesta sempre del personale sanitario a cui aderirà questa volta anche la più pagata Cisl. Ieri al *Corriere della Sera* il leader della Cisl ha messo le mani avanti: «Non ci piace l'allungamento delle finestre di uscita così come la disparità di trattamento tra le varie categorie sull'accesso. Vedo il rischio di contenziosi. Per questo penso che in Parlamento si può ancora migliorare questa misura. Detto questo, sulla previdenza il governo farebbe bene ad avviare subito il confronto col sindacato per arrivare a scelte condivise su una maggiore flessibilità in uscita e su una pensione

di garanzia per giovani e donne e per rendere strutturale l'Ape sociale e incentivare la previdenza complementare».

Tirando le somme il 18 dicembre allo sciopero di medici e infermieri «la Cisl sarà in piazza con tanti lavoratori che sentono il peso di una situazione solo parzialmente alleggerita» e il 22 parteciperà allo sciopero del commercio. Per il momento il presidente della Federazione dei Medici, Filippo Anelli, ammette l'impegno del governo (emendamento all'articolo 33). Rinunciando alle «penalizzazioni preannunciate. È un primo risultato, frutto dell'impegno del ministro della Salute Orazio Schillaci e del sottosegretario Marcello Gemmato». Ma non sembra sia sufficiente.

AN. CA.



Il ministro Orazio Schillaci (*LaPresse*)



Il dossier

Vecchio un ospedale su 4 e dieci miliardi per i lavori sono fermi nei cassetti

Disponibili 24 miliardi
La Corte dei conti:
negli ultimi anni solo
pochi progetti

di Michele Bocci

Gli ospedali italiani sono vecchi, come in generale sono vecchie tutte le strutture sanitarie. Basterebbe un solo numero a far capire qual è la situazione: 18%. Indica i luoghi di cura che hanno meno di 33 anni, cioè che sono stati costruiti dopo il 1990 e quindi vengono considerati moderni. Una piccola minoranza. Sono ben più numerosi quelli tirati su prima della fine della Seconda guerra mondiale, cioè fino al 1945. Sul totale nazionale sono il 27%, con punte ben più alte in Liguria, dove addirittura rappresentano il 59%, nelle Marche (47%) e in Toscana (42%).

Ma la data di prima costruzione non dice tutto. Ci sono ospedali anche antichi, addirittura di fondazione medievale (come lo stesso ospedale di Tivoli) che sono stati recuperati nel corso degli anni e resi moderni. Il punto chiave è proprio quello che riguarda gli investimenti per rinnovare le strutture e pure quelli per metterli a norma dal punto di vista delle regole antincendio. Anche in una sanità oggi in ristrettezze economiche, i soldi ci sarebbero ma le Regioni non ne utilizzano una buona parte. Esiste un fondo dedicato all'edilizia ospedaliera più volte rifinanziato a partire dalla fine degli anni Ottanta

e detto "articolo 20", che è stato istituito appunto con la legge numero 67 del 1988. Ebbene, secondo i calcoli del maggio scorso della Corte dei conti, che ha lavorato sui documenti dei ministeri della Salute e dell'Economia, sono stati stanziati 24 miliardi di euro per costruire ospedali e altri centri sanitari oppure per risistemare quelli esistenti, ma le Regioni ne hanno utilizzati solo 14, cioè il 58%. C'è chi è stato bravo a sfruttare i finanziamenti e chi no (la Sardegna è al 37%, la Calabria al 38%, il Lazio al 43%). Il Cergas di Bocconi, nel suo rapporto Oasi è piuttosto chiaro: «All'infuori di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, negli ultimi vent'anni non si è riusciti, anche in presenza di finanziamenti, a investire in modo significativo sul rinnovamento delle reti di cura ospedaliere e ancora meno sul territorio».

Non solo: «La realizzazione di nuovi presidi ospedalieri non è stata quasi mai accompagnata dalla razionalizzazione dell'offerta esistente». E la Corte dei conti fa notare come negli ultimi anni i progetti presentati dalle Regioni per ottenere i finanziamenti siano stati molto pochi. Tra le ragioni dello scarso utilizzo dei fondi, secondo Giovanni Migliore, che dirige la Fiaso e cioè la Federazione di Asl e aziende ospedaliere, una è burocratica: «Il percorso per ottenere le risorse è farraginoso, spesso i soldi arrivano molti anni



dopo la richiesta. E quando si fanno le gare di appalto è passato troppo tempo».

