



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

18 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

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Pnrr. Da Federsanità Sicilia 7 punti da affrontare e risolvere

Li ha descritti il presidente Iacono i occasione del Congresso regionale Sicilia dei "Dialoghi di Palermo Medica" promosso dalla Fimmg Sicilia. Le 7 questioni riguardano assetto contrattuale, lavoro in equipe, formazione, telemedicina, Urban rural divide, recupero della responsabilità di sanità pubblica della MG, realizzazione di un sistema permanente di valutazione.



17 MAG - Assetto contrattuale, lavoro in equipe, formazione, telemedicina, Urban rural divide, recupero della responsabilità di sanità pubblica della MG, realizzazione di un sistema permanente di valutazione. Sono questi per il presidente di Federsanità Sicilia, **Giovanni Iacono**, i 7 nodi da sciogliere per l'avvio del nuovo modello della sanità territoriale e del principio dell'intersectorialità previsti dal Pnrr.

Iacono li ha illustrati domenica 15 maggio in occasione della XVI edizione del Congresso regionale Sicilia dei "Dialoghi di Palermo Medica", organo della Fimmg regione Sicilia, dal titolo: "Il Pnrr, opportunità per il Ssn, la medicina generale e le comunità". Iacono, nel suo intervento ha evidenziato punti di forza e criticità del PNRR per le due missioni 5 'inclusione e coesione' e 6 'salute', ha illustrato il quadro comparativo Europeo delle risorse del Next Generation EU (NGEU) ed ha poi trattato i nuovi standard per la sanità e l'assistenza territoriale. "Per la prima volta gli standard definiti devono essere rispettati da ogni regione in



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

una logica unitaria e con la vigilanza semestrale di Agenas”, è stato ricordato nel corso dell’incontro. Il nuovo modello pone al centro il Distretto sanitario e all’interno la Casa della comunità ed accenna anche alla definizione degli standard per l’assistenza domiciliare e la telemedicina. Giovanni Iacono ha evidenziato la novità rilevante del programma delle attività territoriali proposto dal Comitato dei Sindaci, che da organo consultivo diventa organo di potere propositivo, e l’integrazione delle attività territoriali sanitarie con il sistema delle autonomie locali, che è la mission della Confederazione delle Federsanità Regionali. Quanto alle proposte sulle cure primarie di Federsanità, “rispondono alla sfida di superare le attuali cure primarie come somma di strutture e prestazioni per realizzare una vera politica per la salute/medicina di comunità e della comunità”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

la Repubblica

Suicidio assistito, terza richiesta in Italia, l'appello di Fabio Ridolfi: "Lo Stato mi aiuti a morire"

Il 46enne di Fermignano da 18 anni è immobilizzato a causa di una tetraparesi da rottura dell'arteria basilare

18 MAGGIO 2022

"Gentile Stato italiano, da 18 anni sono ridotto così, immobilizzato. E ogni giorno la mia condizione diventa sempre più insostenibile. Aiutami a morire". L'appello di Fabio Ridolfi è quello di un 46enne di Fermignano (Pesaro Urbino), da 18 anni immobilizzato a causa di una tetraparesi da rottura dell'arteria basilare. Fabio può muovere solo gli occhi e comunica attraverso un puntatore oculare.

Assistito dall'Associazione Luca Coscioni, si è rivolto all'Asur (Azienda sanitaria unica regionale) Marche che, in seguito alla giurisprudenza creata dai casi di [Mario](#) e [Antonio](#), altri due uomini che hanno chiesto il suicidio assistito, ha attivato le verifiche previste dalla [sentenza](#) della Corte Costituzionale su Fabiano Antoniani, in arte [dj Fabo](#).

Fabio è stato sottoposto a tutte le visite mediche del caso ma da due mesi, cioè dal 15 marzo, data nella quale la relazione medica è stata inviata al Comitato etico



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Regione Marche "ancora non è arrivato nessun parere, né sulle sue condizioni né sulle modalità per poter procedere con suicidio medicalmente assistito", fa sapere l'Associazione Coscioni. Fabio è il terzo italiano a fare richiesta di suicidio assistito, dopo Mario e Antonio, nomi di fantasia di due tetraplegici, sempre marchigiani. In contatto da tempo con Mina Welby, aveva valutato anche la possibilità di andare in Svizzera. A differenza degli altri due, che hanno preferito l'anonimato, Fabio ha reso noto il suo nome e il suo volto, diffondendo un video in cui lo si vede comporre il suo appello con il puntatore oculare. "Fabio chiede di porre fine alle sue sofferenze in modo indolore, con le modalità più veloci e rispettose della sua dignità. È un suo diritto, sulla base della sentenza della Corte costituzionale nel caso Cappato/Antoniani - hanno dichiarato Filomena Gallo e Marco Cappato, segretario nazionale e tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni -. Ancora una volta, come già successo con Mario e Antonio, il ritardo dell'Asur nel rispondere alla sua richiesta, in violazione degli obblighi di legge, comporta sofferenze che per Fabio sono da anni insopportabili".

Mario e Antonio, però, hanno dovuto ingaggiare delle battaglie legali, a suon di diffide, per ottenere la verifica da parte dell'Asur delle condizioni per accedere al suicidio medicalmente assistito, previste dalla sentenza della Consulta. Nel caso di Mario, alla fine, è arrivato il parere positivo del Comitato etico Regione Marche e sono state superate anche alcune difficoltà interpretative legate al tipo di sostanza da utilizzare, alla quantità e alle modalità di somministrazione. Antonio invece è ancora in attesa. Ma sulla scorta di queste esperienze, l'Asur questa volta non ha atteso l'ordine dei giudici e si è attivata per le verifiche.

Regole sulle mascherine a bordo Obbligo di Ffp2 solo sui voli italiani

Le norme dell'Enac. Il ministero della Salute: bassa adesione al piano di immunizzazione

Cambiano in Italia le regole sulle mascherine in aereo. Ma l'obbligo o meno di indossare i dispositivi di protezione varia a seconda del tipo di volo e della nazionalità della compagnia aerea che lo opera. La novità, pubblicata ieri in esclusiva sul sito del *Corriere*, è stata confermata alcune ore dopo ed è contenuta nelle nuove linee guida dell'Ente nazionale per l'aviazione civile (Enac).

