



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 Novembre 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

quotidianosanità.it

Sicilia. Il servizio di psicologia delle cure primarie diventa realtà

È stato approvato dalla Giunta il decreto sul servizio di psicologia delle cure primarie. “Adesso toccherà alle aziende sanitarie provinciali formare gli elenchi e le graduatorie dei professionisti, ma possiamo dire con certezza che questa è una vittoria della civiltà” ha detto la presidente dell’Ordine degli psicologi siciliani D’Agostino



Via libera della Giunta siciliana al decreto firmato dal presidente della Regione, Renato Schifani che renderà operativo il servizio di psicologia delle cure primarie in Sicilia. “Dopo un lungo iter amministrativo il **servizio di psicologia delle cure primarie** in Sicilia è diventato finalmente realtà. Esprimo grande soddisfazione per l’approvazione del decreto firmato oggi dal governatore Renato Schifani che attribuisce la giusta rilevanza al benessere psicologico della popolazione. Come Ordine abbiamo seguito passo dopo passo la stesura di un testo, elaborato e modificato durante i lavori della sesta commissione all’Ars, che rispecchiasse le reali esigenze del territorio e dei siciliani” ha dichiarato la presidente dell’Ordine degli psicologi della Regione Siciliana, **Gaetana D’Agostino**. “Adesso - ha aggiunto - toccherà alle aziende sanitarie provinciali formare gli elenchi e le graduatorie dei professionisti, ma possiamo dire con certezza che questa è una vittoria della civiltà che afferma il diritto di ciascuno alla tutela della salute psicologica”.

Sanità, ecco le nuove cure gratuite

Nuova assistenza
Dal 30 dicembre saranno disponibili nuove cure del Servizio sanitario

Si va dalla procreazione assistita alla celiachia fino alle patologie rare
Aggiornate 1.113 tariffe sulle 3.171 che compongono il testo del nomenclatore

Dal 30 dicembre ci saranno nuove cure a carico del Servizio sanitario nazionale. Attese da otto anni, spaziano dalle prestazioni per la procreazione assistita a oltre un centinaio di patologie rare, dalla diagnosi gratuita della celiachia al riconoscimento dell'endometriosi come malattia invalidante. Il pacchetto di nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza, è contenuto nel Nomenclatore che rivede le tariffe della specia-

listica ambulatoriale e della protesica, aggiungendo e quindi tariffandole, le nuove prestazioni. Rispetto all'ultima versione, come sottolinea il ministero della Salute, vengono aggiornate 1.113 tariffe sulle 3.171 che compongono il nomenclatore.

Bartoloni e Gobbi — a pag. 3

Sanità, ecco le nuove cure gratuite

Il decreto tariffe. Dopo quasi otto anni di rinvii si aggiungono nuovi livelli essenziali di assistenza: dalle tecniche di fecondazione alle ultime terapie anti tumore fino ai controlli sui disturbi alimentari. Il taglio dei rimborsi resta nel mirino delle strutture private

Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Ci sono voluti quasi otto anni, ma alla fine tutti gli italiani dal 30 dicembre prossimo - quando scatteranno anche le nuove tariffe per visite, esami e protesi rimborsate a ospedali e strutture private - potranno cominciare a beneficiare di nuove cure a carico del Servizio sanitario nazionale e quindi gratuite o dietro il pagamento di un ticket. Il pacchetto di nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza del Ssn, è contenuto nel Nomenclatore che rivede le tariffe della specialistica ambulatoriale e della protesica aggiungendo appunto (e quindi tariffandole) le nuove prestazioni: il decreto Salute-Mef che aggiorna le tariffe dopo un calvario di proroghe e slittamenti che si protraeva dal 2017 è stato infatti approvato ieri in conferenza Stato Regioni con una dote di 550 milioni (150 milioni in più di quella iniziale).

Rispetto all'ultima versione, come sottolinea il ministero della Salute, vengono aggiornate 1.113 tariffe sulle 3.171 che compongono il nomenclatore, ovvero il 35% del totale. E «l'en-

trata in vigore del decreto è essenziale - avvisano dal dicastero - perché assicura su tutto il territorio nazionale la piena erogazione dei nuovi Lea superando le disomogeneità assistenziali tra i cittadini che potranno finalmente usufruire in ogni area della Nazione di prestazioni al passo con le innovazioni medico-scientifiche». Le nuove cure spaziano su vari fronti: ci sono le prestazioni di procreazione medicalmente assistita oggi garantite solo in alcune Regioni grazie a fondi propri oppure a pagamento dal privato, c'è l'inserimento di oltre un centinaio di patologie nell'elenco delle malattie rare, la diagnosi e il monitoraggio gratuito della celiachia, nuovi screening neonatali, il riconoscimento dell'endometriosi come malattia invalidante, strumenti diagnostici innovativi come l'enteroscopia con microcamera ingeribile, diversi ausili informatici e di comunicazione per disabili compresi gli arti artificiali, ma anche esami e visite per tenere sotto controllo disturbi alimentari come bulimia e anoressia che allarmano tante famiglie. Sul

fronte dei tumori c'è l'ingresso dell'adroterapia, una radioterapia innovativa che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni o tecniche d'avanguardia come la radioterapia stereotassica o quella con braccio robotico.

Lo sblocco di queste prestazioni darà anche la possibilità al ministero della Salute di aggiungere nuove cure a carico del Ssn in lista d'attesa come lo screening per la Sma: sono infatti già pronti due decreti (un Dm e un Dpcm) con nuovi Lea per un valore di 150 milioni che potrebbero, si spera, vedere presto la luce.

