



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

10 MAGGIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Palermo, ecco quali saranno le priorità per le stabilizzazioni

Fissate in un vertice tra il direttore generale e i sindacati. I primi saranno coloro con i requisiti ex art. 20 comma 1 della “Legge Madia”, poi i comandati, i precari Covid e infine Co.Co.Co., partite iva e infermieri delle case circondariali.

10 Maggio 2022 - di [Sonia Sabatino](#)

PALERMO. Si è arrivati ad un accordo sulle priorità di assunzione del personale sanitario dell'Asp di Palermo. Ieri c'è stato un incontro tra il direttore generale Daniela Faraoni e i sindacati chiamati in causa (Fials, Cisl, Cgil e Uil) che ha permesso di fissare dei criteri di stabilizzazione validi per tutte le figure professionali (infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, Oss). Nei giorni scorsi erano emerse posizioni diverse tra i sindacati, così come riportato da Insanitas.

I primi ad essere stabilizzati saranno coloro i quali avranno maturato i requisiti *ex art. 20 comma 1* della “Legge Madia”, così come da indicazioni del governo nazionale. Si tratta, quindi, di tutti i soggetti che abbiano raggiunto i 36 mesi di attività in una finestra temporale di 8 anni. A seguire sarà la volta del personale comandato, alcuni dei quali tra gli Oss hanno già fatto ritorno nelle aziende di partenza. «Abbiamo chiesto all'amministrazione di trovare un modo per tentare di recuperare queste persone che sono già andate via perché ci sembra profondamente ingiusto che debbano restare fuori solo tre/quattro persone» ha precisato ad Insanitas Enzo Munafò, segretario provinciale della Fials. Il problema delle priorità di assunzioni all'Asp si è presentato proprio perché gli Oss sono in maggioranza sui posti disponibili in pianta organica, oltre 150 per 88 posti.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

A seguire sarà stabilizzata la platea del personale assunto a tempo determinato per l'emergenza Covid e, infine, si procederà con l'assunzione secondo *l'art. 20 comma 2* della "Legge Madia", parliamo quindi di Co.Co.Co, Partita iva e infermieri delle case circondariali. Per loro la Cisl ha chiesto di formalizzare una graduatoria che abbia durata fino al 2024 con il rinnovo dei contratti in scadenza il 31 dicembre 2022 al 31 dicembre 2023.

«Prima di assumere i comandati dovranno fare una ricognizione e dovranno chiedere in qualche modo le autorizzazioni alle amministrazioni da cui provengono, per cui passeranno i tempi burocratici. Le stabilizzazioni di coloro che rientrano nella Legge Madia sono in corso. Hanno già fatto le graduatorie, ma non li hanno ancora immessi in servizio. Inoltre, abbiamo chiesto il censimento di coloro i quali raggiungeranno i 18 mesi di servizio entro giugno di quest'anno, perché non possono essere stabilizzati prima di luglio- ha dichiarato Munafò- Infine, abbiamo chiesto anche l'applicazione del comma 2 per gli infermieri precari che lavorano nelle case circondariali, perché adesso anche la loro gestione è passata alle Asp. Siccome non stati assunti per pubblico concorso abbiamo chiesto all'Asp di Palermo di presentare un bando che preveda un concorso riservato per loro».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Speranza: over80 fanno il secondo booster, può salvare la vita

10 Maggio 2022



"La pandemia è ancora in corso siamo fuori dallo stato di emergenza ma i numeri ci segnalano ancora una circolazione significativa del virus. Abbiamo ancora una situazione da monitorare e faccio appello alle persone più fragili di avere il secondo booster ed è importante ancora informare le persone. La mortalità che ancora abbiamo è connessa a persone di età molto avanzata quindi far fare il secondo booster agli over80 può significare salvare loro la vita". Lo ha detto il ministro della salute, Roberto Speranza, al convegno 'Dalla pandemia al Pnrr: come comunicare la salute ai cittadini'. "Oggi - ha detto Speranza - abbiamo strumenti diversi e nuovi, come farmaci antivirali e vaccini, ma la comunicazione continua ad avere un ruolo fondamentale". La guerra, ha rilevato, "ha sostituito la pandemia totalmente, quasi da un giorno all'altro. Lo dico col massimo del rispetto, ma in realtà nella vita della nostra società la guerra e le sue conseguenze si sono aggiunte ma non hanno sostituito la pandemia".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Covid. In Italia un ricovero in terapia intensiva costa sette volte di meno che negli Stati Uniti

di Luciano Fassari

A calcolarlo è una nuova ricerca di Bridge Patient Portal, società statunitense di assistenza virtuale e coinvolgimento dei pazienti che ha monitorato e confrontato i costi dei servizi sanitari di 60 paesi. Ma non solo Covid, lo studio ha messo a confronto tutta una serie di costi: tra cui il livello di spesa procapite, la spesa out of pocket, il livello dei prezzi dei farmaci, la spesa per le assicurazioni, il livello di accesso ai servizi sanitari e i costi per le cure ambulatoriali. Ecco cosa ne viene fuori.



10 MAG - Un letto di terapia intensiva per curare un malato Covid in Italia costa sette volte di meno che negli Stati Uniti, ovvero in media 2.519 euro contro i 18.368 euro degli Usa. A fornire i dati è una nuova ricerca di Bridge Patient Portal, una società statunitense di assistenza virtuale e coinvolgimento dei pazienti che ha pubblicato uno studio in collaborazione con Medical Web Experts che ha monitorato e confrontato il costo dei servizi sanitari in diversi paesi del mondo.

L'analisi, effettuata su 60 paesi, non ha esaminato però solo il costo di un letto di intensiva ma ha analizzato numerosi dati tra cui il livello di spesa procapite, la spesa out of pocket, il livello dei prezzi dei farmaci, la spesa per le assicurazioni, il livello di accesso ai servizi sanitari e i costi per le cure ambulatoriali. Ma partiamo dalla spesa per l'assistenza sanitaria dove al vertice troviamo gli Stati Uniti con 9.578 euro pro capite, davanti a Svizzera (8.477 euro) e Norvegia (7.022 euro). L'Italia si trova al 21° posto con 2.549 euro.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Un dato inferiore anche a molti Paesi della area euro come Germania (ottava con 4.771 euro) e Francia (al 15° posto con 3.939 euro). In Spagna invece che ci segue in classifica la spesa è di 2.378 euro.

Per quanto riguarda la spesa per i farmaci sono sempre gli Usa a guidare la graduatoria con costi superiori del 1.309,48% rispetto alla media dei 60 paesi analizzati. Prezzi alti anche in Messico (+153,92%) e Svizzera (+143%). L'Italia nella classifica si colloca al 19° posto con prezzi più alti del 46,15% rispetto alla media. Facciamo meglio della Germania dove le medicine si pagano in media il 138,1% in più della media. Ma facciamo peggio della Spagna (prezzi superiori del 7,5% rispetto alla media) e soprattutto della Francia dove i farmaci si pagano il 15,3% in meno della media.

Altro dato interessante quello del costo medio giornaliero per un paziente Covid in terapia intensiva. Il dato incorpora i costi di manodopera, attrezzature, test e farmaci. E anche in questo caso il costo più alto si registra negli Stati Uniti (18.363 euro), seguiti da Norvegia (10.164 euro) e Svizzera (8.154 euro). L'Italia è al 28° posto con un costo medio di 2.519 euro. Numero inferiore a Germania (4.420 euro), Spagna (3.458 euro), Francia (2.752 euro) ma superiore per esempio al Regno Unito dove un ricovero in intensiva costa (1.774 euro).

Per quanto concerne invece la spesa out of pocket a guidare la classifica dei costi più elevati è la Svizzera con una spesa del 538% più alta rispetto alla media. L'Italia è al 18° posto con il 76,76% in più rispetto alla media.

Il dato sul costo delle cure ambulatoriali come visite e analisi vede di nuovo in vetta gli Usa con una spesa del 3.270% superiore alla media. In questo caso l'Italia si colloca al 7° posto con una spesa del 398% superiore alla media. Un dato superiore a quello di Francia (+277%), Uk (+175%) e Germania (+78,9%).



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Tumore al seno HER2+ metastatico: FDA approva trastuzumab deruxtecan per pazienti precedentemente trattate con terapia anti-HER2

La decisione si basa sui risultati dello studio DESTINY-Breast03 che hanno dimostrato che trastuzumab deruxtecan ha ridotto del 72% il rischio di progressione di malattia o morte rispetto all'attuale standard terapeutico trastuzumab-emtansine



10 MAG - La Food and Drug Administration (FDA) approva Trastuzumab deruxtecan per il trattamento di pazienti adulte con carcinoma mammario HER2-positivo non resecabile o metastatico, precedentemente trattate con un regime terapeutico a base di anti-HER2 ricevuto nel setting metastatico, neoadiuvante o adiuvante che avessero sviluppato una recidiva durante o entro sei mesi dal completamento della terapia. Trastuzumab deruxtecan è un anticorpo monoclonale farmaco-coniugato specificamente ingegnerizzato per essere diretto contro il recettore HER2, ed è sviluppato congiuntamente da Daiichi Sankyo e AstraZeneca.

La decisione della FDA è basata sui risultati positivi dello studio di fase 3 [DESTINY-Breast03](#) in cui trastuzumab deruxtecan ha dimostrato una riduzione del 72% del rischio di progressione della malattia o di morte rispetto a T-DM1 (hazard ratio [HR] = 0,28; 95% intervallo di confidenza [CI]: 0,22-0,37; $p < 0,0001$),



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

in pazienti con tumore al seno HER2-positivo non resecabile e/o metastatico precedentemente trattato con trastuzumab e taxano. La sopravvivenza mediana libera da progressione (PFS) per le pazienti trattate con trastuzumab deruxtecan non è stata raggiunta (95% CI: 18,5-NE), mentre quella con il T-DM1 è risultata di 6,8 mesi (95% CI: 5,6-8,2), secondo la revisione centrale indipendente in cieco BICR).

L'approvazione è stata concessa negli Stati Uniti nell'ambito del programma Real-Time Oncology Review (RTOR) della FDA, a seguito della Revisione Prioritaria e della designazione di Breakthrough Therapy di trastuzumab deruxtecan in questo setting di malattia. La precedente approvazione accelerata di trastuzumab deruxtecan nelle linee terapeutiche successive è ora convertita in un'approvazione effettiva, ampliando la sua indicazione ad un uso più precoce nel setting metastatico per pazienti con tumore al seno HER2-positivo. Negli Stati Uniti, questa approvazione segue la recente Revisione prioritaria e la designazione di Breakthrough Therapy in questo setting di malattia.

Inoltre, in quanto parte del Progetto Orbis, che prevede un processo di revisione per le terapie oncologiche parallela in diversi Paesi, trastuzumab deruxtecan ha ottenuto anche l'approvazione contestuale per la stessa indicazione in Australia, Canada, Israele e Svizzera.

"Trastuzumab deruxtecan ha dimostrato una significativa sopravvivenza libera da progressione, diventando potenzialmente un nuovo standard di cura delle pazienti che hanno già ricevuto un trattamento per carcinoma mammario metastatico HER2-positivo. - Ha spiegato Erika Hamilton, MD, direttore del Programma di Ricerca sul Cancro al Seno e Ginecologico del Sarah Cannon Research Institute. - L'approvazione di oggi è un'importante pietra miliare per la comunità clinica, poiché ora saremo in grado di offrire trastuzumab deruxtecan in una fase più precoce del trattamento di queste pazienti".