Le Ffp2 — stando a queste modifiche — restano obbligatorie fino al 15 giugno sui voli nazionali, come deciso dall'ordinanza del ministero della Salute. Sui voli internazionali invece l'approccio è duplice. Stop alla mascherina se ci si imbarca su un collegamento operato da una compagnia straniera di un Paese dove, come ad esempio nel

I vettori stranieri
Sui collegamenti internazionali valgono le disposizioni dei Paesi

delle compagnie

impone la Ffp2 perché prevale la norma italiana, mentre lo stesso collegamento effettuato da British Airways oppure da easyJet non richiede il dispositivo di protezione perché i vettori sono britannici e rispondono ad altre norme.

Il documento dell'Enac arriva dopo la modifica delle linee guida dell'Agenzia europea per la sicurezza aerea (Easa) e del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) che pochi giorni fa hanno comunicato che all'interno dell'Unione non «raccomanderanno più l'uso della mascherina negli scali e a bordo dei velivoli a partire dalla prossima settimana».

Nelle nuove linee guida dell'Enac si legge che «resta obbligatoria la Ffp2 sui voli operanti sul territorio nazionale (la cui tratta preveda pertanto origine e destinazione in Italia), indipendentemente dal

Paese di rilascio della licenza del vettore aereo». Sui voli internazionali, invece, «si ritengono applicabili le norme in vigore nel Paese che ha rilasciato la licenza». Con la precisazione che sugli «aeromobili gestiti da vettori con licenza italiana è sempre obbligatorio indossare una Ffp2».

Sul diverso trattamento a seconda della nazionalità dell'avio-linea ha ironizzato Fabio Lazzarini, ad di Ita Airways: «Il Senato e Ita sono gli unici posti in cui è ancora obbligatoria la mascherina», ha affermato.

Ad anticipare le modifiche è stato il presidente dell'Enac Pierluigi Di Palma. «Scrivemo nelle linee guida che solo le licenze italiane saranno sottoposte all'obbligo di mascherina», ha detto durante un evento organizzato su intermodalità e trasporti in Senato. E ha invitato la politica «a riflettere sulla sussistenza del decreto legge che proroga fi-

no a metà giugno l'ordinanza del ministero della Salute».

Il virus circola. Ieri sono stati notificati altri 44.489 nuovi positivi, su 335.217 tamponi effettuati, e un tasso di positività del 13,3%. I morti nelle ultime 24 ore sono stati 148. Sono 337 i pazienti ricoverati in rianimazione (-16 rispetto all'altro ieri) e 7.465 nei reparti ordinari (-166).

Intanto ministero della Salute e Direzione dell'unità di completamento della campagna vaccinale hanno chiesto alle Regioni di rafforzare la campagna di immunizzazione: «Si registra una ancora insufficiente adesione che delinea il rischio concreto di lasciare esposti allo sviluppo di malattia grave soggetti più vulnerabili».

Leonard Berberi
lberberi@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regno Unito, questa non è più prevista sui mezzi di trasporto. Se, però, si viaggia con un vettore italiano allora l'obbligo è in vigore fino a metà giugno. Con un effetto paradossale, vale a dire: il volo Roma-Londra operato da Ita Airways

2.500

Voli

Quanti sono quelli internazionali che vengono operati in media ogni giorno da e per l'Italia nell'ultima settimana. A questi si aggiungono quelli nazionali (circa 800)



IL DOSSIER

Il piano

Pronto soccorso al collasso, reparti in caos
il governo corre ai ripari: 15 mila specializzandi
per tamponare la grave carenza di medici

salva-ospedali

PAOLO RUSSO
ROMA

I pronto soccorso hanno già alzato bandiera bianca, gli altri reparti li seguiranno a ruota perché, tra malati Covid ancora da gestire e pazienti che reclamano un letto dopo essersi tenuti alla larga dalle corsie per paura del virus, i nostri ospedali sono prossimi al collasso. Colpa dei posti letto tagliati con l'accetta, 40 mila negli ultimi dieci anni. Ma la prima causa è la carenza di medici. Per questo al ministero della Salute si sta studiando un piano per ripopolare i reparti. L'idea è assumere in pianta stabile gli specializzandi del terzo, quarto e quinto anno, «strappandoli» alle Università, che ovviamente fanno muro. Una forza lavoro di 15 mila giovani camici bianchi che potrebbe tappare più di una falla.

«Per anni abbiamo avuto poche borse di studio per gli specializzandi ma ora ne abbiamo finanziate 30 mila in 24 mesi, il triplo di tre anni fa», ha ricordato il ministro Roberto Speranza ai medici dell'emergenza e urgenza di Simeu, la socie-

tà scientifica con la quale il dicastero ha aperto un tavolo di confronto. «Affinché queste nuove risorse siano disponibili servono però ancora un po' di anni, nel frattempo occorrerà lavorare utilizzando anche gli specializzandi per porre rimedio alle situazioni più complesse», ha aggiunto scoprendo le carte il titolare della Salute.

Quello che chiedono i camici bianchi «è che a partire dal terzo anno gli specializzandi entrino direttamente negli ospedali inquadrati come dirigenti medici in formazione», spiega il presidente Simeu, Fabio De Iaco. «Ovviamente a ciascuno verrà assegnato un ruolo rapportato al proprio grado di formazione raggiunta, ma i giovani devono poter lavorare anche al di fuori dei Policlinici universitari», aggiunge.

In via teorica e con molti limiti, come quello di dover essere affiancati da un tutor, sarebbe già così. Con il decreto Calabria e un successivo provvedimento voluto dal ministro Speranza - spiega il segretario nazionale dell'Anaa, Carlo Palermo - già ora i giovani specializzandi potrebbero essere utilizzati negli ospedali, facendo

32 ore di lavoro e 6 di formazione, previa approvazione da parte dell'Università dei progetti formativi». Ma tutto si è bloccato «perché gli Atenei non li stanno firmando per non perdere forza lavoro». L'Anaa chiede ora di «superare queste pastoie» ma di far saltare anche i tetti di spesa per il personale che legano le mani a chi deve assumere. «Mi sto battendo per superare questi limiti», ha ripetuto Speranza davanti alla platea di camici bianchi del pronto soccorso. Ma ora dovrà spuntarla con il Tesoro, che si tiene ancorato a quel riferimento alla spesa del 2004 diminuita dell'1,4%, «che è quantomeno anacronistico», commenta Palermo. Il quale punta l'indice anche contro un altro tetto, quello che congela ai livelli del 2017 il salario accessorio. Cose come straordinari, indennità notturne e di festività, premi. E Speranza sta combattendo per togliere anche questa tagliola, altrimenti sarà difficile porre un freno all'emorragia di medici.

