



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**28 MAGGIO 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

## Nuovo ospedale di Siracusa, l'assessorato alla Salute: «È interamente finanziato»

*Chiarite le perplessità sollevate in occasione della seduta della Conferenza dei sindaci a proposito della sostenibilità economica del progetto.*

28 Maggio 2024 - di [Redazione](#)



Garantita dal governo regionale **l'intera copertura finanziaria** per la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero di **Siracusa**. Lo ribadiscono i **vertici dell'assessorato** regionale della Salute con una nota nella quale chiariscono le perplessità sollevate in occasione della recente seduta della Conferenza dei sindaci a proposito della sostenibilità economica del progetto. La **missiva** è stata trasmessa al commissario straordinario del nuovo ospedale e, per conoscenza, al presidente della Regione, al sindaco, al commissario straordinario dell'Asp aretusea e al rup dell'opera.

**Durante un incontro operativo**, lo scorso 13 maggio, alla presenza dell'assessore regionale alla Salute, del dirigente generale del dipartimento Pianificazione strategica, del commissario straordinario per la progettazione e la realizzazione del nuovo ospedale, del commissario straordinario dell'Asp e del rup, la Regione ha assicurato che l'Asp concorrerà con circa 47 milioni a raggiungere la copertura dell'intero importo progettuale pari a oltre 347 milioni di euro.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

In particolare, come già annunciato dal presidente della Regione nel febbraio scorso a Siracusa, l'opera sarà finanziata con **200 milioni** dell'Accordo di programma siglato con lo Stato nel 2020 e finanziato con fondi ex art. 20 legge 67/88; altri 100 milioni sempre di fondi ex art. 20 legge 67/88 approvati recentemente dalla giunta regionale; mentre la **rimanente** parte sarà assicurata dall'Asp, al netto del ribasso d'asta e dei servizi di supporto non assistenziali per i quali potrà essere attivata la finanza di progetto, con apposito rimborso da parte dell'assessorato della Salute per l'intesa perfezionata proprio durante l'incontro del 13 maggio.

LA NORMA: MASSIMO 8

Pronto soccorso:  
l'attesa dei malati  
è di 31 ore medie

RONCHETTI  
A PAG. 14



# Pronto soccorso, record di attesa media: 31 ore

**DATI SIMEU** Di norma non dovrebbe superare 8 ore, nel 2019 erano 25. Ora la voragine: poco personale e popolazione che invecchia

## POVERA SANITÀ

» Natascia Ronchetti

L'attesa dovrebbe essere al massimo di otto ore: direttiva ministeriale. Ma non accade mai. Le chiamano aree *boarding*, sono diventate lo specchio della sanità malata. Distesi su barelle infilate una dietro l'altra, i pazienti aspettano lì, in quegli spazi dei Pronto soccorso che si liberi un posto letto. Malati oncologici, persone affette da patologie croniche, traumatizzati. Soprattutto, tanti anziani comorbidi, cioè affetti da più malattie. Una volta, prima della pandemia, attendevano mediamente 25 ore. Ed erano già tante. Poi, sono arrivati i numeri relativi al 2023. E si è spalancata una voragine. Adesso - mentre medici, infermieri e operatori sociosanitari tentano di governare una situazione che appare ormai ingovernabile - l'attesa media dura 31 ore.

Qualche ospedale - pochi - riesce a sfiorare di poco il tetto indicato

dal ministero. Ma è la classica mosca bianca. La stragrande maggioranza affonda. "Il tempo di attesa nelle aree *boarding* dei Pronto soccorso è aumentato in pochi anni del 25% - conferma Salvatore Manca, *past president* di Simeu, società scientifica di Medicina di emergenza e urgenza -. Quel tempo ha un valore assoluto che riflette il disagio dei pazienti e l'impegno assistenziale messo in atto dal personale, sempre più a corto di strumenti per provvedere alle nuove esigenze. Se si moltiplica il tempo medio di 31 ore per il numero dei ricoveri in medicina in un anno emerge una cifra spaventosa: decine di milioni di ore di assistenza e cura in barella".

**A GENOVA**, da giovedì prossimo all'1 giugno, Simeu affronterà il proprio XIII congresso. E lo farà con questi numeri drammatici. Perché il post pandemia ha consegnato al Paese l'acutizzazione di un problema del quale prima non si era vista la portata: il rischio concreto, prossimo, del collasso dei Pronto soccorso, l'imbuto nel quale finisce tutto ciò che non funziona nella sanità pubblica. Carenze gravissime di personale medico e infermieristico - mancano circa 4.500 medici e 10 mila infermieri -, una politica rovinosa di tagli ai posti letto che non ha tenuto conto del progressivo invecchiamento della popolazione, una medicina territoriale svuotata che da anni non riesce più a fare da filtro tra ospede-



dale e territorio. E la dimostrazione arriva ancora una volta dai numeri. Nel 2019 gli accessi complessivi ai Pronto soccorso nazionali sono stati 20 milioni, l'anno scorso 18 milioni. Di primo acchito si potrebbe pensare che con dati così la situazione avrebbe dovuto migliorare. E invece no, per tante ragioni. La popolazione italiana invecchia sempre di più: sempre nel 2019 gli accessi degli over 80 furono il 23% del totale, percentuale che nel 2023 è salita al 27%. In valori assoluti quasi 4,9 milioni di persone.

**INTANTO**, mentre la medicina di base diventava sempre più fragile, cambiava profondamente la composizione della popolazione che si recava al primo punto di accesso all'osped

edale non trovando più un riferimento sul territorio. Grandi anziani, senza fissa dimora, immigrati che non hanno il medico di famiglia. "Solo che le esigenze cliniche e assistenziali, soprattutto quelle riferite alle persone in età avanzata, moltiplicano l'impegno necessario da parte di tutti gli operatori sanitari", osserva Andrea Fabbri, medico, responsabile dell'Osservatorio di Simeu. Con la conseguenza che aumentano anche i costi dell'assistenza per ogni paziente.