Il via libera delle Regioni è arrivato condizionato ad alcune modifiche legate alla complicata vicenda delle ta-



riffe che ha concentrato le forti critiche di molte categorie rappresentative dei privati accreditati erogatori di prestazioni per il Ssn e che lamentano tagli medi fino al 30% che potrebbero far fallire tanti laboratori: per questo oltre alla data del 30 dicembre le Regioni hanno ottenuto che sulle prestazioni prescritte entro il 29 dicembre possano restare in vigore le tariffe vecchie per un anno, prorogabile di ulteriori 6 mesi. C'è poi una novità ancora da chiarire del tutto e cioè la possibilità per le Regioni in equilibrio economico (anche quelle in piano di rientro) di usare i fondi propri per aumentare le tariffe, oltre che per garantire altri Lea. Il Mef frena su questo fronte anche perché in manovra c'è un comma (l'ultimo dell'articolo 55) che lo consente solo usando risorse a carico dei bilanci regionali e non quelle liberate dal Fondo sanitario che in quota parte viene attribuito a ogni Regio-

ne proprio per finanziare la sanità.

I due nuovi nomenclatori tariffari Lea per specialistica e protesica aggiornano le versioni ferme rispettivamente al 1996 e al 1999 - con pochi aggiustamenti successivi - ed erano a bagnomaria dal 2018. Neanche l'annuncio di aprile 2023 del ministro della Salute Schillaci di averli finalmente sbloccati, a sei anni dal via libera ai nuovi Lea nel 2017, era stato risolutivo. Dopo una prima deadline bucata a gennaio 2024, i tariffari erano ulteriormente slittati a gennaio 2025 per le contestazioni, soprattutto dei laboratori e dei privati accreditati, sull'ineadeguatezza dei prezzi assegnati a prestazioni come la visita medica o interventi ambulatoriali. Critiche che in buona parte sono confermate. Ma con quest'ultima accelerazione finale si parte in ogni caso: con qualche ora di anticipo rispetto allo scoccare dell'an-

no nuovo e con una dotazione in più che la manovra di bilancio quantifica per il momento in 50 milioni l'anno tra 2025 e 2030 per i futuri Lea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'AGGIORNAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Il via libera al decreto tariffe

in Conferenza Stato-Regioni approvato il decreto "tariffe" Mef-Salute. Il provvedimento entra in vigore dal 30 dicembre 2024 e aggiorna, dopo 28 anni, il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, dopo 25 anni, quello dell'assistenza protesica fermi al 1996 e al 1999

I nuovi livelli essenziali

L'entrata in vigore del decreto tariffe è essenziale per la piena erogazione dei nuovi Lea, i livelli essenziali di assistenza. Tra le nuove prestazioni erogate dal Ssn c'è la procreazione medicalmente assistita o le prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio della celiachia e l'ingresso di nuove malattie rare



3.171

TARIFE DEL SSN AGGIORNATE

Si tratta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite ed esami) e della protesica (protesi e ausili per i disabili)



«PIÙ PRESTAZIONI INNOVATIVE»

«I cittadini potranno usufruire in ogni area della Nazione di prestazioni al passo con le innovazioni medico scientifiche», così il ministero della Salute.



«Con le visite rimborsate a 25 euro è insostenibile Il ministro ci convochi»

L'intervista
Gabriele Pelissero

Presidente Associazione ospedalità privata

«Il nuovo tariffario non è adeguato a produrre prestazioni di qualità e sostenibili, perciò il nostro giudizio complessivo è negativo. E non è solo una mia opinione: la pensa così l'intero sistema delle strutture di diritto privato, che erogano più del 50% delle prestazioni ambulatoriali in Italia. Poi è chiaro che qualche piccolo miglioramento c'è a fronte di retromarcie anche gravissime». Il presidente dell'Associazione ospedalità privata (Aiop) Gabriele Pelissero non fa sconti sui tariffari Lea varati ieri con l'Intesa Stato-Regioni.

Quali sono i gap più rilevanti?

Due casi su tutti: la prima visita si attesta sui 25 euro lordi, appena 5,6 euro in più rispetto al 2012 cioè dodici anni fa. Sono cifre lorde onnicomprensive: questo significa che l'azienda, una volta pagata la struttura, il riscaldamento, la sicurezza, la qualità, il personale amministrativo e sanitario di supporto, avrà a disposizione circa 10 euro lordi per pagare la visita al medico, che al netto delle ritenute

diventeranno 5 euro. Difficile trovare uno specialista disponibile, a queste condizioni, a fare una visita oculistica o dermatologica. Idem per la visita di controllo, la cui tariffa è scesa a 17,90 euro cioè 1,20 euro in meno rispetto al 2023. Senza contare che anche sulla procreazione assistita registriamo un arretramento.

È tutto da bocciare?

Purtroppo i miglioramenti sono di decimali, su tariffe ferme da dodici anni. L'unica nota molto positiva è avere accolto la richiesta dei presidenti di poter aumentarle ovunque, le tariffe, mentre prima i governatori in piano di rientro non avevano mano libera. Questo significa per tutte le Regioni acquisire almeno uno spazio di manovra in più. Ma ci dimostra anche che ieri è stato approvato un tariffario sapendo già che le Regioni dovranno aumentarlo, per portarlo a livelli gestibili e sostenibili. E questo dà sollievo a tutti noi, perché nessuno vuol far pagare ai cittadini gli errori fatti.

Come intendete muovervi?

