



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

8 MARZO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Tredicenne palermitana operata alla schiena al Rizzoli di Bagheria: asportato un raro tumore dell'osso

L'intervento, delicato e complesso, è stato eseguito in collaborazione con il Civico di Palermo ed è perfettamente riuscito.

È stato eseguito al **Dipartimento Rizzoli-Sicilia** di Bagheria un intervento di asportazione di un tumore primitivo, un sarcoma di Ewing, in una paziente in età pediatrica. «Anna domani, 8 marzo, compirà 14 anni, oggi c'è stata la prima visita di controllo post operatorio e aver potuto dare a lei e alla sua famiglia la notizia dell'intervento andato bene è per noi la più grande gratificazione professionale e umana» dice **Angelo Toscano**, dirigente medico dell'Ortopedia generale del Rizzoli-Sicilia di Bagheria diretto dal dottor Giovanni Pignatti. **Anna (nome di fantasia)** è stata visitata la prima volta all'età di 11 anni dal dottor Toscano: «Accusava dolore al nervo sciatico, ma un tipo di dolore particolare che mi ha subito insospettito- ricorda Toscano- Dopo esami di approfondimento presso la Radiologia di Villa Santa Teresa le abbiamo infatti diagnosticato un raro e aggressivo tumore primitivo dell'osso che al Rizzoli conosciamo bene, il sarcoma di Ewing, in una vertebra lombare. Da lì è iniziato il percorso di cura». Anna si è sottoposta subito a cicli di chemioterapia presso l'**ARNAS Civico** di Palermo con il dottor **Paolo D'Angelo**, direttore dell'Oncoematologia pediatrica, ai quali ha risposto bene. Gli esami post trattamento chemioterapico mostravano un netto miglioramento; dopo qualche tempo però durante una visita di controllo è emersa una recidiva. Dopo gli opportuni trattamenti pre-intervento, venerdì 9 febbraio l'équipe del Dipartimento Rizzoli-Sicilia composta per la circostanza dal direttore della Chirurgia Vertebrale del Rizzoli di Bologna **Alessandro Gasbarrini**, dal dottor Angelo Toscano e dal dottor Fabrizio Perna dell'Ortopedia generale della sede di Bagheria, dal direttore dell'Anestesia e terapia intensiva Jacopo Frugiuele e da tutto il personale di sala operatoria ha eseguito l'asportazione del tumore.

Come si è svolto l'intervento

«Per prima cosa abbiamo stabilizzato con viti e successivamente barre la colonna vertebrale e isolati e protetti midollo e radici, poi abbiamo proceduto all'asportazione dei dischi tra i corpi vertebrali, sopra e sotto la vertebra colpita dal sarcoma. Successivamente, attraverso un secondo accesso chirurgico, in questo caso laterale, abbiamo asportato anche una parte di muscolo psoas per avere un margine pulito più ampio» spiega il dottor Toscano.

La sinergia con il Civico di Palermo

«In sala operatoria era presente insieme a noi l'équipe di chirurgia vascolare del professor **Francesco Talarico** del Civico di Palermo che si è occupata di isolare i vasi arteriosi e venosi davanti alla vertebra malata -

aggiunge Toscano- Prima dell'intervento Anna si è sottoposta anche a un'embolizzazione delle arterie lombari, questa volta direttamente al Civico, ospedale col quale il Dipartimento Rizzoli-Sicilia ha da tempo una consolidata collaborazione, presso la Radiologia interventistica diretta dal dottor **Mario Vallone**.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

È stato un passaggio fondamentale per controllare e prevenire sanguinamenti di sala operatoria». I dischi tra le vertebre, rimossi insieme alla vertebra malata, sono stati sostituiti dai chirurghi del Rizzoli con una protesi in carbonio modulare affinché fosse possibile eseguire poi un ciclo di radioterapia. «**La protesi modulare** è come una serie di mattoncini, si assembla fino ad ottenere la misura adeguata a ripristinare in questo caso la corretta lordosi, cioè riproducendo la curva ideale che assomigli il più possibile alla curva nativa della colonna vertebrale» aggiunge Toscano. «È la prima volta che eseguiamo al Rizzoli-Sicilia l'asportazione di un **tumore primitivo dell'osso** in una paziente in età pediatrica-sottolinea il dottor Gasbarrini- L'intervento si è svolto alla perfezione, al Rizzoli le **vertebrectomie** che eseguiamo per tumori aggressivi come il sarcoma di Ewing, cordomi, condrosarcomi, osteosarcomi, tumori a cellule giganti, osteoblastomi sono tutte personalizzate. In rapporto all'estensione del tumore infatti noi chirurghi dobbiamo capire quanta parte di osso ed eventualmente tessuti **resecare**, pianificando inoltre la **protesi** con la quale poi andremo a sostituire quanto asportato. In questo caso la protesi in carbonio era la scelta più adeguata per permettere ad Anna di completare il suo percorso di cura».

Il commento del dg Campagna

«Il Rizzoli da sempre è punto di riferimento per bambini e giovani con problemi ortopedici complessi e oncologici. Il primo intervento su tumore delle ossa in Istituto fu fatto esattamente cento anni fa, nel 1924, quando questa malattia estremamente aggressiva era pressoché sconosciuta- spiega il direttore generale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli **Anselmo Campagna**– Sono oltre 50mila i pazienti che abbiamo seguito in ambito oncologico e avere la possibilità di farlo anche a Bagheria è per noi un grande risultato. Poter curare le persone con le metodiche cliniche e chirurgiche più all'avanguardia sviluppate grazie alla ricerca, è tra le nostre principali missioni come IRCCS, il nostro profilo di ospedale scientifico di riferimento per l'**ortopedia**. Per i pazienti siciliani, grazie all'accordo tra le **Regioni Emilia-Romagna e Siciliana**, si aggiunge la possibilità di farlo vicino al luogo di residenza, e questo significa molto anche per la vita delle famiglie soprattutto quando si tratta di patologie che necessitano lunghi periodi di cura o numerosi controlli».

La dichiarazione di Walter Messina

«La fattiva e proficua collaborazione dell'ARNAS Civico con il Dipartimento Rizzoli-Sicilia è attiva da oltre dodici anni- sottolinea il Commissario straordinario **Walter Messina**– Aver potuto collaborare e partecipare a questo importante intervento è la conferma di quanto lo scambio di competenze porti a grandi risultati. Continueremo a lavorare insieme ogni qualvolta i casi clinici da trattare necessiteranno di competenze multidisciplinari a beneficio di tutti i pazienti che decideranno di rivolgersi alle nostre strutture».

La dichiarazione dell'assessore Donini

«Ancora una volta la competenza dei nostri professionisti sanitari, insieme ai colleghi siciliani, ha permesso di intervenire in un caso molto complesso, restituendo il sorriso ad Anna, a cui mandiamo un grande abbraccio per il suo compleanno, con un augurio di una vita in cui possa realizzare tutti i suoi sogni- dice l'assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna **Raffaele Donini**– La sanità pubblica è questa, una sanità in grado di collaborare tra territori, mettere in campo le competenze più alte del Paese e farsi carico delle situazioni più complesse. Ai sanitari che hanno collaborato all'intervento il mio ringraziamento, anche a nome della giunta regionale dell'Emilia-Romagna».

Il commento dell'assessore Giovanna Volo

«Auguro buon compleanno e un radioso futuro ricco di soddisfazioni e felicità alla piccola Anna – dichiara l'assessore alla Salute della Regione Siciliana **Giovanna Volo**. – Voglio esprimere grande compiacimento per come la sinergia collaborativa instaurata ormai da anni con la Regione Emilia-Romagna, l'Istituto Rizzoli e



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

l'ARNAS Civico di Palermo abbia potuto garantire nella nostra Isola un'operazione così importante nella massima **sicurezza** e dai risultati eccezionali. Auspichiamo che sempre più interventi di grande complessità e standard elevati possano essere garantiti ai cittadini siciliani, anche grazie alla collaborazione tra Regioni e alla dedizione quotidiana dei **professionisti** coinvolti. L'obiettivo della nostra regione è quello di assicurare ai cittadini siciliani il diritto alla salute e all'assistenza, in piena sicurezza e sul proprio territorio».

