



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

20 FEBBRAIO 2024

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



Hospice pediatrico, in Sicilia l'unico operativo è al Garibaldi di Catania

Con cinque posti letto per ospitare piccoli pazienti provenienti da tutta l'Isola. La responsabile: «Sarebbe importante una rete sul territorio»

20 Febbraio 2024 - di [Caterina Ganci](#)

Un ponte ideale tra l'ospedale e il domicilio: è questa la funzione dell'**hospice pediatrico** che accoglie bambini con necessità assistenziali complesse, per istruire i genitori alle cure, per eseguire controlli, per dare sollievo alla famiglia o per assistere nei giorni di fine vita del paziente. A 14 anni di distanza dalla **legge 38/2010** che ha sancito il diritto alle cure palliative pediatriche, si stima che ne abbia effettivamente accesso una quota esigua di bambini eleggibili, le motivazioni sono diverse. **In Sicilia** l'unico hospice si trova nell'ospedale **Garibaldi** di Catania con cinque posti letto per ospitare piccoli pazienti provenienti da tutta l'Isola. In passato, l'assessorato regionale alla Salute aveva prospettato l'ipotesi dell'apertura di un hospice pediatrico a Palermo, per accogliere i piccoli pazienti della Sicilia occidentale, ma a oggi non si ha notizia. Oltre la mancanza dei posti, a creare grossi disagi sono le distanze che le famiglie devono percorrere per raggiungere il luogo. A prevedere la nascita degli hospice è sempre la stessa legge che, a sua volta, stabilisce la realizzazione di una rete delle **terapie del dolore** e delle cure palliative nelle regioni d'Italia. E sempre in Sicilia, quella pediatrica sembrerebbe non decollare: va potenziata con la formazione di un'equipe multidisciplinare. Il suo funzionamento, di conseguenza permetterebbe la velocizzazione delle dimissioni dei pazienti dagli hospice. La **prossimità** è una prerogativa del futuro della sanità pubblica e del Servizio Sanitario Nazionale per avvicinare la tutela della salute a ogni persona. Abbiamo approfondito l'argomento con **Rosaria Maria Basile**, responsabile Hospice pediatrico Cure Palliative **"Casa del bambino"** Garibaldi di Catania, nato nel 2017. «L'hospice di Catania è l'unico in Sicilia - afferma - Ci sono delle difficoltà legate alla vasta estensione della regione, pertanto è difficile assicurare assistenza anche nelle zone occidentali. Abbiamo **circa 250 pazienti in carico**, suddivisi tra ricoveri ordinari, day hospice e ambulatorio, arrivano da diverse parti della Sicilia. Assicurare assistenza a domicilio è la funzione



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

della rete pediatrica ma come in molte regioni italiane la situazione è agli inizi, c'è molta buona volontà e le leggi sono valide, nel rispetto del bimbo inguaribile e nel sostegno della famiglia basterebbe attuarle per risolvere». **«La rete è molto carente:** servono équipe multidisciplinari formate e dedicate al paziente pediatrico. Poi, l'attivazione degli ambulatori in tutte le provincie sarebbe un grosso passo avanti- afferma la dott.ssa Basile- **Al Garibaldi** di Catania abbiamo aperto a febbraio 2021 l'ambulatorio per le cure palliative pediatriche con particolare attenzione alla **disfagia**, da poco ampliato con la figura della neuro-psicomotricista e musico terapeuta. È stato un traguardo importante per i bambini che hanno problemi psico-motori». La legge prevede la costituzione di una **rete di presa in carico** dei bambini che hanno bisogno di cure palliative pediatriche, allo scopo di rispondere nel modo migliore possibile a tutti i loro bisogni ma a distanza di anni, da quando è stata prevista in Sicilia, non tutti i punti sono a regime, emerge un'assenza di interconnessione tra i nodi. Le reti operano attraverso **tre setting di cura:** a livello ospedaliero, dove sono attivi i due setting di cura classificati come Centri di diversa complessità denominati Hub e Spoke; a livello ambulatoriale, domiciliare e residenziale. **«L'hospice è realizzato a misura di bambino-** spiega la dottoressa Basile- con spazi, luoghi e arredi adeguati alle diverse età e nel quale vengono rispettate e promosse le relazioni familiari e amicali. Accoglie bambini che possono giovare di cure palliative pediatriche, per brevi periodi. Sono bambini speciali, con diagnosi di malattia inguaribile, ma con aspettative di vita variabile, a volte anche di molti anni. Necessitano di una grande complessità assistenziale». Il dolore nel bambino è un sintomo frequente e le **cure palliative pediatriche** possono aiutarlo. «Migliorano la qualità di vita sia del bambino, sia della famiglia- commenta la responsabile dell'hospice- Trattare il sintomo dolore con terapia adeguate è un obiettivo fondamentale per assicurare una buona qualità di vita. I bambini che si trovano in hospice sono pazienti affetti da una **patologia cronica inguaribile** come le malattie neurodegenerative, metaboliche, genetiche, cromosomiche, post infettive e anossiche. L'età varia da 0 a 18 anni ma ci sono delle variabili che dipendono dalle patologie, infatti, abbiamo dei pazienti anche di 25 anni. Le esigenze sono diverse in base all'età e alla patologia. **La dottoressa Basile aggiunge:** «Le tipologie di ricovero in hospice pediatrico sono quattro: **l'abilitazione del caregiver** è il motivo più ampio per il quale non è possibile stabilire la durata, perché è un percorso soggettivo che dipende dal genitore che deve sentirsi pronto per tornare a casa. Dopo che i bambini sono dimessi dai reparti, dovrebbero rientrare a casa ma i familiari prima devono essere abilitati a utilizzare i presidi che servono ad avere cura del paziente. Un'altra tipologia di ricovero, per esempio, è il **follow up**, in questo caso è possibile accogliere in hospice pediatrico il bambino e i genitori in condizioni di stabilità clinica per una valutazione periodica di tutti i bisogni del bambino e della famiglia». Poi, qualora non sia possibile garantire un'adeguata assistenza dei giorni di fine vita a domicilio, è previsto il **ricovero di terminalità** in cui si accoglie la famiglia e si cerca di rispondere a



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

tutti i bisogni del bambino, compresi quelli psicologici e spirituali e relazionali con i parenti e gli amici. Infine, nell'hospice è possibile eseguire un **ricovero di sollievo**, per consentire ai genitori con i fratelli e le sorelle di avere un breve periodo di sollievo. «L'hospice è un **centro residenziale** che mima la casa per fare in modo che la famiglia si abitui a svolgere una vita normale prendendosi cura del bambino con esigenze speciali. I tempi di permanenza non sono programmabili, quindi, se un bambino resta a lungo in hospice, diventa un problema perché i posti sono pochi e a quel punto dobbiamo trovare altre soluzioni. Far nascere **la rete sul territorio**— pone l'accento la dottoressa Basile— significa avere un supporto in più e si riuscirebbe a dimettere prima il bambino, perché se ci fosse **un'equipe multidisciplinare** domiciliare questo garantirebbe un'assistenza continuativa alla famiglia che si sentirebbe più sicura. L'hospice non è un centro di riabilitazione ma dà la possibilità di migliorare la qualità di vita e questo si fa controllando i sintomi».