Con un appello al ministro della Salute perché immediatamente apra un tavolo istituzionale di confronto con gli erogatori su tutte le tariffe, così da fissare un livello di sostenibilità per ciascuna prestazione basata su calcoli precisi e condivisi. L'obiettivo è attestare su questo criterio il tariffario minimo nazionale che oggi è in gran parte sotto-soglia. Serve collaborazione tra lo Stato, che decide e mette le risorse, e chi poi deve usarle per produrre prestazioni sanitarie. Altrimenti non si va da nessuna parte.

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



INIZIATIVA DI INTESA SP
PUBBLICO
E PRIVATO
PER UN PIANO
SOCIOSANITARIO

di **Carlo Messina** — a pagina 18



**Carlo
Messina.**
Ad di Intesa
Sanpaolo

Pubblico e privato insieme per un piano sociale e sanitario

L'iniziativa d'Intesa Sanpaolo
Carlo Messina

Il mondo del lavoro sta attraversando profondi cambiamenti, che pongono nuove sfide ma offrono anche opportunità senza precedenti. Come professionisti e come sistema Paese, abbiamo il dovere di cogliere queste opportunità per costruire un futuro di maggiore sicurezza e benessere per tutti.

L'Italia sta affrontando un rapido e significativo cambiamento demografico: il Paese è tra le nazioni più anziane al mondo. Secondo i dati dell'Istat, la quota di cittadini di età superiore ai 65 anni rappresenta oggi oltre il 23% della popolazione, e le proiezioni indicano che questa percentuale continuerà a crescere nei prossimi decenni. Questo trend inevitabilmente influenzerà i consumi, il risparmio e la domanda di servizi sanitari e assistenziali a lungo termine, con conseguenze che richiedono interventi mirati e politiche di lungo respiro.

In primo luogo, questa tendenza demografica potrà avere un impatto negativo per la crescita del Pil nei prossimi decenni, incidendo, altresì sulla crescita dei consumi nel lungo periodo. Inoltre, l'invecchiamento ha impatti anche sul risparmio: tradizionalmente, una popolazione giovane accumula risparmio per l'età avanzata. Infine, l'aumento del rapporto tra pensionati e persone in età lavorativa può mettere sotto stress il sistema previdenziale e i conti pubblici. Ciò richiede interventi su più fronti. In primo luogo, occorre aumentare il tasso di attività della popolazione. Nel nostro Paese, infatti, ci sono



circa 10 milioni di persone, tra Neet e donne tra i 30 e 69 anni, escluse dal mercato del lavoro che potrebbero portare un grande valore aggiunto all'economia e alla società e che, invece, restano fuori dal processo produttivo e sociale.

In secondo luogo, bisogna dare priorità a politiche che favoriscano l'innovazione e l'aumento della produttività del lavoro.

Infine, poiché il sistema previdenziale pubblico diventerà nel tempo meno generoso e il sistema di welfare coprirà soli in parte i costi sanitari e di assistenza a lungo termine, è essenziale incentivare il risparmio previdenziale tra i lavoratori, consentendo alla popolazione di accumulare risorse adeguate per la propria vecchiaia.

Come detto, uno dei settori più impattanti sarà quello sanitario. Secondo i dati dell'Ocse, la spesa sanitaria pro-capite per gli anziani è di circa tre volte superiore rispetto a quella dei più giovani. In un Paese come l'Italia, dove il sistema sanitario è principalmente pubblico, l'aumento della domanda di servizi per la terza età può mettere sotto pressione il bilancio statale. Inoltre, si profila anche un rischio di diversa natura: se l'offerta sanitaria pubblica sarà razionata, ciò spingerà una quota sempre più alta della popolazione a rivolgersi all'offerta privata. Già oggi la quota di spesa sanitaria *out-of-pocket* delle famiglie italiane (23%) è doppia rispetto a Francia e Germania. In tale prospettiva, il fabbisogno finanziario dovrà essere coperto, anche parzialmente, da un più diffuso ricorso al sistema dell'assistenza sanitaria integrativa privata.

Accanto ai servizi sanitari, emerge con forza la necessità di *long-term care*, ossia assistenza a lungo termine per coloro che non sono più autosufficienti. Questa forma di assistenza richiede una forza lavoro dedicata e qualificata, infrastrutture adeguate o politiche di supporto per le famiglie che se ne fanno carico. L'attuale rete di supporto familiare, che ha tradizionalmente supplito alle carenze del sistema, non sarà sufficiente in futuro, data la diminuzione del numero di figli, l'aumento della mobilità e l'incremento della partecipazione femminile alla forza lavoro. Bisogna sostenere i *caregivers* informali, ma anche potenziare i servizi pubblici e privati di assistenza e adottare un'adeguata pianificazione finanziaria di lungo termine, analogamente a quanto è stato fatto con il sistema previdenziale.

Per questo motivo, Intesa Sanpaolo non solo è orientata a sviluppare per i propri clienti e per i propri dipendenti soluzioni finanziarie personalizzate e aggiornate, ma è anche attivamente coinvolta nell'educazione finanziaria e nella promozione della cittadinanza economica della nostra comunità: le responsabilità sociali, culturali e ambientali sono elementi qualificanti e distintivi di Intesa Sanpaolo, valori insiti nel Dna della Banca, emanazione delle Fondazioni Bancarie che sono i nostri azionisti principali. Anche per questo abbiamo deciso di destinare 1,5 miliardi di euro per il sociale nel periodo 2023/2027, aumentando la nostra responsabilità verso gli azionisti, i clienti e la società nel suo complesso per contrastare le disuguaglianze.

Riteniamo infatti necessario affrontare questi fenomeni con un'azione comune di governo, istituzioni, soggetti privati: è necessaria la piena collaborazione per garantire la coesione sociale del Paese.