EMERGENZA SALUTE

Continua a far discutere il nuovo nomenclatore. Dopo le proteste, arriva una fase di transizione

Tagli ai rimborsi sanitari Retromarcia governo-regioni

Per le prescrizioni emesse entro il 31 marzo valgono le vecchie tariffe per tutto il 2024

ANTONIO SBRAGA

••• Dopo le proteste contro il taglio ai rimborsi per le prestazioni sanitarie ieri Governo e Regioni hanno innestato una parziale retromarcia, introducendo una limitata fase di transizione: per le prescrizioni emesse entro il 31 marzo varranno, infatti, le vecchie tariffe per tutto il 2024. Da aprile, invece, le ricette potranno «essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del nomenclatore» nuovo ma tanto contestato, in special modo dalle strutture private accreditate. L'Unione ambulatori e poliambulatori (Uap) denuncia che la scure del nuovo nomenclatore sanitario rischia di tagliare ben 36mila posti di lavoro, tra i quali un migliaio di medici e per il 20 marzo ha convocato un'assemblea nazionale per contrastare le nuove tariffe riconosciute alle strutture ac-

creditate per analisi, visite, esami e interventi chirurgici. Perché anche il decreto di ieri è stato valutato solo come una sorta di cura palliativa che non risolve i problemi: «Si vuole solo prendere tempo ben sapendo, le Regioni, che dal primo

aprile sarà impossibile applicare il nuovo tariffario - commenta il presidente di Confapi Salute, Michele Colaci - Mi pare che le Regioni lancino un segnale al Governo per un nuovo provvedimento di proroga. Diciamo che questo decreto è uno stimolo». E una fonte autorevole del fronte delle Regioni conferma l'auspicio: «Sono in corso degli incontri per cominciare a mettere a fuoco un aggiornamento delle tariffe

e delle prestazioni dopo la scadenza del primo aprile». Ma l'intenzione di arrivare «in tempi congrui a una riletura e rivalutazione delle tariffe» non basta perché c'è sempre il nodo di trovare le coperture finanziarie. «Ci stiamo interrogando su come farlo acquisendo e trovando fonti di finanziamento, ma soprattutto cercando di andare incontro a un pezzo della nostra economia che dà servizi sanitari ai cittadini», ha detto ieri il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato. «Quella delle tariffe - ha aggiunto Gemmato - è una questione che abbiamo ereditato dai Governi passati e per la quale servono soluzioni. Vogliamo evitare tutti i rischi annessi e connessi, anche quelli legati, per esempio, alla tutela dell'occupazione del personale degli ambulatori che denunciano di non riuscire più a sostenere i costi. Ma, ovvia-

mente - ha concluso il sottosegretario - a noi interessa prioritariamente la cura del cittadino, poniamo al centro sempre la salute. Insieme a questo, evidentemente, dobbiamo evitare che si abbiano, o si possano avere, nuove criticità, nel nostro comparto, di carattere economico».

«SC169» RIPRODUZIONE RISERVATA

Unione ambulatori

Il rischio è che vengano tagliati

36mila posti di lavoro

tra i quali un migliaio di medici

Convocata assemblea nazionale



Novità
Sono coinvolte le strutture accreditate per analisi, visite, esami e interventi chirurgici



Mancano 3mila medici di base E negli ospedali piano anti-fuga

IL CASO

ROMA Mancano i medici, mancano gli infermieri. La sanità pubblica italiana sta affrontando una grave carenza di camici bianchi. Succede sia per i medici di famiglia, perché in molti stanno arrivando all'età pensionabile, sia negli ospedali, dove si aggiunge la fuga di massa per le condizioni di lavoro stressanti. La Fondazione Gimbe ieri ha diffuso una ricerca che conferma numeri allarmanti sui medici di base: in Italia ne mancano 3.100. E la situazione è destinata ad aggravarsi: nel 2026 ci saranno oltre 11.400 pensionamenti, «nelle Regioni del Sud le nuove leve non saranno sufficienti per rimpiazzare chi se ne va». L'accordo collettivo nazionale prevede che ogni studio abbia un massimo di 1.500 pazienti, ma quasi la metà ne ha di più. Nello specifico: nel 2022 (dati Ministero della Salute) su 39.366 medici di medicina generale il 47,7 per cento aveva più di 1.500 assistiti. Le regioni in cui questo succede con più frequenza sono la Lombardia (71 per cento), la Provincia autonoma di Bolzano (66,3) il Veneto (64,7). Alto anche il dato della Campania (58,4) mentre il Lazio è appena sotto la media nazionale (47,4). Nel 2022, rispetto al 2019, i medici di famiglia sono diminuiti dell'11 per cento in Italia ma andrà sempre peggio. Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe: «Un'inadeguata programmazione non ha garantito il ricambio. Così oggi

diventa quasi impossibile potere scegliere un medico vicino a casa, con conseguenti disagi e rischi per la salute, in particolare di anziani e fragili. Le soluzioni attuate come l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni, la possibilità per gli iscritti al Corso di formazione in medicina generale di acquisire 1.000 assistiti e le deroghe regionali all'aumento del massimale, servono solo a tamponare le criticità». L'allarme non riguarda solo i medici di famiglia, ma tutta la Sanità. Anche per questo nel prossimo contratto per i 670 mila dipendenti del comparto, tra cui quasi 300 mila infermieri, si punterà soprattutto sull'attrazione e sulla fidelizzazione dei dipendenti negli ospedali e nelle Asl. L'atto di indirizzo per avviare le trattative con i sindacati è stato licenziato ieri, e di fatto dà il via alla stagione dei rinnovi contrattuali del pubblico impiego.

LE SCELTE

Il documento, che Il Messaggero ha potuto visionare, prende atto del «logoramento del personale» e dell'aumento «dei tassi di intenzione di lasciare il lavoro che potrebbe portare ad una significativa ondata di dimissioni» nei prossimi anni. Sul tavolo ci sono 1,5 miliardi per gli aumenti economici, a cui si aggiungono altri 140 milioni per l'indennità specifica del personale. L'aumento sarà in media del 5,78 per cento. Ma al centro del prossimo contratto non ci sarà solo la parte economica. Il contratto mirerà a migliorare soprattutto le condizioni di lavoro e cercherà anche di convincere chi ha lasciato il lavoro magari perché esausto dei

turni massacranti a rientrare. Verrà, per esempio, introdotta una «flessibilità oraria» per «conciliare le esigenze delle persone, le esigenze organizzative e i bisogni dell'utenza». Verrà imposto il rispetto dell'orario di lavoro e, soprattutto, dell'orario massimo di lavoro con la fruizione dei riposi giornalieri e settimanali. Verrà introdotto un sistema degli incarichi più flessibile, per permettere di valorizzare anche economicamente le persone. Inoltre, spiega la direttiva, «prendendo atto del fenomeno delle dimissioni volontarie» verranno affinati «strumenti volti a favorire il rientro in servizio a seguito del recesso». In che modo? Per esempio riconoscendo a chi decide di tornare in ospedale al lavoro lo stesso trattamento economico maturato e consolidato al momento delle dimissioni.

**Andrea Bassi
Mauro Evangelisti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ALLARME DI GIMBE:
TROPPI PENSIONAMENTI,
GLI AMBULATORI
SI STANNO SVUOTANDO
SOPRATTUTTO
NELLE REGIONI DEL SUD**



Uno studio medico



Il dibattito promosso a Roma da Eli Lilly, player del settore, con il patrocinio di Farminindustria, Commissione Europea e Società italiana di farmacologia. Da una strategia medica comune alla pandemia della cronicità: ecco tutti i nodi

Salute e pharma Per l'Europa la sfida Sanità

A inizio febbraio, l'Italia, incollata alla TV per il Festival di Sanremo, si chiedeva perché alcuni cantanti si scambiassero matite copiative sul palco. Oltre a guadagnare punti al Fantasanremo (il gioco parallelo alla kermesse canterina), il gesto voleva anche attirare l'attenzione dei giovani sull'importanza delle prossime elezioni europee, quelle dell'8 e del 9 giugno, in occasione delle quali saranno eletti i nuovi componenti del Parlamento Europeo. Un messaggio rilanciato e rafforzato dal sito ufficiale delle elezioni europee (www.elections2024.eu) con lo slogan "You have the power", esplicitato ulteriormente dalla frase "questa è la tua occasione per decidere del tuo futuro". L'esito della tornata elettorale avrà infatti un impatto non solo sull'economia del Vecchio Continente, ma anche su istanze molto vicine alla nostra vita quotidiana, come la salute e le scienze della vita. E a partire da queste considerazioni, Eli Lilly, player strategico e investitore con una presenza storica in Italia e in Europa, ha promosso a Roma, con il patrocinio di Farminindustria, della Commissione Europea e della Società Italiana di farmacologia (SIF), un dibattito

tra i principali stakeholder di settore sulle sfide future che l'Europa sarà chiamata ad affrontare per risultare attrattiva in tema di investimenti di ricerca e sviluppo e produzione del settore industriale, impegnato nell'innovazione sanitaria e farmaceutica.