Da 10 anni in mille se ne vanno all'estero attratti da stipendi che in Europa occidentale si aggirano sugli ottomila euro netti mensili contro i no-



LA STAMPA

stri tremila, che scendono a 2.500 a inizio carriera. Considerando che la formazione universitaria di ogni giovane dottore costa sui 150 mila euro è come se regalassimo ogni anno mille Ferrari ai nostri vicini. E dal 2019 al 2021, tra pensionamenti e autolicensing, ad appendere il camice al chiodo sono stati in 20 mila, dicono i numeri dell'Anaa. Per fronteggiare la pandemia sono stati assunti novemila medici, ma di questi solo 1.350 a tempo indeterminato, ha certificato la Corte dei Conti. E tra i contratti in sca-

denza ci sono anche parecchi pensionati che torneranno liberi. Nei pronto soccorso poi lasciano in 100 al mese, che è come se ne chiudessero ogni volta 4 o 5, documenta Simeu. Che chiede anche riconoscimenti economici per quei 12 mila che, tra una defezione e l'altra, devono fronteggiare 21 milioni di accessi all'anno nel girone infermale che sono diventati i dipartimenti di emergenza e urgenza dei nostri ospedali. —

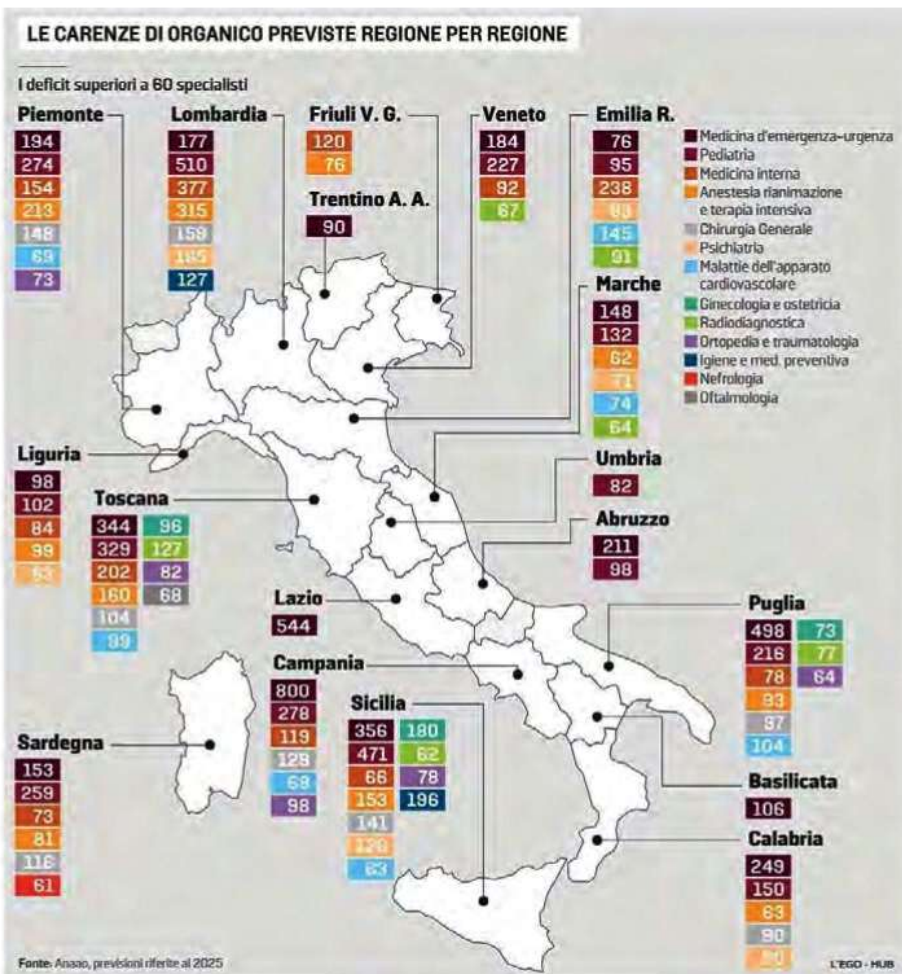
L'idea è assumere gli studenti dal terzo anno, ma gli atenei si oppongono

Il sindacato Anaaopreme: stop ai tetti di spesa per nuovo personale

Abbiamo finanziato 30 mila borse di studio in 24 mesi il triplo rispetto a tre anni fa



ROBERTO SPERANZA
MINISTRO DELLA SALUTE





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

MANTOAN (AGENAS)

«Così useremo i fondi del Pnrr per la sanità»

Viana a pagina 10

Sanità territoriale, la sfida del Pnrr «Ecco come saranno usati i fondi»

PAOLO VIANA

Uno dei banchi di prova del Pnrr sarà la sanità territoriale, che sarà riorganizzata intorno agli ospedali di comunità, alle case delle comunità e alle centrali operative territoriali. I primi sono strutture in cui vengono seguiti i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative, che non necessitano del ricovero ospedaliero per acuti ma non possono vedere risolti i loro problemi di salute in ambito domiciliare o presso una Rsa. Ne esistono già 3.300 e il Pnrr ne realizzerà altri 400. Le case della comunità sono invece strutture polivalenti che erogano in uno stesso spazio l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. All'interno della struttura trova collocazione una équipe multiprofessionale che comprende anche i medici di Medicina generale; è garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per 24 ore. Con il Pnrr ne nasceranno 1.350, oltre alle 493 case della salute già attive. Le Cot sono invece delle strutture che coordinano i servizi sanitari del territorio, sociosanitari e ospedalieri, nonché la rete di emergenza e urgenza. Con il Pnrr nasceranno 600 nuove centrali. L'Agenas è l'organo

tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale e il suo direttore generale, Domenico Mantoan, è uno dei massimi esperti di ciò che sta nascendo nella sanità territoriale, che assorbirà circa la metà degli investimenti previsti dal Pnrr per la salute: 15,63 miliardi, sette dei quali ricadranno appunto sui territori, mentre il resto sarà investito in innovazione del Ssn.

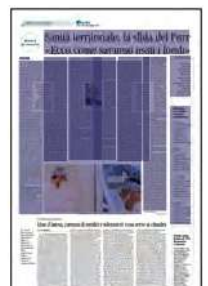
Avete appena effettuato un'analisi comparativa dei modelli organizzativi dell'assistenza primaria in sei Paesi europei. Cosa emerge?