Esami di laboratorio? Più 13%.

Diagnostica per immagini? Più 23%. Farmaci? Un balzo del 15%.

Ormai nel gergo medico ricorre il termine "*frequent flyers*": si riferisce a quelli che si

rivolgono a un Ps perché altrove non trovano risposte. E tra questi anche pazienti psichiatrici e oncologici. Così tutto si comprime lì, nel Pronto soccorso, tra le barelle ammassate le une alle altre, mentre lievitano a dismisura le attese. Ma in fondo perché meravigliarsi, come fa notare Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato dei camici bianchi Anaa. "Questi numeri rispecchiano la realtà - dice -. Abbiamo 3,7 posti letto per mille abitanti, vale a dire circa la metà di quanti ne hanno Paesi come la Germania o la Francia. Intanto però continuano ad arrivare pazienti nei Pronto soccorso, che tra le altre cose hanno una distribuzione non omogenea sul territorio, ma che sono l'unica porta di ingresso all'osped

dale. E arrivano perché la medicina territoriale è stata spolpata, sia sotto il profilo delle competenze che sotto quello degli strumenti. La verità è che ci vorrebbe un Piano Marshall per la sanità, con scelte politiche che nessuno ha il coraggio di fare".

IRIPRODUZIONE RISERVATA

**Se si moltiplica per i ricoveri, in un anno sono milioni di ore in barella**

**COMPLICI TAGLI ALLA ASSISTENZA TERRITORIALE E AI LETTI**

Salvatore Manca



**A Genova**  
Sabato, Simeu presenterà questi numeri al proprio XIII congresso  
FOTO ANSA



# Via al nuovo test per Medicina Sessanta domande scelte fra 3.500

## I posti sono 20.867, mille in più di un anno fa

**ROMA** Al via oggi alle 13 la prima tornata del Concorso per l'accesso a Medicina. Dopo l'esperimento dei test Tolc (Test online Cisia) dello scorso anno, spazzati via dai ricorsi al Tar e dalla volontà del governo di riformare il numero chiuso, si torna al passato. Un test uguale per tutti di sessanta domande a crocette, cento minuti per rispondere. Niente computer: si farà tutto su carta. E il 30 luglio — dopo la maturità — gli aspiranti medici potranno ritentare la prova per cercare di migliorare il risultato.

A settembre uscirà la graduatoria nazionale: i posti disponibili per i 67.260 candidati sono 20.867, oltre mille in più dello scorso anno. In aggiunta gli studenti che lo scorso anno, frequentando la quarta superiore, avevano sostenuto il test e avevano ottenuto almeno 56,59 punti, avranno dei posti riservati.

L'unica novità di questo

concorso 2024 rispetto al passato è che gli studenti si sono potuti allenare sui quesiti grazie a una banca dati di 3.500 domande rese pubbliche dal ministero quasi un mese fa. Sarà tra queste che verranno «pescati», con un meccanismo simile a quello usato per l'esame della patente, i sessanta quesiti del test: quattro di competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi, cinque di ragionamento logico, 23 di biologia, 15 di chimica e 13 di fisica e matematica.

Nelle intenzioni della ministra dell'Università Anna Maria Bernini il Concorso di quest'anno dovrebbe essere un *unicum*, in attesa che il Parlamento approvi la legge che modifica le modalità di accesso a Medicina, ma è possibile che i tempi della riforma e di adeguamento dei piani di studio non consentano di cambiare già il prossimo anno. La nuova legge

prevede di spostare il test di accesso alla facoltà dopo un primo semestre di studio universitario, quando gli studenti hanno già passato tre esami di indirizzo. Chi non dovesse riuscire a superare il test potrà comunque iscriversi a facoltà come Biologia o Scienze motorie per non perdere il lavoro fatto nei mesi di preparazione.

Alla vigilia del Concorso il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) Filippo Anelli ha lanciato l'allarme sui numeri: «Nel 2024, quando finiranno gli studi gli studenti che si immatricoleranno quest'anno, arriveranno oltre 20 mila nuovi specialisti; ma saranno soltanto 7.189 i colleghi che andranno in pensione: sarà molto difficile evitare una nuova pletera medica, a meno di non rivedere i modelli organizzativi. Dobbiamo evi-

tare che i medici così formati, a carico dello Stato, abbandonino il Servizio sanitario nazionale verso il privato o verso l'estero. Sono quasi 40 mila i medici che in 5 anni hanno lasciato l'Italia».

**Gianna Fregonara**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## 30

**luglio**

La data (fissata dopo gli esami di maturità) in cui gli aspiranti medici potranno ritentare il test per Medicina

**Il bis**

Il 30 luglio gli aspiranti medici potranno ripetere la prova per migliorare il risultato





LA LEGGE SOLTANTO NEL 2025, MA È GIÀ SCONTRO SUL TESTO INIZIALE

# Fine vita in Francia, parte il dibattito in aula «Uno strappo profondo» che inquieta i medici

DANIELE ZAPPALÀ

**L**a Francia, sul fine vita, si riconoscerà ancora allo specchio dopo l'«evoluzione» verso il far morire promossa dal governo? Ieri, nel giorno di lancio del dibattito parlamentare in aula sulla bozza che potrebbe stravolgere il sistema francese, se lo chiedevano in tanti, soprattutto fra i credenti e i professionisti del mondo sanitario. Le modifiche preliminari della Commissione speciale hanno lasciato l'impressione dell'apertura possibile di un vaso di Pandora, con emendamenti libertari di stampo anche molto trasgressivo. Fra i più denunciati, la soppressione del criterio di una prognosi di morte imminente per accedere a un «aiuto a morire», che la Commissione vorrebbe estendere invece a ogni malattia «grave e incurabile in fase avanzata o terminale». Una definizione molto larga che scandalizza, così come la proposta di un reato penale di «ostruzione» al far morire, con pene fino a un anno di carcere e 15mila euro di multa, simili a quelle che esistono già per l'aborto. Molto

criticata pure l'opzione dell'intervento di una «terza persona» di fiducia per l'esecuzione dell'atto letale.