Anche la Corte dei Conti chiede semplificazione: «In ogni caso, è necessario rivedere le procedure per eliminare quanto più possibile i passaggi non indispensabili».

Tra i problemi per risistemare gli ospedali come quello di Tivoli, fa notare Migliore, talvolta c'è che sono strutture fondamentali per il territorio, in quanto unici punti di riferimento, e devono continuare ad offrire servizi di assistenza mentre vengono svolti i lavori. Cosa che non sempre è possibile e comunque fa crescere i costi dei

cantieri.

Ma sempre il presidente Fiaso rivela un dato che fa riflettere sulla tragedia avvenuta nel Lazio.

Riguarda la sicurezza proprio contro il fuoco. «Un terzo degli ospedali italiani non è adeguato alle norme antincendio, così come a quelle sulla sicurezza antisismica. Lo diciamo dopo aver analizzato un campione di aziende sanitarie e ospedaliere iscritte alla nostra Federazione. Si tratta di un problema che non riguarda solo i piccoli ospedali, ma anche strutture ospedaliere importanti». La normativa a cui si riferisce è del 2015 e gli interventi di adeguamento andavano presentati entro il 2016. © RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

18%

Ospedali nuovi

Meno di un quinto delle strutture sanitarie sono considerate moderne perché costruite dopo il 1990



27%

Strutture vecchie

Oltre un quarto degli ospedali italiani sono vecchi perché sono stati costruiti prima (e in certi casi molto prima) del 1946

33%

Fuori norma

Un terzo degli ospedali non rispetterebbe le norme della sicurezza antincendio rinnovate nel 2015

57%

Fondi utilizzati

Poco più della metà dei soldi stanziati per l'edilizia ospedaliera, in tutto circa 24 miliardi di euro, sono stati usati dalle Regioni

70%

Attrezzature datate

Il problema dell'obsolescenza riguarda anche le attrezzature. Il 70% dei mammografi ha più di dieci anni



L'INCHIESTA

Il 60% degli ospedali a rischio Sicurezza, mai spesi 10 miliardi

Alcune Regioni, come Lazio e Campania, non hanno utilizzato il 68% delle risorse disponibili
La Protezione civile: molte strutture possono crollare in conseguenza di un terremoto medio

PAOLO RUSSO
ROMA

L'ospedale "San Giovanni Evangelista", quello che ha preso fuoco venerdì notte a Tivoli, ha origini addirittura trecentesche, essendo stato inaugurato nel lontanissimo 1337. Ma è buona parte della nostra rete ospedaliera ad appartenere all'era giurassica. Del resto, che l'Italia non sia proprio un Paese per giovani è risaputo. Ma la cosa si fa preoccupante se alla terza, anzi, alla quarta generazione, appartiene anche la maggioranza dei nostri ospedali. Vecchi fuori e pure dentro. Perché per la gran parte sono stati costruiti prima della guerra e quasi uno su dieci ha visto passare persino le truppe napoleoniche. Mentre le apparecchiature per gli accertamenti sanitari basilari non tengono il passo con l'innovazione tecnologica. La colpa? Degli sprechi e dell'assenza cronica di investimenti nella sanità.

Da dieci anni la spesa per investimenti pubblici in conto capitale è ferma per carenza cronica di risorse e rispetto a quelli privati siamo oramai ultimi in Europa, ci batte solo la piccola Irlanda. Tutto questo nonostante un Piano di investimenti per l'edilizia sanitaria da oltre 24 miliardi di euro, messi a disposizione dallo Stato con l'articolo 20 della Finanziaria del lontano 1988, ma utilizzato solo al 40%, denuncia la Corte dei conti. Che individua le colpe nelle procedure farragi-

nose e nell'incapacità di realizzare progetti da parte delle amministrazioni locali. Gli stessi mali che ci fanno perdere decine di miliardi di cofinanziamenti europei.

La relazione pubblicata dalla Corte dei Conti nel 2018 tratteggia un quadro impietoso che tale è rimasto in questi anni, tanto che sempre a quella montagna di denaro inutilizzata ha deciso di attingere ora il governo Meloni per finanziare case e ospedali di comunità depennati dalla lista dei lavori finanziati con il Pnrr perché in ritardo nella messa a terra.