Amministratore delegato di Intesa Sanpaolo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Procreazione assistita: rischio fuga verso i centri del Nord

La prestazione

Oltre 16mila nati ogni anno e la domanda cresce, ma a Sud l'offerta non basta

Superano ormai le 16mila nascite l'anno sulle 400mila totali: in pratica già oggi il 4% di tutti i nuovi nati in Italia avviene con la procreazione medicalmente assistita. Numeri in costante crescita ma ancora limitati per le difficoltà e i costi necessari per accedere a queste tecniche (una serie di cicli possono arrivare fino a 9mila euro), ma che ora con l'ingresso definitivo della fecondazione assistita nei livelli essenziali di assistenza e cioè tra le prestazioni gratuite garantite dal Ssn possono fare davvero un salto in avanti. «Per un Paese che ha il record quasi mondiale della denatalità rendere accessibile a tutti la Procreazione medicalmente assistita è una ottima notizia che ci consente di allinearci a tanti altri Paesi. Il problema è che in questo momento non tutte le Regioni sono

pronte a coprire questa nuova prestazione», avverte Vito Trojano presidente nazionale Sigo, Società italiana di ginecologia ed ostetricia. Che sottolinea come di «fronte a una domanda già esplosa e destinata a crescere sempre di più visto la scelta di molti giovani di ritardare la genitorialità» ci sia il rischio di una fuga di pazienti «dal Sud verso il Nord dove l'offerta è maggiore» e dove si concentrano gran parte dei Centri, soprattutto quelli di secondo e terzo livello per le prestazioni più complesse.

L'ingresso della fecondazione assistita tra i Lea non è una novità per tutte le Regioni, alcune infatti già la garantiscono con fondi propri: la Lombardia copre oltre il 90% delle spese; nel Lazio, invece, quasi tutti i trattamenti vengono eseguiti privatamente. E i costi

non sono da sottovalutare: chi ricorre alle proprie tasche spende dai 3.500 a 6-7.000 euro per una fecondazione omologa (i gameti appartengono alla coppia) e dai 5.000 ai 9.000 euro per una eterologa (almeno uno dei due gameti non appartiene alla coppia). Ora con il nuovo decreto tariffe l'accesso alla fecondazione assistita diventa gratuita o dietro un pagamento di un ticket di 38 euro per l'omologa e di circa 1500 euro per le tecniche eterologhe. Oggi però c'è una sproporzione dei centri: in Italia al momento secondo l'ultimo monitoraggio si contano 340 centri di Pma iscritti al registro nazionale, di cui ben 221 privati, 100 pubblici e 19 privati convenzionati. La metà di questi centri risulta concentrata in 4 regioni: Lombardia, Campania, Veneto e Lazio. Anche i centri pubblici si

concentrano in alcune regioni del Nord (Lombardia, Liguria, Friuli Venezia Giulia) e del Centro (Marche); i centri privati sono presenti in numero maggiore in quasi tutte le regioni del Sud mentre i 17 centri privati convenzionati sono quasi esclusivamente presenti in Lombardia (9) ed in Toscana (5). «Ora c'è bisogno - spiega il presidente Sigo - che in ogni Regione si valuti quanto può aumentare la domanda e quali strutture sono disponibili per i propri cittadini».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



VITO TROJANO
Presidente Sigo,
Società italiana di Ginecologia e Ostetricia



STUDIO SULLE ABITUDINI ALIMENTARI DEL SAN RAFFAELE DI ROMA

Uomini più a rischio diabete: occhio a ciò che si mangia

LUCA PUCCINI

■ A dirlo è uno studio dell'Irccs San Raffaele di Roma assieme all'università telematica San Raffaele di Roma. A pubblicarlo, invece, è la prestigiosa rivista *Frontiers in Nutrition*: alcune abitudini alimentari come il consumo elevato di carni lavorate (magari ricche anche di nitrati e conservanti), negli uomini, aumentano i livelli di stress ossidativo e infiammazione cronica, favorendo l'insulino-resistenza la quale è la condizione che precede

lo sviluppo del diabete di tipo 2.

Una tendenza che, tra l'altro, viene confermata anche dai dati Istat secondo cui il 5% degli italiani ha a che fare (purtroppo) con una diagnosi di diabete, percentuale che scende al 2% tra chi ha meno di cinquant'anni e che, invece, sfiora il 9% nella fascia d'età immediatamente successiva con una frequenza più alta gli uomini (che segnano il 5,3% rispetto al 4,4% delle donne).

«Gli uomini mostrano una maggiore propensione verso il consumo di

carne rossa e in particolare di carni processate in confronto alle donne», spiega in occasione della Giornata mondiale del diabete la professoressa Alessandra Feraco, ossia la prima firmataria di questo studio, afferente al laboratorio di Endocrinologia cardiovascolare proprio dell'Irccs San Raffaele di Roma e docente associato di Scienza dell'Alimentazione e delle tecniche dietetiche applicate presso l'Università San Raffaele: «Le donne, al contrario», prosegue, «tendono a consumare maggiori quantità di verdure, cereali integrali, tofu e cioccolato fondente ad alto contenuto di cacao, compiendo di fatto scelte alimentari più sane. Sono emerse differenze anche nei comportamenti alimentari: rispetto alle donne, infatti, gli uomini tendono a saltare gli spuntini, mangiano più velocemente e sono più propensi a mangiare fuori. Di contro, un numero inferiore di donne pratica sport, mentre un maggior numero di uomini svolge regolare attività fisica, preferendo l'allenamento di forza e gli sport di resistenza».