L'importanza di un approccio basato su un'assistenza sanitaria di base ben strutturata è emersa in modo chiave durante la pandemia in corso, la quale ha ulteriormente dimostrato che la presenza di un'assistenza territoriale capillare costituisce il vero punto di forza dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali. Dallo studio emerge come al fine di garantire un'adeguata presa in carico delle comunità di riferimento, sebbene con modalità non sempre sovrapponibili, i vari Paesi hanno sviluppato modelli organizzativi che si basano su équipe multidisciplinari, in cui operano più figure professionali sanitarie e socio-sanitarie (medico di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti sociali, ecc...), per garantire una capillare distribu-

zione dei servizi sul territorio di riferimento, condividendo informazioni tra tutti i profes-

nisti coinvolti nell'assistenza nei diversi setting oltre che seguire il percorso di cura dell'assistito, anche attraverso strumenti innovativi di telemonitoraggio e telemedicina. **Lei ha definito il Pnrr «un'opportunità fondamentale» e ha parlato in particolare delle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, affermando che «sono destinati a rafforzare i servizi sanitari territoriali, attraverso un approccio multidisciplinare e su più livelli, dalla creazione di strutture e presidi destinati alla definizione della rete territoriale, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, puntando anche su una più efficace integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari...».** Guardando alla *debacle* della sanità territoriale durante l'emergenza pandemica, non crede di essere troppo ottimista?

Direi realista più che ottimista.





Dobbiamo fare tesoro dell'esperienza maturata in emergenza pandemica e adottare i correttivi necessari al fine di soddisfare i bisogni di cura dei cittadini in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Il Pnrr ha messo a disposizione risorse importanti. Ora spetta a noi utilizzarle al meglio. Da questo punto di vista le Regioni hanno presentato dei piani di implementazione delle strutture e a breve saranno siglati con il ministero della Salute dei veri e propri contratti, chiamati contratti istituzionali di sviluppo, dove le parti in causa si impegnano a rispettare le *milestone*, i target e le ulteriori condizionalità stabiliti nell'ambito del Pnrr.

Alle spalle del Pnrr c'è una lunga stagione di tagli e standard, che hanno ispirato i Lea. Cosa sarà di tutto ciò che è stato?

Mi piace ricordare che il nostro Servizio sanitario nazionale era ed è uno dei migliori al mondo. Questo non significa che non ci siano aspetti critici sui quali lavorare, ma attenzione alle eccessive semplificazioni. L'Agenzia che dirigo si configura come organo tecnico-scientifico che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del ministro della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano. Lavoriamo tutti i giorni per espletare questo compito al fine di evidenziare le migliori esperienze e le buone pratiche da implementare poi nei vari territori. L'analisi comparativa sull'assistenza primaria ne è un esempio.

Gli investimenti del Piano appesantiranno la

spesa corrente e in un Comune su due potrebbero mancare i soldi per far funzionare ciò che sarà costruito. Può succedere anche negli ospedali?

Direi proprio di no. Il Pnrr assegna risorse dedicate (1 miliardo) alla realizzazione degli ospedali di comunità. Ne sono previsti 400 distribuiti su tutto il territorio nazionale, ma le posso anticipare che più di una Regione ne ha previsti anche in numero superiore a quelli previsti. Aggiungo che sempre nel Pnrr sono previsti oltre 7 miliardi per l'ammodernamento tecnologico e digitale delle infrastrutture.

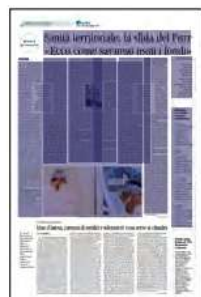
Il Pnrr sanitario ha fame di personale. Come pensa che si possa ovviare alla carenza di medici?

Intanto mi faccia dire che nella Legge di Bilancio per il 2022 il Parlamento si è operato per ampliare la capacità di spesa per il personale che sarà occupato all'interno delle strutture dell'assistenza territoriale previste nel Pnrr. Detto ciò, lo stesso provvedimento prevede l'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Ssn. E spetta proprio ad Agenas fare la proposta al ministero della Salute per la successiva condivisione con il ministero dell'Economia e delle Finanze e con la Conferenza Stato-Regioni. Se qualcuno pensa che si tratta solo di provvedimenti sulla carta, sappia che proprio in questi giorni è in corso di approvazione il documento di riforma con cui si definiscono i modelli e gli standard per

lo sviluppo dell'Assistenza territoriale, che individuano i fabbisogni minimi di personale introducendo in modo strutturale nel servizio sanitario anche "nuove" figure professionali (infermiere di famiglia e di comunità).

Commentando l'utilizzo dei fondi che saranno investiti complessivamente nella sanità, l'ospitalità privata ha detto che il Pnrr può trasformarsi in «un'occasione perduta» senza una «programmazione di spesa e strategia complessiva». Sotto accusa ci sarebbe la mancanza di «finanziamenti per l'assunzione di nuovo personale e per la riorganizzazione del settore della prevenzione». Inoltre «non si tiene conto che la sanità privata, che sia con le case di cura post acuzie e di lungodegenza, sia con le Rsa, ben potrebbe contribuire a garantire il percorso del cittadino paziente dall'ospedale al domicilio». Cosa ne pensa?

Penso che ci sia lo spazio per una collaborazione tra i vari enti erogatori di servizi. L'organizzazione dei servizi spetta ai singoli territori, ma in alcuni contesti ci sono reti di servizi che vedono già la collaborazione di soggetti pubblico/privato dare buoni risultati. Non dobbiamo mai dimenticarci che la missione che ministero della Salute, Agenzia e Regioni hanno è quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione in modo omogeneo su





tutto il territorio nazionale. **Una volta realizzate, queste strutture avranno le risorse per funzionare?**

In piena emergenza la Conferenza Stato-Regioni ha siglato l'Intesa per le indicazioni nazionali per le erogazioni di prestazioni in telemedicina. Dobbiamo mettere a fattor comune le opportunità che le nuove tecnologie mettono già oggi a disposizione non solo nell'ambito della presa in carico dei cittadini, ma anche in termini di allocazione efficace delle risorse.

Si parla molto di nuove tec-

nologie: qual è il ruolo dell'Agencia?

Proprio recentemente il Parlamento ha adottato importanti provvedimenti in materia di governo della sanità digitale. In particolare oltre ai compiti già previsti, Agenas assume anche il ruolo di Agenzia per la sanità digitale, assicurando il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità. A tutto ciò si aggiunga l'importante ruolo che l'Agencia sta portando avanti, insieme al ministero della Salute e al ministro per l'Innovazione tecnologica e la transi-

zione digitale, rispetto alla progettazione, realizzazione e gestione dei Servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di telemedicina. Insomma, siamo impegnati per dare il nostro supporto a tutti gli operatori, che quotidianamente si prendono cura dei nostri cari. Sono certo che insieme potremo mettere a disposizione i servizi che i nostri cittadini/pazienti meritano.