I 90 milioni stanziati per le misure antincendio vengono poi giudicati "assolutamente insufficienti", visto che ne occorrerebbero 3 miliardi. Peggio ancora va se ci spostiamo sul campo dell'adeguamento antisismico, poiché a riguardo "nessuna dotazione risulta essere stata destinata". Non un piccolo particolare se si considera che il ministero della Salute, sottolineano ancora i magistrati contabili, ha stimato in non meno di 12 miliardi lo stanziamento necessario per la messa in sicurezza delle strutture ospedaliere. Poi ovviamente regione che vai situazione che trovi. Perché se alcune si sono date da fare per sottoscrivere gli accordi di programma, avviando così le ristrutturazioni, altre, come Lazio e Campania, "non hanno utilizzato circa il 68% delle risorse disponibili". Pari a 1,1 miliardi nel primo caso, a 563 milioni nel secondo.

Ora, per dare una rammo-

dernata ai nostri nosocomi arriva il Pnrr, che per la loro messa in sicurezza anche dal punto di vista antisismico e del rischio incendi mette sul piatto 1,6 miliardi, ai quali va aggiunto un miliardo e 450 milioni stanziati per gli stessi fini dal Fondo nazionale per gli investimenti complementari. Ma, come ha detto a "La Stampa" il presidente della Federazione degli Ordini dei medici Filippo Anelli, «l'impressione è che si stia procedendo un po' a rilento e che occorra accelerare». Oltre ai medici lo richiede la sicurezza dei pazienti che in ospedale vanno per curarsi e non per rischiare la vita.

Del resto, basta incrociare i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sul nostro sistema sanitario e quelli della Protezione civile per rendersi conto di come stiano messi i nostri ospedali. Il 9% delle strutture (ovvero 75) risalgono all'Ottocento, nel 15% dei nostri nosocomi la prima pietra è stata messa quando i nostri bisnonni combattevano la prima guerra mondiale, mentre il 35% è stato costruito prima che finisse il secondo conflitto mondiale. In pratica 6 ospedali su 10 hanno più di 70 anni di vita alle spalle. E nemmeno ben portati. La Protezione civile denuncia che di manutenzione se ne fa ben poca, al punto che il 60% rischia di venire



LA STAMPA

giù con un terremoto nemmeno troppo violento.

Oltre alle statistiche, gli esperti della Protezione hanno buttato giù in epoca pre pandemica anche una piccola black list degli ospedali pericolosi. Casi esemplificativi e non esaustivi, come quello del "Ss. Annunziata" di Napoli, classe 1889, senza manutenzione e investimenti, definito il più pericoloso della Regione. Ed è tutto dire, visto che sempre in Campania sorge l'Ospedale del Mare, che in realtà è a soli 7 km dal Vesuvio, ossia in "zona rossa" per la Protezione civile.

Ma c'è di più. Basta scorrere le cronache locali degli ultimi due anni per trovare tetti da cui passa la pioggia, muri pericolanti e intrisi di umidità o sistemi antincendio non funzionanti. All'ospedale di Polistena a Reggio Calabria sono state le mamme a fotografare sedie e porte rotte, oltre alle mufte, a fare da cornice ai loro figli ricoverati nel reparto di pediatria. Anche al Nord le cose non vanno per il meglio. Al "Sacco" di Milano è il sindacato Fials ad aver documentato qualche tempo fa pezzi del tetto del pronto soccorso venuti giù do-

po un semplice acquazzone. Lo scorso anno era toccato invece proprio al nostro giornale riportare le immagini di crepe nei corridoi e pavimenti sbriciolati all'ospedale Molinette di Torino, dove negli ambulatori era invece crollato il controsoffitto.