Una riflessione corale che ha coinvolto istituzioni nazionali ed europee, mondo dell'università e della comunità scientifica, autorità regolatorie e associazioni di pazienti. Il tutto sullo sfondo di uno scenario geopolitico complesso e incerto, dominato dalle grandi crisi internazionali e dall'impegnativa concorrenza asiatica e americana. La salute e il settore farmaceutico rappresentano settori strategici, in grado di generare sicurezza e crescita; le scelte della politica europea dei prossimi mesi decideranno se questi settori potranno ambire a occupare un posto da leader nella competizione internazionale o, al contrario, limitarsi ad andare alla rincorsa delle grandi potenze.

Il settore della salute e del pharma è fondamentale anche per l'economia del Vecchio Continente. Lo scorso anno, infatti, ha generato in Europa un valore di 340 miliardi di euro, 44 miliardi di investimenti in ricerca e sviluppo, 670 in export. Senza dimenticare gli 865 mila posti di lavoro che gravitano intorno a questo settore. L'Italia primeggia in Europa, forte di una produzione pari a 49 miliardi di euro, il 90% dei quali destinati all'export. E questo grazie all'impegno delle aziende pharma nazionali e internazionali, che chiedono però di non es-

sere lasciate da sole a lavorare per questi risultati e di essere aiutate a portare l'Europa a conquistare la primazia mondiale. È urgente dunque lavorare alla costruzione di una vision industriale al tempo stesso coraggiosa e sostenibile, in un contesto regolamentario che premi l'innovazione e la ricerca sanitaria, per poter esprimere appieno il potenziale di competitività, autonomia e crescita che può offrire ai cittadini risposte ai tanti "unmet need" di salute ancora esistenti. Sono tanti gli ambiti interessati da progetti di riforma, dalla condivisione dei dati sanitari a un sistema di valutazione uniforme grazie al nuovo Regolamento HTA, a una Strategia Farmaceutica europea; senza dimenticare i grandi problemi del futuro come la pandemia della cronicità, riguardante patologie come diabete, obesità, demenze, tumori e patologie infiammatorie, che meritano un'attenzione e riforme ad hoc. Tematiche molto ampie e cruciali, delle quali finora sono state delineate solo linee programmatiche, da riempire adesso di contenuti e concretezza attraverso un dialogo costruttivo e trasparente tra pubblico e privato.



LO SCENARIO

È necessario definire dunque una nuova strategia farmaceutica europea, comprendente anche la tutela regolatoria sui farmaci e i criteri per l'immissione in commercio in tutti gli Stati membri, sostenibili per l'industria e attrattivi per l'innovazione. A questo proposito, lo snellimento dei processi decisionali dell'EMA e il sistema dei programmi di accesso precoce potrebbero non essere sufficienti per competere con gli Usa o con la Cina e per garantire un accesso equo tempestivo ai cittadini europei.

La condivisione dei dati sanitari è una condizione irrinunciabile per potenziare le prospettive della ricerca e contribuire a una programmazione sanitaria guidata dai dati. Il nuovo Parlamento dovrà negoziare un testo definito e promuovere entro il 2025 la corretta applicazione della nuova regolamentazione HTA (adottata nel 2021). La lotta contro il cancro infine ha dimostrato di poter essere vincente solo adottando una visione comune (come quella di Eu beating cancer plan), disponendo di risorse adeguate e ascoltando la voce dei pazienti. Ma è necessario e urgente pensare a

un'azione mirata anche contro tutte le altre patologie croniche non trasmissibili (diabete, obesità, malattie infiammatorie, demenze, ecc), da affrontare con una strategia che integri prevenzione, diagnosi e trattamento. Per evitare il default dei sistemi sanitari.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

340

I miliardi di valore del settore salute e pharma in Europa

44

In miliardi di euro, l'investimento in ricerca e sviluppo



865

In migliaia, i posti di lavoro in Europa che gravitano sul settore

90%

La produzione italiana del settore destinata all'estero

TRA I TEMI SUL TAVOLO RIFORME AD HOC PER DIABETE, OBESITÀ, DEMENTIA, TUMORI E PATOLOGIE INFIAMMATORIE

Sopra, l'aula del Parlamento europeo

Federico Villa, Associate Vice President Corporate Affairs & Patient Access di Eli Lilly



Diagnosi precoci con l'hi tech per le donne con Alzheimer

Salute. Solo l'1% delle ricerche sono dedicate a condizioni specifiche di genere. Intervista alla neuroscienziata Antonella Santuccione Chadha: «Donne enorme bacino di pazienti sottodiagnosticato»

Chiara Di Cristofaro

Una svolta, anche per la medicina di genere. L'intelligenza artificiale può rappresentare quella spinta necessaria a ridurre le disparità di salute e di cura basate sul genere e non solo. Disparità che pesano sulla salute delle donne e ne possono decidere la vita e la morte e che si traducono in diagnosi ritardate o sbagliate, in effetti collaterali non studiati o in caratteristiche proprie delle donne (come le fasi ormonali) che non vengono prese in adeguata considerazione. A tutto questo si aggiungono quegli stereotipi legati al genere che nella salute e nella cura possono diventare decisivi e dove le innovazioni legate all'AI possono fare la differenza, per esempio con il riconoscimento di segnali precoci o specifici di alcune patologie, che si differenziano a seconda del genere. Con l'attenzione alta sui modelli di apprendimento dell'AI, che non devono replicare stereotipi e pregiudizi.

Del resto, che ci sia un tema di genere da considerare nella medicina è ormai fuor di dubbio, come emerso anche al World Economic Forum di Davos, in cui è stato presentato un report realizzato con il McKinsey Health Institute. Dal rapporto emerge che solo l'1% delle ricerche sulla medicina sono dedicate a condizioni specifiche di genere e che le donne, nonostante vivano in media più degli uomini, trascorrono il 25% della loro vita in cattive condizioni di salute. Chiudere questo gap sarebbe di beneficio per 3,9 miliardi di donne, con sette giorni di vita in più ogni anno, una media di 500 giorni in un'intera esistenza e porterebbe a un beneficio economico valutato in mille miliardi di dollari da qui al 2040. Serve però un approccio su tre dimensioni: quello della cura, quello della ricerca e quello degli

investimenti. Insieme a una nuova consapevolezza dell'importanza di una medicina di precisione.

È su queste direttrici che è necessario lavorare, spiega Antonella Santuccione Chadha, neuroscienziata e medica esperta di medicina di genere di precisione e ceo dell'organizzazione no-profit Women's Brain Project, in Italia per partecipare al Milan Longevity Summit dal 14 al 27 marzo prossimi. «Le donne rappresentano un enorme bacino di pazienti sottodiagnosticato», dice la neuroscienziata, che mette in evidenza due elementi: in primis la mancanza di ricerche specifiche dedicate alle donne e alle loro peculiari caratteristiche fisiche e non solo. «Dobbiamo uscire dall'idea della medicina che va bene per tutti, a taglia unica, e andare verso la medicina di precisione - afferma - la medicina che conosciamo oggi è stata sviluppata prevalentemente per maschi e, se si guarda ai dati di genomica, sono per lo più di 80 chili di peso, giovani e in salute. Ma non ho pazienti simili in corsia. La ricerca per essere valida deve includere la maggiore tipologia di diversità possibili, dall'etnia, al sesso, al genere, l'età e via dicendo».

Pensiamo, per esempio, ai cambiamenti ormonali a cui è sottoposto il corpo delle donne in tre fasi chiave di vita, quella mestruale, quella della gravidanza e quella della menopausa: «Mancano gli studi su come impattano i farmaci in questi diversi momenti, per esempio solo adesso iniziamo a studiare il rapporto tra malattie neurodegenerative e del sistema immunitario e la menopausa e, ancora, vediamo che le donne soffrono più degli uomini gli effetti collaterali dei farmaci perché questi non vengono né studiati né riportati adeguatamente. È un problema serio, anche in termini di costi come quelli di ospedalizzazione a causa di questi ef-

fetti», sottolinea Santuccione Chadha.

Ma a monte c'è un altro elemento che proprio con l'AI può avere una svolta: «Il ritardo nelle diagnosi è legato ai bias con cui tutti noi abbiamo a che fare. Le diagnosi di Alzheimer alle donne vengono fatte con ritardo rispetto a quelle degli uomini, per la sclerosi multipla le donne vengono diagnosticate 2-3 anni dopo l'insorgenza dei primi sintomi, prima vengono curate per depressione, per stress. Ancora oggi nella pratica medica troppo spesso le donne non vengono credute, siamo ancora ai tempi dell'isteria».