«La mancanza di personale? Definiremo i fabbisogni introducendo "nuove" figure professionali. Con la sanità privata serve collaborazione»

«La pandemia ha dimostrato che la presenza di un'assistenza territoriale capillare costituisce il vero punto di forza dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali»

L'INTERVISTA

Il direttore generale dell'Agencia, **Domenico Mantoan**, spiega come potrebbe cambiare il volto del Servizio sanitario nazionale nei prossimi anni

Ospedali e centrali Cercasi rivoluzione

15,6 miliardi

Gli investimenti previsti dal Pnrr per la salute: 7 ricadranno sui territori, 1 verrà stanziato per i soli ospedali di comunità



Domenico Mantoan

400

Gli ospedali di comunità che saranno realizzati nei prossimi anni coi fondi del Pnrr. Sul nostro territorio ne esistono già 3.300

1.350

Le case di comunità (aperte 7 giorni su 7, 24 ore al giorno) che nasceranno sempre grazie ai fondi del Pnrr. Sono 493 quelle già attive

600

Le centrali operative territoriali (Cot) che nasceranno coi fondi del Pnrr. Sono delle strutture che coordinano i servizi sanitari del territorio



La pandemia ha dimostrato l'importanza dell'assistenza sanitaria territoriale / Ansa





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL PUNTO DELLA SITUAZIONE

Liste d'attesa, carenza di medici e infermieri: cosa serve ai cittadini

ENRICO NEGROTTI

Al Pnrr guarda larga parte del mondo sanitario italiano per risalire la china. La crisi provocata dal Covid-19 ha infatti messo in evidenza difficoltà e crepe che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) aveva sviluppato nel tempo, frutto in particolare di quasi un decennio di definanziamento della sanità, all'insegna di una *spending review*, che da legittimo tentativo di evitare sprechi e ottimizzare le risorse si è spesso trasformata in tagli lineari, con scarsa attenzione ai bisogni di salute della popolazione. Di qui una serie di criticità: lunghe liste d'attesa, carenza di personale per il blocco del turnover di chi andava in pensione, strumentazioni obsolete, medicina territoriale frammentata nei modelli organizzativi e poco verificata negli esiti. Il Pnrr stanziava 15,63 miliardi di euro per la missione 6, quella della sanità, a cui si aggiungono altre risorse da React-Ue e da fondi nazionali, per un totale complessivo di 20,23 miliardi. Due gli obiettivi principali: il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, e l'ammmodernamento delle dotazioni tecnologiche del Ssn. Tra le novità dell'erogazione di questi fondi dell'Unione Europea rispetto al passato, c'è il fatto che l'erogazione dei finanziamenti avverrà solo dopo la verifica europea sull'efficacia degli interventi. Le problematiche più "calde" per i cittadini sono forse le liste d'attesa, che però non prevedono un diretto finanziamento

del Pnrr. Anche se il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha da poco ricordato che alle Regioni sono stati destinati fondi specifici pari a un miliardo per intervenire in questo ambito, è chiaro che lo smaltimento degli arretrati – che l'emergenza pandemica ha accresciuto in modo significativo (le associazioni dei malati oncologici lamentano 2,8 milioni di *screening* non effettuati nei primi 17 mesi di pandemia) – non può esaurirsi velocemente. Il Pnrr interviene sugli investimenti tecnologici indicando la necessità di acquistare 3.133 nuovi grandi apparecchiature di diagnostica avanzata (Tac, ecografi, Pet, eccetera) perché più vecchie di 5 anni: uno sforzo non indifferente, visto che si tratta di un numero che è più del doppio di quelle installate negli ultimi cinque anni. Ma, investimenti strutturali a parte (e a volte anche di carattere edilizio), occorre poi pensare a una migliore organizzazione – prolungando per esempio l'orario degli ambulatori –, e maggior personale.

E proprio sul potenziamento delle "risorse umane" si accumulano gli interrogativi circa gli effetti che il Pnrr potrà avere per "raddrizzare" la sanità italiana. Molte professioni sanitarie sono in sofferenza, a partire dagli infermieri: la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) lamenta una carenza di almeno 63mila unità, e il sindacato Nursing Up ne ha recentemente ricordato il progressivo invecchiamento. È recente la segnalazione – da parte di Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) del Veneto – dell'insufficiente disponibilità di posti nei corsi di laurea per

gli infermieri: solo negli ultimi due anni, quasi 19mila domande sono state respinte per questo motivo. I pochi posti nelle Scuole di specializzazione sono un problema che da tempo affligge i medici, solo negli ultimi anni accresciuti in modo significativo. Di recente, il sindacato Anaa (medici ospedalieri) ha lanciato un appello a «ripopolare gli ospedali di posti letto e di personale»: particolare difficoltà mostrano i Pronto soccorso per il progressivo ridursi degli specialisti dell'emergenza urgenza.

Anche la sanità del territorio si attende molto dal Pnrr: quasi 1.300 Case di comunità e quasi 400 Ospedali di comunità, strutture intermedie tra il domicilio e l'alta specializzazione ospedaliera. Non pochi tuttavia restano gli interrogativi. L'obiettivo – esplicito nel Pnrr – di fare della casa il «primo luogo di cura» non potrà non tenere conto della composizione della popolazione italiana: sempre più vecchia, sola, e – tendenzialmente – pluripatologica, quindi con un bisogno assistenziale specialistico, difficilmente erogabile su larga scala a domicilio. Senza dimenticare che a lavorare nelle future Case della comunità saranno chiamati professionisti secondo un'organizzazione inedita: «Un team multidisciplinare – recita il Pnrr – di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali». La disponibilità di personale, e in particolare dei medici di medicina generale, e il funzionamento di questi nuovi enti rappresentano un'ulteriore sfida.