Storie di ordinaria follia di una rete ospedaliera vecchia e malandata che richiederebbe di essere rammodernata al più presto. —

I ritardi dovuti alle procedure farraginose e all'incapacità delle amministrazioni locali

**Il caso del nosocomio
Del Mare che sorge
a soli 7 km dal Vesuvio
in "zona rossa"**

1,6
miliardi i fondi del Pnrr
per la messa
in sicurezza degli edifici
dagli incendi e dai sismi

60%
gli ospedali italiani
con oltre 70 anni
di vita alle spalle



Rischi in corsia
Molte Regioni non hanno utilizzato
i fondi per ammodernare gli ospedali



In Italia 273 letti in terapia intensiva per 9 milioni di bimbi. "Non ci sono spazi adatti

Scomparse le pediatrie centomila minori l'anno ricoverati con gli adulti

IL CASO

SERENA RIFORMATO
ROMA

Oltre centomila minori ogni anno in Italia vengono ricoverati in reparti per adulti. Avviene soprattutto per cure specialistiche e chirurgiche: i piccoli pazienti ricevono assistenza in base alla patologia, ma spesso a prescindere dall'età.

Perché è un problema? «Vuol dire trattare la malattia, non il bambino come soggetto portatore di necessità specifiche», spiega Francesca Testoni, direttrice di Ageop, l'associazione che rappresenta e assiste i genitori dei piccoli pazienti oncologici del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Secondo quanto stabilisce la Carta di Abio (Associazione per il bambino in Ospedale), «i bambini e gli adolescenti hanno diritto ad essere ricoverati in reparti pediatrici - e mai in reparti per adulti - possibilmente aggregati per fasce d'età omogenee affinché si possano tenere in debita considerazione le differenti esigenze».

I dati del ministero della Salute elaborati dalla stessa as-

sociazione evidenziano quanto spesso questa buona pratica venga disattesa: negli ospedali generali circa un bambino su quattro nella fascia 0-18 anni è in degenza in reparti per adulti. Nel 2021, in numeri assoluti, la percentuale si traduce in oltre 112 mila minori tra 0 e 18 anni. Le ragioni sono varie. Difficoltà organizzative, sempre più centri sono monospécialistici, gli ospedali raramente collaborano e più spesso competono. «Dovrebbero essere gli specialisti a recarsi nei reparti in cui sono ricoverati i bambini, luoghi adeguati sia nella struttura che nel personale alla cura dell'età evolutiva», dice il dottore Rino Agostiniani, consigliere nazionale della Società italiana di pediatria (Sip) e direttore dell'Area Pediatria e Neonatologia Asl Toscana Centro. «Perché un minore sia ben assistito - aggiunge - non basta avere dei bravi operatori tecnici, ci vuole anche un metodo di presa in carico, personale che sappia prestare attenzione al dolore, alla famiglia, alla paura che questi bambini

possono avere».

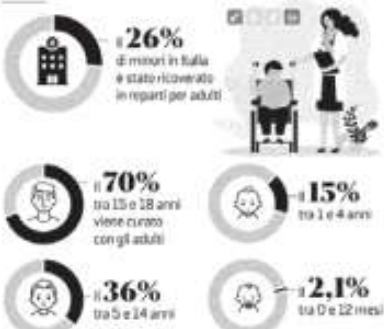
Il problema è intensificato dalle carenze strutturali del sistema. A inizio novembre, con una lettera pubblicata su Lancet, la Società di Anestesia e rianimazione neonatale e pediatria italiana ha denunciato la grave mancanza di posti letto di Terapia intensiva pediatrica. In Italia sono solo 273 per una popolazione di 9,8 milioni di bambini e adolescenti under 18: un letto disponibile ogni 36 mila pazienti circa. Gli standard europei raccomanderebbero un rapporto di un posto ogni 20 mila/30 mila bambini. Non sorprende quindi che nel triennio 2019-2021, su un totale di 6.254 minori ricoverati nelle terapie intensive, quasi la metà, 2.754, il 44%, siano finiti nelle terapie intensive per adulti.

Fra le specialità, il ricovero di minori nei reparti ordinari avviene in ortopedia e traumatologia nel 34% dei casi. Seguono la chirurgia generale e l'otorinolaringoiatria (16%). In una nota della Federazione delle Società scientifiche e delle associazioni dell'Area Pediatrica Elisa Fazzi, presidente della Società italiana neuro-

psichiatria infanzia e adolescenza, riassume i numeri del fenomeno nel suo settore: «Il 30% dei ricoveri per disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva avviene in reparti psichiatrici per adulti e il 10% dei ricoveri psichiatrici avviene in stato di necessità in reparti psichiatrici per adulti, nonostante tale collocazione sia gravemente inappropriata».