"Questo è un giorno importante per le pazienti che affrontano il cancro al seno. - ha commentato Catherine Ormerod, vicepresidente esecutivo dell'Associazione Pazienti "Living Beyond Breast Cancer" - Grazie a questa approvazione, trastuzumab deruxtecan offre ora una nuova opzione terapeutica per il carcinoma mammario HER2-positivo metastatico, che può essere utilizzata prima nel trattamento delle pazienti che ne sono affette, al fine di ritardare potenzialmente la progressione della malattia".

Ulteriori dati dello studio registrativo di fase 3 DESTINY-Breast03 hanno dimostrato che il tasso di risposta obiettiva confermato (ORR) era più che raddoppiato nel braccio trastuzumab deruxtecan (82,7%; n=205; 95% CI: 77,4-87,2) rispetto al braccio T-DM1 (36,1%; n=87; 95% CI: 30,0-42,5). **39 (15,7%) risposte complete (CR)** e **166 (66,9%) risposte parziali (PR)** sono state osservate nelle pazienti trattate con trastuzumab deruxtecan rispetto a 20 (8,3%) CR e 67 (27,8%) PR nelle pazienti trattate con T-DM1. Inoltre, nell'analisi dell'endpoint secondario della PFS valutata dagli sperimentatori, pubblicata online sul [New England Journal of Medicine](#), le pazienti trattate con trastuzumab deruxtecan hanno registrato una PFS di 25,1 mesi (95% CI: 22,1-NE) rispetto a 7,2 mesi (95% CI: 6,8-8,3) per quelle trattate con T-DM1 (HR=0,26; 95% CI: 0,20-0,35). Il dato della sopravvivenza globale è stato analizzato ma era immaturo al momento del cut-off dei dati del 21 maggio 2021 (HR=0,55; 95% CI: 0,36-0,86). Quasi tutte le pazienti trattate con trastuzumab deruxtecan erano vive a un anno (94,1%; 95% CI: 90,3-96,4) rispetto all'85,9% di quelle trattate con T-DM1 (95% CI: 80,9-89,7).

"L'approvazione odierna della FDA, che converte l'approvazione accelerata di trastuzumab deruxtecan in approvazione effettiva, evidenzia l'importanza del percorso accelerato FDA che consente l'approvazione



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

anticipata di farmaci per il trattamento di gravi condizioni mediche come il cancro al seno. - Ha dichiarato **Ken Keller**, Presidente e CEO di Daiichi Sankyo - I dati dello studio DESTINY-Breast03 non solo hanno confermato i risultati di DESTINY-Breast01, ma hanno anche dimostrato la superiorità di trastuzumab deruxtecan nel prolungare la sopravvivenza libera da progressione rispetto al TDM-1, in un setting più precoce del carcinoma mammario metastatico HER2-positivo".

"Trastuzumab deruxtecan si è già affermato nel trattamento delle pazienti con carcinoma mammario HER2 positivo metastatico, e siamo entusiasti che ora, grazie a questa approvazione negli Stati Uniti, queste potranno accedere al potenziale beneficio di trastuzumab deruxtecan in una fase precoce del loro trattamento.- Ha dichiarato **Dave Fredrickson**, vicepresidente esecutivo della business unit Oncology di AstraZeneca. - Non vediamo l'ora di portare questo importante farmaco potenzialmente in grado di cambiare il paradigma terapeutico, a un numero ancora maggiore di pazienti in tutto il mondo, nel più breve tempo possibile".

Sulla base dei dati DESTINY-Breast03, trastuzumab deruxtecan è stato recentemente aggiunto alle Linee guida di pratica clinica in Oncologia NCCN come il regime preferito (categoria 1) di terapia di seconda linea per la malattia non resecabile (locale o regionale) o in stadio IV HER2+ recidivata.

Trastuzumab deruxtecan è approvato negli Stati Uniti con l'avvertenza per malattia polmonare interstiziale (ILD)/polmonite e tossicità embrio-fetale. La sicurezza di trastuzumab deruxtecan è stata valutata in 257 pazienti con carcinoma mammario HER2-positivo non resecabile o metastatico che hanno ricevuto almeno una dose di trastuzumab deruxtecan (5,4 mg/kg) nei trial DESTINY Breast03. Le reazioni avverse più comuni (frequenza $\geq 20\%$), incluse le anomalie negli esami di laboratorio, sono state nausea, diminuzione della conta dei globuli bianchi, neutropenia, aumento dell'aspartato aminotransferasi, diminuzione dell'emoglobina, diminuzione della conta dei linfociti, aumento dell'alanina aminotransferasi, diminuzione della conta delle piastrine, affaticamento, vomito, aumento della fosfatasi alcalina nel sangue, alopecia, ipokaliemia, stipsi, dolore muscoloscheletrico, diarrea, diminuzione dell'appetito, mal di testa, infezione respiratoria, dolore addominale, aumento della bilirubina nel sangue e stomatite. Dei 28 eventi di ILD (11%), lo 0,8% è stato di grado 3. Nessun evento di ILD di grado 4 o 5 o polmonite è stato giudicato come correlato al trattamento.

IERI 17.155 CONTAGI

Pregliasco avverte “In autunno avremo 20 milioni di casi”

Mentre la Fda americana sta indagando su casi di ricadute dopo l'uso di Paxlovid (la pillola Pfizer), in Italia gli antivirali sono disponibili in farmacia solo in 12 regioni: Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, province di Trento e Bolzano, Toscana, Um-

bria e Valle d'Aosta. Nelle ultime 24 ore, registrati 17.155 nuovi contagi su 126.559 tamponi (13,5%), 84 le vittime. Secondo Fabrizio Pregliasco, direttore sanitario dell'Ircss Istituto Ortopedico Galeazzi Milano, in autunno «ci sarà un'ondata di 20 milioni di contagi». —



«Covid, dal 15 giugno si potranno eliminare le restrizioni»

Il sottosegretario Costa: buone prospettive. Il bollettino: altri 17 mila contagiati, 84 le vittime

ROMA Il 15 giugno è la prossima data da attendere: sarà il giorno, ne è certo il sottosegretario alla Salute Andrea Costa, in cui cadranno anche le ultime prescrizioni, come l'obbligo di indossare la mascherina in alcuni luoghi al chiuso. E tuttavia, come dimostra il numero da tempo in calo ma sempre consistente di contagiati, il Covid non può considerarsi sconfitto. Ci si può però convivere, concordano gli esperti.

A metà del prossimo mese scadrà il termine per le ultime misure ancora in vigore: l'obbligo di indossare una mascherina Ffp2 per salire su bus, treni, aerei e navi, per entrare nei teatri, nei cinema o nei palazzetti dello sport. Stessa scadenza ha l'obbligo vaccinale per gli ultracinquantenni. Costa è sicuro che non ci saranno altre proroghe. «Dopo il 15 giugno — ha detto ieri Costa, intervenendo in diretta a *Radio 24* — credo ci saranno le condizioni per una fase nuova: un'estate senza restrizioni. Il Paese e il governo hanno scelto la gradualità nell'affrontare la pandemia, nelle misure restrittive e

nell'allentamento. Dopo due anni i cittadini hanno una responsabilità diversa. Infatti tanti indossano la mascherina quando lo ritengono necessario. È il momento di dar loro fiducia». Insomma, tra un mese non sarà più tempo di fissare obblighi e divieti.

Di certo sarebbe inutile, secondo gli scienziati, attendere inseguendo il giorno dei «contagi zero»: è inarrivabile. Anche ieri, attraverso il bollettino quotidiano, il ministero della Salute ha comunicato 17.155 nuovi casi (numero più basso della settimana come in ogni giorno festivo) che tengono il tasso di positività ancora alto, al 13,5%, e 84 morti (cioè 12 in più dei 72 del giorno prima). Anche i ricoveri, pur se in stabile calo, delineano ancora una certa altalena di numeri: ieri sono risaliti di 7 unità i letti occupati per Covid nelle terapie intensive, e di 80 quelli nei reparti ordinari. I numeri assoluti (rispettivamente 363 e 8.735) di degenti sono però ampiamente sotto qualsiasi soglia di allarme. «L'obiettivo ora — sostiene Costa — è la convivenza con il virus per permettere

agli ospedali di andare avanti, senza essere sottoposti alla pressione della pandemia».

Perché il disegno si realizzi, però, è necessario che la campagna di vaccinazione, che ora segna il passo, riprenda: sono ancora tre milioni gli italiani che non hanno completato il ciclo con la terza dose, e resta bassa anche la percentuale di fragili e anziani che si sono fatti somministrare la quarta.

Guardando in prospettiva, però, un nuovo vaccino aggiornato alle varianti potrebbe essere necessario per tutti. Il presidente dell'Aifa, Giorgio Palù, ne è convinto. «L'Emilia ha annunciato che da settembre potrebbero essere disponibili e probabilmente si potranno somministrare». Il virus, infatti, non sta sparendo ma muta e «diventa sempre più endemico». Il virologo Fabrizio Pregliasco ipotizza che «in autunno ci sarà un'ondata di 20 milioni di contagi», cioè il virus potrebbe entrare in contatto con un terzo di italiani. «Forse la mascherina potrebbe tornare necessaria».

E se questa è la (possibile) prospettiva, retrospettiva-

mente l'epidemiologo Cesare Cislighi ha calcolato le giornate di isolamento provocate dal Covid in questi due anni: oltre 338 milioni relativi a 16 milioni di persone.

Adriana Logroscino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

363

pazienti
in Italia
risultano
ricoverati
in terapia
intensiva
a causa
del Covid,
o comunque
per patologie
aggravate
dal contagio

L'allarme
Il virologo Pregliasco:
nuova ondata
in autunno, interesserà
20 milioni di italiani

13,5

per cento
è il tasso
di positività
al Covid. La
percentuale
esprime
il rapporto
dei positivi
sul totale dei
tamponi
analizzati
sulle 24 ore



Sanità

Fuga dei medici dall'inferno dei pronto soccorso

di **Michele Bocci**
● a pagina 25



DA NORD A SUD ATTESE INFINITE E PAZIENTI IN BARELLA

Il virus cala, i pronto soccorso scoppiano la fuga dei medici scatena l'emergenza

Il caso del Cardarelli non è unico. "Cento al mese i camici bianchi che vanno altrove"

di **Michele Bocci**

Le lettere di dimissioni, come quelle dei 25 camici bianchi del Cardarelli di Napoli, stanno partendo ovunque. A Bologna, a Firenze, a Roma, a Torino i medici cercano di lasciare il pronto soccorso. Chi può, partecipa a concorsi per cambiare specialità, mentre chi avrebbe la possibilità di entrare non lo fa, con posti nelle scuole di specializzazione che restano vuoti (come a Napoli). Il Covid è in fase calante ma i pronto soccorso italiani sono in crisi. La grande domanda spinge circa 100 professionisti a lasciare ogni mese, mentre quasi uno su tre vorrebbe cambiare lavoro entro un anno.