In teoria, è solo l'inizio di un cammino legislativo che si annuncia mosso e lungo, destinato forse a protrarsi fino al 2025, con spole probabili fra le Camere di diversa «colorazione», essendo il Senato dominato dal centrodestra. Di fatto, se restassero inalterati nella sostanza, questi contenuti di partenza del testo trasformerebbero la Francia, di colpo, nel più grande Paese europeo più sbilanciato a favore di eutanasia e suicidio assistito. Una analisi sostenuta in tanti, pure nel mondo medico, paventando un «salto nel buio». Per un ex timoniere di quel Consiglio di Stato che vidima le leggi, il cattolico Jean-Marc Sauvé, siamo di fronte all'«ultima astuzia del liberismo per fare economie sul Welfare». Un retroscena economico anch'esso evidenziato da più parti.

Il presidente Emmanuel Macron, che è figlio di un professore universitario di neurologia, propende per atti «inquadri» che escludano a priori, oltre ai minori, pure chi è affetto da malattie mentali. Per ora ufficialmente un «testo d'equilibrio» pure per

Lavoro, della Sanità e delle Solidarietà, che ha sottolineato che la bozza contiene pure una «strategia decennale» per sviluppare le cure palliative. Ma dei grandi esperti, come il professor Emmanuel Hirsch, parlano al contrario di «strappo profondo» rispetto all'approccio tradizionale della bioetica d'Oltralpe.

La Conferenza episcopale francese seguirà da vicino ogni sviluppo, anche attraverso un pool dedicato di 4 vescovi referenti: monsignor Vincent Jordy (Tours), monsignor Matthieu Rougé (Nanterre), monsignor Pierre-Antoine Bozo (Limoges) e monsignor Emmanuel Gobilliard (Digne, Riez e Sisteron). Resiste la speranza che possa prevalere fra i deputati la voce della coscienza, anche perché i partiti dovrebbero lasciare libertà di voto ai parlamentari. A sensibilizzare è pure il corpo medico dei palliativisti, ricordando gli annosi ritardi nell'applicazione delle precedenti leggi sulle cure palliative. Di certo, in aula, non mancheranno scintille e tensione.

© IMMACOLAZIONE ROSSIGNOLI



## Farmaci Cura anti obesità a uso estensivo

Francesca Cerati — a pag. 27

# La cura anti obesità allargata anche ad altre malattie croniche

**Pipeline.** Il farmaco semaglutide è la punta dell'iceberg che potrebbe funzionare anche sulle patologie del fegato e dei reni, fino all'Alzheimer. Allo studio c'è anche l'insulina smart e termostabile

Pagina a cura di  
**Francesca Cerati**

**N**ovo Nordisk è nel bel mezzo del rifacimento di se stessa e quest'anno spende più di 6 miliardi di dollari per espandere la produzione, quasi quattro volte l'importo speso solo due anni fa. Il cuore della crescita è la semaglutide, noto come Glp-1, che nelle due versioni a dosaggi diversi (Ozempic e Wegovy) viene impiegata nel diabete di tipo 2 e nell'obesità. Ma sono sempre di più le evidenze che la molecola rappresenta il filo rosso che lega anche altre malattie croniche. Ozempic ha infatti ottenuto un'altra vittoria in uno studio clinico: il blockbuster di Novo Nordisk ha ridotto del 20% il rischio di morte nei pazienti con diabete di tipo 2 e malattia renale cronica. Ha ridotto i decessi cardiovascolari del 29% e ha ridotto il rischio di complicanze cardiache oltre il 18%. Dati che suggeriscono che questi farmaci Glp-1 potrebbero offrire vantaggi rispetto ad altre classi di farmaci. E come per Wegovy, la versione Glp-1 focalizzata sull'obesità, ha recentemente ottenuto l'approvazione per la riduzione del rischio cardiovascolare, Novo prevede di ottenere l'approvazione della Fda per espandere l'uso di Ozempic per il trattamento della malattia renale cronica. Ma l'azienda sta portando avanti test anche nell'insufficienza cardiaca, nella malattia epatica associata a disfunzione metabolica (Mash) e nell'Alzheimer.

«Stiamo grattando la superficie dell'iceberg della nostra conoscenza sull'obesità e anche della semaglutide - ha detto Marcus Schindler, Executive Vice President & Chief Scientific Officer di Novo Nordisk - Abbiamo aperto un centro di ricerca solo per Glp-1 per capire di più le potenzialità di questa molecola. Inoltre con lo studio Select abbiamo dati su 17600 pazienti, una pletera di informazioni da analizzare anche attraverso l'intelligenza artificiale per arrivare a nuove terapie. In pratica, abbiamo un biglietto d'ingresso per lavorare dopo il diabete e obesità anche sulle malattie cardiovascolari. In particolare siamo interessati all'aterosclerosi e allo scompenso cardiaco».

Tra i progetti a lungo termine, la farmaceutica danese sta lavorando anche sulle malattie croniche del fegato e dei reni. «Si tratta di malattie interconnesse con le precedenti - continua Schindler - questi organi sono tutti collegati e comunicano tra loro, infatti molti pazienti che soffrono di diabete, obesità e malattie cardiovascolari soffrono anche di queste malattie».