Tutte differenze che flettono non solo fattori biologici, ma anche norme sociali e contesti culturali. «L'incidenza di diabete mellito tipo 2 è in continuo aumento, purtroppo anche nelle fasce di età più giovani, nonostante la disponibilità di farmaci sempre più efficaci», dichiara invece il professor Massimiliano Caprio, responsabile del gruppo di ricerca che ha condotto lo studio e ordinario di Scienze della nutrizione umana all'Università San Raffaele: «È fondamentale insistere sulla prevenzione e sull'educazione a uno stile di vita sano, altrimenti il sistema sanitario potrebbe non essere più in grado di far fronte a questa vera e propria epidemia».



Di cosa parliamo quando parliamo di Ozempic

INTANTO NON PARLIAMO SOLO DI LUI MA DI UNA NUOVA FAMIGLIA DI FARMACI CHE CONTRO DIABETE E OBESITÀ FUNZIONANO ALLA GRANDE. E PERÒ È SEMPRE MEGLIO LEGGERE ATTENTAMENTE LE ISTRUZIONI... **INCHIESTA**

di **Riccardo Staglianò**

Immaginate un mondo di magri. Con meno diabete e meno infarti. Ma anche con meno artriti, meno Alzheimer e un sacco di altri "meno" che in totale farebbero un grande "più" nella contabilità di salute del Pianeta. *Less is more*, è il caso di dire. Poi googlate "semaglutide"

e vi accorgete che quel mondo è già iniziato. Anche se in Italia ce ne siamo accorti meno che in America, dove la febbre da Ozempic – dal nome commerciale di uno dei molti derivati del

principio attivo – ha contagiato tanta gente che non aveva strettamente bisogno di prenderlo. Da Elon Musk ad attori e riccastri vari che volevano solo liberarsi in fretta di qualche chilo.



Nonostante un discreto numero di uscite complottiste del «supergenio», come da immediato conio trumpiano, però una cosa va chiarita subito: questa nuova classe di farmaci funziona alla grande per le sue indicazioni primarie, ovvero diabete e obesità. Ed è già tantissimo. Ma è anche abbastanza per giustificare una recente copertina del generalmente cauto *Economist*

accanto al titolo "Il farmaco per tutto"? La scienza medica e i miracoli dovrebbero giocare in campionati diversi. Eppure anche i titolisti di *Nature* si sono lasciati andare a un "Come i farmaci 'miracolosi' per la perdita di peso cambieranno il mondo" in un articolo che, per onestà, introduce anche un certo numero di ombre sulla generalizzata promessa salvifica. "Non ridere né piangere, ma comprendere" ammoniva Spinoza. Con incrollabile fiducia nella medicina, ma per il possibile a ciglio asciutto, tentiamo di fare ordine in un dibattito surriscaldato.

ALLA RICERCA DEL PESO PERDUTO

Partiamo dalle fondamenta. Parliamo di una classe di farmaci, scoperti una trentina d'anni fa da un signore che

incontreremo a breve, per il trattamento del diabete di tipo 2, quello più spesso di origine alimentare. Si chiamano "agonisti dei recettori del GLP-1" perché imitano l'azione di un ormone naturale chiamato peptide-1 simil-glucagone. Che fa essenzialmente due cose: stimola il pancreas a rilasciare insulina, che abbassa i livelli di zucchero nel sangue, e sopprime la produzione di glucagone, l'ormone che li aumenta. Questa è la duplice azione importante per i diabetici. Poi si è visto che chi li assumeva dimagriva anche. Perché, interferendo con i recettori del GLP-1 nel cervello, riducevano la voglia di cibo e davano una sensazione di sazietà. Accresciuta rallentando la velocità con cui il cibo si muove nell'intestino. Ed è così che la fama ottenuta col diabete,

che riguarda globalmente quasi 500 milioni di persone, è stata eclissata da quella per la perdita di peso. A partire dagli Stati Uniti, dove 3 persone su 4 sono sovrappeso e 4 su 10 obese. Per poi trascinare nel resto di un mondo che, stando all'ultimo rapporto della World Obesity Federation, potrebbe trovarsi con più di metà della popolazione grassa o grassissima entro il 2035.

Sì, perché i trial clinici dimostrano

che con la semaglutide si perde, in un annetto, dal 10 al 15 per cento del peso corporeo. Con la tirzepatide, un'altra molecola della stessa classe (oltre alla liraglutide), si arriva anche al 25 per cento, risultato che rivaleggia con la chirurgia bariatrica. Con la differenza che quella è un'operazione importante, mentre questa è un'iniezione una volta alla settimana - in attesa della versione per bocca su cui stanno lavorando. La Food and Drug Administration nel giugno del 2021 ha quindi approvato il Wegovy, il dosaggio più alto dell'Ozempic (entrambi prodotti dalla danese Novo Nordisk) che è invece indicato per il diabete, anche se il suo nome ha battezzato tutto il settore. Mentre l'anno scorso l'americana Eli Lilly ha messo sul mercato le sue versioni, rispettivamente Mounjaro e Zepbound, che agiscono su due ormoni contemporaneamente. E già si candidano a scalzare il loro Prozac dalla classifica dei farmaci di maggior successo commerciale. In Italia le versioni per il diabete, con un dosaggio minore, sono rimborsate dal Servizio sanitario. Mentre quelle per l'obesità no: se uno le vuole, ovviamente dietro prescrizione medica, dev'essere disposto a pagare tra i 200 e 300 euro al mese. Se però oltre a essere grasso hai la glicemia e il colesterolo alti, e ti si può definire pre-diabetico, ecco che allora puoi farti passare il farmaco. E, tra le altre cose, dimagrirai. Fine della premessa.