E più aumenta il numero di coloro che vanno via, peggiore diventa la situazione per chi resta. Turni sempre più duri e notti pesantissime provocano «un disagio esistenziale drammatico. A stare al pronto soccorso non hai più vita familiare e sociale. O sei al lavoro o sei a casa a riposarti». Nessun altro settore della sanità italiana sconvolta dal Covid è in difficoltà quanto l'emergenza.

«Il momento è difficilissimo», conferma Fabio De Iaco, che presiede Simeu, la società scientifica dell'emergenza urgenza. Sui pronto soccorso si scarica un bel pezzo della richiesta sanitaria. Succede sempre così, quando il sistema pubblico è in difficoltà e aumentano le liste di attesa della specialistica, quando i medici di famiglia non riescono a stare dietro alle richieste di tutti i loro assistiti, i cittadini si riversano sull'emergenza, che va in crisi. Del resto è l'unico servizio sempre aperto, disponibile, dove comunque, magari aspettando ore, tutti vengono visti, fanno gli esami, sono rimandati a casa con una diagnosi. In mezzo a tantissimi pazienti non gravi che si lamentano per le attese arrivano le emergenze vere. Poi ci sono le persone che devono essere ricoverate. E qui nasce un altro problema. «Spesso i reparti non hanno posto e dobbiamo occuparci per giorni di chi aspetta il ricovero. Anche se magari ha problemi per i quali non siamo preparati», dice De Iaco.

Secondo Simeu, che questa settimana celebra il congresso, già l'an-

no scorso si calcolava che nelle strutture dell'emergenza (dove sono accolte almeno 21 milioni di persone all'anno) mancassero 4.200 medici. Alla fine di quest'anno se ne potrebbero perdere, al ritmo di 100 al mese, altri 1.200. «È come se ogni 30 giorni – dice De Iaco – scomparissero 4 o 5 pronto soccorso. A questo ritmo non possiamo reggere». Il ministro alla Salute Roberto Speranza l'anno scorso ha stanziato soldi per dare un aumento a chi lavora nell'emergenza. «A parte che devono ancora arrivare, per la vita che facciamo, anche con 7 o 8 notti al mese, l'incremento è troppo basso, da 80 euro netti a busta paga. La valorizzazione economica deve essere molto superiore se si vuole evitare questo esodo».

©RIPRODUZIONE RISERVATA



LA RIFORMA DEL PNRR

Ddl concorrenza:
intese su gas, dighe,
sanità e servizi

Carmine Fotina

— a pagina 8

Gas, sanità, dighe, servizi locali accordi sul Ddl concorrenza

La riforma del Pnrr. Oggi al Senato gli ultimi nodi, a partire dalla nuova proroga al 2025 per le spiagge, poi in serata possibile il voto. Scontro sullo spaccettamento della gestione dei rifiuti

Carmine Fotina

ROMA

Intese su servizi pubblici locali, porti, gas, concessioni idroelettriche, cliniche private, farmaci generici, poteri dell'Antitrust. Per il disegno di legge sulla concorrenza dovrebbe arrivare oggi finalmente il momento delle prime votazioni in commissione Industria al Senato dopo una messe di riunioni tra governo e maggioranza servite a sminare il terreno su alcuni degli articoli più controversi. Manca però ancora una riformulazione dell'articolo 2 sulle concessioni balneari, sebbene dietro le quinte si lavori a una proroga di due anni del termine fissato dal governo per le attuali concessioni da mettere poi a gara (dal 31 dicembre 2023 alla fine del 2025). Oggi su questo tema sono in programma riunioni interne ai partiti per arrivare all'intesa con l'esecutivo. Superare l'impasse delle spiagge è un passaggio decisivo perché il Ddl arrivi in Aula al Senato già domani con votazione finale per questa prima lettura giovedì.

Dighe, servizi locali e rifiuti

Sulle concessioni idroelettriche si va avanti con le gare regionali e salta la priorità che le Regioni avrebbero dovuto concedere al sistema del project financing. Ma c'è uno slittamento: le procedure di assegnazione devono concludersi entro la fine del 2023 e non più del 2022. Contestualmente governo e maggioranza siglano un compromesso per una norma interpretativa relativa al «golden power» su tutte le concessioni (si veda l'arti-

colo in basso). Dal confronto tra esecutivo e maggioranza esce ridimensionata la delega per la riforma dei servizi pubblici locali, che perde uno dei suoi punti qualificanti cioè l'obbligo per gli enti locali che rinunciano al mercato e scelgono l'affidamento in-house di darne motivazione, non solo ex post, ma anche in anticipo con trasmissione all'Antitrust.

È andato in scena intanto lo scontro sulla gestione dei rifiuti. L'indicazione finale sarebbe quella di bocciare l'emendamento, fortemente criticato dall'Anci e dai sindacati, che punta a eliminare la privativa degli enti locali dal ciclo integrato dei rifiuti con spaccettamento del servizio di raccolta da quelli di smaltimento e recupero. Una riformulazione dei relatori è attesa per oggi.

Gas e porti

Per la predisposizione delle gare per la distribuzione del gas, i gestori uscenti avranno più tempo (60 giorni e non più 30) per fornire all'ente locale le informazioni necessarie a redarre il bando. Inoltre si prevede che entro 6 mesi dall'entrata in vigore della legge un decreto dei ministri della Transizione ecologica e degli Affari regionali, sentita l'Authority per l'energia e le reti, aggiorni i criteri di gara previsti dal decreto 226 del 2011, in particolare sulla valutazione degli interventi di innovazione tecnologica. Per i porti riconquista competenze il ministero delle Infrastrutture (Mims). Spetterà alle Autorità portuali affidare le concessioni in seguito a pubblicazione, anche su istanza di parte, di un avviso pubblico ma il Mims emanerà un decreto con criteri di assegnazione, dura-

ta, modalità di rinnovo, limiti dei canoni. Ma non solo: c'è un'alternativa all'affidamento pubblico ed è il ricorso da parte dell'Autorità portuale agli accordi privati previsti dalla legge 241 del '90. La stessa Autorità è chiamata poi a valutare il rilascio di nuove concessioni, in relazione a possibile abuso di posizione dominante, nel caso di richieste di cumulo presentate dallo stesso operatore nei grandi porti.

Sanità e farmaci

C'è l'accordo anche sull'articolo 13 che riguarda l'accreditamento e il convenzionamento delle cliniche private, con l'integrazione tra i criteri di valutazione anche dei dati che saranno forniti per alimentare il fascicolo sanitario elettronico. Non soddisfa l'industria dei farmaci generici la riformulazione sul cosiddetto «patent linkage», che consentirà la rimborsabilità a carico del Servizio sanitario nazionale solo una volta scaduto il brevetto o il certificato di protezione complementare sul principio attivo del farmaco originatore.

Ispezioni dell'Antitrust



Cambia in corsa l'articolo 31 sui poteri istruttori dell'Antitrust che potrà richiedere documenti anche in fase pre-istruttoria ma le imprese avranno un tempo di 60 giorni per fornirli. Si specifica poi che queste richieste non obbligano automaticamente gli imprenditori ad "autoincriminarsi" ammettendo la violazione delle regole Ue sulla concorrenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le modifiche

1

IDROELETTRICO

Slitta il termine per le gare regionali

Per le concessioni idroelettriche si va avanti con le gare regionali per le concessioni idroelettriche senza privilegiare il sistema del project financing.

2

GAS

Più tempi ai gestori per fornire i dati

Gare per la distribuzione del gas: i gestori uscenti avranno più tempo (60 giorni e non più 30) per fornire all'ente locale le informazioni necessarie a redarre il bando.

3

CONCESSIONI PORTUALI

Il Mims detta i criteri di assegnazione

Le Autorità portuali affidano le concessioni previo avviso pubblico ma il Mims emanerà un decreto con criteri di assegnazione, durata, modalità di rinnovo, limiti dei canoni.

4

SERVIZI PUBBLICI LOCALI

In-house senza motivazione in anticipo

Riforma dei servizi pubblici: tra i criteri della delega cade l'obbligo per gli enti locali che scelgono l'in-house di trasmettere all'Antitrust in anticipo la motivazione.

5

CICLO INTEGRATO RIFIUTI

Verso no allo spaccettamento

Verso il no in extremis l'emendamento che elimina la privativa degli enti locali dal ciclo integrato dei rifiuti con spaccettamento della raccolta da smaltimento e recupero.

6

FARMACI EMODERIVATI

Fatta salva gratuità donazione sangue

Il plasma raccolto dai servizi trasfusionali italiani e impiegato per la produzione di farmaci emoderivati deve provenire esclusivamente da donazioni volontarie e gratuite.



IMAGOECONOMICA

Gas.

Per la predisposizione delle gare per la distribuzione del gas, i gestori uscenti avranno 60 giorni (e non più 30) per fornire all'ente locale le informazioni necessarie a scrivere il bando



«Giorni decisivi per il Pnrr: sciogliere nodi su territorio e medici famiglia»

Le Regioni Le prossime tappe

«Maggio e giugno sono due mesi fondamentali per il futuro della Sanità: da un lato deve procedere la riforma del territorio con il Dm 71 per la quale aspettiamo l'attivazione del tavolo tra Regioni e ministeri della Salute e dell'Economia per definire cosa significa applicazione graduale dei nuovi standard sul territorio e per decidere come reperire medici e infermieri che ci devono lavorare e quante risorse progressivamente vanno aggiunte al Fondo sanitario per assicurare questo personale e poi sempre entro questi due mesi bisogna riprendere in mano la bozza di riforma della medicina generale per arrivare a una condivisione con le Regioni per far sì che i medici di famiglia possano essere sempre più centrali e inseriti all'interno delle future Case di comunità dove dovranno svolgere una parte del loro lavoro». Raffaele Donini, assessore alla Salute dell'Emilia Romagna e coordinatore in Conferenza delle Regioni degli altri assessori traccia le prossime «cruciali» tappe del Piano nazionale di ripresa e resilienza per la missione Salute che proprio entro giugno deve dare corpo all'attesa riforma delle cure del territorio, quelle che sono mancate di più durante i mesi più drammatici della pandemia.

Una riforma che sarà anche uno

dei temi al centro della 40esima edizione di Exposità che si svolge alla fiera di Bologna dall'11 al 13 maggio dove oltre che di Pnrr si parlerà anche di altre sfide come quella delle cure della cronicità, della non autosufficienza e della Sanità digitale. Proprio il coordinatore degli assessori alla Salute insieme al Dg dell'Agenas Domenico Mantoan apriranno l'evento di Bologna.

Donini però segnala anche altri importanti nodi da sciogliere: «A cominciare da come le Regioni potranno rientrare da tutte le spese sostenute per il Covid ancora non rimborsate dallo Stato magari con un piano di ammortamento per i costi non coperti: si parla di circa 4 miliardi da coprire solo per il 2021, senza considerare le nuove spese che dovranno essere sostenute per le nuove vaccinazioni nel 2022».

Tornando all'attuazione del Pnrr entro maggio dovrebbe arrivare in porto anche la firma dei primi Contratti istituzionali di sviluppo (Cis) tra le singole Regioni e il ministero della Salute: in ogni contratto saranno definiti i piani operativi e i tempi per realizzare Case e ospedali di comunità e anche le Centrali operative territoriali in ogni Regione. «L'Emilia è pronta - avverte l'assessore - noi abbiamo anche anticipato anche alcuni budget alle aziende sanitarie per

fare i primi progetti e gare, ma penso che come noi anche altre Regioni stiano facendo altrettanto».