Per quanto riguarda l'Alzheimer, l'ipotesi è che il meccanismo antinfiammatorio della semaglutide possa portare benefici ai piccoli vasi sanguigni nel cervello ed essere d'aiuto nella lotta contro questa malattia. I primi dati della ricerca in corso arriveranno entro un anno. «L'Alzheimer è stato definito il diabete di tipo 3 - riprende Schindler - Secondo alcuni insorge dopo aver avuto il diabete di tipo 2 per molto tempo. È ancora presto, ma vedremo se avremo successo anche qui».

Nel breve termine, invece, l'azienda non perde di vista il focus sul diabete. E con 100 anni di storia sulla malattia intendono usare questa eredità per essere ancora alla guida dell'innovazione. Questa settimana l'EMA dovrebbe dare il via libera a icodec, la prima insulina a lento rilascio settimanale al mondo di Novo per il diabete 1, che ha già avuto lo scorso marzo parere positivo dal Comitato per i medicinali per uso umano (Chmp). Ma per l'azienda la terapia del diabete va oltre la gestione del glucosio e continua a lavorare sulle insuline di nuova generazione. Tre le direttrici: l'insulina "intelligente" «che agisce sulla base dei livelli di glucosio nel sangue in autonomia, ovvero si attiva quando è necessario e rimane silente quando non lo, eliminando i pensieri di monitoraggio pazienti - spiega Schindler - Stiamo lavorando anche sull'insulina termostabile, che non necessita della conservazione in frigorifero, ma vogliamo arrivare anche a una cura definitiva del diabete, la sfida è sviluppare le cellule beta del pancreas che mimano o sostituiscono quelle naturali carenti o mancanti». E anche sull'obesità, Novo sta studiando soluzioni in cui i pazienti potrebbero essere trattati meno frequentemente e/o mantenere la perdita di peso molto tempo dopo la fine del trattamento. «E se potessimo pensare ai farmaci per l'obesità come a un vaccino una volta all'anno?» chiosa Schindler.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Farmaci per perdere peso, i rivali tra concorrenza e imitazioni

**Mercato**

100 miliardi di dollari

**L'**insaziabile domanda di farmaci per la perdita di peso ha reso questo mercato, che secondo gli analisti di Goldman Sachs potrebbe raggiungere i 100 miliardi di dollari entro il 2030, effervescente. Dietro le quinte ci sono diversi candidati che potrebbero interrompere il duopolio di Novo e Lilly, che con i farmaci agonisti del recettore Glp-1, sono oggi i leader di mercato.

Una prossima grande novità potrebbe essere il silenziamento genico. Il nuovo approccio recluta l'interferenza dell'Rna (Rnai), che mette a tacere le istruzioni genetiche per la produzione di proteine problematiche. Aziende come Amgen, Regeneron, Alnylam e la stessa Novo ci stanno lavorando. Amgen ha anche allo studio una molecola che include un coniugato anticorpo-farmaco: funziona in modo diverso rispetto a quelli in commercio e viene assunto mensilmente, anziché settimanalmente. Uno studio iniziale ha mostrato che i pazienti hanno perso fino al 14,5% del loro peso corporeo in 12 settimane. Boe-

hringer Ingelheim GmbH e Zealand Pharma stanno invece collaborando a una terapia settimanale che imita l'ormone che regola la glicemia, il glucagone, e il Glp-1. Anche AstraZeneca sta sviluppando una pillola sperimentale per l'obesità con la biotech cinese Eccogene che, a suo dire, potrebbe essere potenzialmente più economica degli attuali farmaci di successo. Conosciuta come ECC5004, la pillola è in fase iniziale di sperimentazione ed è "a molti anni dal mercato", secondo Bloomberg Intelligence. Pfizer dopo aver interrotto i test con la sua pillola dimagrante da assumere due volte al giorno a causa di alti tassi di effetti collaterali come nausea e vomito, è ora nelle prime fasi di test di una versione quotidiana e prevede di condividere i dati quest'anno. L'americana Viking Therapeutics ha appena completato gli studi di Fase II di un'iniezione che ha mostrato una perdita di peso fino al 14,7% in 13 settimane, ma anche lei sta sviluppando una formulazione orale. Altimmune, infine, incontrerà la Fda nella seconda me-

tà dell'anno per capire il percorso da seguire per il suo farmaco pemvidutide, che combina il Glp-1 con l'ormone glucagone. In uno studio di fase intermedia, il farmaco ha dimostrato la perdita di peso e al contempo ha ridotto al minimo la perdita muscolare, l'effetto collaterale degli anti-obesità.

La concorrenza è poi insinuata dal mercato delle "imitazioni", nato in seguito alle carenze nelle forniture degli originali. Si tratta di versioni non rigorosamente testate né valutate clinicamente dagli enti regolatori per quanto riguarda sicurezza, qualità o efficacia, che si trovano anche online, e su cui emergono segnalazioni di gravi effetti collaterali. Da qui, la decisione di pochi giorni fa del ministro della Sanità australiana, Mark Butler, di vietare le copie dei popolari farmaci dimagranti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La prossima generazione potrebbe essere il silenziamento genico con l'interferenza dell'Rna



# «L'Italia per noi gioca un ruolo strategico»

L'intervista. **Lars Fruergaard  
Jorgensen.** Ceo di Novo Nordisk

**L**ars Fruergaard Jorgensen, 57 anni, lavora in Novo Nordisk da sempre ed è diventato Ceo nel 2017, un periodo turbolento in cui il mercato dell'insulina, il prodotto di punta della farmaceutica danese, era sotto pressione e il prezzo delle azioni era crollato del 40%. Poi semaglutide, noto come Glp-1, che regola i livelli di zucchero nel sangue e aiuta anche a perdere peso, ha risollevato le sorti e in pochi anni Novo Nordisk è diventata l'azienda di maggior valore in Europa, oltre i 500 miliardi di euro. Le vendite della casa farmaceutica danese con 100 anni di storia sono cresciute del 30% solo nel 2023 e il suo organico è aumentato del 20% in due anni a oltre 64.000 dipendenti.