Ecco che l'AI può fare la differenza: «È grazie all'AI che ci siamo accorti che i dati che abbiamo risentono dei nostri bias e che il tema è emerso e ha reso possibile parlare di bias in modo così preponderante. Ora la comunità scientifica è consapevole che una ricerca per essere solida deve includere le diversità, tanto più il training del machine learning model fatto con dati diversificati tanto più la competenza diagnostica e terapeutica dell'algoritmo sarà accurata».

Ma l'intelligenza artificiale potrà essere decisiva anche in molti altri aspetti: per esempio, dice la neuroscienziata, «abbiamo dimostrato che questi machine learning models riescono a diagnosticare nelle donne i sintomi precoci dell'Alzheimer, cosa che il medico non riesce a fare con le



scaie tradizionali di valutazione, perché si è visto che le donne mascherano maggiormente il sintomo avendo una maggiore fluidità verbale».

Inoltre, «abbiamo visto che sono in grado di distinguere il cervello rosa da quello blu, grazie ai biomarcatori digitali, cosa che io non riesco a fare dal read out del risultato di un test o dalla diagnostica per immagini». L'utilizzo dell'AI, quindi può dare quella spinta necessaria ad attenuare

la disuguaglianza legata al genere in medicina, una disuguaglianza che va resa sempre più consapevole e messa in primo piano per essere realmente ed efficacemente affrontata.

IL RIPRODUZIONE RIGERAVATA

Investimenti in ricerca sanitaria

Percentuale degli investimenti dedicati alle condizioni delle donne

BIOPHARMA, SPERIMENTAZIONE IN FASE CLINICA (2020)

MED TECH, FARMACI DI NUOVA APPROVAZIONE (2011-21)

198
mld \$

36
mld \$

0 2 4 0 2 4

Tumori femminili

4%

2%

Tutte le altre patologie femminili

1%

2%

Fonte Mc Kinsey & Company

Senza l'Intelligenza artificiale per la sclerosi multipla le donne hanno una diagnosi due, tre anni dopo i primi sintomi

69,8%

DONNE NELLA SANITÀ

La presenza femminile nella sanità cambia a seconda della professione: il 51,3% dei dirigenti medici e il 77,7% del personale infermieristico è donna



STOP ALLA SCLEROSI MULTIPLA

Dall'8 al 10 marzo 14mila volontari Aism in 5mila piazze per distribuire su donazione una pianta per sostenere la ricerca sulla sclerosi multipla.





Dir. Resp. Marco Girardo

I DATI DEL PRIMO GRUPPO ITALIANO

«Investimenti, l'Ue non freni i nuovi farmaci»

Menarini chiude il 2023 col fatturato record di 4,37 miliardi. L'azionista Lucia Aleotti: da noi a rischio la competitività

VITO SALINARO
Inviato a Firenze

Se non fosse per le incertezze dell'economia cinese, la svalutazione della lira turca, e la scadenza del brevetto di un farmaco cardiovascolare, il fatturato del Gruppo farmaceutico Menarini del 2023, che pure ha fatto registrare la cifra record di 4,37 miliardi di euro (+ 5,3% sul 2022), sarebbe stato ben più corposo, a prescindere dall'aumento dei costi e dalle spinte dell'inflazione. Perché la prima impresa italiana del settore (18 stabilimenti nel mondo e 17.800 dipendenti) non ha mai smesso di correre, reinvestendo negli ultimi 25 anni tutti gli utili, con la conseguenza di non frequentare gli sportelli bancari in cerca di prestiti. Solo lo scorso anno, ben 480 milioni di euro sono stati dirottati in ricerca e sviluppo. Soldi che hanno consentito di raggiungere risultati rilevanti anche in ambiti relativamente nuovi ed oggi strategici, come l'oncologia e l'oncoematologia. Settori grazie ai quali, nel 2023, e per la prima volta nella storia dell'azienda fiorentina, il mercato degli Usa, con i suoi 300 milioni di euro, è diventato il secondo dopo quello italiano, che detiene il 20% del "ranking". Tutto merito di due "blitz" che Menarini ha compiuto oltreoceano in piena pandemia: nel corso del lockdown, nel 2020,

l'acquisizione della biofarmaceutica Stemline, quotata al Nasdaq di New York; e, pochi mesi dopo, quella di un prodotto, Orserdu, di un'altra azienda, all'epoca in fase di ricerca, e che, dopo l'approvazione delle autorità regolatorie americana (Fda) ed europea (Ema), è oggi un trattamento orale per un sottotipo di tumore mammario avanzato o metastatico (Er+/Her2- avanzato o metastatico con mutazioni Esr1). La filosofia di Menarini, ha spiegato ad *Avvenire* l'azionista e membro del board, Lucia Aleotti, che ha presentato i dati del 2023 a Firenze, assieme all'ad Elcin Barker Ergun, «è sempre stata improntata all'attenzione e alla prudenza. Non abbiamo mai fatto il passo più lungo della gamba. Ma ci sono momenti in cui bisogna anche avere il coraggio di fare scelte imprenditoriali importanti e audaci; in quelle due occasioni lo abbiamo fatto e i risultati sono stati positivi. Nel 2024 continueremo con la crescita negli Stati Uniti anche grazie a questo farmaco». Un prodotto che potrebbe essere presto dirottato pure verso forme precoci della stessa malattia, oppure, si ipotizza a Firenze, per altri tumori solidi.

«Ci aspettiamo molto - ha dichiarato Aleotti - anche da un altro preparato, ormai alle porte, per la leucemia mieloide acuta». I progetti di più immediato sbocco non sono finiti: «È arrivato alla fase 3 di sperimentazione un farmaco della sfera cardiovascolare (ambito che vede Menarini al sesto posto

del mondo, ndr); lo attendiamo con impazienza, speriamo possa dare risultati fortemente positivi contro l'ipercolesterolemia». Nella ricerca futura ci saranno presto altri "attori": «Abbiamo appena firmato un accordo con la società "Insilico" di Hong Kong per sfruttare l'intelligenza artificiale nell'area oncologica - ha rivelato Aleotti -. L'ia ha due funzioni: aiuta ad individuare nuovi bersagli terapeutici; e poi suggerisce la migliore molecola per quel bersaglio».

Sul tema dell'antibiotico-resistenza, invece, «le autorità dovrebbero unirsi - ha osservato Aleotti, che è anche vicepresidente di Farindustria -; se ci sono germi capaci di uccidere milioni di persone, vuol dire che siamo di fronte ad un'emergenza. L'unico modello che può funzionare è quello inventato per i farmaci orfani», e quindi con «premi dati alle imprese che sviluppano farmaci per ma-

lattie rare». Perché «va bene prevenire, e non abusare degli antibiotici esistenti», ma «a un paziente in ospedale con un'infezione resistente serve un antibiotico

nuovo, potente, contro quel superbatterio. Se però all'azienda che sviluppa quel farmaco con enormi difficoltà, le autorità invece continuano a corrispon-





dere prezzi degli antibiotici di

15 o 20 anni fa, allora il messaggio che imprenditori e analisti di tutto il mondo ricevono è "non investite nei nuovi antibiotici".

Ma nessuno parli di delocalizzazione: «La nostra ispirazione internazionale non distoglie l'attenzione dall'Italia, al contrario». Ma «va anche sottoli-

neato - ha ammonito Aleotti - che quando l'Europa si muove, lo fa mettendo regole che non tengono conto della competitività globale. L'Europa non si rende conto che ha perso un pezzo importante della propria industria. E che, mentre altri Paesi come Usa e Cina lavorano per attrarre la base industriale, qui si pensa solo a rego-

lare, mettere oneri o aggiungere burocrazia. Non è la maniera per attirare o far sviluppare un settore vitale nel nostro continente».

«Grazie all'oncologia, gli Usa sono oggi il nostro secondo mercato dopo l'Italia. Abbiamo appena siglato un'intesa con un'azienda di Hong Kong per implementare l'intelligenza artificiale»



Da sinistra, Ercin Ergun e Lucia Aleotti



SALUTE

Una speranza contro la sclerosi multipla

The Economist, Regno Unito

Lo sviluppo di un vaccino contro il virus della mononucleosi, che in alcuni casi provoca la reazione autoimmune all'origine della malattia, in futuro potrebbe permettere di prevenirla

La sclerosi multipla colpisce circa 1,8 milioni di persone nel mondo. Tra i sintomi ci sono spossatezza, vista sfocata e problemi di deambulazione. Alcuni pazienti sviluppano grave disabilità e complicanze che possono causare la morte. Non esiste una cura, e ci sono poche terapie per gli stadi avanzati. Ma alcuni recenti risultati hanno suggerito un'idea allettante: il vaccino contro un virus comune potrebbe finalmente consegnare la malattia ai libri di storia?