Sul tavolo del governo il nodo dei tagli degli ultimi anni, la penuria di specialisti e la composizione della popolazione italiana sempre più vecchia e pluripatologica



IL DOSSIER DELL'ASSOCIAZIONE COSCIONI

L'aborto impossibile “In 31 ospedali d'Italia ci sono solo obiettori”

E in oltre 80 strutture
sanitarie la quota
di personale che rifiuta
l'ivg supera l'80%

di **Maria Novella De Luca**

ROMA – Una fotografia che racconta, quarantaquattro anni dopo, la storia di una legge incompiuta, anzi erosa anno dopo anno, boicottata e dimezzata. Con il risultato che oggi per una donna abortire, cioè esercitare il proprio diritto ad ottenere una prestazione sanitaria prevista dallo Stato, è sempre più una corsa ad ostacoli. Vuol dire dover migrare da una regione all'altra, vuol dire ritrovarsi, a volte, perché le strutture respingono, oltre i termini, vuol dire, anche, dove espatriare. È quello che emerge da un'indagine dell'Associazione Coscioni, un'inchiesta dal nome, emblematico “Mai dati”, che ha provato a scandagliare a tappeto lo stato reale dell'applicazione della legge 194 negli ospedali di tutta Italia. I risultati sono sconcertanti.

Tra le oltre 180 strutture che hanno fornito informazioni sul personale obiettore di coscienza, emerge che in 31 tra ospedali e consultori il 100 per cento di medici e infermieri è obiettore. In altre 50 strutture gli obiettori sono oltre il 90 per cento, e sono oltre 80 quelle con un tasso di obiezione superiore all'80 per cento. Una realtà assai più grave, sottolinea l'Associazione Coscioni, di quanto non venga descritta

nell'annuale Relazione sullo stato di attuazione della legge 194, che il ministero della Salute invia ogni anno al Parlamento. Questo perché «ci sono aree del nostro Paese nelle quali l'accesso all'aborto è fortemente limitato, ma che scompaiono nell'accorpamento dei dati aggregati per Regione» utilizzato dal ministero.

Dalla Relazione al Parlamento emerge, inoltre, un dato sull'obiezione di coscienza “impreciso” perché «ci sono non-obiettori che lavorano in ospedali in cui non esiste il servizio Ivg e quindi non ne eseguono». Dunque «la percentuale nazionale di ginecologi non-obiettori di coscienza, che secondo la relazione è del 33 per cento, deve essere ulteriormente ridotta», hanno spiegato le autrici dell'indagine, Chiara Lalli e Sonia Montegiove. Insomma, avere un quadro preciso non è facile. L'unica cosa chiara, per Filomena Gallo, avvocatessa e segretaria dell'Associazione Luca Coscioni, è che «la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza è ancora mal applicata o addirittura ignorata in molte aree del Paese». Per questo l'Associazione Coscioni, con Lalli e Montegiove, ha scritto una lettera al ministro della Salute, Speranza, e alla ministra della Giustizia, Cartabia, chiedendo di «porre fine alla violazione

in corso dei diritti fondamentali delle persone che necessitano di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza». In tutta Europa e adesso anche negli Stati Uniti le leggi sull'aborto sono sotto attacco, in Polonia non si può più abortire, clamoroso il caso del divieto del governo di Varsavia di vietare l'interruzione di gravidanza alle profughe ucraine struprate dai soldati russi. Ma anche in diverse regioni italiane, l'attacco alle donne che vogliono abortire è in atto da tempo, con l'arrivo negli ospedali e nei consultori dei «centri di aiuto alla vita». Per monitorare dunque l'esatta applicazione della legge, l'Associazione Coscioni chiede l'utilizzo di dati «aperti, aggiornati trimestralmente». E che «tutte le regioni offrano la reale possibilità di eseguire le interruzioni di gravidanza in regime ambulatoriale». Ottenere un aborto, dicono le autrici, Lalli e Montegiove, «è un servizio medico e non può essere una caccia al tesoro».

“È un servizio medico, ottenerlo deve essere un diritto: non può trasformarsi in una caccia al tesoro”

Le cifre

73.207

Le interruzioni di gravidanza

È il dato del 2019 (ultimo disponibile). Il numero di aborti in Italia è inferiore a 100.000 dal 2014, ed è sceso a un terzo dei 234.801 casi del 1983, anno in cui si è avuto il valore più alto in Italia

67%

Tra i ginecologi

Sempre nel 2019, l'obiezione di coscienza ha riguardato il 67% dei ginecologi, il 43,5% degli anestesisti e il 37,6% del personale non medico, valori in diminuzione rispetto a quelli dell'anno precedente



Governo, allarme booster «Vaccinazioni ferme Gravi rischi per i fragili»

Circolare alle Regioni: adesioni insufficienti, via alle chiamate attive. Migliaia di dosi in scadenza

Maria Sorbi

■ La campagna vaccinale è praticamente ferma. A prenotare la prima dose sono solo 5mila persone alla settimana e le dosi booster tra i più fragili (terza e quarta iniezione) non decollano: vuoi perchè l'allarme sui contagi è finito, vuoi perchè molti preferiscono aspettare la versione aggiornata del vaccino, tarata contro le varianti attese in autunno.

In base alle stime della fondazione Gimbe, «sono senza terza dose 8.236.000 italiani, di cui circa 5 milioni non sono subito vaccinabili perchè da poco guariti dal Covid. Per la quarta dose, mancano all'appello ancora quasi 600mila soggetti immunocompromessi e 3.945.000 over 80».

Da qui le pressioni del Governo sulle Regioni per un intervento, anche se non è passato poi così tanto tempo dalla chiusura degli hub e dagli allentamenti. «I fragili procedano subito, non aspettino ottobre» chiede lo stesso ministro alla Salute Roberto Speranza.

«Si registra un'insufficiente adesione alla schedula vaccinale che delinea il rischio di lasciare esposti allo sviluppo di malattia grave i soggetti più vulnerabili - si legge in una lettera firmata dal segretario generale del ministero della Salute, Giovanni Leonardi, e dal generale Tommaso Petroni, re-

sponsabile dell'Unità per il completamento della campagna vaccinale - Questa evenienza, oltre a compromettere la salute dei singoli, mette sistematicamente a rischio le strutture ospedaliere, impegnate, attualmente, nel recupero del trattamento delle patologie differite causa pandemia».

Le Regioni vengono spronate a rafforzare «con immediatezza» le campagne di informazione pubblica sulla utilità delle dosi aggiuntive. Il Governo sollecita anche a coinvolgere «direttamente e senza indugi» i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nella campagna vaccinale e a rafforzare da subito il sistema della chiamata attiva dei singoli cittadini, a cominciare dai fragili.