In più sempre nei prossimi giorni tra gli altri adempimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza la Conferenza Stato Regioni dovrebbe licenziare anche il decreto con il riparto dei fondi per la digitalizzazione della sanità e le linee guida sulle cure domiciliari. «In questo mese e mezzo - conclude l'assessore Donini - si capirà se la Sanità del futuro avrà davvero un futuro».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DA DOMANI EXPOSITÀ

Tre giorni a Bologna

Da domani e fino al 13 maggio torna alla Fiera di Bologna, Exposità con focus su tutti i temi di grande attualità: dall'attuazione del Pnrr alla digitalizzazione della Sanità fino alla sfida delle long term care. Il programma scientifico di Exposità prevede 154 convegni, 4 iniziative speciali, approfondimenti, workshop sui temi di maggiore interesse per gli operatori sanitari, sociosanitari e assistenziali, le figure riabilitative, tecniche e manageriali che lavorano nel mondo della Sanità.



L'intervista. **Walter Ricciardi**
Consigliere del ministro Speranza

«Il Covid non ha insegnato: ancora molte le disparità»

Barbara Gobbi

«**S**e l'umanità non si dà regole diverse e non capisce di essere davanti a sfide inedite rispetto al passato, andrà incontro a gravi problemi con l'aumento ulteriore delle disuguaglianze non più tra Nord e Sud del mondo ma anche nello stesso Nord, caratterizzato da forti disparità tra livelli sociali differenti e tra Regioni. Va perseguito un equilibrio, difficile ma necessario, a fronte della difficoltà di accesso di miliardi di persone a servizi e tecnologie, anche di salute». Walter Ricciardi, professore di Igiene della Cattolica, consigliere scientifico del ministro della Salute Speranza e con vari incarichi internazionali, affronterà il tema dei gap sanitari alle varie latitudini, in occasione del primo Oxfam Festival "Creiamo un futuro di uguaglianza" del 12-13 maggio a Firenze.

Già prima della pandemia denunciava il rischio di una "tempesta perfetta"...

Che è arrivata con il Covid, la miccia che ha scatenato la tempesta. Emblematico di una destabilizzazione – ma ci sono tanti altri fattori, dalla gestione delle malattie croniche all'impatto del cambiamento climatico – che i Governi hanno ignorato troppo a lungo. E continuano a farlo: il mondo dovrebbe realizzare, ma non lo sta facendo, che è finita un'epoca e che urge un cambio di passo: dall'attenzione ai comportamenti alla consapevolezza che le tutele vanno distribuite ovunque e non solo tra i paesi ricchi. Invece, sono appena rientrato dagli Stati Uniti dove, ad esempio, si tutela solo l'economia: la salute è un bene individuale, privo di meccanismi di protezione collettivi ed è chiaro, allora, perché quel Paese abbia superato il milione di morti per Covid.

Tutto questo è strettamente connesso con l'accesso a vaccini e terapie nel Sud del mondo Ormai l'umanità ha una memoria più che breve: si continua a ignorare che le varianti emergono nelle parti del mondo non vaccinate, con una capacità di questo virus di rinnovarsi in modo da aggirare le nostre difese. Fortunatamente l'evoluzione tecnologica con i vaccini a mRNA ha segnato un cambiamento importante nella lotta ai virus, ma ancora è largamente insoddisfacente proprio per la miopia dei Governi. Purtroppo in questa fase la politica è debole, fatte salve figure di spicco come la presidente Ue Ursula von der Leyen, che sta promuovendo azioni molto concrete come il Digital Act o la proposta, se non

di una sospensione temporanea dei brevetti sui vaccini, di un meccanismo di licenze obbligatorie che consenta di trasferire tecnologie nel Sud del mondo per consentirgli di produrre in loco miliardi di dosi di vaccino. La tutela della proprietà intellettuale va assolutamente salvaguardata, perché è un forte stimolo all'innovazione, ma per le sfide epocali che non possono essere vinte solo guardando al mercato, va temperata con l'intervento della politica.

Cosa aspettarsi rispetto al Covid in autunno?

La pandemia non è finita, anzi ci sono tutte le basi per una ripartenza: il freddo, la prossimità e la vicinanza negli ambienti chiusi, il fatto che ci sono ancora tantissime persone non vaccinate o vaccinate male, e che anche i vaccinati sono soggetti a reinfezioni e all'attenuarsi della protezione da anticorpi, il fatto che nei bimbi la vaccinazione è andata malissimo dappertutto e che anche la quarta dose va male. Ci sono tutte le premesse per cui dopo questa pausa, comunque caratterizzata da tante morti al giorno, la pandemia possa riprendere. Ed è abbastanza sconcertante come per il terzo anno consecutivo l'umanità non apprenda che se non cambia sarà soggetta presto ad altri problemi.

In autunno che vaccini avremo? Sapranno rispondere anche alle ultime sotto-varianti di Omicron?

Stiamo aspettando i risultati dei trial di Moderna e Pfizer sulle varianti, inclusa Omicron Ba1, mentre le sottovarianti 4 e 5 non sono neanche oggetto di vaccino. È una rincorsa continua che potrebbe vederci in autunno avere qualcosa in più, ma certo non la pistola magica per combattere tutte le varianti. Non è detto che il nuovo vaccino non protegga da tutto: è da vedere, l'aggiustamento dei vaccini è un processo che necessita mesi.

Intanto, il nostro Ssn ha retto alla pandemia...

In larga parte per l'abnegazione degli operatori, ma questo è un evento episodico e non può giustificare una sostenibilità a lunga durata. Inoltre, per il resto è un tracollo totale, abbiamo un lascito di milioni di interventi persi. Per come è disegnata, per Regioni, la governance sanitaria del nostro Paese è un generatore automatico di disuguaglianze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LA SFIDA DEL GLOBAL FUND PRESENTATA IERI A ROMA

Servono 18 miliardi per la salute mondiale

AGNESE PALMUCCI

Servono almeno 18 miliardi di dollari per eliminare le malattie infettive più letali entro il 2030 e «rimettersi in carreggiata» dopo il Covid. Almeno 18 miliardi, non uno di meno, necessari per salvare 20 milioni di vite. È questo l'obiettivo appuntato in alto dal *Global fund*, l'organizzazione internazionale che si occupa di finanziare progetti di lotta contro Hiv, tubercolosi, malaria, e, da due anni, anche coronavirus. Del "Settimo piano di finanziamento", che riguarderà il triennio 2024-2026, si è discusso ieri, con la presentazione del report nella sede romana dell'Istituto affari internazionali. Presente alla tavola rotonda anche la viceministra per gli Affari esteri, Maria Sereni. Con la crisi innescata dal Covid-19, «per la prima volta nella storia del fondo», si legge nel piano di investimento, la lotta alle tre malattie endemiche ha segnato «un'inversione di tendenza» in negativo. Se si vuole sperare di riuscire a raggiungere l'Obiettivo di sviluppo sostenibile numero 3 delle Nazioni Unite, che riguarda la "salute globale", dicono gli organizzatori, occorrerà puntare su

una nuova strategia e aumentare le risorse finanziarie (4 mld in più del piano 2020-2022). Tre i binari da seguire: mitigare l'impatto di Hiv, Tbc e malaria, conoscere sempre meglio il Covid e prevenire l'insorgere di pandemie future. «Da sempre l'Italia supporta economicamente il fondo globale, e continueremo a farlo – ha detto il ministro, ricordando anche i 102 milioni corrisposti per il triennio 2020-2022 –. Si riprenda il contrasto alle tre pandemie, senza dimenticare però che molti Paesi hanno ancora meno del 10% di cittadini vaccinati contro il Covid». La crisi sanitaria del 2020 «ha aggravato la situazione dei pazienti già in cura per le altre tre malattie», ha denunciato la responsabile per le Relazioni esterne di Global fund, Françoise Vanni. «Negli ultimi due anni il numero di persone testate per l'Hiv è sceso del 22%, mentre prevenzione e diagnosi sono calate dell'11%, – ha specificato Vanni –. Sia i decessi per malaria, sia quelli per Tbc, sono aumentati significativamente». Fondamentale sarà anche il supporto alle comunità locali, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito, per un equo accesso alle cure. Dello stesso avviso è Rosemary Mburu, direttore esecutivo di *World Aids campaign international*, che ha

fatto il punto sull'impatto del Covid nei Paesi più poveri. «Il nuovo virus ha colpito un sistema sanitario già fragile», ha detto, ribadendo che «si dovrà investire nei sistemi sanitari delle comunità più bisognose, anche aumentando la fiducia nei vaccini». Non si potrà parlare di «global equity», ad esempio, finché i farmaci non saranno equamente distribuiti. Dello stesso avviso anche Francesca Manno, direttore dell'ufficio Rapporti finanziari internazionali, del ministero del Tesoro e Stefano Vella, infettivologo dell'Università Cattolica. Se il Covid ha impartito una lezione, questa è sicuramente la centralità della cooperazione internazionale, dello scambio di conoscenze e buone pratiche. «Per rispondere ai cambiamenti globali, secondo noi, non c'è altra soluzione che il multilateralismo», ha aggiunto Sereni. Che poi ha assicurato, dall'Italia, una spinta a livello europeo per la «mobilitazione di fondi pubblici e privati» che incrementino le risorse.

Tre i binari da seguire:
mitigare l'impatto di Hiv,
Tbc e malaria, conoscere
sempre meglio il Covid
e prevenire nuove pandemie



L'INTERVENTO

Silvio Garattini

Covid, prima di pensare agli antivirali è meglio avere fiducia nei vaccini

Efficacia da valutare tra incognita varianti ed effetti collaterali ma presto potrebbero arrivare farmaci simili agli antibiotici

SILVIO GARATTINI

Ifarmaci antivirali contro il virus SARS-Cov-2 sono prodotti che possono essere divisi in due categorie: anticorpi monoclonali e prodotti di sintesi chimica che interferiscono sulla riproduzione del virus.

Gli anticorpi monoclonali sono proteine iniettabili generalmente per via endovenosa ed utilizzabili prevalentemente in sede ospedaliera anche per via dei possibili effetti tossici. La loro efficacia era stata stabilita su diverse varianti virali ed in particolare sulla variante Delta, mentre hanno perso largamente il loro effetto antivirale nei confronti delle varianti Omega. Pertanto non sono più utilizzabili a meno che non si tratti di una variante del virus sensibile.