La sclerosi multipla insorge quando il sistema immunitario attacca la mielina, il tessuto isolante che riveste le fibre nervose del cervello e del midollo spinale e gli permette di inviare segnali elettrici. La maggior parte delle terapie esistenti si concentra sulla modulazione o soppres-

96 Internazionale 1553 | 8 marzo 2024

sione del sistema immunitario. Da non molto, per esempio, sono cominciati i trial di un nuovo tipo d'immunoterapia nota come Car-T, che prevede di rimuovere le cellule immunitarie, modificare il loro dna e reimpiantarle nel paziente.

Nel 2022 è stato individuato il motivo per cui il sistema immunitario attacca la mielina: il virus di Epstein-Barr (Ebv), che causa la mononucleosi. Grazie a questa scoperta sono emerse nuove possibilità di trattamento, e al momento sono in corso i trial di antivirali e vaccini contro il virus.

Quasi tutte le persone affette da sclerosi multipla mostrano segni d'infezione da Ebv, ma questo vale anche per il 95 per cento degli adulti sani. Più o meno la metà della popolazione lo incontra durante l'infanzia, e di solito rimane nel sistema im-

munitario e nelle cellule della gola senza arrecare alcun danno. La metà circa delle persone che viene a contatto con il virus dopo l'infanzia contrae la mononucleosi.

Per dimostrare il legame con la sclerosi multipla, un gruppo di ricercatori coordinato da Alberto Ascherio dell'università di Harvard ha seguito più di dieci milioni di dipendenti delle forze armate statunitensi che si sottopongono a regolare esame del sangue per l'hiv. Durante lo studio a 955 di loro è stata diagnosticata la sclerosi. A quel punto gli scienziati hanno testato i loro campioni di sangue cercando segni d'infezione da Ebv. Tutti tranne uno avevano gli anticorpi contro il virus, un dato molto più elevato del normale.

La fase successiva è stata capire come in alcune persone il virus riesca a scatenare il sistema immunitario contro l'organismo. Un articolo pubblicato su Nature nel 2022 mostrava che una proteina prodotta dall'Ebv ha una struttura simile a una presente nelle cellule umane, cruciale per la produzione della mielina. In alcune persone gli anticorpi creati per neutralizzare l'Ebv hanno inavvertitamente attaccato anche il sistema nervoso. E nel dicembre 2023 sono state individuate alcune varianti genetiche capaci di aumentare la probabilità che si verifichi questa confusione.

Un precedente incoraggiante

Le terapie antivirali potrebbero ridurre la quantità di virus che circola nel sistema immunitario dei pazienti. Da un ampio studio internazionale pubblicato a dicembre è emerso che chi convive con l'hiv e assume farmaci antivirali aveva meno probabilità di ammalarsi di sclerosi multi-

pla. I trial clinici su larga scala, però, devono ancora giustificare tale ottimismo. Da uno studio limitato sull'antivirale Famciclovir, pubblicato a gennaio, si è scoperto che il farmaco non ha avuto effetto sui livelli di Ebv nella saliva di pazienti con sclerosi multipla. Altri studi sono in corso negli Stati Uniti e in Norvegia.

Nel frattempo sono in fase di sperimentazione due vaccini contro il virus, uno della Moderna, l'altro del National Institute of Allergy and Infectious Diseases (Niaid) degli Stati Uniti. Anche se risultassero efficaci, ci vorranno anni prima che i ricercatori ne conoscano gli effetti sulla sclerosi multipla, perché la malattia si sviluppa anni dopo l'infezione. Ma ci sono buone speranze. "Lo si può paragonare al vaccino contro il papillomavirus (hpv)", dice Jessica Durkee-Shock, che coordina il trial del Niaid. "Abbiamo aspettato più di dieci anni per poter dimostrare che poteva prevenire il cancro della cervice uterina". Il vaccino contro l'hpv ha eliminato quel tumore nelle donne che l'hanno ricevuto da piccole. Gli scienziati sperano che ora tocchi alla sclerosi multipla. ♦ *sdf*



SALUTE MENTALE

La psicoterapia non può durare per sempre

Richard A. Friedman, The Atlantic, Stati Uniti

Molti psicoterapeuti e pazienti pensano sia giusto proseguire la terapia per lunghi periodi, anche quando si sta bene. Non è detto, però, che l'attenzione costante verso se stessi sia sempre positiva

Circa quattro anni fa un nuovo paziente si è rivolto a me per una consulenza psichiatrica. Si sentiva bloccato: era in terapia da quindici anni anche se la depressione e l'ansia che l'avevano spinto a cercare aiuto erano sparite da tempo. Invece di lavorare sui problemi legati ai suoi sintomi, parlava delle vacanze, della ristrutturazione della sua casa e delle difficoltà che aveva in ufficio. Il suo terapeuta era diventato un amico piuttosto costoso e molto comprensivo. Eppure, quando gli ho chiesto se pensava di terminare le sedute, è diventato esitante, quasi ansioso. "Ormai fanno parte della mia vita", mi ha detto.

La psicoterapia, per chi può permettersela, spesso diventa un impegno a lungo termine, come fare sport o andare dal dentista. Tante e tanti psicoterapeuti e i loro pazienti, insieme alle celebrità e ai mezzi d'informazione, hanno sposato l'idea che bisogna andare in terapia per molto tempo, pure quando si sta bene. Il problema è che non sempre le terapie sono pensate per durare così a lungo. Anche se ne esistono molte varianti, il loro obiettivo è lo stesso: non aver più bisogno delle sedute perché ci si sente in grado di proseguire da soli. L'interruzione non deve essere definitiva. Se un paziente o una paziente sono seguiti da tempo, hanno superato la fase acuta e hanno sintomi meno intensi si può prendere in considerazione l'idea di fare una pausa.

La terapia, a breve e a lungo termine, può cambiare la vita. Quella a breve termine tende a concentrarsi su problemi specifici. Nella psicoterapia cognitivo-comportamentale, di solito usata per la depressione e l'ansia, uno specialista aiuta il paziente a liberarsi dei sentimenti negativi correggendo le percezioni distorte che ha di se stesso. Nella terapia dialettico-comportamentale, comunemente

usata per il disturbo borderline di personalità, i pazienti imparano a gestire le emozioni più forti, cosa che li aiuta a migliorare l'umore e i rapporti con gli altri. Entrambi i metodi durano in genere meno di un anno. Se poi il paziente si sente inquieto o sopraffatto dagli eventi della vita, può riprendere la terapia per un altro periodo. La possibilità di un'interruzione è considerata del tutto normale.

Altre terapie, come quella psicodinamica e la psicoanalisi, sono pensate per durare diversi anni, ma non per sempre. In questo caso l'obiettivo principale è molto più ambizioso del sollievo dai sintomi, e consiste nell'individuare le cause inconscie della sofferenza e cambiare le dinamiche interiori del paziente. Uno studio molto accreditato indica che per chi soffre di disturbi psichiatrici significativi la terapia a lungo termine è altamente efficace e superiore a quelle più brevi, mentre altre ricerche hanno prodotto conclusioni meno chiare. Pochi altri studi hanno confrontato gli effetti delle terapie a breve e a lungo termine, ma solo sui pazienti con sintomi lievi. Di contro, esistono motivi per credere che in assenza di sintomi acuti in alcuni casi la psicoterapia possa risultare dannosa. Un'attenzione eccessiva verso se stessi - facilitata da un contesto in cui si paga per parlare delle proprie emozioni - può far aumentare l'ansia, soprattutto se le sedute sostituiscono le azioni concrete. Se i sintomi nevrotici o depressivi sono relativamente lievi (cioè non interferiscono con la vita di tutti i giorni), forse è meglio frequentare di meno lo studio di uno psicoterapeuta e passare più tempo con gli amici, dedicarsi a un hobby o fare volontariato.

Sedute "preventive"

Un mio amico d'infanzia, i cui genitori

erano entrambi psicoanalisti, andava in terapia tutte le settimane. Era un ragazzo felice ed energico, ma i suoi genitori volevano che lui e sua sorella fossero preparati al meglio per affrontare le avversità. Entrambi sono diventati adulti di successo, ma anche molto ansiosi e nevrotici. Probabilmente i loro genitori hanno pensato che senza la terapia avrebbero vissuto peggio, anche perché avevano persone con disturbi mentali in famiglia. Ma non riesco a trovare una prova clinica a sostegno di questa psicoterapia "preventiva".