In occasione della presentazione del Libro Bianco dell'assistenza pediatrica in Italia della Fiarped, le associazioni hanno stilato alcune proposte per riformare l'assistenza dei bambini ed evitare che vengano curati dagli specialisti per adulti: garantire il riconoscimento dell'età pediatrica da 0 a 18 anni (in alcune regioni si ferma a 14, in altre a 16); riconoscere le sub-specialità pediatriche; rafforzare i servizi di neuropsichiatria infantile sul territorio e a livello ospedaliero; e incrementare i posti letto in Terapia intensiva pediatrica. —

LA CONDIZIONE DEI BAMBINI IN OSPEDALE



Fonte: Ministero della Salute, 2019-2021

WIPAC



Esigenze speciali
I posti letto nei reparti pediatrici sono pochi, gli specialisti protestano: "Servono spazi adatti"



Gravidanza a rischio ma la legge del Texas le vieta di abortire

►La bambina non ha speranze di sopravvivere e la madre potrebbe avere conseguenze gravi. Ma il giudice ferma i medici

Kate e Justin Cox hanno due bambini perfettamente sani ma nati con gravidanze difficili e parto cesareo. Nonostante quelle difficoltà, la coppia voleva comunque un terzo figlio. Ma questa volta la gravidanza si è trasformata in una tragedia, in cui Kate è diventata vittima di un accanimento da parte di politici che ignorano sia i pressanti consigli dei medici che la stessa sentenza di un giudice che suggeriva un immediato aborto. La bambina che Kate ha in grembo soffre infatti di trisomia 18 completa, una condizione genetica quasi sempre fatale nell'utero o nei primi giorni dopo la nascita.

L'ALTOLÀ DEL PROCURATORE

Il dramma di Kate è di vivere nel Texas, uno Stato che dopo la cancellazione del diritto di aborto federale da parte della Corte Suprema, nel 2022, ha adottato l'abolizione totale. Solo se la vita di Kate fosse "garantita a rischio" verrebbe concesso a lei di abortire e ai medici di praticarle l'intervento. La sentenza di un giudice che concedeva l'aborto immediato, dunque non è piaciuta al procuratore federale Ken Paxton, un fanatico antiabortista, che ha posto l'altolà e si è ap-

pellato alla Corte Suprema dello Stato. L'ossessione antiabortista nel Texas peraltro è a tali livelli che una legge permette ai normali cittadini di denunciare una persona se scoprono che è uscita dallo Stato per andare a ottenere un aborto altrove: quindi, essendo nota all'opinione pubblica, Kate è anche prigioniera di questo codicillo degno di una realtà distopica. Di fatto non è più padrona del proprio corpo.

Paxton, che detta la legge nello Stato, sostiene che non ci sono prove che la vita di Kate sia a rischio e di conseguenza non c'è il diritto di abortire. I medici spiegano che Kate rischia comunque gravi complicazioni, dal diabete all'ipertensione, a infezioni varie, e soprattutto che un terzo taglio cesareo le lasci l'utero troppo indebolito per un'altra gravidanza.

Si aggiunga a questo penoso fardello anche il fatto che il feto è già affetto da varie anomalie, incluse malformazioni della spina dorsale, del cranio e del sistema arterioso. Kate è stata ricoverata d'urgenza quattro volte nell'ultimo mese per forti dolori e perdite, e ogni volta, medici diversi hanno confermato che non c'è «praticamente nessuna possibili-

tà» che la bambina possa sopravvivere.

TEMPI LUNGI

Kate è al quarto mese di gravidanza. I tempi dei ricorsi alla Corte Suprema sono lunghi. Quelli delle gravidanze lo sono meno: mentre Kate aspetta di sapere se può effettuare un aborto sicuro che non le danneggi l'utero, il feto malformato continua a crescere e a marciare verso ulteriori sofferenze e la morte.