**Come si tiene il passo di questa improvvisa crescita, mettendosi anche al riparo dalla concorrenza?**

Molte delle grandi aziende farmaceutiche stanno cercando di entrare nel segmento, ma penso sia difficile entrarci se non hai sufficiente esperienza in quest'ambito, invece la nostra comprensione sull'obesità, la nostra capacità di fare sviluppo clinico e anche di produrre sono avanti di diversi anni. Ma la competizione è ciò che ci rende forti, perché se non c'è competizione rischi di sederti e di farti superare. Per questo stiamo investendo gran parte del nostro cash flow nell'incremento della ricerca e sviluppo e della produzione, in modo da poter arrivare a molti più pazienti. L'obiettivo è anche di trovare soluzioni che aiutino gli individui a prevenire alcune delle comorbidità che gravano sui sistemi sanitari e generare farmaci che aiutino la società ad affrontare l'invecchiamento della popolazione e il numero crescente di persone che convivono con malattie croniche. E semaglutide è uno dei farmaci che potrebbe alleviare gli enormi costi del sistema sanitario.

**Qual è il ruolo dell'Italia nella strategia di Novo?**

L'Italia gioca un ruolo importante e, presto, sarà anche un mercato in cui faremo produzione e investimenti perché con l'acquisizione di Catalent uno dei tre stabilimenti è ad Agnani. Quando abbiamo un sito strategico continuiamo a investirci perché è lì che abbiamo persone qualificate. Ma l'Italia è anche un Paese in cui facciamo sviluppo clinico: Novo Nordisk Italia è infatti Clinical Development Center ossia un hub di ricerca clinica sia nelle aree in cui Novo Nordisk è già attiva, come diabete, obesità e malattie rare, sia in altri ambiti terapeutici, come

quello cardiovascolare, cardiometabolico e sull'Alzheimer.

**Tra i suoi obiettivi c'è quello di prevenire l'obesità, in pratica?**

È la prossima frontiera della ricerca. Abbiamo un centro per la prevenzione dell'obesità a Oxford che sta studiando come possiamo prevedere chi svilupperà la malattia e in che modo possiamo effettivamente prevenirla. Quando, 25 anni fa, abbiamo iniziato la ricerca sull'obesità, tutti ci dicevano che curarla era impossibile. È un'area difficile in campo medico e l'innovazione in passato ha fallito e anche i medicinali si sono rivelati pericolosi. Quindi era una strada da non percorrere, ma noi abbiamo trovato farmaci sorprendenti per il trattamento e il nostro scopo come azienda è di guidare il cambiamento per sconfiggere gravi malattie croniche.

**E rispetto alla sostenibilità dei sistemi sanitari e all'accessibilità da parte dei pazienti?**

È interessante notare che i prezzi che abbiamo oggi per le nostre principali innovazioni nel campo del diabete e dell'obesità sono simili al prezzo che avevamo per la generazione precedente. Pertanto, nella maggior parte dei mercati, il prezzo dei prodotti di ultima generazione, che sono molto migliori rispetto a quelli della generazione precedente, è più o meno lo stesso. Il motivo per cui oggi si parla tanto di prezzo dei farmaci è perché in realtà molti più pazienti li utilizzano. E lo fanno perché il farmaco ha il vantaggio di regolare il livello di glucosio, abbassare il peso e ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e renali. Dovremmo quindi parlare anche del valore del trattamento e di quanto possono risparmiare i sistemi sanitari riducendo, ad esempio, il rischio di malattie cardiovascolari, che sono una delle principali cause di morte. Questo ha un valore molto grande per tutta la società.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Ogni anno gli italiani spremano oltre 1 miliardo per le medicine di marca

**I numeri.** Solo un farmaco su tre rimborsato dal Ssn è un equivalente gratuito. Soprattutto al Centro Sud si spende fino a 25 euro pro capite per quelli griffati

**Marzio Bartoloni**

**G**li italiani sono affezionati alle "marche", anche quando si tratta di farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Così almeno sembra visto che pur di assicurarsi il medicinale griffato, quello dal nome di fantasia spesso diventato di largo uso comune (il caso più noto è la tachipirina) sono pronti a mettere mano al portafogli ogni anno spendendo più di 1 miliardo. Con differenze evidenti tra chi abita al Nord e al Sud: da Roma in giù si è disposti a spendere fino a quasi 25 euro pro capite all'anno in più per i medicinali di marca - i lucani a esempio spendono 24 euro, 22,9 euro i calabresi e 22,8 euro gli abitanti del Lazio - contro i 13 euro a esempio di lombardi, veneti e toscani o gli 11 euro scarsi di chi abita a Bolzano (la media italiana è 17 euro). Questi soldi in più sono necessari per pagare la differenza di prezzo tra il farmaco equivalente meno caro - si tratta del "generico" copia del medicinale fuori brevetto - completamente rimborsato dallo Stato e quindi gratuito per il cittadino e quello appunto di marca che ha una differenza di prezzo che va pagata di tasca propria. Questo fenomeno continua a ripetersi con costanza ogni anno e non accenna a calare: nel 2017 il costo in più pagato dai cittadini valeva 1,050 miliardi, 1,126 miliardi nel 2018, nel 2019 1,122 miliardi, 1,077 miliardi nel 2020. E ancora 1,056 miliardi nel 2021 e 1,083 nel 2022. Anche nel 2023 - l'ultimo dato disponibile - gli italiani hanno versato di tasca propria 1,029 miliardi di euro di differenziale di prezzo per ritirare il farmaco brand più

costoso invece che il generico-equivalente a minor costo e interamente rimborsato dal Ssn.