In ogni caso, andare in terapia è di per sé un privilegio. Non è quasi mai inclusa nell'assicurazione sanitaria, dunque buona parte delle persone che ne avrebbero bisogno non può permettersela. Per quanto riguarda la possibilità di interromperla quando si è pronti (magari liberando un posto per chi in quel momento ne ha più bisogno) riconosco che non è facile. Se siete in terapia per un grave disturbo mentale, come una forte depressione o una sindrome bipolare, dovete assolutamente consultarvi con il vostro terapeuta per capire se per voi è arrivato il momento di interrompere. Tenete però presente che potrebbe essere restio a sospendere le sedute. Oltre a esserci un incentivo economico a continuare, infatti, rinunciare a un paziente piacevole diventato poco impegnativo non è facile.

La mia regola generale è questa: se negli ultimi sei mesi il paziente non ha avuto sintomi del suo disturbo o ne ha avuti in quantità minima, allora è possibile valutare una pausa. Se con la vostra terapeuta doveste concludere che è il momento, l'i-



deale è stabilire una sospensione temporanea con una chiara "data di scadenza". Se doveste sentirvi peggio, potrete tornare indietro in qualsiasi momento.

In psichiatria si adotta un sistema simile con gli psicofarmaci. Per esempio, quando prescrivo un antidepressivo e il paziente rimane stabile e senza sintomi per anni, di solito valuto la possibilità di ridurre il dosaggio per stabilire se il farmaco è ancora necessario. Lo faccio unicamente se c'è un basso rischio di ricadute, per esempio con chi ha avuto solo un paio di crisi nel corso della vita. Sospendere la psicoterapia dovrebbe essere ancora meno rischioso: a differenza di un

farmaco, infatti, fornisce conoscenze e abilità che il paziente porterà in ogni caso con sé, che continui o smetta.

Circa un anno dopo aver parlato con quel paziente dell'ipotesi di interrompere la terapia, l'ho incontrato in un bar. Mi ha detto che gli erano serviti sei mesi per sospendere le sedute, ma ora finalmente si sentiva bene. Forse anche voi siete preoccupati all'idea di smettere da un giorno all'altro e definitivamente. In tal caso vi consiglio di prendervi una pausa dalla terapia. Potrebbe essere il modo migliore per capire quanta strada avete fatto. ♦ *as*

psichiatria clinica e direttore della clinica di psicofarmacologia del Weill Cornell medical college di New York.

Richard A. Friedman è professore di

Lo studio di Sigmund Freud a Londra



SALUTE

Microplastiche nella placenta

Nel 2020 una ricerca italiana aveva riscontrato tracce di microplastiche nella placenta di quattro donne che avevano avuto gravidanze e parti senza complicanze. Ora i ricercatori dell'università del New Mexico hanno rilevato dai 6,5 ai 790 microgrammi di microplastiche per grammo di tessuto in 62 campioni di placenta. Per il 54

per cento si tratta di polimeri di polietilene, e per un altro 20 per cento di pvc e nylon. Non è chiaro quali fattori contribuiscono a concentrazioni così diverse, spiegano gli autori della ricerca su **Toxicological Sciences**. Inoltre non si sa se questi livelli influiscono sullo sviluppo della placenta o del feto, o se abbiano altre conse-

guenze sulla salute. In ogni caso la presenza di microplastiche nella placenta è preoccupante, dato che questo tessuto ha una vita di appena otto mesi.



STUDIO SUI MACACHI

Quali organi vengono più nutriti in gravidanza

NEL CORPO c'è un via vai di metaboliti, sostanze nutritive che i tessuti si scambiano gli uni con gli altri in modo sostanzialmente omogeneo. Poi arriva un bambino e gli schemi saltano, col risultato che i flussi metabolici cambiano radicalmente. Lo ha scoperto un team di scienziati coordinato dal biologo Shyh-Chang Ng dell'Accademia delle scienze cinese con uno studio condotto sui macachi cinomolghi (*Macaca fascicularis*) e pubblicato su *Cell*. I ricercatori hanno prelevato da 12 macache,

incinte e non, 273 campioni di tessuto da 23 parti del corpo catalogando i metaboliti presenti prima e dopo una gravidanza. I profili metabolici dei tessuti cambiavano, ma non perché cambiasse il loro metabolismo: a modificarsi erano i flussi delle sostanze nutritive tra loro. Per esempio, nel primo trimestre di gravidanza l'utero riduce gli scambi con cuore e muscoli scheletrici a favore della placenta in formazione. Nel secondo trimestre, invece, il traffico di metaboliti tra

utero e placenta diminuisce e quest'ultima, ormai matura, inizia a scambiare una serie di sostanze con cuore, ovaie e fegato. Negli ultimi mesi della gravidanza, infine, l'utero invia e riceve metaboliti quasi solo dalla pelle del cuoio capelluto e si intensificano gli scambi tra muscoli scheletrici e cuore. I ricercatori non sanno il perché di questi cambiamenti, ma credono che alcune patologie delle donne incinta come preeclampsia e diabete gestazionale siano dovute proprio a un'anomala riprogrammazione dei

flussi dei metaboliti. Non di tutti però. In ogni tessuto i ricercatori ne hanno trovati migliaia, ma solo 91 (principalmente ormoni steroidei ma pure lipidi e aminoacidi) sono interessati dalle modifiche della gravidanza. E potrebbero essere utili sia per la diagnosi sia per il trattamento dei problemi gestazionali. (M.S.)



Una ricerca ha esaminato le modifiche dei **flussi dei nutrienti** in gestazione



ISTRUZIONI PER DIFENDERSI DAL VIRUS DENGUE

LA ZANZARA TIGRE CREA ALLARME ANCHE IN ITALIA. CHE FARE IN CASO DI CONTAGIO? COME RICONOSCERE I SINTOMI? E COME COMPORTARSI IN VISTA DI UN VIAGGIO IN PAESI ENDEMICI? LE RISPOSTE DEGLI ESPERTI

di **Giuliano Aluffi**

L ACHIAMANO "febbre spaccaossa", per uno dei sintomi più frequenti, i dolori muscolari e articolari, ma nei casi più gravi la dengue può anche provocare emorragie e perfino uccidere, in caso di reinfezione, come capita nei Paesi dove è endemica. Il Brasile, per esempio, è nel pieno di un'epidemia che supera il mezzo milione di casi (il quadruplo dell'anno scorso, con 113 decessi, +300 per cento), mentre il Perù ha dichiarato l'emergenza per un'epidemia che si presume imminente. La situazione ha spinto il nostro ministero della Salute a diffondere una circolare per innalzare il livello di allerta in porti e aeroporti. Una sorta di "Attenti alla zanzara", perché il virus della dengue non si trasmette da persona a persona, come il Sars-CoV-2, ma ha bisogno di una zanzara che punga chi è già malato, si infetti e poi punga un'altra persona.

L'anno scorso l'Italia ha avuto il suo picco di casi autoctoni, ovvero persone che hanno ricevuto la puntura infettante qui: 82, da sommare ai 290 d'importazione, persone che hanno viaggiato in Paesi dove la dengue è endemica, e sono rientrate in patria infettate. Sono guariti tutti. Ma ora c'è la preoccupazione che l'Italia diventi un Paese endemico per la dengue nei prossimi decenni. «Con la grande circolazione del virus che stiamo vedendo nel mondo, e sapendo ormai che anche la zanzara tigre (*Aedes albopictus*), presente sul nostro territorio, è in grado di veicolare il virus, possiamo aspettarci per quest'anno un numero maggiore di casi», spiega l'infettivologo Massimo Andreoni, direttore scientifico di Simit (Società italiana di malattie infettive e tropicali). «Per questo occorrerà un'attenta valutazione dei casi clinici, analisi rapide per accertare dove e come si sono infettati, efficaci azioni di disin-

festazione nelle zone individuate come a rischio».

La diagnosi non è facile: «Nell'80 per cento dei casi la malattia è asintomatica o con sintomi molto leggeri, perciò indistinguibile da una banale influenza: febbre, dolori, stanchezza», dice il virologo Carlo Federico Perno, responsabile di Microbiologia e diagnostica di Immunologia all'ospedale Bambino Gesù di Roma. «Un segno particolare, però, è il dolore che si avverte dietro il bulbo oculare. Se il paziente lo dichiara, allora il medico può sospettare che si tratti di dengue». Nel 20 per cento dei casi i sintomi sono più netti: «Dopo una fase iniziale con febbre, dolori muscolari molto forti ed eruzioni cutanee, la febbre scende per 24-48 ore, per poi risalire con un secondo picco, in cui possono comparire, nelle forme più gravi, anche emorragie», sottolinea Roberto Cauda, direttore dell'Unità Malattie infettive al Policlinico Gemelli. Quando si ritiene che possa trattarsi di dengue, il paziente può effettuare un test del sangue alla ricerca degli anticorpi. «Per il Lazio, il laboratorio di riferimento è quello di virologia dell'Istituto Spallanzani di Roma», precisa l'epidemiologo Francesco Vairo, responsabile del Servizio regionale di sorveglianza malattie infettive dello Spallanzani. «Se il test conferma la dengue, la Asl attiva azioni di disinfestazione nelle aree limitrofe all'abitazione del paziente, e nei luoghi frequentati. A queste azioni tese ad abbattere la popolazione di zanzare adulte possibili vettori di dengue, seguono azioni "larvicide" con funzione preventiva». Il tutto per evitare che sorga un focolaio come quelli del 2023 a Roma e nel Lodigiano.