Sanità pubblica Con le nuove tariffe oculistica ko

Bartoloni e Gobbi — a pag. 22

Esami e visite: le nuove tariffe rischiano di slittare a luglio

L'allarme. Il nuovo tariffario della specialistica ambulatoriale in vigore dal 1° aprile non è sostenibile per le strutture che lavorano con il Ssn: tra gli effetti il taglio delle prestazioni e il boom delle liste d'attesa

I rimborsi per le visite specialistiche scendono da 23 a 18 euro mentre i tagli delle tariffe su risonanze e Tac crollano fino al 35%

**Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi**

Per le nuove tariffe del Ssn su visite ed esami è tutto da rifare. Sono inapplicabili e non sostenibili per chi lavora con il Ssn visto che solo le visite specialistiche calano dai 23 al 18 euro mentre per risonanze, tac e diagnostica per immagini il crollo è fino al 35%. Ecco perché dopo lo slittamento al 1 aprile (dovevano entrare in vigore lo scorso 1 gennaio) è alle porte un nuovo rinvio a luglio o addirittura a fine anno del nuovo tariffario della specialistica ambulatoriale. Il rischio se si applicassero queste tariffe - spiegano i privati che lavorano per il Ssn - è una drastica riduzione delle prestazioni e dunque l'esplosione delle liste d'attesa. Con la revisione delle tariffe potrebbero essere rinviate anche le nuove prestazioni a carico del Ssn come la procreazione assistita, nuovi test genetici e terapie oncologiche all'avanguardia attese dagli italiani da molto tempo.

Da 7 anni oltre 3mila tra prestazioni ambulatoriali e protesiche attendono infatti di essere nuovamente tariffate (cioè "prezzate"). Sono i Livelli essenziali di assistenza o Lea, le cure che il Servizio sanitario pubblico è tenuto a dare a tutti i cittadini gratis o con pagamento di ticket, nel Ssn o tramite centri privati accreditati. Dopo anni di stand-by, di tira-e-molla tra governo e Regioni sulle risorse da assegnare a questa che è l'ossatura della sanità pubblica, pareva che fosse finalmente arrivato il momento dell'entrata in vi-

gore delle nuove tariffe, il prossimo 1 aprile dopo un ultimo rinvio decretato a fine anno. E invece no: la sofferta lista dei nuovi Lea inciampa di nuovo sui tariffari. Tanto che il ministero della Salute che sta lavorando d'urgenza ai possibili correttivi di questo dossier - che va detto è stato ereditato dal passato - sta valutando un ulteriore slittamento a fine giugno o addirittura a inizio 2025. Il ministro della Salute Orazio Schillaci al momento del varo aveva parlato di un successo promettendo un aggiornamento molto più rapido e costante dei Lea, adeguato all'innovazione tecnologica. Ora, però, il meccanismo pare di nuovo incepparsi.

Per la specialistica ambulatoriale parliamo di prestazioni che vanno dagli screening neonatali alla diagnostica per immagini di altissima precisione: in tutto ben 2.108 voci di assistenza che solo alcune Regioni hanno cominciato a erogare pure in assenza del nuovo tariffario, mentre il precedente risale (con successivi aggiornamenti) addirittura al 1996. Per la protesica, le voci rideterminate sulla base dei Lea 2017 sono 1.063 ma anche in questo caso l'innovazione tecnologica deputata a migliorare la vita di milioni di disabili rischia di restare ancora orfana di tariffe (si veda altro articolo).

A protestare sono soprattutto le strutture private accreditate, che lamentano - non possono rischiare di andare in deficit applicando le nuove, inadeguate, tariffe. «Auspico che il Governo prima di applicare queste tariffe si prenda tutto il tempo necessario per condurre uno studio serio sulla loro applicazione e sui loro effetti - afferma il vicepresidente Aiop (l'associazione per l'ospedalità privata) Gabriele Pelissero -. Un conto sono i nuovi Lea, che siamo tutti d'accordo entrino in vigore; altro conto è la sostenibilità

delle tariffe, a cominciare da una giusta remunerazione della prestazione professionale, per cui vanno trovate coperture adeguate».

«Non ci siamo. Se la strada per abbattere le liste di attesa è quella intrapresa dal Governo, a partire dall'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali specialistiche e protesiche, sarà un disastro per i pazienti: le liste di attesa si raddoppieranno», avverte Padre Virginio Beber Presidente delle strutture gestite da enti ecclesiastici riunite nell'Aris (262 centri tra i quali ci sono eccellenze come il Gemelli di Roma o le strutture del Fatebenefratelli). Il presidente dell'Aris sottolinea gli effetti del nuovo tariffario che a esempio taglia la risonanza muscoloscheletrica da 177,65 euro a 115,80 (-34,8%) o la risonanza della colonna da 154,40 a 115,80 (-25%) e la tac del torace da 86,25 a 77,65 euro (-10%): «Se sarà applicato così come è stato approvato metterà in seria difficoltà le istituzioni accreditate poiché dovrebbero erogare prestazioni che costano quasi il doppio di quanto rimborsato». Il rischio è che queste strutture che erogano milioni di prestazioni per il Ssn le dimezzino con un effetto esplosivo sulle liste d'attesa.

Da Anna Lisa Mandorino, segretaria nazionale di Cittadinanzattiva arriva infine una proposta: «Anzi che rallentare ulteriormente il pro-



cesso per definire tariffe più congrue, che pure è verosimile vadano rivalutate per alcune prestazioni, sarebbe più opportuno accelerarlo così da consentire una verifica sul campo dei tariffari e intanto prevedere, come ha annunciato il ministro, una revisione frequente e continua delle prestazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PRIMI DATI SUI LEA

Cure essenziali, metà Regioni non le garantisce

Più della metà delle regioni non garantisce le cure essenziali: solo 9 su 21 riescono a farlo mentre 12 presentano valori sotto la soglia in almeno una delle tre macro-aree prese in esame (prevenzione, area distrettuale e ospedale). Tra l'altro si registra un peggioramento rispetto all'anno precedente, sempre se verranno confermati i dati preliminari del ministero della Salute sul monitoraggio dei Lea (livelli essenziali di assistenza) del 2022 presentati in una audizione al Senato lo scorso 6 febbraio. Secondo l'analisi per ora parziale sono appunto 12 le Regioni (erano 8 l'anno precedente) che non raggiungono la soglia nei tre indicatori considerati. Il Veneto è la Regione con i risultati migliori, seguito da Emilia, e Toscana. Al contrario la Valle d'Aosta è la regione con i dati peggiori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La diagnostica. Il nuovo tariffario interviene anche sulla diagnostica con tagli fino al 35% dei rimborsi per Tac e risonanze.

Personale medico trasporta un paziente verso il pronto soccorso foto di Simone Pacovani/Getty Images



Incurabili

Drammatico rapporto del governo: i livelli essenziali di assistenza sanitaria sono garantiti solo in 8 regioni su 20. In crisi la medicina di prevenzione. Mentre in pianura Padana è record di inquinamento da polveri sottili **pagina 7**

Sanità, dodici regioni sotto il **livello minimo**

Drammatico report del ministero: gli standard essenziali di assistenza garantiti solo in 8 su 20. Le principali carenze nella prevenzione

— segue dalla prima —

■ Il dato drammatico anche se provvisorio è contenuto nelle slide mostrate nel corso di un'audizione in senato da Americo Cicchetti, direttore generale della programmazione sanitaria al Ministero della salute. L'audizione risale al 6 febbraio ma solo ieri ne ha dato conto il sito specializzato *Quotidiano Sanità*.

Cicchetti ha anticipato l'ultimo monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza erogati dalle Regioni, riferito all'anno 2022. Gli indicatori principali sono 22 e fanno riferimento a tre macro-aree - l'attività di prevenzione, l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera - in cui la sufficienza si raggiunge con

un punteggio di 60 su 100. Le Regioni che non adempiono ai Lea rischiano di perdere una quota del finanziamento sanitario governativo pari a circa l'1-2%.

Le criticità ora non riguardano più solo il Mezzogiorno: le nuove Regioni inadempienti sono quelle del nord-ovest (Piemonte e Liguria) e del centro (Lazio e Abruzzo). Da un monitoraggio all'altro passano da tre a sette le Regioni dove i Lea non sono erogati in almeno due aree su tre.

A far aumentare le caselle rosse nella tabella è soprattutto l'area della prevenzione, quella delle coperture vaccinali, degli screening oncologici e dello stile di vita. Le Regioni inadempienti in questo

settore ora sono dieci mentre nel precedente monitoraggio erano solo quattro.