Insomma sulle "copie" dei farmaci sembrano resistere diffidenze e pregiudizi tra gli italiani nonostante abbiano lo stesso principio attivo, la stessa forma farmaceutica, lo stesso dosaggio, la stessa via di somministrazione e le indicazioni terapeutiche di quello "originatore": in sostanza la stessa efficacia (detta «bioequivalenza»). Oltre agli eccipienti (le sostanze che non hanno proprietà terapeutiche e la cui funzione è di rendere somministrabile un principio attivo) cambiano solo il nome (che è quello del principio attivo) e la scatola che li contiene. E allora perché questa "fuga" dagli equivalenti? In realtà le cose non stanno proprio così in tutta Italia perché, come già detto, se si indaga meglio il fenomeno si scopre che il Nord più ricco viaggia a percentuali di ricorso agli equivalenti vicine a quelle del Nord Europa dove a esempio l'incidenza raggiunge il 50% in Francia e il 60% in Germania: secondo l'ultimo report di Egualla - che rappresenta i produttori di settore - il ricorso alle cure equivalenti continua ad essere privilegiato al Nord (rappresenta il 39,8% delle confezioni vendute a carico del Ssn), rispetto al Centro (29%) e al Sud (23,7%), a fronte di una media italiana del 32% (in pratica un farmaco su tre è un generico). L'incidenza maggiore di consumo è nella Provincia autonoma di Trento (44,7%), in Friuli (41,9%) e Piemonte (40%). In coda per consumi di equivalenti ci sono Sicilia (22,7%), Campania (21,9%) e Calabria (21,7%).

«Dall'indagine che abbiamo commissionato a Swg emerge che

i cittadini si fidano molto del giudizio del medico e del farmacista e dunque è importante che venga fatta una comunicazione corretta secondo la chiara normativa esistente», avverte il presidente di Egualla Stefano Collatina. Oggi il farmacista è obbligato per legge a proporre il generico come alternativa a quello di marca quando il cittadino chiede il farmaco al bancone. Un punto sul quale Federfarma ha già pronta una circolare per ricordare l'adempimento ai farmacisti. Dal canto loro i medici invece devono indicare il principio attivo in ricetta (con la possibilità di inserire anche la marca). Ma possono anche indicare il farmaco di marca come non sostituibile (con una motivazione sintetica), adempimento anche questo non sempre rispettato. «Abbiamo un grosso problema di comunicazione - aggiunge ancora Collatina -. Per questo serve una campagna collegiale di comunicazione sul farmaco equivalente: l'ultima fatta ufficialmente dal ministero della Salute risale al 2007».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista a un'infermiera di Msf

## “Ambulanze ferme perché senza benzina Assistere i feriti è stato un incubo”

dal nostro inviato  
**Fabio Tonacci**

**TEL AVIV** – La mattina dopo, in un angolo del magazzino di Tal al Sultan riadattato a centro medico di primo soccorso, ci sono ancora i fagotti bianchi. Più piccoli dei sacchi mortuari, avvolti coi lenzuoli e dalla sagoma incomprensibile. «Contengono pezzi di corpi, arti, parti di cadaveri bruciati raccolti nella tendopoli e portati qui, non sappiamo a chi appartengano», racconta con un filo di voce Gaia Giletta, infermiera 33 enne di Medici senza frontiere. Torinese, con una lunga esperienza in teatri di conflitto, dallo Yemen all'Afghanistan al Sud Sudan, da cinque settimane è a Rafah. E tra domenica e lunedì ha vissuto la notte più lunga. «All'improvviso al centro arrivavano frotte di feriti, di familiari di feriti, di cadaveri colpiti dal raid israeliano», ricorda Giletta con Repubblica durante una difficoltosa conversazione al telefono. La linea cade di continuo, lei è appena rientrata a casa dopo più di dodici ore di lavoro.

**Quante persone avete assistito?**  
«Dalla notte all'alba ci hanno portato 180 feriti e 28 morti. Il nostro centro di stabilizzazione, che abbiamo aperto il 15 maggio, si trova a un chilometro e mezzo dalla tendopoli distrutta. Il valore di una struttura come la nostra è proprio nello stare il più vicino possibile alle zone di combattimento attivo, così da ricevere i feriti, stabilizzarli entro

15-20 minuti e poi trasferirli agli ospedali».

**L'esercito israeliano dice che la tendopoli non è nella zona umanitaria, è così?**

«Sì, però non è neanche all'interno dei blocchi che avevano ricevuto l'ordine di evacuazione».

**Duecento tra feriti e deceduti.**

«Il 30 per cento erano bambini sotto i 15 anni, il 40 per cento erano donne. Sono gli sfollati della Striscia di Gaza che si erano sistemati nelle tende perché non sanno più dove andare. Al centro di stabilizzazione c'era il caos, immaginatevi l'angoscia, le difficoltà di gestione, le grida di dolore dei bambini, lo stress con cui lavoriamo per trattare chi ha perso gambe e braccia, sanguinamenti massicci, traumi e ustioni».

**Ustioni da esplosione o da incendio? L'Idf sostiene che molta gente sia morta non direttamente per l'attacco ma per il rogo che ne è scaturito.**

«I corpi erano talmente carbonizzati che non si può fare una distinzione».

**Avete medicinali e antidolorifici a sufficienza?**

«Per ora sì, ma lo stock finirà entro un mese e non arrivano i rifornimenti. Sono tutti bloccati in Egitto, perché dal valico di Rafah Israele non fa entrare più niente».