Anna Guaita

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaci equivalenti Italia malata d'Europa

La penetrazione nel mercato continentale è tripla rispetto a quella del nostro Paese. In dieci anni sono scomparsi il 26% dei prodotti non di marca, il 33% degli antibiotici e il 40% degli oncologici

Jessica Muller Castagliuolo

La carenza di medicinali in Italia e in Europa è una malattia della quale si curano con affanno i sintomi e non le cause profonde. Anche quest'anno, scarseggia l'essenziale: dall'ibuprofene al paracetamolo, all'amoxicillina, usata per curare le infiammazioni respiratorie. Una penuria strutturale che riguarda sia farmaci da banco di uso comune sia i salvavita: in dieci anni sono scomparsi il 26% dei farmaci equivalenti, il 33% degli antibiotici e il 40% degli oncologici. L'emorragia del tessuto industriale rende la filiera più fragile. Dall'Osservatorio Nomisma sui farmaci generici un dato su tutti: il 56% degli antibiotici e il 70% dei farmaci oncologici fanno riferimento a meno di 2 imprese. L'aumento dei costi di trasporto e la carenza di materie prime legate al conflitto in Ucraina ha rallentato poi la consegna: mancano plastica, carta e vetro per il packaging. L'industria del farmaco europea continua a dipendere da Cina e India, che forniscono oltre il 56% dei principi attivi, mentre la quota di produzione dell'Ue scende dal 53% del 2000 all'attuale 25%.

Un assaggio delle conseguenze lo abbiamo avuto a inizio 2023, quando il lockdown in Cina e India, unito al picco dell'influenza stagionale in Italia e i colpi di coda del Covid, ha

fatto registrare carenze di farmaci di uso comune, come l'ibuprofene. In caso d'emergenza non avere scorte di riserva significa dover aspettare dai sei agli otto mesi affinché le aziende si organizzino per produrre un medicinale. Anche con gara d'appalto, si impiegherebbero dai tre ai sei mesi per produrre, confezionare e spedire un farmaco. Scorrendo l'elenco dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), che segnala periodicamente i medicinali carenti in Italia, l'aggiornamento al primo dicembre 2023 fotografa uno scenario per certi versi peggiore dello scorso anno: i farmaci carenti sono 3493. Antinfiammatori, antidepressivi, antibiotici. Se per la maggior parte dei casi (il 57% con 1987 farmaci) la motivazione è ascrivibile a una cessazione della commercializzazione del prodotto (definitiva o temporanea) è significativo che sono ben 1139 i farmaci sui quali l'Aifa registra problemi produttivi (es. Tachidol, Amoxicillina, Aspi Gola, Aspirina Augmentin, Benagol, Bisolvon Tosse). Lo scorso anno questi erano 750.



Sono dati che vanno però circoscritti. I farmaci ci sarebbero: la carenza dei medicinali "di marca" può essere infatti sovrappedita dagli equivalenti (o generici), disponibili in oltre il 70% dei casi (soprattutto per i farmaci non più in commercio, meno per quelli con problemi produttivi). Se non fosse che in Italia persista ancora una resistenza verso le cure equivalenti, che spesso non vengono nemmeno prescritte. Per capirci, la tendenza è quella di prescrivere il farmaco di marca, e non il principio attivo, la "Tachipirina" e non il paracetamolo. Così, per fare solo un esempio, il Brufen costituisce l'84,7% delle vendite, il suo generico a base di ibuprofene il 15,3%. La corsa al bancone rende così l'accesso alle cure un terno a lotto.

In Europa la penetrazione degli equivalenti nel mercato nel 2022 arriva al 67%, in Italia ci fermiamo al 22%, con una crescita in valore assoluto del numero delle confezioni vendute (1,8 miliardi contro gli 1,7 miliardi del 2021), ma una flessione in termini di incidenza percentuale (-0,6%). Non manca la frammentazione regionale: il ricorso alle cure equi-

valenti continua ad essere privilegiato al Nord, rispetto al Centro e al Sud. In testa per consumi Trento (43,8%), Piemonte (39%) e Friuli-Venezia Giulia (40,9%). In coda Sicilia (22%), Campania (21,4%) e Calabria (21,3%). Un paradosso se pensiamo che, secondo i calcoli di Nomisma, gli italiani avrebbero potuto risparmiare un miliardo di euro curandosi con gli equivalenti (totalmente rimborsabili). I farmaci di marca sono infatti più costosi in ragione dello sforzo economico speso in ricerca e sviluppo. Alla scadenza del brevetto, l'aumento della concorrenza e la congiunturale diminuzione del prezzo permette un accesso alle cure più ampio.