Per la seconda categoria di farmaci occorre ricordarne alcune caratteristiche generali. Si tratta di prodotti che riducono la moltiplicazione virale solo se il trattamento inizia rapidamente dopo il contagio, comunque entro 5 giorni. Naturalmente non sostituiscono i vaccini perché il loro effetto non dura nel tempo. Occorre anche ricordare che l'impiego non va generalizzato, ma limitato a chi ha fattori di rischio dovuti a varie malattie, ad esempio tumori in trattamento chemioterapico, oppure condizioni come persone portatrici di trapianti d'organo o con deficienze immunitarie. Inoltre lo studio di questi prodotti è stato effettuato in tempi relativamente brevi ed in generale su piccoli gruppi di pazienti. Occorre infatti tener presente che lo studio di

questi prodotti sulla variante Omicron richiederebbe molte migliaia di pazienti perché questa variante è molto contagiosa e poco aggressiva. Ad esempio, se la sua pericolosità fosse del 2 per cento, per ogni mille persone avremmo 20 casi di grave malattia e mortalità. Quindi, se trattassimo tutti i contagiati, almeno 980 sarebbero trattati inutilmente perché senza sintomi o con sintomi minori. Uno spreco di risorse. Infine questi farmaci sono stati approvati in emergenza, in generale con manica larga dall'autorità regolatoria americana (Fda) e con più attenzione dall'ente europeo (Ema), ma in ogni caso in modo temporaneo ed a condizione di realizzare altri studi clinici anche per avere un'idea più precisa degli effetti tossici. Perciò questi farmaci non sono ancora ciò di cui abbiamo bisogno per integrare l'effetto dei vaccini. Sarebbero necessari prodotti che agiscono non in senso preventivo, ma che si possano utilizzare quando la malattia è in atto. Prodotti cioè simili agli antibiotici per i batteri, che sono efficaci anche quando l'agente infettivo ha già dato inizio ad esempio ad una polmonite, cistite, meningite o altre malattie. Poiché molti laboratori stanno lavorando su questi prodotti è probabile che siano disponibili fra non molto.

Detto questo, possiamo entrare un po' più direttamente nelle caratteristiche dei tre farmaci attualmente o presto disponibili anche in Italia. Il primo farmaco disponibile risponde al nome di Remdesivir, atti-

vo per via endovenosa, sviluppato nel 2017 per il trattamento compassionevole del virus Ebola che agisce sul Rna virale non direttamente ma attraverso un metabolita che si forma nell'organismo. Ciò rappresenta una fonte di grande variabilità perché la formazione del metabolita può essere molto differente da persona a persona. Una revisione sistematica della letteratura scientifica che raccoglie tutti gli studi disponibili, comparsa nell'aprile di quest'anno, non mostra risultati statisticamente significativi rispetto al gruppo dei controlli per quanto riguarda mortalità o utilizzo di ventilazione anche extracorporea con ossigeno. Le conclusioni della ricerca dicono: «L'uso del Remdesivir nei pazienti con moderato o grave Covid-19 non ha un impatto significativo su parametri clinicamente importanti». Nel tentativo di poter utilizzare Remdesivir sono state effettuate alcune ricerche in associazione con corticosteroidi che per loro conto mostrano un effetto positivo di circa il 30 per cento. Uno studio effettuato solo su 388 pazienti non ha mostrato differenze di mortalità rispetto alla terapia cortisonica. Un altro studio che includeva 132 pazienti avrebbe indicato che la percentuale delle intubazioni per carenza di ossigeno era minore nel trattamento



LA STAMPA

combinato con desametazone, ma gli stessi autori ritengono che si debbano fare altri studi con più pazienti, confrontando i risultati dell'associazione con quella dei singoli componenti. Anche questo studio non mostra un effetto sulla mortalità, nel senso che il Remdesivir non migliora l'effetto del desametazone. Un'altra associazione riguarda Remdesivir più Baricitinib, ma si tratta per ora di uno studio condotto solo su 50 soggetti. In definitiva è difficile identificare ragioni per un impiego del Remdesivir nei pazienti con moderato o grave Covid-19, mentre rimane aperta la possibilità di sviluppare altre ricerche.

Il secondo farmaco porta il nome di Molnupiravir. È un prodotto che ha il vantaggio di

poter essere somministrato per via orale e che agisce intrufolandosi nel Rna impedendo la crescita del virus. Analogamente, nelle ricerche cliniche il Molnupiravir inibisce la crescita del virus anche se mancano studi clinici controllati con adeguata numerosità. Fda ha approvato Molnupiravir, ma successivi studi mettono in dubbio l'efficacia del farmaco perché sono stati osservati effetti mutageni nell'uomo. Inoltre, l'effetto positivo del Molnupiravir su ospedalizzazione e mortalità nel breve termine tende ad invertirsi in tempi più lunghi. Difficile pensare che possa avere un valore terapeutico, anche perché sono stati osservati gravi effetti collaterali. Uno studio attualmente in corso con il nome di Panoramic

già reclutato oltre 22mila pazienti affetti prevalentemente dalla variante Omicron. Si attendono i risultati. Per ora non esistono ragioni per usare questo farmaco fino a che non saranno disponibili risultati scientificamente attendibili.

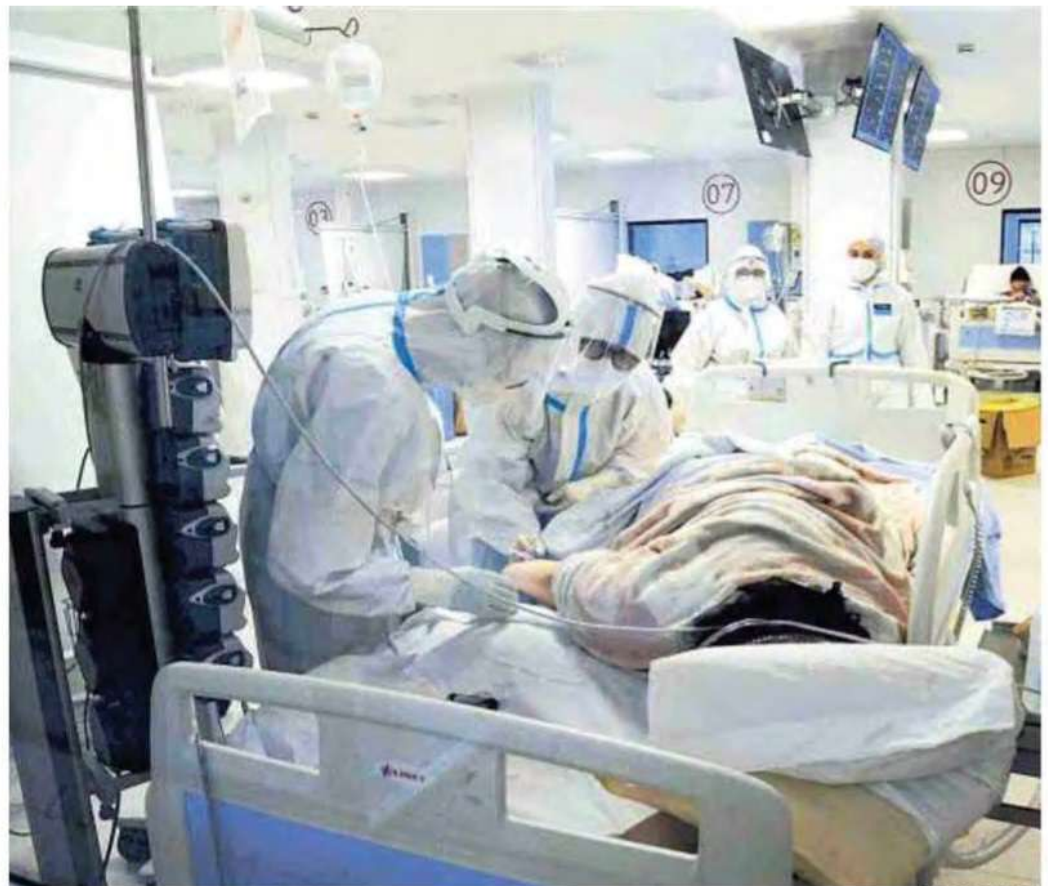
Il terzo farmaco si chiama Nirmatrelvir (commercializzato come Paxlovid), viene somministrato per via orale ed agisce su di una proteasi essenziale per la replicazione virale. Nirmatrelvir è associato con Ritonavir, un altro antivirale che in questo caso ha solo la funzione di bloccare il metabolismo per prolungarne la durata d'azione. Un primo studio riguarda 1.120 pazienti non vaccinati ad alto rischio di malattia. L'effetto sulla progressione della malattia è stato ritenuto dell'89

per cento se il trattamento avveniva entro 3-5 giorni dalla diagnosi. Ma i casi nei controlli erano molto piccoli. Gli effetti collaterali comprendono diarrea, vomito, ipertensione e mal di testa. Sono possibili interazioni con altri farmaci. Inoltre il periodo dello studio non riguardava la presenza di Omicron.

Per ora dunque, pur ricordando che di fronte a studi in corso si possono avere nuovi dati in grado di cambiare queste conclusioni, è meglio aver fiducia nei vaccini, prima di pensare ad altre soluzioni. —



Scienziato
Silvio Garattini, 93 anni, farmacologo, fondatore e presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano



IMAGOECONOMICA

Tornano ad aumentare i ricoveri Covid: 8.735 (+80) nei reparti ordinari, 363 (+7) nelle terapie intensive





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Gli antivirali sono disponibili solo in 12 regioni

A quasi due settimane dal via libera alla possibilità di ritirare gli antivirali orali contro il Covid in farmacia con la prescrizione del medico di base, sono solo 12 le regioni e province autonome dove il farmaco è effettivamente disponibile nelle farmacie. Nelle altre si attende la definizione degli accordi regionali o l'arrivo del farmaco tramite i grossisti per la distribuzione. Lo rileva Federfarma. Le regioni dove l'antivirale è disponibile in farmacia sono Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche,

Molise, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Provincia autonoma di Bolzano, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Inoltre, il bugiardo degli antivirali è spesso disponibile solo in inglese ma presto, fa sapere Federfarma, sarà disponibile in italiano.



01

Ema: 'vaccini anti-Covid aggiornati entro settembre per nuove campagne autunno'

"La nostra priorità è garantire che i vaccini anti-Covid adattati siano approvati al più tardi entro settembre, se i dati presentati ne confermeranno la sicurezza e la risposta immunitaria, per essere pronti per il lancio di nuove campagne di immunizzazione in autunno. Ciò consentirebbe ai produttori di adeguare di conseguenza le proprie linee di produzione". A spiegare come ci si sta muovendo per arrivare ad avere vaccini aggiornati in tempi utili è Marco Cavaleri, responsabile Vaccini e Prodotti terapeutici Covid-19 dell'Agenzia europea del farmaco Ema, ieri durante il briefing periodico con la stampa.

"L'Ema - ha spiegato Cavaleri - sta lavorando a stretto contatto con i produttori per guidare gli sforzi in campo verso lo sviluppo di vaccini adattati per affrontare varianti attuali e emergenti e offrire una protezione più lunga". Quando si parla di vaccini adattati, ha chiarito l'esperto, ci si riferisce all'operazione di rendere i vaccini attualmente autorizzati più vicini a Omicron e alle altre varianti emergenti. "I vaccini adattati possono anche includere più di un ceppo - ha precisato - E gli sviluppatori stanno in questo momento studiando se i vaccini bivalenti offrano vantaggi rispetto ai vaccini monovalenti. I risultati dei trial clinici in corso sono attesi nei prossimi 2 mesi. Questi vaccini potranno essere somministrati a persone non vaccinate o a vaccinati con un ciclo primario o con ciclo primario e booster".

A livello di Ue, ha aggiunto l'esperto, "stiamo lavorando con la Commissione europea, con l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie Hera e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie Ecdc. A livello globale, ogni decisione su vaccini adattati verrà presa in partnership con l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e con la Coalizione internazionale degli enti regolatori dei farmaci (Icmra). Questi



vaccini dovranno dimostrare superiorità rispetto a quelli attualmente disponibili in termini di quantità di anticorpi neutralizzanti contro Omicron, ma anche nel mantenimento di un'immunizzazione contro altre varianti di preoccupazione che hanno circolato di recente".