NE ABBIAMO TUTTI BISOGNO?

Il gagliardo settantenne Jens Juul Holst è il fisiologo dell'università di Copenaghen che nel 1993 scoprì che il GLP-1 aveva un ruolo rilevante nel diabete di tipo 2. Prima di capire, assieme ad altri con cui ha condiviso premi internazionali, che funzionava anche da interruttore della sazietà. Conto molto sulla sua serietà scandinava, la stessa che lo spinse a non brevettare la sua scoperta («da socialista l'importante era la ricerca, non i soldi»), per compensare il bias positivo nei confronti del farmaco miliardario che ne è derivato. Dice: «Più della metà dei pazienti trattati con la tirzepatide vanno in remissione, guariscono. E, come dimostra lo studio Surmount-1, anche tre anni dopo non lo sviluppano più. Mentre, versante obesità, in 88 settimane si arriva a perdere fino al 26 per cento del peso. Un risultato stupefacente». Quanto alle altre promesse (tipo l'Alzheimer) sarebbero compatibili col fatto che «ridu-

cendo il cibo si riduce anche l'infiammazione causa di tante malattie». Ma da qui a darlo a metà della popolazione mondiale che presto potrebbe essere sovrappeso, ce ne corre: «In Danimarca, a giudicare dalle prescrizioni, sembravano diventati tutti diabetici. E in sei mesi il sistema sanitario era rimasto senza una corona. Tant'è che le regole sono state cambiate e, da pochi giorni, nonostante il prezzo sia stato abbassato a 400 euro al mese (meno di metà che in America ma assai più che in Italia, ndr), il rimborso non è più automatico. I prezzi scenderanno perché tanti stanno sviluppando i generici, ma serve comunque ragionevolezza». Fermo restando che vari studi dimostrerebbero che pazienti che hanno fatto l'operazione di riduzione dello stomaco allungano di nove anni l'aspettativa di vita. E lo stesso, dice Holst, varrebbe per analogia per i dimagrimenti via GLP-1.

Un entusiasmo quasi superiore lo dimostra il professor Silvio Buscemi, presidente della Società italiana dell'obesità. Da zero a dieci che voto darebbe a questa classe di farmaci? «Dieci. Li aspettavamo da cent'anni, dopo tanti fallimenti con altrettanti trattamenti» esordisce. Mancava uno strumento efficace per i 6 milioni di italiani obesi che non riescono a modificare le loro abitudini alimentari. Ora c'è. Ufficialmente da giugno, nel dosaggio anti-obesità, ma in pratica da prima nella formula per il diabete. Buscemi cita lo studio Select, finanziato da Novo Nordisk, che parla di una riduzione del 20 per cento del rischio d'infarto per chi è ad alto rischio. Poi, insistendo, riesco a estrarre qualche parola di cautela: «Non è un farmaco cosmetico. Va gestito sotto osservazione medica e non va mai disgiunto dal cambiamento della dieta. Gli effetti collaterali iniziali, prevalentemente nausea, vomito, diarrea, nella mia esperienza non l'hanno fatto spendere a nessuno». Si era parlato anche di tendenze suicidarie, ma sembra un allarme rientrato. La sua vera preoccupazione è che a Palermo, dove insegna e cura, «molti pazienti che se lo meriterebbero non possono permetterselo e ciò aumenterà le disuguaglianze di salute. Tanta gente abbandona per i soldi».



PARERI A CONFRONTO

Quella dell'alto tasso di *dropout*, l'abbandono della cura, è tra i principali argomenti dello scetticismo di Valter Longo. Il direttore del Longevity Institute alla USC di Los Angeles è l'inventore della dieta mima-digiuno che punta a ottenere gli stessi effetti benefici del digiuno senza astenersi completamente dal cibo. Cita due studi di Prime Therapeutics, che si occupa di efficacia dei farmaci, che metterebbero una forte ipoteca sulla sostenibilità della cura: «Dopo un anno, 7 pazienti su 10 la abbandonano. Dopo due anni l'85 per cento. Non sappiamo perché, ma praticamente tutti». E poi: «Metà della perdita di peso coinvolge la massa bianca, i muscoli (ogni dimagrimento lo fa, obietta Holst, ndr). Anche la densità delle ossa ne risente. Per tacere delle ischemie del nervo ottico, triplicate. Sono stato invitato da Google per una conferenza sui temi della salute. Prima di me l'amministratore delegato di Blackrock parlava di questi farmaci come *wonder drugs*. Io ho ricordato che il vero miracolo è la dieta che non ti rende schiavo di una medicina a vita e non ha nessuno di questi effetti collaterali. Su duemila e rotti pazienti che abbiamo visto nella mia Fondazione, in un paio di anni li abbiamo riportati a pesi normali quasi tutti». La sua critica ha anche una parte pedagogica: «Sono farmaci che deresponsabilizzano. È come dire che vogliamo bambini istruiti senza investire sugli insegnanti. Servirebbe un grande sforzo sulla prevenzione ma l'Italia non lo fa».

Un approccio severo ma giusto che ritroviamo anche nel decano dei farmacologi italiani, Silvio Garattini. «Contrastando il diabete, la semaglutide riduce il rischio delle complicazioni cardiovascolari che ne derivano. Però sono farmaci a vita, e se interrompi riprendi il peso. A meno che tu abbia imparato ad assumere un numero di calorie adeguato» dice questo scattantissimo novantaquattrenne che va avanti con una tazza di caffè a colazione, una spremuta d'arancia a pranzo e una parca cena: «È certamente utile per i veri obesi. Ma se hai solo qualche chilo in più, è ridicolo prendere farmaci: basta mangiare di meno. Il medico dovrebbe optare sulla prevenzione, però questo va contro il mercato». Intende dire che lo prescrivono troppo? «Con questi numeri di vendite significa che lo prescrivono a tutti. Altrimenti non si spiega».