**Quanti siete al centro di stabilizzazione di Tal al Sultan?**

«Quattro medici e sette infermieri, il centro è gestito da Msf in collaborazione col ministero della

Salute locale. Domenica notte dopo il bombardamento è arrivato personale di un ospedale vicino a darci una mano. Purtroppo molte ambulanze erano ferme perché senza benzina, quindi i soccorsi sono stati limitati e non rapidi come sarebbe servito. Anche il carburante non viene più fatto entrare a Gaza e senza di esso non possiamo far andare i generatori elettrici collegati ai macchinari sanitari».

**Le scorte di acqua?**

«Abbiamo dovuto sospendere la distribuzione dell'acqua pulita, perché anche il più grande impianto di desalinizzazione è fermo, rimasto a secco di carburante».

**Dopo lo stop alle operazioni militari che danneggiano i civili ordinato alla Corte internazionale di giustizia cosa è successo a Rafah?**

«I bombardamenti israeliani non si sono fermati, anzi sono diventati più intensi».

**Tra una decina di giorni rientrerà a Torino. Cosa si porta con sé?**

«La sensazione di sentirmi minuscola rispetto ai bisogni di queste persone, la frustrazione di non poter fare di più». © RIPRODUZIONE RISERVATA



## «Proposti soldi per non abortire» Due casi a Genova

Filippi e Pedemonte / PAGNA 14

Sono due le donne che a Genova segnalano di avere ricevuto proposte di denaro per non abortire. Entrambi i casi sarebbero avvenuti all'ospedale Villa Scassi. L'associazione Pro Vita e Famiglia: non siamo stati noi.

A Genova, al pronto soccorso di Villa Scassi, l'episodio con i Pro Vita. Il primario di Ostetricia avverte: «Questo episodio non è verosimile»

# Il racconto choc «Mi davano 80 euro per non abortire»

### IL CASO

Guido Filippi  
Silvia Pedemonte / GENOVA

**L**ea ha 35 anni, ha già tre figli, è straniera, non lavora. Resta a casa e segue i bambini, perché così vuole suo marito. Resta incinta ma quel figlio che racconta più di sudditanza, che d'altro, non lo vuole. Una mattina va al pronto soccorso dell'ospedale Villa Scassi mentre i figli sono a scuola e il marito è a lavorare. Vuole informarsi, capire le procedure per l'interruzione di gravidanza. Ma, così racconterà, resta ben poco tempo, sola, in attesa. «Due persone l'hanno affiancata dicendole che l'avrebbero aiutata con 80 euro al mese, offrendole un lavoro appena possibile e pure una casa visto che lei ha spiegato che il marito la picchia». Crocefissa Capizzi, una conoscente di Lea, racconta la vicenda durante la prima assemblea pubblica delle democratiche in Liguria, ieri, a Genova dal titolo ("Ivg ac-

cessibile, libera, gratuita"). Ed è un nuovo caso.

Perché sempre al pronto soccorso del Villa Scassi già un'altra donna - anche lei con tre figli minori a carico - ha raccontato di essere stata avvicinata da alcune persone che si sono identificate come volontarie e le hanno detto che sono in grado di aiutarla e a offrirle 100 euro al mese per convincerla a portare avanti la gravidanza. Una storia, quest'ultima, portata alla ribalta da Alice Merlo, che da anni è impegnata nelle battaglie favore dell'aborto e da Federica Di Martino, psicologa e creatrice del canale "Ivg, ho abortito e sto benissimo". Merlo e Di Martino stanno affiancando la donna nel percorso per l'interruzione di gravidanza. «Al pronto soccorso del Villa Scassi le due volontarie le hanno detto chiaramente che "l'aborto non è la soluzione", che "l'aborto è un omicidio" - afferma Merlo - c'è un sommerso e serve parlarne: già questa donna era stata respinta al Galliera, dove non praticano l'Ivg. Adesso la stiamo aiutando noi sia per gli esami sia per l'interruzione di gravidanza che dovrebbe essere

effettuata al San Martino».

È di fine aprile il via libera del Senato alla presenza di anti abortisti e pro life nei consultori. I Centri aiuto alla vita hanno più progetti - uno, si chiama Gemma - per supportare anche economicamente le donne che scelgono di portare avanti la gravidanza. Al numero verde 800813000 Sos Vita l'operatore è pronto a spiegare che la presenza dei pro life «è l'applicazione della legge 194 secondo la quale la donna deve essere messa di fronte all'alternativa».

Intanto, i casi si moltiplicano. Nell'assemblea delle donne dem, a Palazzo Rosso, Capizzi invita chi viene a conoscenza di casi del genere «di segnalarlo alla procura. Con la denuncia, se la persona che è vittima».



# IL SECOLO XIX

ma di tutto questo vuole».

“My voice, my choice”: è la petizione per raccogliere, in Europa, un milione di firme per l'aborto sicuro e accessibile. La portavoce provinciale delle donne dem Sofia Di Patrizi, la deputata Valentina Ghio e le partecipanti all'assemblea chiedono di sottoscriverlo.

La reazione del Villa Scassi di Sampierdarena, ospedale a cui don Gallo si rivolgeva per le interruzioni delle donne che gli chiedevano aiuto. «Nei nostri ambulatori non abbiamo mai visto persone che vogliono convincere le donne a portare avanti la gravidanza. La vicenda che è emersa mi sembra poco verosimile», commenta Rodolfo Sirito, primario di Ostetricia e Ginecologia del Villa Scassi e del San Carlo di

Voltri. «Sono obiettore ma come primario faccio in moda da 13 anni che la legge venga applicata nel reparto che dirigo. Non riesco a credere che una o più persone fossero lì nella nostra sala d'attesa per offrire soldi a una donna. E poi come fanno a sapere se è lì per iniziare la pratica per l'interruzione di gravidanza? Nella saletta, controllata da medici e infermieri, ci sono almeno quindici persone che sono lì per fare controlli ed esami».