E poi c'è un futuro meno imminente. "I vaccini attualmente disponibili sono un'ottima opzione, ma comunque l'innovazione non si ferma mai e - ha riferito Cavaleri - stiamo lavorando con ricercatori e produttori per lo sviluppo di una seconda generazione di vaccini. L'obiettivo è supportare lo sviluppo di vaccini che conferiscano una più lunga e ampia protezione. Alcuni di questi sono costruiti per fornire una protezione a prova di varianti, mentre altri puntano a essere protettivi contro un ampio range di coronavirus accanto a Sars-CoV-2. In aggiunta, alcuni sviluppatori stanno studiando vaccini in grado di prevenire infezione e trasmissione del virus e altri stanno anche lavorando su vaccini combinati contro Covid e influenza stagionale. In ogni caso - ha avvertito l'esperto - è improbabile che questi vaccini con concept altamente innovativi siano pronti per una valutazione regolatoria da parte dell'Ema prima del prossimo anno".





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

La Cina sperimenta un vaccino anti Omicron

L'azienda farmaceutica cinese Sinopharm ha lanciato le sperimentazioni per un vaccino specifico contro la variante Omicron, responsabile della più grave ondata di contagi in Cina dal

focolaio di Covid-19 di Wuhan a inizio 2020, provocando lockdown per milioni di persone e paralizzando la produzione in molte aree del Paese. La sperimentazione è stata lanciata nella provincia dello

Hunan e coinvolge oltre quattromila persone. Ci vorranno almeno tre o quattro mesi per completare la sperimentazione.



l'ultima

COVID 19 Somministrazioni in calo, anche dove le dosi ci sono. Ma per l'Africa mancano ancora

Andrea Capocci pagina 16



IL VACCINO NON TIRA PIÙ

ANDREA CAPOCCI

■ La corsa all'oro dei vaccini anti-Covid sta rallentando. Lo si capisce dai dati comunicati agli investitori dalle principali case farmaceutiche e relativi al primo trimestre del 2022. Fatta eccezione per il vaccino Pfizer, gli altri produttori registrano vendite in calo e prospettive poco rosee. La domanda per i vaccini anti-Covid è in calo. Ma la minore richiesta non mette a disposizione un maggiore numero di dosi per i paesi a basso reddito, che si affidano alle donazioni o ai programmi umanitari: anche l'obiettivo di fornire due miliardi di dosi entro marzo 2022 è stato mancato dal programma umanitario Covax istituito dall'Oms e dalle fondazioni filantropiche.

L'ULTIMA A FORNIRE i numeri è stata proprio Pfizer, che il 3 maggio ha annunciato alle borse i risultati del trimestre gennaio-marzo 2022. È l'unica corporation che riporta un segno positivo: nei primi tre mesi del 2022 le vendite del vaccino Comirnaty si sono attestate a 13 miliardi di dollari, due in più degli 11 registrati negli ultimi tre mesi del 2021. Per il resto dell'anno, tuttavia, la stessa azienda si attende ricavi inferiori dal vaccino. Le previsioni per l'intero 2022 si fermano a 32 miliardi di dollari, cinque miliardi in meno del 2021. L'azienda punta molto sulla quarta dose per puntellare la sua quota di mercato nei paesi più avanzati, grazie anche a un vaccino adattato alle ultime va-

rianti. Sulla base delle ricerche di marketing, l'amministratore delegato della Pfizer Albert Bourla ha parlato agli investitori di «un segnale incoraggiante per il mercato potenziale di una quarta dose».

PER LE ALTRE AZIENDE farmaceutiche il calo nelle vendite è già iniziato. Nel suo report trimestrale, Moderna ha fatto sapere che le vendite del vaccino Spikevax sono scese da 6,9 a 5,9 miliardi di dollari rispetto al trimestre precedente (-14%). Per AstraZeneca il tonfo è ancora più sonoro: i ricavi si sono quasi dimezzati in tre mesi passando da 1,8 miliardi nel periodo ottobre-dicembre 2021 a un miliardo nel primo trimestre 2022. Il confronto per Johnson & Johnson è ancora più negativo: le vendite del vaccino sono scese da 1,6 miliardi a 457 milioni (-72%). In ogni caso, mentre per Pfizer il vaccino anti-Covid rappresenta un terzo del fatturato e per

Moderna è l'unica fonte di reddito, AstraZeneca e Johnson&Johnson hanno una produzione molto più diversificata. I numeri di Novavax, che proprio ieri sera ha comunicato la sua trimestrale, contano poco perché il vaccino è circola solo dalla fine del 2021.

PER LA SECONDA METÀ del 2022 tutti gli analisti prevedono ulteriori cali. La società di analisi di mercato farmaceutico Airfinity ha appena aggiornato al ribasso le previsioni sul fatturato del settore, portandole da 80 a 64 miliardi di dollari. I motivi sono sotto gli occhi di tutti:

le somministrazioni dei vaccini rallentano quasi ovunque, anche perché il numero ufficiale di morti per Covid-19 oggi è ai livelli più bassi dal 2020 e l'allarme sociale sta scemando. Ogni giorno nel mondo si somministrano dieci milioni di dosi, quattro volte meno che alla fine del 2021. Frenano i Paesi più ricchi, che hanno i frigoriferi pieni di dosi già acquistate e destinate alla scadenza. Nell'Unione europea si effettuano circa 200 mila vaccinazioni al giorno contro i 4 milioni dello scorso. Il calo riguarda sia i Paesi ad alta copertura vaccinale - come l'Italia - che l'Est e i Balcani, dove la percentuale di immunizzazioni è molto inferiore. Simile l'andamento della curva negli Usa, dove oggi si vaccinano circa 300 mila persone al giorno, molti di meno rispetto ai quasi due milioni dello scorso dicembre. Persino in Cina le vaccinazioni proseguono al ritmo di appena un milione di dosi al giorno, contro i tredici di fine 2021, nonostante i periodici lockdown delle megalopoli cinesi mantengano alto il livello di attenzione.

L'UNICA AREA in cui le vaccinazioni tengono è l'Africa, dove



quattro persone su cinque non hanno fatto nemmeno la prima dose. Ma anche nel continente escluso dalla corsa oggi si fanno meno somministrazioni di prima. A frenare la campagna di immunizzazione qui non è la bassa domanda ma la perdurante scarsità dell'offerta. Molti paesi africani dipendono dalle dosi assicurate dal programma umanitario Covax finanziato principalmente dall'Oms e dal Gavi, una coalizione di governi e fondazioni filantropiche come quella creata da Bill Gates. L'obiettivo di fornire due miliardi di dosi ai paesi a basso reddito entro il 2021, poi rimandato al primo trimestre del 2022, è stato clamorosamente mancato: finora le dosi inviate sono state meno di 1,5 miliardi. Non-

stante in molti Paesi ricchi le dosi giacciono nei magazzini, le consegne del fondo Covax stanno persino rallentando. Mentre a dicembre 2021 le dosi consegnate erano state 320 milioni, nel 2022 le forniture sono scese a cento milioni di dosi al mese.

DATO CHE IL MERCATO dei vaccini è molto influenzato dall'evoluzione della pandemia, la correttezza dei pronostici dipenderà dall'andamento del coronavirus e delle sue varianti. Le previsioni sull'autunno sono quanto mai incerte. Secondo il *Washington Post*, la Casa Bianca punta a preparare gli Usa a un'ondata da cento milioni di nuovi casi per il 2022. È un numero considerato pessimistico da molti esperti, ma l'amministrazione Biden intende

utilizzarlo per spingere il Congresso ad approvare nuovi investimenti nella preparazione a future ondate pandemiche. Dal canto suo, l'Unione europea ha già firmato contratti per circa 4 miliardi di dosi, pur avendone somministrate meno di un miliardo. L'ultimo accordo con la Pfizer siglato a maggio 2021 riguarda 900 milioni di dosi (più un'opzione su altrettante). L'accordo coprirà anche l'eventuale acquisto di vaccini adattati alle nuove varianti.

**Somministrazioni
in calo, anche dove
le dosi ci sono.
Ma per l'Africa
mancano ancora**



Vaccinazione a Kimana, Kenya foto Ap



Pillole e spray anti Covid

Uno dei metodi attraverso i quali si potrebbe migliorare l'efficienza dei vaccini nel diminuire la trasmissibilità di Sars-

CATTIVI SCIENZIATI

CoV-2 consiste nell'incrementare la risposta anticorpale a livello delle mucose respiratorie, ovvero il sito ove inizia l'infezione. A tal fine, un nuovo studio, pubblicato su *Science Translational Medicine*, presenta dati promettenti su un vaccino Covid-19 progettato per essere assunto sotto forma di pillola o di spray nasale. In breve, il vaccino sperimentale testato in questo studio non solo protegge l'ospite, ma riduce anche la diffusione nell'aria del virus ad altri contatti stretti. Gli esperimenti sono stati condotti in criceto, un modello animale già noto per riprodurre bene l'infezione e la trasmissione di Sars-CoV-2 fra le persone, e hanno dimostrato il potenziale di un vaccino Covid che agisce nelle mucose per neutralizzare il virus Sars-CoV-2, limitando le infezioni e la diffusione del virus attivo in aerosol.

I ricercatori della Vaxart e del Lovelace Biomedical Research Institute hanno testato in particolare un candidato vaccino basato su adenovirus di tipo 5 esprimente la proteina spike. I criceti, vaccinati per via orale o intranasale, hanno mostrato una risposta anticorpale robusta. Quando gli animali sono stati esposti al virus Sars-CoV-2 ad alti livelli, provocando così in qualche caso infezioni post-vaccinazione, erano meno sintomatici dei criceti non vaccinati e avevano quantità inferiori di virus infettivo nel naso e nei polmoni. Inoltre, i criceti con infezione post-vaccina-

le hanno esalato molto meno virus. Gli autori hanno quindi trovato che criceti mai esposti al virus e non vaccinati, tenuti in una camera a flusso d'aria unidirezionale a criceti vaccinati e infetti da Sars-CoV-2, avevano anche una carica di Rna virale nel tampone nasale inferiore e mostravano meno sintomi clinici rispetto agli animali di controllo. Ciò suggerisce che il potenziamento della immunità a livello di mucosa, indotta dal vaccino modificato, ha ridotto la trasmissione virale.

A differenza dei vaccini che vengono iniettati nel muscolo, le immunizzazioni della mucosa attraverso i vaccini nasali e orali aumentano la produzione di immunoglobuline A (IgA), la prima linea di difesa del sistema immunitario contro i patogeni, nel naso e nei polmoni. Questo rende meno probabile che le persone vaccinate trasmettano virus infettivi durante uno starnuto o una tosse. Sebbene il nuovo studio dimostri risultati ottenuti in animale, è bene ricordare che un prodotto basato sulla stessa tecnologia, in cui sono forniti come antigene vaccinale sia la Spike sia la proteina nucleocapsidica di Sars-CoV-2, ha suscitato risposte mucosali IgA specifiche in uno studio clinico di fase 1 su esseri umani (NCT04563702).