LA TERRIBILE AEGYPTI

«Quanto visto nel 2023 ci può far pensare che tutta la fascia dell'Europa del sud andrà incontro sempre più fre-

quentemente a piccoli focolai di infezione» dice ancora Vairo. «Se i focolai finora non sono stati importanti, dipende anche dal fatto che la zanzara tigre è un vettore di dengue meno "competente" rispetto alla *Aedes aegypti*, che ancora non è in Italia». La zanzara tigre è comunque temibile perché, a differenza di altre specie nostrane, punge più volte al giorno e durante tutta la giornata. «Però è generalista, mentre la *Aedes aegypti* punge soprattutto le persone. Inoltre si è visto che in circa il 5 per cento dei casi le *aegypti* infette trasmettono il virus alla progenie, per la zanzara tigre ancora non è dimostrato», spiega Laura Harrington, entomologa del Center for disease control americano e autrice della scoperta. «L'esistenza della trasmissione verticale rende più difficile combattere la dengue». Un metodo innovativo è la lotta biologica: «Infettare le zanzare con il batterio Wolbachia riduce la loro capacità di trasmettere la dengue. Sono stati fatti esperimenti, con buon esito, in Colombia, ma è una strategia ancora da convalidare» dice Harrington. «Un'alternativa più drastica è l'eradicazione tramite manipolazione genetica che sostituisca le popolazioni attuali con popolazioni sterili: gli effetti sull'ecosistema sarebbero ridotti perché non vi sono molte specie che si cibano di larve dell'*Aedes aegypti*. A differenza della zanzara tigre, che ha un ruolo di maggior peso nel suo ecosistema».

Sono ragionamenti che potremmo dover fare presto, perché l'*aegypti* è già arrivata a Cipro e minaccia di rag-



giungerci per via della progressiva tropicalizzazione del Mediterraneo. A rendere più fosche le prospettive per il futuro c'è il fatto che non esiste ancora un farmaco antivirale specifico: «Oggi la terapia affronta solo i sintomi: un antipiretico per abbassare la febbre, idratazione e riposo. Si stanno facendo studi per verificare se antivirali sviluppati per altre malattie possano avere qualche efficacia sulla dengue», dice Angela Corpolongo, dirigente della IV divisione di malattie infettive e tropicali allo Spallanzani.

MANICHE LUNGHE E ZANZARIERE

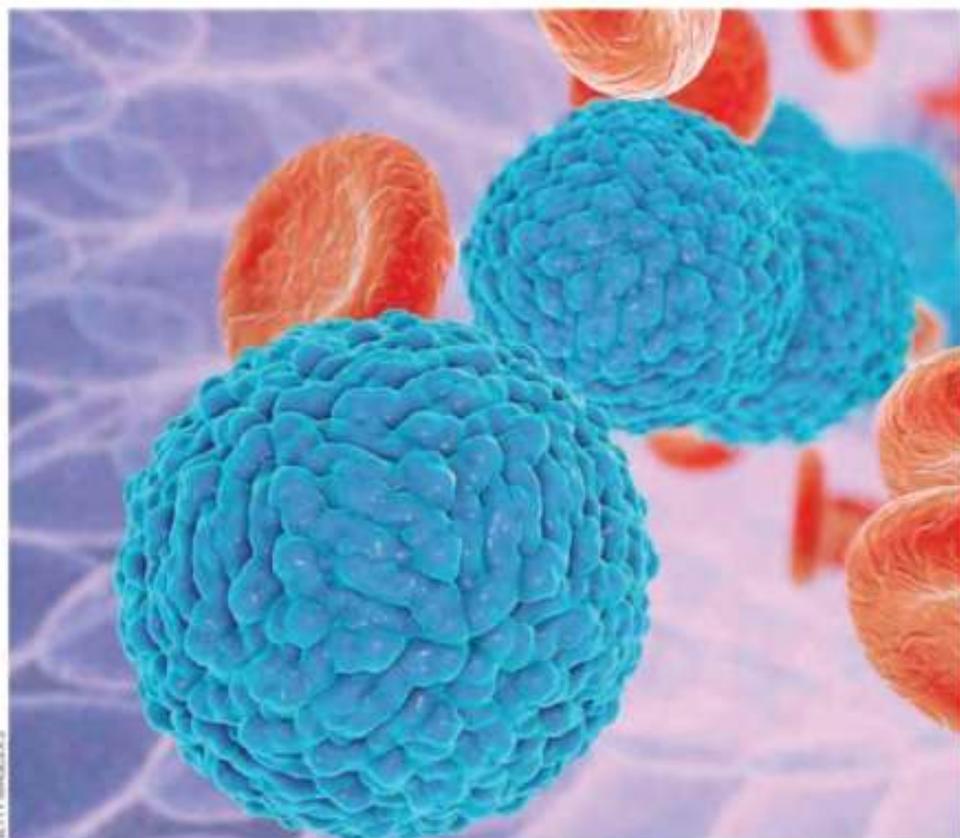
«Però esistono due vaccini: quello approvato in Italia dall'Aifa, in commercio dal 2023, è il vaccino giapponese QDenga. È un tetravalente - valido per tutti i quattro sottotipi di dengue con cui ci si può infettare - e può essere

somministrato sopra i quattro anni di età. Due dosi, a tre mesi di distanza. Al momento è raccomandato a chi parte per un soggiorno nei Paesi dove la dengue è endemica: qui all'Istituto Spallanzani abbiamo iniziato a vaccinare in febbraio».

Il secondo vaccino - non approvato in Italia - è stato sviluppato da Sanofi-Pasteur ed è indicato solo per le persone residenti in aree endemiche e che abbiano già avuto una precedente infezione. Una particolarità della dengue è infatti che chi ha già avuto una prima infezione ha un maggiore bisogno di proteggersi: «Ognuno dei 4 sottotipi di dengue dà luogo a un'immunità specifica: chi ha avuto il virus di sottotipo 1, può ancora infettarsi con i sottotipi 2,3,4. E in

questo caso può esserci una forma più grave della malattia, perché gli anticorpi sviluppati durante la prima infezione, invece di proteggere dalla seconda, ne possono accentuare gli effetti», sottolinea Andreoni. «Siccome la prima infezione è per lo più asintomatica, se si è stati in uno dei Paesi endemici bisogna fare il possibile per non essere punti: usare zanzariere, cospargersi di repellenti, indossare vestiti con maniche lunghe, evitare ristagni d'acqua sul balcone perché le zanzare li usano per riprodursi». □

«ABBIAMO
IL VACCINO.
PERCÒ
RACCOMANDATO
SOLO A CHI
PARTE PER ZONE
A RISCHIO»



A sinistra, illustrazione del virus dengue (in blu) nel sangue. Sopra, una zanzara tigre (*Aedes albopictus*). Massimo Andreoni, direttore del Smit, e, qui a destra, un laboratorio di analisi sulla dengue



Il caso

Elly si è fermata a Popoli L'Asl le vieta l'ingresso nel presidio sanitario

Protesta la delegazione
del Pd: "Stop imposto
da Marsilio, a lui
fu concesso di entrare"

Si è presentata fuori dal piccolo ospedale di Popoli per una visita, una tappa del suo giro in Abruzzo prima delle elezioni, ma le è stato impedito di entrare. La segretaria del Pd, Elly Schlein, è rimasta all'esterno della struttura sanitaria a causa di una disposizione del direttore sanitario della Asl di Pescara, Alterio Fortunato. Nella comunicazione l'azienda spiega: «Si ritiene che la visita sia al momento non opportuna, contrasta con ragioni di tutela della salute e di ordine igienico sanitaria, nonché con la necessaria serenità e riservatezza dei pazienti». Il direttore chiede di «sopraspedere all'iniziativa», anche se le visite negli ospedali da parte di istituzioni e politici avvengono spesso, in tutta Italia. E anche in Abruzzo, evidentemente: «Più volte nel corso della campagna elettorale il presidente Marco Marsilio ha fatto visita agli ospedali. E anche la stessa Schlein - protestano dai dem - Chia-

ramente la disposizione viene dall'alto. Marsilio nega l'accesso».