Si registra un peggioramento anche nell'assistenza distrettuale, che prende in considerazione l'efficienza del pronto soccorso, il consumo di farmaci e le cure domiciliari. In questo caso le Regioni sotto soglia passano da quattro a sette. Rimane evi-



dente la spaccatura nord-sud per alcuni indicatori: per l'arrivo di un'ambulanza ci vogliono almeno venti minuti da Perugia in giù; a nord succede solo nell'impervia Val D'Aosta. Assai variabile da nord a sud anche l'impiego improprio di alcuni farmaci-sentinella: meno di tre dosi di antibiotico per abitante in media a Bolzano, quasi otto in Campania e Abruzzo.

C'è invece un miglioramento nell'assistenza ospedaliera, dove al momento si segnala una sola regione insufficiente (la Val d'Aosta) più Piemonte e Basilicata che non hanno inviato i dati al ministero. Nel 2021 le Regioni segnate in rosso in questo settore erano cinque.

È il nord-est l'area in cui la

sanità è più efficiente. Dalla Lombardia al Friuli-Venezia Giulia e scendendo fino a Emilia-Romagna e Marche, stona solo la provincia di Bolzano, dove la percentuale storicamente molto elevata di anti-vaccinisti affossa la valutazione sulla prevenzione.

Anche in Toscana tiene la tradizione di buon livello della sanità a forte prevalenza pubblica. Nel meridione si conferma l'eccezione della Puglia, l'unica regione del sud che garantisce i livelli di assistenza minimi in ogni settore.

Anche confrontando i risultati su un periodo più lungo, il 2022 è stato l'anno di gran lunga peggiore dal 2017. Nemmeno durante la pandemia, infatti, le regioni pro-

mosse in tutte le aree erano state mai meno di undici.

Il servizio sanitario nazionale sembra essere uscito malconco dalla crisi Covid-19, nonostante la retorica che faceva pensare a una nuova centralità per il diritto alla salute. Al contrario, in questi anni sono aumentate solo le inefficienze e le disuguaglianze territoriali ed è impossibile non pensare alle conseguenze potenziali dell'autonomia differenziata.

Il governo però in questi giorni sembra più preoccupato da una nuova tornata di nomine. Nell'ultimo consiglio dei ministri sono stati designati tre dei quattro nuovi capi dipartimenti del ministero della salute, la figura dirigenziale più alta: Giuseppe Celot-

to all'amministrazione, Francesco Saverio Mennini alla programmazione sanitaria, Giovanni Leonardi per il settore «One Health» e i rapporti internazionali.

«Non possiamo non notare come tra di loro, anche questa volta, non ci sia nessuna donna» fa nota in un comunicato la Flepar, l'associazione sindacale dei dirigenti pubblici. Non basterà al riequilibrio la nomina di Anna Teresa Palamara, data in vantaggio sull'attuale dg Francesco Vavia per il vertice del dipartimento della prevenzione, proprio il settore in cui le Regioni sono più indietro.

Andrea Capocci

Sempre peggio: nel precedente monitoraggio la situazione era invertita. Dal Covid sono aumentate le inefficienze e le disparità territoriali. In attesa della autonomia differenziata

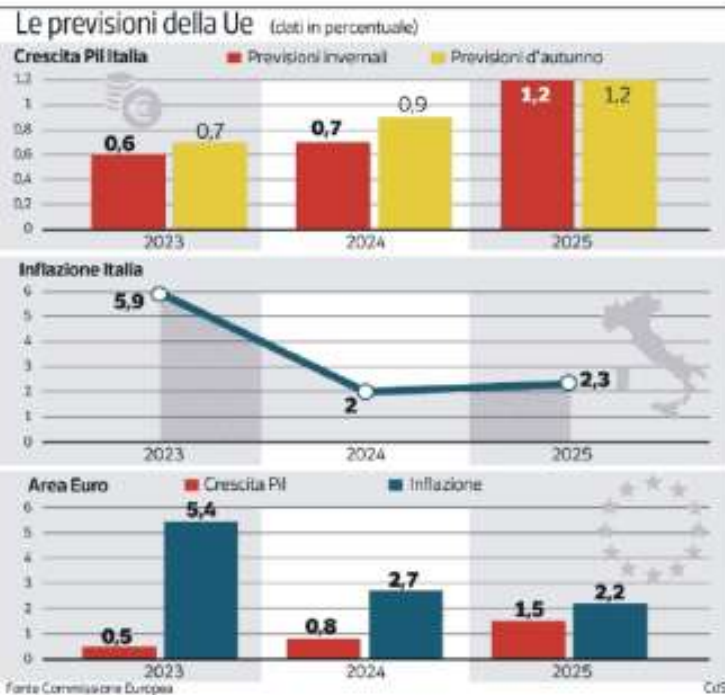


All'interno del pronto soccorso dell'ospedale di Palermo foto Gettyimages



Fisco, bonus, lavoro, sanità Che cosa cambia

ROMA Dall'esonero o rimodulazione dell'Irpef agricola ai medici al lavoro fino a 72 anni. Dalla riapertura dei termini per la rottamazione delle cartelle alla proroga dello scudo erariale per i funzionari pubblici. Con 174 voti favorevoli (111 contrari), la Camera ieri ha approvato la questione di fiducia posta dal Governo sul decreto Milleproroghe, il provvedimento di legge annuale che proroga termini e misure spesso rimaste fuori dalla legge di Bilancio. Con il via libera definitivo a Montecitorio arrivato in serata dopo la fiaccolata a Roma in memoria di Aleksei Navalny, il decreto passa all'esame del Senato. Deve essere convertito in legge entro il 28 febbraio. © RIPRODUZIONE RISERVATA



Chi
C'è la fine
avvicinata
speranza

Il governo
ha deciso
di prorogare
il decreto
Semplificazioni
per limitare
le contestazioni
e la responsabilità
di amministratori,
dipendenti pubblici
e privati per danno
erariale ai soli
casi di dolo, escludendo
così la colpa grave
dei funzionari
pubblici. Viene inoltre
previsto che gli
amministratori (sindaci,
assessori e consiglieri)
dei comuni con più di
15 mila abitanti possano,
ancora per il 2024,
contare sullo stop
alle incompatibilità
previste dalla legge
Severino per l'assunzione
di incarichi in società
o enti di diritto privato,
controllati dalla pubblica
amministrazione.

Con
Bene parole
stessa (o) meno
La legge è stata

Il governo
ha deciso
di prorogare
il decreto
Semplificazioni
per limitare
le contestazioni
e la responsabilità
di amministratori,
dipendenti pubblici
e privati per danno
erariale ai soli
casi di dolo, escludendo
così la colpa grave
dei funzionari
pubblici. Viene inoltre
previsto che gli
amministratori (sindaci,
assessori e consiglieri)
dei comuni con più di
15 mila abitanti possano,
ancora per il 2024,
contare sullo stop
alle incompatibilità
previste dalla legge
Severino per l'assunzione
di incarichi in società
o enti di diritto privato,
controllati dalla pubblica
amministrazione.

Con
Fiducia
c'è un passo
in più verso

Il governo
ha deciso
di prorogare
il decreto
Semplificazioni
per limitare
le contestazioni
e la responsabilità
di amministratori,
dipendenti pubblici
e privati per danno
erariale ai soli
casi di dolo, escludendo
così la colpa grave
dei funzionari
pubblici. Viene inoltre
previsto che gli
amministratori (sindaci,
assessori e consiglieri)
dei comuni con più di
15 mila abitanti possano,
ancora per il 2024,
contare sullo stop
alle incompatibilità
previste dalla legge
Severino per l'assunzione
di incarichi in società
o enti di diritto privato,
controllati dalla pubblica
amministrazione.