Per quanto riguarda le persone immunodepresse, circa 790mila, la copertura a livello nazionale è quasi del 25% ma con differenze regionali enormi. E soprattutto in molte regioni c'è il problema delle dosi, stoccate nei magazzini, inutilizzate e in scadenza tra giugno e agosto. I divari sul numero delle vaccinazioni sono dovuti «essenzialmente alle mo-

dalità adottate - analizza Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe - Chi sta adottando la chiamata attiva, ad esempio il Piemonte che utilizza sms individuali per invitare alla vaccinazione, sta ottenendo ottimi risultati, mentre le regioni che si stanno basando sulla adesione volontaria stanno avendo minori risultati».

Ed è vero che il totale delle somministrazioni dei vaccini supera quota 137 milioni, ma è altrettanto realistico quello che il presidente del Consiglio superiore di sanità Franco Locatelli definisce «stanchezza vaccinale». «Un atteggiamento del genere - spiega - era da mettere in conto e va compreso. Ma lo stesso non deve lasciare spazio a una mancanza di protezione». Mentre gli Usa approvano la dose booster anche per i bambini, gli appelli in Italia vanno anche ai medici di base: spetta infatti a loro convocare i soggetti fragili per proteggerli dai contagi anche in questa fase «silente» del virus. Considerando che i decessi giornalieri superano quota cento.

6,8

I milioni di italiani che ancora devono fare la prima dose di vaccino. A fronte di 137 milioni di somministrazioni, resta ancora da intercettare un'ampia platea di persone non protette



VACCINI: LA LETTERA DEL GENERALE

Quarte dosi al palo, Petroni alle Regioni “Rafforzare subito la comunicazione”

Sono poco più dell'11% gli over 80 che si sono fatti avanti per proteggersi con la quarta dose. Anche perché la tanto sbandierata «chiamata diretta» da parte di Asl e medici di famiglia non ha in realtà fatto squillare alcun telefono. Anche le terze dosi arrancano, con il 33,4% fermo alla seconda. Per non parlare dei piccoli tra i 5 e gli 11 anni, dove in 2 milioni e 267 mila la siringa non l'hanno mai vista. E di punture ormai se ne fanno anche meno di 10 mila al giorno. Così ieri il ministero della Salute

e il generale Petroni, che ha di fatto preso il posto del commissario Figliuolo, hanno deciso di tirare le orecchie alle Regioni. Invitandole per lettera «a rafforzare con immediatezza le campagne di informazione pubblica sull'utilità delle dosi aggiuntive», coinvolgendo «direttamente e senza indugi i medici di medicina generale e i pediatri». Anche perché «l'evoluzione del quadro epidemiologico mostra un'aumentata circolazione del virus». Se-

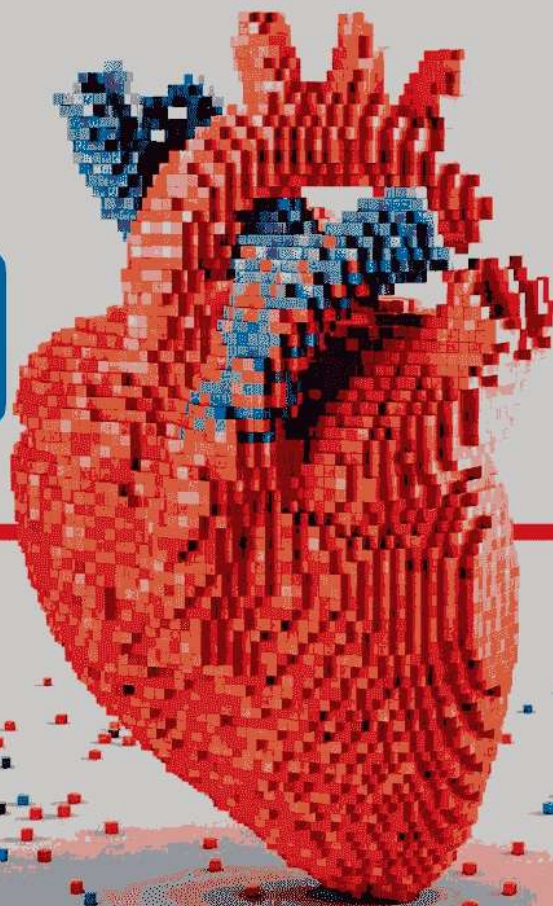
gno, forse, che al ministero si temono i futuri effetti di Omicron 4 e 5. PA. RU. —



Direttore unità vaccinale
Il generale Tommaso Petroni



QUANDO IL VACCINO FA MALE AL CUORE



AUMENTANO I CASI DI MIOCARDITE DOPO LE INIEZIONI ANTI COVID. LO DICONO NUOVI STUDI E LO CONFERMANO DIVERSI ESPERTI. INVECE DI MINIMIZZARE, LA SCIENZA DOVREBBE AFFRONTARE IL PROBLEMA CON ANALISI PIÙ APPROFONDE.

Le miocarditi sono in aumento, forse perché le proteine spike del vaccino si legano a recettori che controllano le infiammazioni cardiache. Bisogna approfondire, non minimizzare. Troppo poco ancora sappiamo degli anti Covid disponibili, eppure guai a sollevare interrogativi su efficacia e sicurezza di 11,37 miliardi

di *Patrizia Floder Reitter*

di dosi già somministrate nel mondo.

Eccellenti medici e ricercatori sono stati messi al bando, sospesi dai loro incarichi (l'ultimo caso da noi in Italia, quello dell'endocrinologo Giovanni Frajese) se solo osano avanzare dubbi, sebbene supportati da accurati studi. Sulla moria di articoli ritirati dalle principali riviste scientifiche è intervenuto di recente il neurochirurgo statunitense Russell L. Blaylock, dichiarando che «in troppi casi gli autori avevano osato mettere in discussione il dogma accettato dai controllori delle pubblicazioni scientifiche, in particolare per quanto riguarda la sicurezza, i trattamenti alternativi o l'efficacia dei vaccini».

Un testo molto duro, quello scritto per il *Surgical Neurology International*, che denuncia l'assurda gestione del-



la pandemia e il controllo dei media da parte delle aziende farmaceutiche. Significativa, a tal proposito, l'affermazione di Blaylock che «non c'è alcuna indagine seria da parte di alcuna agenzia governativa per determinare perché queste persone stiano morendo e siano gravemente e permanentemente danneggiate da questi vaccini».