A questo punto tiriamo le somme: abbiamo dati in animale e uomo che indicano che è possibile attraverso prodotti somministrati per via nasale o orale incrementare la difesa immunitaria IgA-specifica a livello delle mucose, diminuendo la trasmissibilità del virus; e abbiamo i primi dati clinici di un nuovo vaccino che, oltre a

indurre questo tipo di risposta mucosale, combina con l'antigene Spike anche la più conservata proteina nucleocapsidica.

Se le cose andranno come sperato, l'utilizzo di un secondo antigene oltre alla solita proteina Spike potrebbe aumentare l'efficacia del vaccino anche contro nuove varianti, perché questa proteina presenta meno mutazioni fra i vari ceppi di coronavirus (e anche fra coronavirus diversi); dunque si potrebbe diminuire più efficacemente la trasmissione, e non solo la virulenza, dei virus attuali e futuri, utilizzando oltretutto un prodotto che richiede minore assistenza medica e quindi meno sforzo del sistema sanitario nazionale per la sua somministrazione.

Insieme ai vaccini pan-coronavirus di cui si è già parlato questa è un'ulteriore tessera che la ricerca sperimentale va ad aggiungere alla nostra lotta alla pandemia; non sappiamo se qualcuno dei prodotti sin qui in studio arriverà alla meta e manterrà le sue promesse, ma certo la ricerca non dorme, e con essa vive la nostra speranza di un miglior controllo di Sars-CoV-2.

Enrico Bucci





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'Italia ora scopre i segreti del Covid-19 senza sintomi

VITO SALINARO

Se, dopo essere stati infettati dal Sars-CoV-2, pur avendo dei fattori di rischio come l'età avanzata, non sviluppiamo in forma grave la malattia Covid-19, è grazie ad almeno tre mutazioni genetiche rare. La conclusione è di un gruppo di ricercatori guidati dai docenti di genetica medica Mario Capasso e Achille Iolascon, dell'Università Federico II di Napoli e del Ceinge – il Centro di biologia molecolare e biotecnologie avanzate dello stesso ateneo partenopeo – che hanno pubblicato il lavoro sulla prestigiosa rivista internazionale *Genetics in Medicine*, rendendo disponibili online i dati raccolti a tutti gli studiosi.

Sino a questo momento erano noti i fattori di rischio, come età, sesso e malattie pregresse, che hanno un ruolo rilevante nel determinare la gravità del Covid-19. Meno conosciuti erano, invece, i fattori genetici dell'uomo che possono contribuire a determinare le diverse forme della malattia, a partire da quelle asintomatiche fino a quelle clinicamente gravi. La ricerca, cui ha collaborato l'Istituto Zooprofilattico di Portici (Napoli), si è basata sull'analisi dei campioni di Dna di circa 800 individui rimasti asintomatici dopo la positività da Sars-CoV-2, pur presentando caratteristiche che ne rendevano pericolosa l'infezione. «Sono stati analizzati tutti i geni conosciuti, utilizzando sequenziatori di ultima generazione e ottenendo così una enorme mole di dati genetici – dice Capasso –. Strategie di analisi bioinfor-

matiche avanzate, messe a punto grazie al contributo del ricercatore Giuseppe D'Alterio e ai bioinformatici del Ceinge, hanno poi permesso di identificare mutazioni patogenetiche rare che erano significativamente più frequenti nei soggetti infetti e asintomatici e non in una grande casistica di circa 57.000 soggetti sani.

I geni coinvolti nelle infezioni asintomatiche sono tre, Masp1, Colec10 e Colec11, e appartengono alla famiglia delle proteine della lectina, coinvolta nel processo di riconoscimento cellulare. «È dimostrato che l'eccessiva risposta immunitaria all'infezione da Sars-CoV-2, e la successiva iperattivazione dei processi pro-infiammatori e pro-coagulativi sono la causa principale del danno ad organi come polmoni, cuore, rene – afferma Capasso –. La nostra ricerca dimostra che le mutazioni del genoma umano che attenuano questa eccessiva reazione immunitaria possono predisporre a un'infezione senza sintomi gravi». La scoperta può aprire la strada a nuove tecniche di diagnosi e a nuove terapie.

A proposito di diagnosi: il gruppo *Cerba HealthCare* attraverso il direttore scientifico, il virologo Francesco Broccolo, annuncia che «con un semplice prelievo di sangue è possibile stabilire quanto si è protetti dagli effetti severi della malattia». Vaccinati e guariti, prosegue una nota del Gruppo che si occupa di diagnostica ambulatoriale e analisi cliniche, potranno valutare se «fare o meno la quarta do-

se di vaccino» grazie a due test: il primo valuta gli anticorpi neutralizzanti protettivi contro l'infezione, e il secondo, «innovativo», chiamato "Igra", «misura i linfociti T della memoria» e quindi «l'efficacia della protezione contro la malattia e l'infezione stessa». Inizialmente, evidenzia il Gruppo, «non si era capito se le cellule T "funzionassero" anche contro le nuove varianti del Coronavirus, e soprattutto non era disponibile un test per misurarne la risposta. Ora, grazie alla ricerca, le cose sono cambiate».

In quanto all'andamento della pandemia in Italia, ieri sono stati rilevati 17.155 nuovi casi su più di 126mila tamponi processati: il tasso di positività scende dal 15,1 al 13,5%. I decessi sono stati 84 (domenica 72). Le vittime totali da inizio pandemia sono 164.573. In aumento anche i ricoveri: i pazienti in terapia intensiva sono sette in più, 363 in tutto, quelli nei reparti ordinari 80 in più, arrivando a 8.735 complessivi.

IL PUNTO

Importante studio dell'Università Federico II e del Ceinge di Napoli: tre mutazioni genetiche rare sono alla base delle forme più lievi della malattia. La scoperta, pubblicata su "Genetics in Medicine", è ora online per tutti



Rare mutazioni genetiche proteggono dal Covid grave

Studio italiano

Perchè alcune persone pur avendo fattori di rischio, come l'età avanzata, non sviluppano un Covid grave? La risposta sembra essere scritta nel Dna come descrive uno studio italiano pubblicato su "Genetics in Medicine". Il team, diretto da Mario Capasso e Achille Iolascon, professori di Genetica medica dell'Università Federico II di Napoli con i ricercatori Ceinge, ha scoperto che circa 800 individui avevano una mutazione genetica rara che attenuava la risposta del sistema immunitario, predisponendo a forme asintomatiche di Covid-19. I geni coinvolti sono 3 (Masp1, Colec10 e Colec11,

della famiglia della lectina) e sono noti per avere un ruolo di difesa contro le infezioni. Dice Capasso: «La nostra ricerca dimostra che le mutazioni del genoma che attenuano questa eccessiva reazione immunitaria possono predisporre a un'infezione senza sintomi gravi». Una scoperta che potrà incidere sui futuri approcci diagnostici e terapeutici. «Abbiamo reso disponibili, in un database online, tutti i dati genetici ottenuti che altri studiosi potranno liberamente consultare per sviluppare nuove ricerche - precisa Iolascon -. E possiamo utilizzare queste mutazioni come

marcatori prognostici di Covid grave. Inoltre, abbiamo qualcosa su cui lavorare per sviluppare nuovi trattamenti farmacologici».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute 24

Ricerca e vaccini
Nasce a Siena l'hub
contro le pandemie

Bartoloni e Pieraccini — a pag. 26

A Siena l'hub contro le pandemie: ricerca su vaccini e future terapie

Il progetto. Il Pnrr stanZIA 340 milioni fino al 2026 per la struttura all'interno del nuovo Biotecnopolo. Al lavoro sullo statuto della Fondazione, che gestirà il centro a cui collaborerà l'immunologo Usa Fauci

Marzio Bartoloni
Silvia Pieraccini

Sorgerà a Siena l'hub che 24 ore al giorno si occuperà di questa e future pandemie grazie a laboratori di diagnostica virologica di eccellenza e puntando sulla ricerca e produzione pilota di vaccini, oltre che di farmaci e anticorpi monoclonali. Nel mirino anche le terapie contro l'antibiotico-resistenza, emergenza sempre più vicina visto che secondo l'Oms entro il 2050 le morti per infezioni da germi resistenti supereranno quelle per cancro. I fondi ci sono e sono stanziati nel Piano di ripresa e resilienza - circa 340 milioni - e i primi semi sono stati gettati - proprio in questi giorni si sta lavorando alla scrittura dello statuto della Fondazione che gestirà l'hub - con l'obiettivo di partire il prima possibile e in modo comunque di completare il nuovo centro pandemico entro il 2026.

L'incontro a Washington, nei giorni scorsi, tra il ministro della Salute, Roberto Speranza, e l'immunologo italoamericano e consulente della Casa Bianca, Anthony Fauci - che ha dato la disponibilità a collaborare con l'Italia nella lotta alle future pandemie - è servito (anche) a chiarire cosa sta facendo il Governo in questo campo, e dunque come potrebbe esprimersi l'alleanza Italia-Usa.

Il tassello fondamentale sarà la nascita appunto di un polo anti-pandemia, un centro di ricerca statale che farà capo al ministero della

Salute e che è già finanziato con 337 milioni (con varie tranche annuali fino al 2026) dal fondo complementare al Pnrr. L'hub servirà a fare ricerca e produzioni-pilota sui vaccini; ricerca e produzioni-pilota sugli anticorpi monoclonali; ricerca sulla vaccinologia inversa e sulla lotta contro la resistenza agli antimicrobici. Sarà, insomma, l'istituto specializzato sulle pandemie.

La sede dell'hub sarà a Siena - ha confermato Speranza - e questo si spiega per tre motivi: perché a Siena lavora uno scienziato di fama mondiale come Rino Rappuoli, che ha dato la disponibilità a fare il direttore scientifico dell'hub anti-pandemia; perché con lui lavora un team di 35 giovani (quelli che nei mesi scorsi hanno sviluppato il progetto di anticorpo monoclonale anti-Covid, che poi non ha superato la fase della sperimentazione) in grado di essere subito operativi; perché a Siena, dove esiste una tradizione centenaria nelle scienze della vita cominciata all'inizio del Novecento con Achille Sclavo, è già prevista (dalla Legge di Bilancio 2022) la nascita della Fondazione Biotecnopolo, voluta dal segretario Pd Enrico Letta (eletto deputato nella circoscrizione di Siena nell'ottobre 2021) e fondata da quattro ministeri (Economia, Università, Salute e Sviluppo economico).

Fondazione Biotecnopolo nasce per fare ricerca in campo biotecnologico ed è finanziata con 37 milioni in tre anni (2022-2024), sempre nella Legge di Bilancio. Di fatto sarà

il gestore dell'hub antipandemico. Ma non è tutto. Il Governo ha coinvolto come organo tecnico anche un'altra Fondazione senese, Toscana Life Sciences (Tls) guidata da Fabrizio Landi, attiva nella ricerca e nell'incubazione di imprese, che ha seguito con Rappuoli e il gruppo di giovani ricercatori il progetto dell'anticorpo monoclonale anti-Covid. Per questo gli impianti e i ricercatori Tls saranno il primo nucleo dell'hub antipandemico.