Uffici pubblici
Scudo erariale
di altri sei mesi
per i funzionari

Per gli amministratori pubblici arriva la proroga di sei mesi del cosiddetto «scudo erariale», che avrà durata fino al prossimo 31 dicembre. Lo scudo era stato introdotto dal governo Conte con il decreto Semplificazioni, per limitare le contestazioni e la responsabilità di amministratori, dipendenti pubblici e privati per danno erariale ai soli casi di dolo, escludendo così la colpa grave dei funzionari pubblici. Viene inoltre previsto che gli amministratori (sindaci, assessori e consiglieri) dei comuni con più di 15 mila abitanti possano, ancora per il 2024, contare sullo stop alle incompatibilità previste dalla legge Severino per l'assunzione di incarichi in società o enti di diritto privato, controllati dalla pubblica amministrazione.



An.Duc.
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Agricoltura
Agevolazioni Irpef
confermate
anche per il '24-'25

Dopo giorni di proteste e di trattative in strada il governo ha accordato agli agricoltori una proroga dell'agevolazione Irpef per il biennio 2024-2025. Il vantaggio è in realtà parziale, poiché l'esenzione per i redditi agrari e dominicali vale soltanto fino a 10 mila euro, mentre per le somme superiori, ed entro il limite di 15 mila euro, l'agevolazione si applicherà in misura limitata e sarà pari al 90% dell'Irpef dovuta. Nell'ottica di una normalizzazione dei rapporti con il mondo agricolo il governo ha, inoltre, concesso di posticipare di sei mesi, cioè fino al prossimo 30 giugno, l'obbligo di assicurare i trattori che non circolano in strada. La misura secondo Coldiretti interessa potenzialmente circa 2 milioni di trattori e macchine agricole.



An.Duc.
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vaccini
Nuova sospensione
per tutto il 2024
delle multe ai no vax

Ancora un rinvio, il terzo consecutivo, del pagamento delle multe per i no vax. Il decreto legge Milleproroghe, grazie a un emendamento della Lega, presentato da Alberto Bignai, dispone la sospensione fino al 31 dicembre della multa di 100 euro per chi non ha rispettato l'obbligo di vaccinazione contro il Covid, in vigore da gennaio al 15 giugno 2022, che riguardava over 50, personale sanitario (obbligo per tutto il 2022), scolastici, le forze dell'ordine e altre categorie. In tutto sono circa 1,7 milioni le persone che hanno violato l'obbligo e lo Stato dovrebbe quindi incassare, al netto delle contestazioni, più di 150 milioni di euro. Ma, semmai, se ne parlerà nel 2025. La norma è passata in commissione tra forti contestazioni.



Enr. Ma.
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Con
Casi agricoli
principali
L'idea è di dare

Il governo
ha deciso
di prorogare
il decreto
Semplificazioni
per limitare
le contestazioni
e la responsabilità
di amministratori,
dipendenti pubblici
e privati per danno
erariale ai soli
casi di dolo, escludendo
così la colpa grave
dei funzionari
pubblici. Viene inoltre
previsto che gli
amministratori (sindaci,
assessori e consiglieri)
dei comuni con più di
15 mila abitanti possano,
ancora per il 2024,
contare sullo stop
alle incompatibilità
previste dalla legge
Severino per l'assunzione
di incarichi in società
o enti di diritto privato,
controllati dalla pubblica
amministrazione.

Con
Vede il lavoro
C'è un passo
in più verso

Il governo
ha deciso
di prorogare
il decreto
Semplificazioni
per limitare
le contestazioni
e la responsabilità
di amministratori,
dipendenti pubblici
e privati per danno
erariale ai soli
casi di dolo, escludendo
così la colpa grave
dei funzionari
pubblici. Viene inoltre
previsto che gli
amministratori (sindaci,
assessori e consiglieri)
dei comuni con più di
15 mila abitanti possano,
ancora per il 2024,
contare sullo stop
alle incompatibilità
previste dalla legge
Severino per l'assunzione
di incarichi in società
o enti di diritto privato,
controllati dalla pubblica
amministrazione.



DECRETO IN GU

Osteopati, la laurea è pronta

Il corso di laurea in osteopatia è pronto a partire. E con lui la conclusione del riconoscimento della professione come sanitaria. Nella Gazzetta ufficiale n. 39 del 16 febbraio, infatti, è stato pubblicato il decreto del ministero dell'università e della ricerca che, dopo sei anni di attesa, istituisce nell'ordinamento didattico il corso di laurea in osteopatia. Si tratta del penultimo tassello di un percorso partito dalla legge 3/2018 (la cosiddetta legge Lorenzin) che ha riformato il mondo delle professioni sanitarie in Italia. Ad oggi, infatti, manca un ultimo decre-

to, relativo alle equipollenze.

Grande soddisfazione dalla categoria, in particolare dal Roi, il registro degli osteopati d'Italia, che da anni chiedeva a gran voce ai vari governi un intervento decisivo sul tema. «L'osteopatia arricchirà con il suo specifico approccio il panorama delle professioni sanitarie, finalmente tra le possibili scelte degli studenti italiani ci sarà in futuro anche la laurea triennale in discipline osteopatiche», ha dichiarato Paola Sciomachen, presidente Roi. «Tra gli effetti positivi di questo provvedimento ci sono an-

che quelli che riguardano la ricerca scientifica in campo osteopatico, che potrà essere ulteriormente rilanciata proprio grazie all'integrazione nell'ordinamento universitario».

Nel decreto vengono riportate le definizioni del dpr 131/2021, secondo il quale l'osteopata è quel professionista sanitario che svolge, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, interventi di prevenzione e mantenimento della salute attraverso il trattamento osteopatico di disfunzioni somatiche non riconducibili a patologie nell'ambito dell'apparato muscolare scheletri-

co. Ora, come detto, manca un ultimo passaggio, come spiega Sciomachen: «la nostra attenzione è rivolta all'ultimo passaggio, di fondamentale importanza. Mi riferisco naturalmente al decreto sulle equipollenze molto atteso da tutta la categoria».

— © Riproduzione autorizzata — ■



Il dibattito

Fine vita, il diritto (ancora negato) alle cure palliative

Giovanna Razzano *

«**T**u sei importante perché sei tu, e sei importante fino all'ultimo momento della tua vita». Così Cicely Saunders, la donna che fondò la medicina palliativa, riempiva di speranza i suoi pazienti terminali, riconoscendogli la dignità che persiste, inalienabile, fino alla morte (e anche oltre). Lo ha ricordato il recente parere del Comitato Nazionale di Bioetica sulle cure palliative, raccomandando a tutte le istituzioni di promuovere questo diritto, che effettivo ancora non è, malgrado la legge 38 del 2010 e l'inserimento delle cure palliative e della terapia del dolore nei Lea, i livelli essenziali di assistenza che dovrebbero essere assicurati per tutto il territorio nazionale in condizioni di uguaglianza. Queste cure offrono un pallium - un mantello - per recare sollievo non solo ai sintomi della malattia, ma a tutti gli aspetti fisici, psichici, sociali e spirituali della cura.

Diceva la Saunders ai medici, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali del suo hospice: «Non preoccupiamoci di aggiungere più giorni alla vita, ma di dare più vita ai giorni». Quanto poi questo diritto si leghi alla

questione del suicidio assistito, lo ha scritto a chiare lettere la nota sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale: «Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente». Altrimenti - ha detto la Corte - «si cadrebbe nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza prima avere assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative», che sono «una priorità assoluta per le politiche della sanità». Sono ancora troppi, infatti, coloro che non possono avvalersene.