Schlein ha dunque parlato fuori dall'ingresso: «Siamo qui davanti a un luogo di cura e di sofferenza e vogliamo dire che ci batteremo contro i tagli alla sanità e contro la privatizzazione strisciante di questo governo». Da tempo il Pd, come buona parte delle Regioni, chiede che il fondo sanitario nazionale sia finanziato con più soldi. «Abbiamo chiesto sin dalla manovra di mettere 4 miliardi in più sulla sanità pubblica, di sbloccare il tetto delle assunzioni perché i reparti si stanno svuotando. Continueremo a batterci per fare un piano straordinario di assunzioni e per riuscire a portare la sanità nei territori. Ma la destra al governo non crede nella sanità territoriale. La destra che governa in Abruzzo sta declassando gli ospedali nelle aree interne, creando enormi disagi alle comunità». La domanda per la giunta Marsilio, che sta promettendo grandi cambiamenti nel sistema sanitario, è «dove

siete stati finora?». Secondo Schlein il progetto della destra è quello di smantellare la sanità pubblica per favorire quella privata. «Noi da sinistra non ci stiamo». L'assessora alla Salute abruzzese, Nicoletta Veri, ha risposto spiegando che

Schlein ha fatto un comizio nella cittadina dove il Pd aveva chiuso l'ospedale quando guidava la Regione. «Capisco che una leader nazionale non possa conoscere nel dettaglio le vicissitudini locali, ma credo che il Pd abbia commesso un enorme autogol nel portare la segretaria Elly Schlein a Popoli per parlare di sanità, proprio nella città dove il loro partito aveva chiuso l'ospedale». - **mi.bo.**



Il discorso davanti all'ingresso

Elly Schlein a Popoli parla fuori dalla porta dell'ospedale



Il reportage

Code e rabbia
nei pronto soccorso

dal nostro inviato **Michele Bocci**
AVEZZANO (L'AQUILA)

Il cartello dice "permanenza consentita ad un massimo di 10 persone" ma è davvero una beffa. E infatti qualcuno, estenuato da un'attesa di ore, ha aggiunto uno zero con la penna. Martedì, sala d'attesa del pronto soccorso.

● a pagina 3

L'INCHIESTA SUL SISTEMA ABRUZZESE

Ospedali allo sbando attese lunghe un anno La Sanità è al collasso e i privati fanno affari

AVEZZANO – Il cartello dice «permanenza consentita ad un massimo di 10 persone», ma è davvero una beffa. E infatti qualcuno, certamente estenuato da un'attesa di ore, ha aggiunto uno zero con la penna.

Sala d'attesa del pronto soccorso dell'ospedale di Avezzano. L'ora di cena è passata da un pezzo. Non arrivano a cento le persone che aspettano il proprio turno con i parenti ma comunque sono decine. Le sedie non bastano, molti stanno in piedi. Le infermiere ogni tanto escono e fanno l'appello per capire chi è rimasto e chi si è stancato ed è tornato a casa. «Sì, dai. Vediamo chi sono i coraggiosi che hanno retto», mastica amaro un uomo arrivato quattro ore fa che si tiene un fianco. Siamo nel cuore del disastro della sanità abruzzese, nella cittadina vicina al confine con il Lazio il cui ospedale attende da anni la ristrutturazione e in-

tanto ha riciclato un prefabbricato dell'era Covid, dove oggi ci sono otto letti.

Il caos del pronto soccorso qui è la normalità e racconta qualcosa di più rispetto al problema, diffuso in tutta Italia, della carenza di personale. Dice che l'emergenza è diventata il rifugio di chi non può permettersi accertamenti nelle tante strutture private sorte, guarda caso, proprio intorno all'ospedale. «Oggi almeno il 30-40% dei malati che ho visitato aveva fatto gli esami a pagamento», racconta un medico di Avezzano («Niente nomi. Sa, questi se qualcuno parla si arrabbiano tanto»). L'equazione abruzzese è semplice: la sanità stenta e di conseguenza le liste di attesa crescono, così chi ha i soldi paga per risonanze, holter, tac e visite specialistiche, mentre chi non li ha aspetta e aspetta finché non decide di andare in ospedale. Al

pronto soccorso, appunto, dove si incontrano i più poveri o chi ha problemi seri. Nell'Abruzzo a trazione Fdi si osserva già quello che potrebbe essere il futuro della sanità italiana, fiaccata da definanziamento e gestioni sbagliate: percorso privato per chi può permetterselo, code e rabbia per gli altri. Chi non paga sta ore davanti agli sportelli dei cup, i centri di prenotazione, e si sente proporre appuntamenti dopo 8 me-



si o anche un anno. Un incubo.

La storia parte da Avezzano ma si allarga prima di tutto alla sfortunata provincia dell'Aquila. La zona che cinque anni fa ha scelto con decisione la destra è il cuore dei problemi sanitari della Regione guidata da Marco Marsilio. Ma non c'è da essere troppo ottimisti per il resto del territorio: nessun ospedale abruzzese è senza problemi. Le migliori strutture italiane, in fatto di qualità delle cure, sono distantissime. Certi dati colpiscono. Come quelli del Piano esiti di Agenas, l'agenzia nazionale della sanità delle Regioni, sui più diffusi interventi per emergenze importanti. Se la mortalità media un mese dopo l'infarto al miocardio in Italia è del 7,7% (non tenendo conto della complessità della casistica), a Sulmona si supera il 9%, all'Aquila addirittura il 12% a Giulianova si sfiora l'11%. Non sono solo numeri. Lo scostamento dell'Aquila, ad esempio, significa che tra chi arriva in ospedale con l'infarto, 181 persone nel 2022, muoiono in 22. Se la mortalità fosse nella media italiana sarebbero 14, cioè 8 in meno. Ancora, l'ictus. La mortalità media nazionale, sempre a 30 giorni, è 10,5%. A Pescara si arriva a oltre il 13, a Chieti a 15, a l'Aquila a 17. Pesantissima la situazione dell'ortopedia. Gli interventi di frattura del femore vanno fatti en-

tro due giorni dall'ingresso in ospedale per evitare complicazioni, anche permanenti. Ebbene, a livello nazionale il 65% delle operazioni sono fatte nei termini, Chieti è ad appena il 10%, Pescara al 12. E via così. Nessuno rispetta gli standard.

«Manca il personale, questo è il grande problema di oggi», dice il sindaco di Sulmona Gianfranco Di Piero: «Proprio in questo periodo però sono stati fatti dei concorsi per i medici con funzioni apicali», ammette. Anche su questo, la giunta si è mossa allo scadere del mandato. Una tattica elettorale che all'ultimo momento risponde a una necessità. Senza primari non si va avanti ma anche con le strutture vecchie non si procede bene. «In cinque anni non è stato fatto un cantiere, non solo per costruire qualcosa di nuovo ma neanche per risistemare quello che c'è già», dice Silvio Paolucci, ex assessore alla Salute e candidato del Pd a Chieti. La rete ospedaliera è da tutti considerata il problema dei problemi. Lo sa anche la giunta, del resto ha buttato giù da mesi un piano, che porta un nome altisonante ma per ora non ha dato risultati: "Reingegnerizzazione della governance sanitaria - la rete ospedaliera".

Gli ospedali lavorano ogni anno di meno mentre il personale sanitario è sempre più in difficoltà. Certe

Asl per risparmiare tagliano farmaci e dispositivi. «Mancano i guanti di lattice, le mascherine per l'ossigeno, i patch monouso per gli elettrocardiogrammi. Si disinfettano e si riutilizzano, ma funzionano peggio», dice sconsolato un altro dottore della Asl dell'Aquila, una realtà con gravi difficoltà di bilancio. Qui la pax sociale con i professionisti è svanita da un pezzo. tanto che i medici di famiglia nei giorni scorsi hanno occupato la sede aziendale per protestare contro la mancata sostituzione dei colleghi andati in pensione dagli studi associati. «Stiamo passando alle vie legali, andando avanti così rischiamo di chiudere gli ambulatori che fanno servizio 12 ore al giorno», dice Vito Albano del sindacato Fimmg. E con la medicina del territorio che cede, l'affollamento del pronto soccorso crescerà ancora. E in realtà come Avezzano in sala d'attesa ci vorranno davvero 100 posti. GIORNATA RISERVATA

dal nostro inviato
Michele Bocci

*Da Avezzano
all'Aquila la carenza
di personale e risorse
ha messo in ginocchio
il sistema*

**Le percentuali
di decesso
post infarto
sono superiori alla
media nazionale**



▲ La sanità in crisi

L'ospedale di Avezzano e la sala d'attesa con code di pazienti in una struttura sanitaria della stessa città