E quanto alle osservazioni sul rischio di dispersione di risorse che potrebbe generare la scelta di dar vita a un nuovo hub a Siena, quando esistono già maxi poli come lo Human Technopole a Milano e l'Istituto italiano di tecnologia a Genova il ministro Speranza ha replicato: «Nessun centro che oggi è già esistente nel nostro Paese si occupa in maniera specifica della pandemia e della ricerca connessa a vaccini e farmaci. Abbiamo bisogno di specializzare le nostre istituzioni, i nostri enti, la nostra attività di ricerca e anche di relazione internazionale. È necessario dunque avere un ente specifico che si occupi 24 ore su 24 solo ed esclusivamente di questa materia e questo è l'obiettivo dell'hub di Siena che - conclude il ministro - ritengo essere di valore straordinario del nostro Paese, una delle risposte fondamentali che noi diamo come sistema Paese a questi due anni così difficili e complicati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dal cancro all'Alzheimer ecco le prospettive del silenziamento genico

Francesca Cerati

Una scoperta che è stata paragonata a quella della penicillina: l'Rnai (Rna interference) - premiata con il Nobel nel 2006 - è diventata una nuova classe di farmaci innovativi, oggi per le malattie genetiche rare, in futuro per patologie comuni come il cancro e l'Alzheimer.

L'Rnai è un meccanismo naturale che consente, se utilizzato come terapia, di silenziare gli Rna messaggeri (mRna), ossia i precursori genetici che codificano per le proteine che causano la malattia, e di prevenirne, o limitarne in modo significativo, la traduzione in proteine. Un approccio innovativo, che mira quindi alla "radice" della malattia piuttosto che ai suoi sintomi.

«Grazie ai siRna (piccoli Rna interferenti) e agli Rna antisenso si stanno combattendo molte patologie rare, quali l'amiloidosi ereditaria da transtiretina, la porfiria epatica acuta e l'iperossaluria primitiva, ma anche patologie a più ampia diffusione, come l'ipercolesterolemia, e un giorno anche nella cura dell'Alzheimer e della malattia di Huntington - spiega Stefano Vella, Adjunct Professor of Global Health, Università Cattolica del Sacro Cuore - L'auspicio è che si possa in futuro utilizzare l'Rna per curare il cancro, che oggi viene trattato con farmaci che bloccano molecole "cattive", ma che non riescono a penetrare ovunque nelle cellule, come invece può fare l'Rna, bloccando la produzione di queste molecole alla radice. La svolta sarebbe epocale».

Oggi sappiamo che ci sono circa 20.000 geni diversi nel nostro Dna, quindi 20.000 Rna messaggeri unici e 20.000 proteine uniche; da qui, è facile intuire quale impatto possa avere la tecnologia dell'Rna Interfe-

rence nella medicina di domani. «Sappiamo che ci sono molte malattie comuni causate, almeno in parte, da anomalie genetiche. Questo è vero per il diabete, l'ipertensione arteriosa e anche l'Alzheimer - ha precisato nell'incontro promosso dal Sole24Ore "Rnai Revolution, Akshay Vaishnaw, presidente di Alnylam Pharmaceuticals, la biotech statunitense che in soli due anni ha lanciato sul mercato italiano tre farmaci innovativi a Rnai approvati da Aifa. - Una delle caratteristiche che spiega perché l'Rna è un approccio così promettente e interessante è la velocità con cui possiamo creare i farmaci. Se conosciamo infatti il gene che vogliamo silenziare, possiamo cercare su un computer la sequenza di quel gene e creare la piccola molecola di Rna interferente (siRna) specifica. Lo possiamo fare in poche settimane, qui in laboratorio. E in pochi mesi possiamo testare il farmaco sugli animali. In un paio di anni, poi, riusciamo di norma a passare dalla fase concettuale a quella clinica di fase 1. È abbastanza raro riuscire a generare farmaci in questo modo, così rapidamente e in maniera così affidabile. Ma noi e altri abbiamo dimostrato che con l'Rnai ciò è possibile».

In prospettiva ci si aspetta quindi uno "tsunami" di farmaci biologici innovativi e il tema sostenibilità del sistema sanitari diventa sempre più urgente. Allargando il campo, Mariangela Prada, Ceo & Partner di Intexo ha ricordato che oggi, in Italia ci sono 42 farmaci (riferiti a 53 diverse indicazioni) che beneficiano dei vantaggi assicurati dal requisito di "innovatività". Nel 75,5% dei casi si tratta di farmaci oncologici e la stragrande maggioranza sono per uso ospedaliero, con tutto ciò che questo comporta per il paziente in

termini di disagio di trasferimenti e costi aggiuntivi. «Le nostre attività non sono mai incentrate al solo prodotto, ma sul progetto di cura che vogliamo offrire al paziente, in cui l'utilizzo del farmaco è una parte di un servizio che ruota attorno alla gestione della sua condizione - conclude Massimo Bertelli, general manager di Alnylam Italia - Oggi più di 100 pazienti in trattamento con i nostri farmaci hanno usufruito di un servizio di trasporto o di infusione a casa, abbiamo sviluppato 5 siti dedicati che hanno generato più di 10 milioni di interazioni sulle patologie che ora hanno una terapia in Italia a base di Rnai. Abbiamo supportato la formazione di più di 1000 medici e quasi 2500 test genetici per confermare le diagnosi di specifiche malattie. In questa prospettiva, quindi, è fondamentale combinare l'innovazione scientifica con la sua fruibilità nel nostro Ssn».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Torino Ogni turno costa 800 euro

Personale in affitto per salvare il reparto

di Sara Strippoli

TORINO – Arrivano con la valigia in mano. Fanno un turno di dodici ore, forse due, e ripartono. Da qualche settimana nei pronto soccorso degli ospedali di Chieri e Carmagnola, alle porte di Torino, sono comparsi i medici reclutati dalla società lombarda Med-right. Per un turno di notte in pronto soccorso guadagnano 800 euro lordi, una cifra che scende a 750 se si lavora di giorno. Per ogni ora di servizio l'azienda paga però 99 euro, quando per un medico interno che si offre di fare prestazioni aggiuntive il costo per le aziende piemontesi è di 60 euro all'ora, circa 40 euro netti per il medico.

La Med-Right non chiede la specializzazione in medicina d'urgenza. Assicura soltanto che i sanitari candidati per lavorare in pronto soccorso siano di area medica o chirurgica. La scelta è stata inevitabile, racconta Angelo Pescarmona, il direttore generale dell'Asl di cui fa parte il pre-

sidio di Chieri: «Non c'era alternativa. Durante il periodo Covid eravamo stati costretti a chiudere il pronto soccorso di Carmagnola. Ai bandi da molto tempo si presentano pochissimi medici, in numero assai inferiore a quanti sarebbero necessari. Due medici se n'erano andati e ci sono stati dei pensionamenti. Così

abbiamo pubblicato un avviso e l'unica società che ha fatto una proposta è stata la Med-Right».

La soluzione ha permesso di riaprire il pronto soccorso di Carmagnola e dare respiro a quello di Chieri. «La cifra è in linea con quanto ci permette di pagare la Regione dalla fine dello scorso anno -- chiarisce ancora il direttore -- Considerato l'allarme per la carenza di medici, se per il pronto soccorso prendiamo professionisti da altre Asl si può arrivare a una tariffa di 100 euro».

Ricorrere alle cooperative non è più un'eccezione in Piemonte e la fuga dei sanitari della sanità fo-

tografata da un sondaggio dell'Anaa-Assomed ha numeri inquietanti: 331 (179 donne) su 9.186 attivi hanno presentato dimissioni volontarie nel 2021. La stragrande maggioranza sono urgentisti. Anche all'ospedale di Alessandria sono entrati i medici con la valigia. Non è bastato: per i turni in pronto soccorso sono stati cooptati anche oncologi, ematologi, chirurghi, vascolari.

Il sindacato medici Anaa da tempo lancia l'allarme sui rischi: «Questi casi – dice la segretaria regionale Chiara Rivetti – dimostrano l'ulteriore peggioramento di una situazione già drammatica. L'utilizzo di sanitari non specializzati in urgenza peggiora chiaramente la qualità del SERVIZIO».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

L'assalto senza fine

21 milioni

I pazienti

Sono gli accessi che ogni anno vengono gestiti dai pronto soccorso

10 mila

In servizio

I camici bianchi che lavorano nei servizi di emergenza urgenza degli ospedali

30%

In uscita

Sono i medici che programmano di lasciare entro un anno il lavoro al pronto soccorso

80%

I casi non gravi

La gran parte dei pazienti che si presentano al pronto soccorso hanno codici verde o bianco



Roma I disagi al San Camillo

Prigionieri da giorni sui lettini ammassati

di Arianna Di Cori

ROMA – Un girone infernale. Pazienti ammassati, uno accanto all'altro: barelle su barelle tra malati in attesa – fino a 4-5 giorni per un posto letto nei reparti specialistici – e nuovi arrivi, che sono la quotidianità per chi lavora nei reparti di urgenza, e che con la fine dell'emergenza Covid hanno cominciato a moltiplicarsi. Il pronto soccorso dell'ospedale San Camillo di Roma non è diverso dal Cardarelli di Napoli. Regione che vai, disagio che trovi.

«Sono quattro giorni che devo essere trasferito in gastroenterologia – spiega Dodaj, cinquantenne costretto in una lettiga da 96 ore nel corridoio del pronto soccorso, tra i più trafficati della capitale – Sono arrivato venerdì ma il posto letto per ricoverarmi non è ancora disponibile». E così, non resta altro che attendere, in sale gremite, dove il distanziamento (figurarsi il Covid) sembra solo un lontano ricordo.

La fine dell'emergenza ha segnato l'inizio di un'altra emergenza, stavolta molto, ma molto più vecchia.

Già nel 2009 i medici della Simeu (Società medicina di urgenza emergenza) denunciavano gli stessi, identici problemi. All'epoca i "parcheeggiati" in attesa di ricovero nel Lazio erano una media di 100 al giorno. Oggi sono diventati 6 volte tanti. «Ogni giorno negli ospedali della regione abbiamo tra i 600 e i 900 pazienti in attesa di posto letto in altri reparti, che gravano sul nostro personale, sotto organico almeno del 35%», spiega Giulio Maria Ricciuto, presidente di Simeu Lazio.

E se i medici sono pochi, e i pazienti troppi, i tempi di attesa si dilatano. E se i più, giocoforza, si rassegnano, altri danno in escandescenze. Ieri al San Camillo, in un lunedì nero che alle 18 segnava la presenza in contemporanea di 103 pazienti nel reparto di urgenza, di cui 41 in attesa di ricovero da oltre 24 ore, una donna, che doveva ancora essere visitata ha iniziato a litigare con gli operatori, colpendo la porta d'ingresso dell'area di arrivo delle ambulanze. Per fermarla sono intervenute le forze dell'ordine. «Sono giorni difficili, anche a causa dei lavori in

corso nell'ospedale», spiega il direttore generale del San Camillo, Narciso Mostarda, che promette di porre fine al sovraffollamento grazie alla creazione di «nuovi spazi, dove far sostare i pazienti destinati ad altri reparti, a carico dei medici di quelle divisioni». Misure dovute: le condizioni sono ormai insostenibili. E mentre all'interno i pazienti vivono esperienze da girone dantesco, all'esterno i parenti restano nel limbo, senza avere nemmeno la possibilità di contattare i propri cari. «Mia figlia, di 21 anni, mi ha chiamata dicendomi che non ci vede più da un occhio», dice Daniela, madre di una giovane ricoverata al San Camillo. «Ma non è stata ancora in grado di parlare con un medico».