Qual è, allora, il vuoto da colmare prioritariamente nel fine vita? Fornire l'assistenza al suicidio e l'eutanasia, come ha auspicato Tommaso Frosini da queste colonne (lo scorso 15 febbraio), oppure garantire l'assistenza palliativa e la terapia del dolore? L'esperienza dei medici e dei professionisti della sanità impegnati sul campo, come si legge nel parere del Cnb, evidenzia che in moltissimi casi queste cure preven- gono le richieste di morire. Né va dimenticato che quella sentenza della Corte costituzionale ha ribadito che l'aiuto al suicidio resta un reato, salvo alcuni casi estremi,

mentre le cure palliative sono un diritto che anche l'Organizzazione mondiale della sanità considera fondamentale per garantire la dignità e la qualità di vita dei pazienti. Perché non cominciare dai veri diritti? Perché alterare le parole della sentenza della Corte, che si è limitata «a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio in alcuni casi, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici» e ricavarne, invece, un presunto diritto di morire? Da ultimo, dopo essersi rassegnato all'evidenza, ossia al fatto che le regioni non sono competenti a fare leggi in materia, qualcuno ha riesumato il «testo Bazoli» della scorsa legislatura sulla morte medicalmente assistita, il quale, però, fa lo stesso errore: trasformare la non punibilità dell'aiuto al suicidio in casi estremi in un sistema di prestazioni sanitarie obbligatorie.

Sorprende tanta solerzia nel garantire «tempi certi» per dare la morte a chi, magari, non ha neppure avuto la possibilità di ricevere terapie palliative o servizi di assistenza psicologica che promuovano ogni azione di sostegno al paziente (come indica la l. n. 219/2017). Forse perché i «tempi certi», per le cure vere, non ci sono. Lo

sanno bene i pazienti e i familiari di tante regioni, fra cui la Campania, dove i dati mostrano carenze notevoli nell'assistenza domiciliare, nella «presa in carico», nei posti letto in hospice, nei palliativisti dedicati (dati Agenas). Un giorno, nel 1960, sir Leonard Colenbrook, presidente della Euthanasia Society di Londra, dopo una visita al St Joseph Hospice confessò a Cicely Saunders che l'impegno della propria associazione sarebbe divenuto vano se i morenti avessero trovato la risposta delle cure palliative.

** Ordinario di Diritto costituzionale
Università La Sapienza
e componente del Comitato nazionale di bioetica*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tumori cerebrali, le tecnologie per sviluppare nuove terapie

I progetti. Il potenziale rivoluzionario degli organoidi e degli organi su chip che simulano la malattia, identificando la terapia più promettente per il paziente, riducono effetti collaterali e costi per il Ssn

Michela Moretti

Se fossimo in grado di indurre la crescita di un tumore cerebrale in laboratorio partendo da cellule sane, o di prendere una piccola porzione del tumore di un paziente e tenerla in vita per studiarla al microscopio, potremmo capire molti aspetti di come si sviluppano queste patologie in base alle mutazioni genetiche occorse; saremmo in grado di comprendere quali geni le rendono così aggressive, e raccogliere molte altre informazioni utili per cercare di salvare vite umane. E potremmo testare su quelle stesse cellule diverse terapie, per poter consigliare in breve tempo al paziente quale è la più efficace in base al suo tumore, e svilupparne di nuove, più efficaci e personalizzate.

Le tecnologie e le metodologie che abbiamo oggi rendono questa visione non solo possibile, ma anche già praticabile e sostenibile. Lo sostiene Gianni Ciofani, responsabile della Linea di Ricerca Smart Bio-Interfaces dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit) della sede di Pontedera. Una convinzione condivisa da Benedetta Artegiani, ricercatrice al Princess Máxima Center for Pediatric Oncology di Utrecht, che ha appena concluso un importante studio in vitro sui tumori cerebrali infantili.

«L'approccio di utilizzare tessuti tumorali asportati durante interventi chirurgici per coltivarli sui cosiddetti organi su chip e sottoporli a screening per identificare il trattamento più efficace è qualcosa che stiamo sperimentando nei nostri laboratori», spiega Ciofani, che il prossimo luglio avvierà BiScuit, terzo di una serie di progetti finanziati dallo European Research Council, per testare l'efficacia di farmaci e nanoparticelle all'interno di un ambiente che simula fedelmente tutte le proprietà biologiche della barriera ematoencefalica.

Mentre il gruppo di Ciofani all'Iit sta sviluppando modelli in vitro al-

tamente sofisticati a partire dal tumore cerebrale asportato dal paziente, Benedetta Artegiani ha creato, insieme al padre degli organoidi Hans Clevers, e alla collega Delliha Hendriks, diversi organoidi cerebrali originati da tessuto sano, i primi al mondo di questo tipo; questi organoidi sono stati poi modificati utilizzando l'editing genetico Crispr Cas-9, per introdurre le stesse mutazioni genetiche osservate nei bambini con tumori cerebrali.

«Ad Utrecht il nostro gruppo sta per cominciare la sperimentazione delle terapie esistenti contro i tumori cerebrali infantili su una grande quantità di organoidi di tumore con diverse variazioni genetiche, che noi stessi abbiamo generato - spiega Artegiani -. Questi organoidi, grazie alle modalità utilizzate per la loro realizzazione, possono mimare le caratteristiche del tessuto cerebrale fetale umano a livello di singola cellula. Attraverso l'espansione del pannello di mutazioni e i test di nuove terapie, miriamo a identificare le strategie terapeutiche più efficaci, personalizzate sul profilo genetico del tumore». Il gruppo di Utrecht conta di testare tra i 10 e i 20 farmaci.

Il potenziale rivoluzionario degli organoidi e degli organi su chip sta anche nel fatto che questi modelli, identificando il trattamento più promettente per il paziente specifico, evitano di sottoporlo a terapie aggressive, come le chemioterapie, che nel suo caso non porterebbero a benefici terapeutici. «Questo approccio non è solo teoricamente valido ma è anche fattibile entro le tempistiche cliniche standard - sottolinea Ciofani -. La maggior parte dei pazienti non inizia la chemioterapia subito dopo l'intervento chirurgico di asportazione del tumore cerebrale; vi è un intervallo di tempo, spesso di 3-4 settimane, che può essere sfruttato per coltivare gli organoidi, eseguire lo screening dei farmaci e ottenere dati preziosi per guidare la scelta terapeutica».

Ma qual è la sostenibilità di un simile approccio, data la varietà di tumori da trattare, i costi di questa tecnologia avanzata, le competenze e le risorse necessarie per implementare questi protocolli? «Sono convinto che, con la standardizzazione dei protocolli e l'ottimizzazione dei processi, questa metodologia non solo diventerà sostenibile ma potrà anche contribuire a un notevole risparmio per i sistemi sanitari. Il passaggio da un approccio "taglia unica" a terapie personalizzate, basate su dati scientifici solidi ottenuti attraverso gli organoidi, potrebbe ridurre significativamente i costi associati ai trattamenti inefficaci e agli effetti collaterali, migliorando al contempo gli esiti per i pazienti».

Inoltre, aggiunge Ciofani, l'adozione di queste tecnologie innovative può accelerare la ricerca e la scoperta di nuove terapie mirate, ampliando le opzioni disponibili per i pazienti affetti da tumori cerebrali, che ad oggi purtroppo non sono molte. «Con i nostri organoidi abbiamo un'opportunità unica per studiare la biologia del cervello e i meccanismi alla base dei tumori cerebrali infantili in un contesto che riflette più fedelmente la complessità del tessuto originale - afferma Artegiani da Utrecht -. È importante sottolineare che tutto il nostro lavoro viene svolto con la massima attenzione agli aspetti etici, in stretta collaborazione con esperti di bioetica. La combinazione con le tecniche di editing genetico come Crisp-Cas9 apre poi nuove possibilità. La nostra speranza e certezza è che con questa tecnologia possiamo fare significativi passi avanti nella lotta contro queste devastanti malattie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il potenziale delle cellule T nel cancro al cervello **Immunoterapia** Gli studi

I tumori cerebrali, in particolare quelli pediatrici e il glioblastoma negli adulti, rappresentano una sfida clinica notevole a causa della loro complessità e della difficoltà di trattamento. Recenti scoperte stanno confermando che l'immunoterapia potrebbe essere utilizzata con successo su questi tumori.

L'Istituto di immunologia di La Jolla in California, in uno studio pubblicato su *Nature Cancer*, ha dimostrato che, sorprendentemente, una piccola frazione di bambini con tumori cerebrali possiede già, all'interno dei loro tumori, cellule T capaci di combattere il cancro. Questo suggerisce che il sistema immunitario di alcuni pazienti ha una predisposizione naturale a riconoscere e attaccare le cellule tumorali.