La competizione in Europa cresce intanto sui biosimilari, che sostituiscono i farmaci biologici, prodotti in laboratorio a partire da molecole complesse (originate da microrganismi, cellule animali o umane) e che comprendono diverse categorie, tra cui gli anticorpi monoclonali. Vengono utilizzati nel trattamento della sclerosi multipla e di alcune tipologie di tumore, ma anche di malattie infiammatorie, autoimmuni, neurologiche e degenerative. Da circa dieci anni i biologici crescono in Europa più velocemente rispetto ai non biologici e, secondo Iqvia, rappresentano il 35% della spesa farma-

ceutica. I biosimilari permettono l'ampliamento della platea dei pazienti che possono accedere a terapie spesso costose, generando un risparmio per i Servizi sanitari europei di circa 30 miliardi di euro. Ma non per tutti i farmaci biologici esistono ancora dei corrispondenti biosimilari. La sfida è imminente: nei prossimi cinque anni si raggiungerà il numero più alto di scadenze brevettuali, e c'è il rischio che alcuni biologici rimarranno orfani.

I produttori di equivalenti e biosimilari, se non supportati con politiche mirate, potrebbero infine non riuscire a far bilanciare i conti tra costi di produzione e ricavi. Secondo Nomisma si trovano "stretti in una morsa tra l'aumento dei prezzi di approvvigionamento lungo l'intera catena del valore da una parte e la pressione al ribasso dei prezzi finali dall'altra". Insomma, i primi a sparire dagli scaffali delle farmacie potrebbero essere proprio i farmaci con il prezzo più basso.

MOLECOLE

La competizione in Europa cresce sui biosimilari, che sostituiscono i farmaci biologici, prodotti in laboratorio a partire da molecole complesse



IL DETTAGLIO

ORIGINE BIOLOGICA E NON BIOLOGICA ECCO LA DIFFERENZA

I farmaci di marca hanno origine biologica o non biologica. Alla scadenza dei brevetti altre aziende possono produrre farmaci sovrapponibili per principio attivo ed efficacia. Gli equivalenti (o generici) sostituiscono i farmaci non biologici, i biosimilari quelli biologici. Questi derivano da molecole complesse, per cui possono presentare differenze minori, dovute alla variabilità naturale. Per questa ragione, mentre la sostituzione degli equivalenti è a discrezione del paziente o del farmacista, i biosimilari necessitano di prescrizione medica.

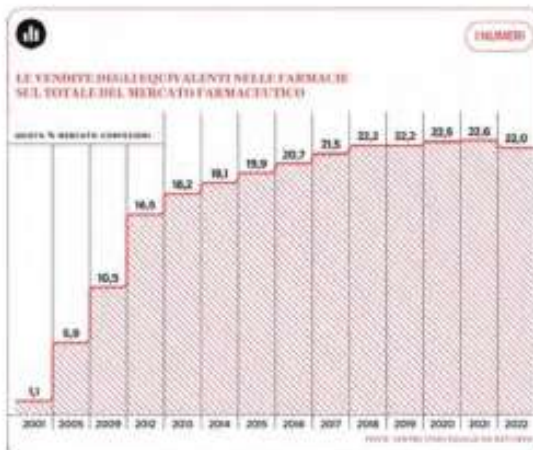
67% **26%**

In Europa gli equivalenti sul mercato nel 2022 sono stati il 67%

In dieci anni sono scomparsi il 26% dei farmaci equivalenti

1,8

I miliardi di confezioni di equivalenti vendute in Italia



L'ANALISI

“E sui biosimilari si può fare di più”

Forestiere (Sandoz Italia): “Si tratta di prodotti importanti non solo nelle fasi di urgenza, ma necessari per garantire sostenibilità e l'accesso alle cure al paziente”. Il caso della differenza tra territori regionali virtuosi e altri che lo sono meno

La produzione di farmaci biosimilari ed equivalenti è importante non solo nelle fasi di urgenza, ma è necessaria per garantire sostenibilità e accesso alle cure al paziente. Un esempio è dato dai biosimilari: da uno studio recente è emerso che sono più di 130 mila i pazienti in Italia, eleggibili per patologia al trattamento con biologico che non vengono trattati anche per ragioni di costo». Sono le parole di Marco Forestiere, country head Sandoz Italia che, dopo il recente scorporo da Novartis, spiega gli obiettivi dell'azienda e di come questa si inserisce nel mercato degli equivalenti e dei biosimilari. Sandoz in Italia opera con un portfolio differenziato che include diverse aree terapeutiche, tra cui reumatologia, dermatologia, gastroenterologia, oncologia, nefrologia, cardiologia, neurologia, terapia del dolore. Quest'anno entra nell'area della neurologia con un generico per la sclerosi multipla, mentre si prepara al lancio del primo biosimilare in Italia per questa patologia. Nell'ambito dei biosimilari, infatti, l'azienda è già presente nel nostro Paese con otto molecole e intende puntarci ancora.