L'INIEZIONE, CHE SCOCCIATURA

Ricapitolando: c'è del buono e ci sono

dei rischi. Come in tutti i farmaci. L'avevano già presente duemila anni fa quando *pharmakon* voleva dire *medicina* o *veleno* a seconda del contesto. Chiedo a Cesare Sirtori, tra i padri della metformina, se sente minacciato il primato della sua compressa contro il diabete: «Ma figuriamoci! Costa 4 euro al mese, e in molti stanno studiando sue potenzialità *anti-aging*, mentre il Rybelsus, a base di semaglutide, quasi 50 volte tanto. Detto questo, quei farmaci non sono male, al netto del fatto che è sempre scoccante doverli iniettare. E che abbiamo ancora un'esperienza clinica molto limitata. Ho visto di recente una signora che è stata ricoverata una settimana per valori tutti alterati, enzimi epatici sballati e un'iniziale pancreatite. In ogni caso, solo per dimagrire il Ssn non lo passerà mai. In America le assicurazioni private pagano tutto, ma poi il sistema collassa. Ho anche visto una signora diabetica tutta contenta per essere passata da 120 a 105 chili: ne valeva la pena? Non so».

Meno tranciante il celebre diabetologo dell'università di Pisa Stefano Del Prato. Reputa «incontrovertibili i benefici molto importanti per diabete, protezione cardiovascolare e anche insufficienza renale» e aggiunge che sin qui erano «inimmaginabili» per chi non fosse disposto a sdraiarsi su un tavolo operatorio. Però, c'è sempre un però nei discorsi non promozionali: «Se smetti riprendi peso. I costi sono sostenibili? L'esperienza è limitata, serve una sorveglianza attiva». Per lui Ozempic & Co. sono soprattutto una straordinaria opportunità per «resetare lo stile di vita», dimagrire quei chili che ti fanno vedere allo specchio una figura inedita al punto da voler fare di tutto, anche senza farmaci, per restare così. Mentre gli usi *off label*, ovvero prendere il dosaggio anti-diabete ma per dimagrire, sono un modo per dirottare un salvavita da chi ne ha un bisogno essenziale verso chi ha solo la possibilità di pararlo.

RICCHI E POVERI

Qui è dove la medicina cede il passo alla sociologia prima e all'economia poi. «Più si scende di classe sociale, più cresce il peso» semplifica Antonio Maturò, autore del recente *Il primo libro di sociologia della salute* (Einaudi): «In questo quadro che peggiora di anno in anno, l'idea del farmaco miracoloso è attraente. Sia per i malati, per cui la

soluzione basata sull'autodisciplina non è mai stata semplice. Che per le istituzioni. Le quali, invece di impegnarsi in complesse politiche per città e stati *wellness*, che incoraggino il movimento e la prevenzione, scaricano tutto su un farmaco privato». Col serio rischio di radicalizzare ulteriormente la differenza tra grassi e magri. E rimozionalizzare un divario che spesso ha a che fare con reddito e istruzione. Motivo per cui le signore che all'alba incrociano a fare le pulizie in università, tendono tutte all'obesità perché non hanno tempo di andare in palestra né soldi per cibarsi di mirtilli». L'interessante paradosso che già si intravede è che un'epidemia di origine capitalistica, in cui le classi subalterne non hanno altra scelta che cibarsi di schifozze ingrassanti a buon mercato, venga curata dall'ennesimo ritrovato di Big Pharma. Basti pensare che la capitalizzazione di Novo Nordisk vale già più di tutto il Pil della Danimarca. Gli analisti finanziari prevedono per i farmaci antiobesità una crescita, entro il 2032, di dieci volte l'attuale mercato globale da 47 miliardi di dollari. Se le farmaceutiche festeggiano, non così i colossi alimentari. Che succederà se alla gente passa l'appetito? Morgan Stanley ipotizza una riduzione di consumo di calorie dell'1,3 per cento negli Stati Uniti entro dieci anni. Il ceo della catena di ipermercati Walmart ha messo in relazione il calo nelle vendite di cibo a ottobre con Ozempic e simili. Mentre un'aerolinea statunitense ha chiesto agli esperti di Jefferies di modellare gli effetti che un dimagrimento generalizzato della popolazione potrebbe avere sui loro conti: 4 chili in meno a testa si tradurrebbero in 100 milioni di litri di cherosene risparmiati all'anno. L'obesità ha un costo. Quello sanitario è solo il più visibile. Alcuni politici americani, tra cui il vecchio Bernie Sanders, hanno commissionato un'analisi che dimostra come Novo Nordisk continuerebbe a fare profitti anche vendendo i suoi due farmaci di punta a 5 dollari al mese. Ora sul cartellino il prezzo è nei dintorni di 1.000. L'unica certezza è che, nel mondo dei magri, alcune tasche diventeranno più grasse che mai.