Lo studio si è svolto partendo dalla raccolta di campioni di tumore da 38 bambini che erano stati pazienti presso l'Ospedale Pediatrico Rady a San Diego. Il team ha cercato le cellule T all'interno dei tumori e ha scoperto

che i livelli di cellule T variavano notevolmente tra i pazienti: ciò potrebbe spiegare perché i trial di immunoterapia nei bambini hanno mostrato risultati inconsistenti. I ricercatori hanno poi utilizzato strumenti di sequenziamento genetico per studiare più di 41.000 cellule T trovate in questi campioni di tumore cerebrale, e hanno scoperto che un piccolo numero di pazienti aveva un gran numero di cellule T che rispondevano ai marker sulle cellule tumorali cerebrali, con una potenzialmente capacità di distruggerle.

Secondo gli autori dello studio di La Jolla i pazienti potrebbero essere candidati per i quali l'immunoterapia ha il potenziale di mostrare benefici clinici, ma questa scoperta, sottolineano, deve essere confermata in studi clinici ad hoc sui tumori cerebrali pediatrici.

Nessuna immunoterapia è stata ancora approvata per l'uso nei bambini, anche se in Italia lo scorso anno sono arrivati risul-

tati incoraggianti dall'Ospedale Bambino Gesù contro il neuroblastoma, il tumore cerebrale più frequente nei bambini: uno studio di fase I/II ha dimostrato che la terapia Car-t ha funzionato su alcuni pazienti, prolungando la sopravvivenza senza malattia.

Un'altra novità sull'immunoterapia per i tumori cerebrali arriva dall'Università di Modena e Reggio Emilia, con un recente studio pubblicato su *Nature PJ Precision Oncology*. I ricercatori del gruppo di Massimo Dominici, direttore della struttura complessa di Oncologia medica dell'Aou di Modena, con Giacomo Pavesi, direttore della struttura complessa di neurochirurgia, insieme a un gruppo di lavoro che coinvolge altri centri in Italia, hanno dimostrato la fattibilità di isolare e modificare geneticamente i linfociti T dei pazienti con glioblastoma, anche se precedentemente trattati con la chemioterapia, insieme o in alternativa alla radioterapia; il team italiano ha scoperto che queste cel-

lule T modificate del paziente sono in grado di svolgere una attività antitumorale efficiente quanto le cellule Car-t ottenute da linfociti T di donatori sani. Ciò apre nuove possibilità nell'ambito della medicina personalizzata, e nuove prospettive per il trattamento di tumori solidi come il glioblastoma.

—**Michela Moretti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

DIECI LE PATOLOGIE INTERESSATE

Test genetici anche per malattie complesse

Finora hanno aiutato a calcolare il rischio di malattie causate da un singolo gene, per esempio delle circa 8mila malattie rare finora note, ma ora i test genetici si preparano a un passo in avanti, il più difficile e ambizioso: calcolare la probabilità di avere una malattia complessa, ossia causata da un grande numero di geni, come il diabete di tipo 2 (ben 700), o l'aterosclerosi (350). Sono dieci le malattie complesse per le quali sono pronti alla sperimentazione clinica altrettanti test. Descritto sulla rivista *Nature Medicine*, il risultato si deve al Broad Institute al quale fanno capo Massachusetts Institute of Technology e Università di Harvard. È uno dei cinque grandi studi appena pubblicati dal progetto *All of Us*.

«Speriamo che questo tipo di informazione possa essere utilizzata nella medicina preventiva per assumere stili di vita in grado di ridurre il rischio di

malattie», osserva il primo autore della ricerca, Niall Lennon, responsabile scientifico dei Broad Clinical Labs.

Con il diabete di tipo 2, i test riguardano malattie molto comuni come il diabete di tipo 1, fibrillazione atriale, i tumori di seno e prostata, la malattia renale cronica e quella delle coronarie, ipercolesterolemia, asma e obesità. «Tutte insieme, sono responsabili del 92% dei decessi nel mondo», osserva il genetista Giuseppe Novelli, direttore del Laboratorio di Genetica medica del Policlinico romano di Tor Vergata. «Sono malattie complesse e multifattoriali - prosegue -, dovute cioè all'azione combinata di più geni e all'interazione di questi con l'ambiente. Da molti anni avevamo gli strumenti per mapparle e studiarle, ma mancava qualcosa». L'elemento mancante è stato trovato grazie al progetto *All of Us* che, portando alla luce i genomi di minoranze etniche, persone in po-

vertà e anziane, ha ampliato la base di riferimento per calcolare il rischio. «Finora i database genetici sono quasi tutti europei - osserva Novelli - e le piccole popolazioni non sono presenti. Si è pensato di colmare il vuoto calcolando la familiarità e integrando il dato probabilistico con l'ancestralità, ossia con l'origine etnica di provenienza in cui i fattori sono più presenti». Il risultato è una sommatoria algebrica chiamata "calcolo di rischio poligenico", al cui progetto lavora anche la Medicina predittiva di Tor Vergata.

Con la scoperta dei genomi mancanti, si amplia la base di riferimento sulla quale calcolare il rischio di diabete, di alcuni tumori o dell'obesità. Gli esperti: «Un passo avanti nella medicina preventiva»





Il dramma delle malattie rare

DI ANDREA CORSALINI *

Il tema delle malattie rare sottende ineluttabilmente ad un vortice di questioni diverse, contestualmente concatenate e tutte votate a determinare una situazione che drammaticamente si avvia nel contesto delle famiglie colpite da una di queste patologie. La stessa definizione "rara" è assai fuorviante e poco cogente in relazione alla platea di pazienti e famiglie interessate loro malgrado alla questione: se è vero che una malattia viene definita rara (secondo l'Oms) quando interessa lo 0,05% della popolazione, sostanzialmente 5 casi ogni 10.000 persone, è altresì vero come le malattie rare siano complessivamente circa 8.000, a cui aggiungere una ulteriore e cospicua quota parte di patologie sconosciute. La condizione che si trovano a vivere questi pazienti è inimmaginabile per qualsivoglia persona che non abbia contezza piena ed esperienziale di tale tregenda e per comprendere almeno qualcosa di tale scenario è necessario evidenziare le criticità intrinseche delle sindromi rare.

Innanzitutto esistono malattie rare definite "orfane", poiché se ne ignorano le cause e le dinamiche che ne sottendono la patogenesi, tanto che di queste non abbiamo neppure una definizione o una titolazione che dir si voglia. Poi esistono malattie di cui conosciamo cause e dinamiche e godono almeno di una classificazione (per es. alcune malattie genetiche), ma purtroppo non possono essere trattate da un punto di vista clinico non avendo la Medicina ancora individuato terapie idonee. Abbiamo poi malattie codificate, classificate e ben conosciute per le quali esistono potenzialmente dei farmaci (definiti "orfani" perché non prodotti), ma l'industria farmaceutica si rifiuta di produrli per l'insussistenza del rientro economico, nel mentre gli Stati attraverso i Sistemi Sanitari non intendono interveni-

re loro *sponde*. Pazienti interessati da una malattia possono non ricevere una diagnosi, spesso non hanno cure e il supporto sanitario è vieppiù insufficiente quando addirittura inesistente.

Nel contesto di una diagnosi di malattia rara le famiglie sono spesso sole, non avendo nemmeno a disposizione un punto di ascolto, altrimenti detto sportello sanitario, onde capire quale dei centri dotati di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per malattie rare sia idoneo per quella determinata patologia. Dinanzi a un tale panorama, prego di criticità evidenti e agevolmente riscontrabili, appare indispensabile e improcrastinabile organizzare nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale strutture adeguate e dinamiche pre-determinate per la presa in carico dei pazienti portatori di patologie rare. La creazione di una rete clinica per le malattie rare sarebbe un passo fondamentale per la classificazione dei centri *expertise* e l'istituzione di sportelli regionali che, prendendo in carico i pazienti, li invierebbero con adeguata consapevolezza nei centri preposti: tale rete clinica dovrebbe essere dotata di un fondo sanitario autonomo, onde evitare, come già successo in passato, che liquidità destinate alle malattie rare restino giacenti per mancanza di progetti.