«Con i biosimilari generiamo un risparmio di 600 milioni di euro al Servizio sanitario nazionale, che può essere reinvestito per estendere l'accesso alle terapie più adeguate, in innovazione e in servizi al paziente». I risparmi derivanti dall'uso dei biosimilari stimati da Iqvia sono frutto della combinazione di

due fattori: il prezzo più basso rispetto a quello del farmaco di riferimento e la concorrenza fra diversi farmaci simili che spinge a una maggiore competitività.

«Se per quanto riguarda gli equivalenti in Italia abbiamo una penetrazione più bassa rispetto all'Europa, pari ad appena il 22% del mercato farmaceutico, sui biosimilari non siamo messi male. Questa categoria di farmaci ha assorbito circa il 50% del mercato in Italia, ma ci sono margini di miglioramento. C'è poi un tema di territorialità: la penetrazione non è uguale in tutte le Regioni. Ad esempio Piemonte e Liguria figurano tra le regioni più virtuose mentre Lombardia, Sardegna e Calabria restano in coda».

Un altro ramo portante del business di Sandoz è costituito dagli antibiotici che, come riportato anche nell'ultima lista (al primo dicembre 2023) dei medicinali carenti stilata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), continuano a scarseggiare. Ma cosa accade nelle fasi emergenziali? «In Sandoz intendiamo il valore e la cura come un discorso di so-



stenibilità di lungo periodo. Andando oltre l'emergenzialità, è importante lavorare con le istituzioni e tutti gli stakeholder in ambito più strategico affinché si creino le giuste condizioni di sostenibilità della filiera, a beneficio di un uso sempre più equo, corretto e responsabile dei farmaci».

Insomma, occorre pensarci prima. A questo proposito, la fabbrica di Kundl, in Austria, è un sito produttivo strategico per gli antibiotici e, in particolare, per quelli a base di penicillina. In un contesto di sempre maggiore dipendenza da Cina e India per la produzione dei principi attivi, Kundl rappresenta l'unica produzione di penicillina integrata verticalmente rimasta in Europa: «Abbiamo rafforzato la nostra produzione con un investimento di 150 milioni di euro e siamo in grado di fornire 200 milioni

di confezioni di antibiotici a pazienti in 100 mercati in tutto il mondo. Questi farmaci devono essere sempre presenti».

Con un Servizio sanitario nazionale sotto pressione, la medicina di base e il ruolo del farmacista diventa intanto sempre più importante, anche nell'aumentare la diffusione e la consapevolezza sulle cure equivalenti: «Il ruolo del farmacista è fondamentale per noi, perché è l'anello che congiunge il medico e il paziente sul territorio. Raggiungiamo più di 8.000 farmacie con i nostri prodotti e servizi. Con il programma S-by Sandoz abbiamo creato un insieme di iniziative per essere al fianco dei farmacisti territoriali. Da una parte c'è l'offerta formativa, dall'altra aiutiamo a creare nuovi servizi che contribuiscono a togliere un po' di carico al Servizio sanitario nazionale che

sta cercando di ripotenziare la medicina di base».

L'azienda non è però immune all'aumento dei costi di produzione: «Presidiamo un mercato critico nel quale c'è competizione, volatilità e frammentazione. Vogliamo avvicinarci al mondo delle istituzioni e del terzo settore per riuscire a rafforzare il dialogo e creare condizioni più sostenibili per garantire la continuità di cura. Quello che manca in Italia rispetto ad altri Paesi europei è una strategia di lungo periodo. Auspico che la sanità venga messa al centro dell'agenda politica e che smetta di essere percepita solo come un costo», conclude Forestiere. - j. m. c.



MARCO FORESTIERE
Country Head
Sandoz Italia
"È importante lavorare con le istituzioni e tutti gli stakeholder in ambito più strategico"

150

I milioni di investimento per la produzione di penicillina integrata