Riccardo Staglianò



SALUTE

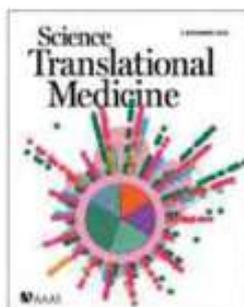
Curare l'endometriosi

Science Translational Medicine, Stati Uniti

Le fibre nervose che trasportano la sensazione di dolore e le cellule del sistema immunitario sono entrambe coinvolte nell'endometriosi, una malattia ginecologica che colpisce circa 190 milioni di donne. È il risultato di uno studio sui topi che suggerisce anche un modo per sviluppare un trattamento. Lo studio ha individuato un percorso molecolare che non solo contribuisce a provocare la sensazione di dolore causata dall'endometriosi, ma aggrava an-

che la malattia. "L'endometriosi colpisce circa il 10 per cento delle donne in età riproduttiva e gli attuali trattamenti spesso non bastano ad alleviare i sintomi e hanno effetti collaterali a breve o lungo termine", scrive Science Translational Medicine, che ha pubblicato lo studio. Il trattamento dei topi con farmaci che bloccano questo percorso molecolare ha portato a una riduzione del dolore e delle dimensioni delle lesioni. Secondo i ricercatori è necessario condurre ulteriori studi per valutare se è possibile sviluppare una terapia per le donne. ♦

che un modo per sviluppare un trattamento. Lo studio ha individuato un percorso molecolare che non solo contribuisce a provocare la sensazione di dolore causata dall'endometriosi, ma aggrava an-





Dir. Resp. Marco Girardo

IL PARERE FAVOREVOLE È ARRIVATO DALLA COMMISSIONE MEDICA DELLA LOCALE ASL

Suicidio assistito, a Perugia un altro via libera

Il caso riguarda una donna di 50 anni affetta da sclerosi multipla: «Sono anni che lotto». Ma i dubbi restano tanti

LUCIANO MOIA

Esulta Laura Santi, la 50enne di Perugia affetta da una forma progressiva e avanzata di sclerosi multipla a cui l'Asl 1 di Perugia ha dato il via libera per il suicidio assistito. Esultano le associazioni, la "Luca Coscioni" in testa, che si battono per la libertà di autodeterminazione dei malati. Esultano i libertari di diversa estrazione. Di fronte a tanta soddisfazione per la morte che sembra avere il sopravvento sulla vita, c'è invece chi dovrebbe recitare il mea culpa. A cominciare dalla politica, per proseguire con alcuni ambiti della società civile. Perché è solo a causa del vuoto legislativo colmato - ma non risolto - da una sentenza della magistratura su un tema così fondamentale come il fine vita che oggi una commissione medica di una delle tante aziende sanitarie del Paese, può prendere decisioni come quella che riguarda la donna perugina.

Ora Laura, a cui siamo umanamente vicini e di cui ci sentiamo di condividere l'enorme sofferenza che l'ha portata alla decisione di farla finita, è libera di scegliere. E ci chiediamo quale forza interiore, quale ferrea determinazione abbia animato questa donna nella tenace volontà di considerare il suo cammino su questa terra talmente insopportabile da desiderarne la fine. Dopo due anni dalla

sua richiesta per l'accesso al suicidio assistito, dopo due denunce, due diffe, un ricorso d'urgenza e un reclamo per ottenere una risposta da parte dell'azienda sanitaria umbra, è arrivata la relazione della commissione medica. Gli esperti hanno riconosciuto che il caso di Laura Santi presenti i quattro requisiti previsti dalla sentenza della Corte costituzionale sul caso Cappato-Dj Fabo che in Italia ha legalizzato il suicidio assistito. Quindi la donna è stata considerata: 1) capace di autodeterminarsi; 2) affetta da una patologia irreversibile; 3) che provoca sofferenze fisiche o psicologiche che reputa intollerabili; 4) dipendente da trattamenti di sostegno vitale.

In particolare, la commissione medica ha confermato la presenza di questo ultimo requisito, inizialmente non riconosciutolo, anche sulla base dell'ultima sentenza della Corte costituzionale (135/2024) - dove la stessa Santi era intervenuta nel giudizio ed era stata ammessa - secondo cui alcune procedure che «si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo, dovranno certamente essere considerate quali trattamenti di sostegno vitale». Ora si tratta soltanto di individuare farmaco e modalità per procedere. La direzione sanitaria, con una rappresentanza della commissione medica, ha richiesto un incontro che avverrà nelle prossime settimane. Ma la stra-

da è tracciata. Laura Santi è la prima cittadina umbra, e la nona persona in Italia, a ottenere il via libera per l'accesso alla morte volontaria assistita. Per ottenere il rispetto della sua volontà e l'applicazione delle due sentenze della Consulta, Laura Santi ha dovuto rivolgersi alla giustizia civile e penale, depositando le denunce contro la Usl Umbria e partecipando sempre alle udienze in Tribunale. «Sono anni che lotto per difendere la libertà di scelta alla fine della vita - ha dichiarato Laura - Una battaglia che porto avanti, per me e per tutte le persone che si trovano e si troveranno in situazioni simili, da molto prima che la mia malattia si aggravasse e mi rendesse completamente tetraplegica, preda di dolori, spasmi e sofferenze quotidiane. Ora sono felice di sentirmi veramente libera di scegliere. I tempi di risposta del Servizio sanitario regionale sono intollerabili». Una sofferenza così profonda di fronte alla quale, ripetiamo, non si può che esprimere rispetto e trattenere il giudizio, anche se le domande rimangono tante e angoscianti. A cominciare da quella che riguarda la titolarità di una Asl locale nell'assumere decisioni così definitive per la vita delle persone più fragili.

Presenti, secondo i medici, i quattro requisiti previsti dalla Corte costituzionale: capacità di autodeterminarsi; patologia irreversibile; sofferenze intollerabili e dipendenza dai sostegni vitali



Laura Santi, la donna di Perugia malata di sclerosi multipla/Ansa