* presidente Associazione medici cattolici Macerata



ANTIVIRUS



CONTRO L'ALZHEIMER CURATE INTESTINO

LA RICERCA scientifica degli ultimi anni sta sempre più mettendo in evidenza il ruolo del microbiota (insieme di batteri) intestinale. Dopo aver dimostrato la funzione di "secondo cervello" ed evidenziato vari risultati terapeutici nella normalizzazione della sua composizione, questa affascinante popolazione di batteri che ci accompagna per tutta la vita, è tirata in causa per l'Alzheimer, una delle forme più comuni di demenza. Dato assai importante se consideriamo che una persona su tre nata oggi, probabilmente svilupperà la demenza nel corso della vita. L'Istituto Superiore della Sanità stima che, a livello mondiale, nel 2015 siano stati contati 46,8 milioni di persone affette da una forma di demenza (in Italia oltre 1 milione e 200 mila). Attualmente circa 3 milioni so-

no le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo. La prevalenza nei Paesi industrializzati è circa dell'8% negli ultra-sessantacinquenni e sale a oltre il 20% dopo gli 80 anni. L'Alzheimer oggi colpisce in Italia circa 600.000 persone: il sesso femminile ne rappresenta circa il 60%. È molto interessante un lavoro (non ancora sottoposto a revisione definitiva) redatto dal gruppo di ricerca Alzheimer's Research UK 2022 presso il Brighton Centre, dell'Università di Cork (Irlanda). I risultati dimostrano la correlazione tra batteri intestinali e malattia di Alzheimer. Yvonne Nolan, che guida il progetto in cui è coinvolto anche quello italiano guidato da Annamaria Cattaneo, ha dichiarato: "Abbiamo scoperto

che i ratti con batteri intestinali provenienti da persone con Alzheimer avevano risultati peggiori per test di memoria, non avevano fisiologica crescita delle nuove cellule nervose nelle aree del cervello associate alla memoria e presentavano livelli più elevati di infiammazione nel cervello". Ciò potrebbe sostenere che la modificazione della composizione della flora intestinale possa essere causa o concausa della manifestazione e della gravità della patologia. Di conseguenza la sua normalizzazione dovrebbe poter assicurare miglioramenti o, almeno, una certa prevenzione.

MARIA RITA GISMONDO

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



Farmaci falsi, guadagni miliardari nelle mani del crimine mondiale

La storia

L'e-commerce ha aumentato in modo considerevole l'offerta di medicinali fake. Negli Usa le pillole arricchite col fentanyl contribuiscono alla crescita delle overdosi

Roberto Galullo

Nel mondo "fake" i medicinali contraffatti la fanno da padrone. Miliardi di pillole false invadono ogni anno di più un mercato parallelo a quello ufficiale causando morti a catena.

Basti un esempio: il 6 febbraio 2023 un rapporto dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (Unodc) ha affermato che i medicinali contraffatti nell'Africa subsahariana potrebbero essere responsabili di quasi 500mila morti all'anno.

L'Oms stima che fornire assistenza medica alle persone nell'Africa subsahariana che hanno utilizzato prodotti contraffatti o di scarsa qualità contro la malaria costa ogni anno tra 12 e 45 milioni di dollari.

Paradossi lessicali

Di conseguenza anche i guadagni sono miliardari. La maggior parte degli incassi entra nelle casse della criminalità organizzata ma nessuno sa esattamente quanti siano anche perché – soprattutto dallo scoppio della pandemia sanitaria – la Rete ha moltiplicato esponenzialmente offerte e guadagni, nascondendo tra le pieghe del dark web le transazioni più ignobili. Il 70% circa dei medicinali contraffatti sequestrati è commercializzato online.

A rendere complesse le stime c'è anche il fatto che la sanità mondiale vive un paradosso: non esiste una definizione universalmente accettata di medicinale contraffatto. Tut-

tavia, l'Oms utilizza parole come "scadenti", "falsamente etichettate", "falsificate" e "alterate" per caratterizzare i medicinali contraffatti che sembrano autentici.

Secondo l'Oms la percentuale di farmaci contraffatti varia fra l'1% e il 10% circa del settore globale ma per Transnational alliance for illicit trade, la quota raggiunge fino al 30% in Asia, Africa e America Latina e oltre il 20% nei Paesi dell'ex blocco sovietico.

Guadagni miliardari

Forse anche per questo, l'ultima ad avventurarsi in una stima globale è stata l'Organizzazione mondiale per il commercio (Wto), che nel giugno 2010 ha calcolato che il commercio illecito di prodotti farmaceutici contraffatti nel mondo rappresenta un'industria da 200 miliardi di dollari all'anno. Una cifra che, 14 anni dopo, appare inverosimilmente sottostimata.

Quattro tessere di un puzzle complesso, danno l'idea di quanto la soglia di allarme abbia ormai superato – e di molto – i livelli guardia e di quanto, in un mondo globalizzato, tutto leghi domanda e offerta.

Cominciamo dall'ultima tessera, che porta alla luce un'emergenza sulla quale, come su tutte le emergenze, la criminalità sguazza. «Da settembre 2021 – ha messo nero su bianco il 30 gennaio l'Oms – il numero di molecole segnalate in carenza in due o più Paesi è aumentato del 101%. Queste carenze sono una forza trainante per i farmaci

contraffatti o di qualità inferiore agli standard e comportano il rischio che molte persone cerchino di procurarsi i farmaci con mezzi non ufficiali come Internet».

Margini ristretti

La seconda tessera arriva dagli Stati Uniti, il Paese che, secondo le stime Ocse 2023, ha la più alta spesa farmaceutica pro capite: 1.432 dollari, contro i 1.006 della Germania, gli 829 del Giappone e poi sempre più giù fino ai 299 della Danimarca. La media Ocse è 614 dollari e l'Italia ha una spesa stimata di 692 dollari annui a persona.

Partnership for safe medicines, un gruppo di organizzazioni e individui che adottano politiche per proteggere i consumatori dai medicinali contraffatti o di contrabbando, il 13 febbraio 2024 ha denunciato che l'erosione dei margini di guadagno che le farmacie ricevono per i medicinali, in molti luoghi non copre completamente il costo di acquisto degli stessi medicinali. «Un farmacista ci ha inviato un contratto del 2024 – scrivono sul proprio sito – e svela che la remunerazione per i medicinali di marca è compensata a un tasso del "prezzo medio all'ingrosso meno il 25,5%". Le far-



macie sono quindi costrette a cercare fornitori che vendano loro medicinali a prezzi scontati e questo rappresenta «un'opportunità per i criminali di entrare nella catena di approvvigionamento legittima se sono abbastanza intelligenti da fingere di essere veri grossisti».

Secondi fini

Anche la terza tessera del puzzle arriva dagli Stati Uniti ma riguarda l'intero Pianeta. Il 1° febbraio l'Agenzia antidroga statunitense (Dea) ha annunciato che eBay pagherà 59 milioni \$ di multa per risolvere le accuse relative alle presse per compresse farmaceutiche vendute sul sito.

eBay inc., società di e-commerce con sede a San Jose (California), vende migliaia di presse per pillole e macchine per incapsulamento - con prezzi che partono da 20 euro ma possono superare i 500 - il cui acquisto e utilizzo è del tutto lecito. Se però si usano stampi, timbri o matrici che imitano le sostanze comunemente prescritte, le presse sono in grado di produrre pillole contraffatte indistinguibili dai farmaci legittimi. Includere le compresse che contengono fentanyl, la cosiddetta "droga degli zombie", che negli ultimi tre anni ha ucciso circa 200mila statunitensi.