Sirito ripete che «tutto è possibile ma questa storia non sta in piedi. La paziente parla prima con un'infermiera che le indica dove andare e le dà un cartellino che cambia colore ogni giorno, poi attende nella saletta di essere chiamata. Nell'ambulatorio il medico fa un'eco-

grafia e rilascia un certificato, ma ricorda alla donna che non può interrompere la gravidanza prima di sette giorni. Nel frattempo le viene dato un appuntamento». L'anno scorso nei due ospedali genovesi di Sampierdarena e Voltri sono stati effettuati 785 interruzioni di gravidanza. —

“



**CROCEFISSA CAPIZZI**  
CONOSCENTE DI LEA

«Due persone hanno affiancato Lea, volevano convincerla promettendole anche un lavoro»



Una ragazza legge il manifesto sulla libertà di scelta all'Aied



# «Alzati», malato: c'è il Poliambulatorio gratuito

A Teramo i medici volontari dell'associazione Kum gestiranno il servizio per indigenti

di **Nicola Catenaro**

Il suo nome è «Kum», che nella lingua aramaica significa «Alzati» (come nell'esortazione di Gesù di Nazareth, del Vangelo di Marco, alla giovane risanata), ed è un'associazione che a Teramo, attraverso uno studio polispecialistico di medicina solidale gestito da professionisti in pensione, offre visite ai più poveri. Nello studio, inaugurato ufficialmente alcuni giorni fa e diventerà operativo nei prossimi giorni, lavorano gratuitamente oltre 30 medici di diciotto diverse specialità, tra le quali cardiologia, pneumologia, neurologia, reumatologia, dermatologia, diabetologia, ortopedia, urologia, ginecologia, psichiatria e psicologia.

I pazienti vengono selezionati

grazie a una collaborazione tra i servizi sociali del Comune, la Caritas, le mense sociali ed altre associazioni che, riunite in un tavolo permanente sulla povertà, operano già quotidianamente per contrastare situazioni di disagio. Anche i medici di medicina generale fanno la loro parte nell'individuare i casi più urgenti. In città sono in aumento le richieste di assistenza da parte delle fasce più disagiate della popolazione. Sempre di più le persone in fila alle mense per i poveri che, spesso, rinunciano anche a curarsi. Secondo l'ultimo Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile realizzato dall'Istat, il 4,5% della popolazione in Italia nel 2023 ha rinunciato a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo ha fatto per motivi economici.

L'idea iniziale è stata di Renato Gregorini, marchigiano di origine, una vita come cardiocirurgo nell'ospedale di

Teramo e oggi coordinatore dei medici di Kum. «Ci siamo chiesti insieme ad altri colleghi - racconta - se dopo essere andati in pensione potevamo fare qualcosa per essere utili alla società civile. Purtroppo, la povertà è aumentata e ci sono persone ai margini che non riescono neanche a essere intercettate dalla sanità pubblica. È stato davvero bello raccogliere l'entusiasmo di tanti attorno a questa idea. D'altra parte, non è un luogo comune che quando uno è medico lo è per sempre».

Non solo colleghi di corsia e ambulatorio, però. «Abbiamo con noi - conferma Gregorini - altri professionisti interessati a offrire gratuitamente il loro aiuto, dall'assistenza informatica alle pratiche amministrative, si sono fatti avanti».

Il gruppo di medici guidato dal medico teramense ha costituito l'associazione che poi, con il sostegno del Comune, si è affiliata all'Auser, l'orga-

nizzazione che promuove l'invecchiamento attivo. Ad aiutarli è stata Giovanna Zippilli, ex sindacalista e oggi presidente di Kum. «Arriviamo a conclusione di un lungo percorso - spiega Zippilli - legato anche al fatto di dover trovare un locale idoneo che poi il Comune ci ha messo a disposizione in comodato gratuito».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Dove

● Sono oltre trenta i medici specialisti che visitano presso lo studio medico solidale Kum, ospitato in un immobile di proprietà del Comune di Teramo grazie a un accordo con Auser, a cui l'associazione è affiliata. [auser-oberuzzo.it](http://auser-oberuzzo.it)



Da sinistra il sindaco Gianguido D'Alberto, Giovanna Zippilli e Renato Gregorini



## Liste d'attesa: «Per il decreto non toccate i fondi del Ssn»

### L'allarme dei medici

**P**er abbattere le liste di attesa sono necessari investimenti extra e mirati, senza che vengano impegnate risorse dal Fondo sanitario nazionale già destinate ad altre voci. In attesa di conoscere i dettagli del decreto del ministro della Salute Orazio Schillaci atteso in consiglio dei ministri il 3 giugno i sindacati di medici e infermieri tornano a sollevare il problema delle coperture finanziarie del provvedimento di cui circolano le prime bozze. Per il sindacato dei medici ospedalieri Anaa Assomed «il problema principale» è che nella bozza «non sono indicate le coperture finanziarie. Speria-

mo e chiediamo che i fondi non vengano presi dal Fondo sanitario nazionale - auspica il segretario del sindacato Pierino Di Silverio - perché il calderone è sempre lo stesso e senza ulteriori investimenti non si farà altro che utilizzare somme già previste e destinate ad altro». Servono quindi «investimenti extra Fondo sanitario che siano specificamente destinati alle liste di attesa».

Critico anche il presidente del sindacato infermieri Nursing Up, Antonio De Palma, per il quale mancano ad oggi le coperture finanziarie. L'impegno del ministro

Schillaci, «è innegabile», sottolinea De Palma, ma «non vorremmo che si trattasse di una strategia politica, l'ennesima, a pochi giorni dal voto in Europa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