Vanita Gupta, presidente della task force per il contenzioso civile sull'epidemia di oppioidi del Dipartimento di Giustizia Usa, ha dichiarato che «le pillole contraffatte arricchite con fentanyl contribuiscono in modo significativo all'epide-

mia di overdose mortale».

Ciclo chiuso

L'ultima tessera chiude il ciclo e riporta agli enormi guadagni illeciti. L'Operazione "Shield" condotta da Europol (l'Agenzia europea anticrimine), ha permesso finora di smantellare 52 gruppi criminali, sequestrare oltre 13 milioni tra medicinali, materie prime e prodotti per un valore di 64 milioni di euro. Sono stati, inoltre, sequestrati quattro laboratori clandestini. Secondo l'Istituto per la sicurezza farmaceutica con sede a Vienna, nel 2022 sono state arrestate 4.172 persone per contraffazione, dirottamento illegale o furto di prodotti farmaceutici (+42% rispetto al 2021). Il maggior numero di arresti si è verificato nelle regioni asiatiche (57%).

Non va dimenticato, infatti, che se l'attività di ricerca è concentrata in Europa e Nord America, la produzione è esternalizzata verso l'Asia, in particolare proprio tra India e Cina.

Il ruolo dell'India

Il 1° aprile 2022, un rapporto dell'organizzazione no profit anticontraffazione Authentication solutions providers' association (Aspa) ha rilevato che i prodotti medici scadenti e falsificati sono aumentati di quasi il 47% in India.

L'India è un importante produttore globale di farmaci contraffatti. Nonostante gli sforzi compiuti dal gennaio 2023 per contrastare la produzione di far-

maci falsi attraverso l'implementazione di codici Qr sui contenitori, il problema rimane endemico. Il Paese si conferma sempre più leader nella fornitura di farmaci, con quote di mercato globale del 20% in quelli generici.

«Al tempo stesso - si legge in un'analisi del luglio 2023 di Eurispes, l'ente che opera nel campo della ricerca politica, economica e sociale - l'India provvede anche a soddisfare circa la metà della domanda mondiale di vaccini».

E quello della Cina

La Cina si è affermata negli anni come leader indiscusso nella produzione dei principi attivi di base utilizzati per la sintesi dei farmaci. Quest'ultima, infatti, continua l'analisi di Eurispes, provvede alla produzione del 13% della quota mondiale, da cui la stessa India importa il 70% dei principi attivi utilizzati dalla propria industria.

Nei Paesi della penisola arabica, Cipro, Egitto, Iraq, Israele, Giordania, Libano, Siria, Turchia e Afghanistan si concentrano il 16% degli arresti, in Nord America il 13% e poi a scemare, con percentuali mai più alte del 5% (in Africa solo il 2%).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

200 miliardi

INDUSTRIA DEI FARMACI FALSI

L'Organizzazione mondiale per il commercio (Wto) nel 2010 ha calcolato che il commercio illecito di prodotti farmaceutici contraffatti nel

mondo rappresenta un'industria da 200 miliardi di dollari all'anno. Una cifra che 14 anni dopo appare inverosimilmente sottostimata per la crescita dell'e-commerce

eBay ha dovuto pagare 59 milioni \$ di multa per la vendita di presse per fare pillole e macchine per l'incapsulamento

India e Cina sono in prima linea nella produzione mondiale di farmaci contraffatti venduti online



Troppe aggressioni negli ospedali

Medici sotto attacco, telecamera sul camice: «Così ci difendiamo»

L'Asl di Salerno ordina 500 bodycam per 118, psichiatria e operatori penitenziari
Le associazioni: ottimo deterrente. In Italia 1600 episodi di violenza ogni anno

CLAUDIA OSMETTI

■ Sono circa 1.600 all'anno, che fanno una media di poco più di quattro al giorno: e sono, proprio per questo, un grosso problema. Le aggressioni ai medici e agli infermieri: verbali, fisiche, minacce da parte di pazienti poco (appunto) pazienti e dei loro famigliari, le mani addosso e gli insulti in corsia. Va così in tutta Italia. Anzi, va così in tutto il mondo, dato che secondo l'Organizzazione mondiale della sanità il 38% degli operatori sanitari del pianeta una qualche forma di violenza, durante la sua carriera, l'ha subita. Ma adesso, a Salerno, potrebbe esserci una svolta.

Non sul malcostume, che quella è un'altra questione la quale, mica a caso, fa rima con educazione, però sulla prevenzione sì. È un progetto sperimentale, presentato pochi giorni fa e che sarà attivo nei prossimi mesi: 500 microcamere, bodycam, occhi telematici indossabili, chiamateli un po' come vi pare, da mettere sulla testa o sulla spalla del personale dei reparti di psichiatria, delle ambulanze e del pronto soccorso, nonché della medicina penitenziaria.

na.

Funzionano, in tutto e per tutto, come le body-cam degli agenti di polizia: cioè funzionano che riprendono quel che avviene con un intento duplice. Da una parte mirano a ridurre i rischi di aggressione e, dall'altra, diventano fonti di prova in un ipotetico processo successivo. Ci crede, la Asl (l'Azienda sanitaria locale) di Salerno il cui direttore amministrativo Gaetano Petito commenta: «Investiamo diffusamente in tecnologia anche per sostenere e difendere i professionisti aziendali e gli assistiti dai rischi delle aggressione».

È giusto, è pure sacrosanto: ché loro, quegli angeli bianchi con lo stetoscopio al collo, erano i nostri eroi durante il Covid e manco tre anni dopo si ritrovano a doversi difendere (quasi) a ogni diagnosi contestata. E dello stesso avviso è anche l'associazione di categoria "Nessuno tocchi Ippocrate" che a qualche chilometro di distanza, cioè a Napoli, vorrebbe replicare l'iniziativa. Salerno «ha dato corso a una proposta che avanzammo tempo fa», dice alla stampa locale Manuel Ruggero, il

fondatore di Nessuno tocchi Ippocrate. Eppure niente, sotto il Vesuvio le telecamere per i medici non ci sono ancora.

Una sorta di "ripensamento", nella città partenopea, dovuto al fatto che i dispositivi elettronici potrebbero essere un'arma a doppio taglio: fanno da deterrente ma, in un certo senso, potrebbero aumentare il pericolo delle aggressione, qualora qualche malintenzionato voglia "cancellare" le tracce del suo operato.

Dibattito aperto, insomma. Anche perché di problema ne potrebbe nascere un altro: quello della privacy. «I medici lavorano ogni giorno coi dati sensibili», racconta, per esempio, Filippo Anelli che è il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri italiani, «in questi casi la soluzione mi-



Libero

gliore è sempre il buon rapporto con chi è in cura, la disponibilità al confronto e alle spiegazioni è la via maestra».

Vero pure questo, indubbiamente. Epperò sulle body-cam da camice è intervenuto, la settimana scorsa, anche il vicecapogruppo di Fratelli d'Italia alla Camera, Alfredo Antoniozzi. Dopo l'ennesimo caso (questa volta in Calabria, per inciso si tratta del 110cimo da inizio anno) Antoniozzi ha suggerito «l'utilizzo delle body-cam almeno per gli operatori»

dell'emergenza e dell'urgenza. «Dobbiamo ricordare come sia anche necessario agire sul piano sanzionatorio».

«L'iniziativa» di Salerno, dice poi il segretario nazionale di Anaa Assomed, uno dei principali sindacati di chi in ospedale ci lavora, Pierino Di Silverio, «può essere un deterrente e rappresenta sicuramente un passo avanti. L'Anaa Assomed chiede anche altri interventi per contrastare e fermare la violenza contro gli operatori sanitari: ossia la denuncia automatica per chi aggredi-

sce l'operatore sanitario e i drappelli di polizia. Insieme a misure preventive stabilite per legge. Occorre rendere più sicuri gli ambienti di lavoro con provvedimenti urgenti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Una bodycam sulla divisa di un'operatrice sanitaria