Al contrario, le segnalazioni dei problemi legati ai vaccini sono in continuo aumento, sebbene l'Agenzia italiana del farmaco dichiara solo 18 eventi gravi ogni 100 mila dosi somministrate (su un totale di 136 milioni). Fabio Angeli, esperto di cardiologia preventiva, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, assieme ad altri studiosi ha mostrato come non sia infrequente l'aumento dei livelli di pressione arteriosa dopo la prima o la seconda inoculazione. Un innalzamento significativo, che ha reso necessario anche l'intervento farmacologico.

Pochi giorni fa, sulla rivista internazionale peer review *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, Angeli e colleghi hanno pubblicato la prima revisione sistematica progettata per indagare sull'insorgenza di un aumento della pressione sanguigna dopo la vaccinazione anti Covid-19, quindi come potenziale reazione avversa. Dopo aver valutato più di un migliaio di studi realizzati e pubblicati nell'Unione Europea, solo sei sono entrati nell'analisi finale e la percentuale di ipertensione registrata in 357.387 soggetti è stata del 3,2 per cento.

«Significa che la pressione arteriosa anomala dopo la prima o la seconda dose non è evento raro» spiega Angeli, professore, associato di Malattie dell'apparato cardiovascolare all'Università degli Studi dell'Insubria di Varese, due anni passati in prima linea a combattere il Covid in un'area emergenziale. Quindi con tanta esperienza clinica.

L'ipotesi «molto probabile» è che il meccanismo fisiopatologico alla base dell'alterazione non sia molto diverso da quanto accade durante l'infezione da Covid, quando pure s'innalza la pressione, visto che le proteine spike che il vaccino fa produrre all'organismo sono molto simili, a livello funzionale e morfologico, a quelle del virus e si legano ad alcuni recettori in tutto l'organismo.

Recettori coinvolti in pressione arteriosa, infiammazioni cardiache, trombosi e quando le spike si legano a essi, creano una sorta di paralisi funzionale. «Salta un po' il meccanismo di regolazione delle funzioni vitali» precisa Angeli. Le caratteristiche risultanti dalla vaccinazione assomigliano a quelle della malattia attiva. Se confermato con altri studi, tenendo conto dei milioni di vaccinati in Italia, non è un numero da sottovalutare. Senza prevenzione e informazione, almeno 15 milioni di ipertesi in Italia si vaccinano senza sapere che cosa rischiano.

Anche gli autori di una ricerca apparsa sulla rivista di ematologia clinica *Blood Advances* segnalano la possibilità che «in determinati individui la produzione di specifici anticorpi indotti dalla spike vaccinale porti alla formazione di immunocomplessi, che a loro volta attivano le piastrine portando a trombocitopenia ed eventualmente a trombi e/o emorragie». Avevano analizzato il caso di una donna di 25 anni, immunizzata con il prodotto a mRNA di Moderna, e i risultati degli esperimenti indicavano che il meccanismo patogenetico di spike e vaccino sulle piastrine è legato all'attivazione del recettore



delle immunoglobuline sulle piastrine.

Pur precisando che la prevalenza di questo fenomeno deve essere ancora determinata clinicamente, ritengono che sia utile un test diagnostico capace di riconoscere più casi di trombocitopenia indotta da vaccino (Vit). E il 2 maggio la Fda statunitense ha limitato l'uso autorizzato del vaccino di J&J ai soggetti over 18, dopo aver stabilito il rischio di trombosi con sindrome da trombocitopenia (Tts), e insorgenza dei sintomi circa una o due settimane dopo la somministrazione. «Il Covid-19 è stata una malattia disastrosa, non avevamo armi, ma non significa che non si debbano studiare i vaccini» precisa Angeli. Il nesso causa-effetto deve essere indagato. «Anche gli eventi di miopericardite potrebbero avere un denominatore comune, ossia la vaccinazione, che innalzerebbe la carica infiammatoria predisponendo o facilitando infiammazioni localizzate a livello del cuore così come nella fase acuta del Covid, seppur in maniera meno grave» aggiunge. In ogni caso è preoccupante perché un problema di salute che riguarda la popolazione più giovane, quella che ha meno bisogno di vaccinarsi contro il Covid.

Il medico piacentino Alessandro Capucci, ordinario di Malattie cardiovascolari, ha dichiarato che «nel 2021 si è riscontrato un aumento dei casi di miocardite giovanile e negli atleti. Anche le morti improvvise tra i calciatori sono superiori alla media. Dagli studi emerge un legame significativo con i vaccini mRNA, il ministero non dovrebbe minimizzare». Accade soprattutto nei giovani maschi «per una maggiore produzione di catecolamine da parte delle ghiandole surrenali»; e negli atleti «che sono già esposti ad elevati livelli di catecolamine, ne incrementano il livello, a seguito dell'inoculazione di

questi vaccini, con necrosi di parti del tessuto muscolare miocardico». A detta dell'esperto, «la miocardite non va mai sottovalutata. È possibile che dopo anni si abbia uno scompenso cardiaco».

Il tennista francese Ugo Humbert, dopo quattro sconfitte consecutive ha ammesso di non essere più stato bene dopo la vaccinazione. «Ho sperimentato effetti avversi anche quando ero in Australia», ha dichiarato, aggiungendo «no, non sono l'unico atleta. Ho sentito altri parlarne, so che può succedere».

Il 28 aprile, la rivista *Scientific Report* (del gruppo editoriale Springer-Nature) ha pubblicato uno studio condotto in Israele sull'aumento delle «emergenze» cardiovascolari nella popolazione sotto i 40 anni durante la terza ondata Covid e in piena campagna vaccinale. Tra gennaio e maggio 2021 sono cresciute di oltre il 25 per cento le chiamate ai numeri di emergenza per arresto cardiaco o sindrome coronarica acuta nella popolazione tra 16 e 39 anni, rispetto allo stesso periodo nel 2019-2020. Le miocarditi si registrano soprattutto nella popolazione maschile, ma l'incremento delle chiamate all'Israel National Ems, servizio nazionale di emergenza, per problemi al cuore è in prevalenza nella fascia femminile e per i ricercatori questo significherebbe una «potenziale sottostima di insorgenza di miocarditi nelle donne».

Secondo quanto riportato dal *Berliner Zeitung*, nel 2021 c'è stata un'impennata delle chiamate ai vigili del fuoco di Berlino per problemi cardiaci e ictus. Una crescita del 31 per cento rispetto ai valori medi del 2018-2019. «Occorre verificare se vi sia un nesso causale con gli effetti collaterali del Covid-19» è stata la richiesta inviata al Robert Koch Institute e al Paul Ehrlich Institute, anche per accertare l'esistenza di analoghe situazioni in tutta la



Germania.

Su *Open Medicine*, il ginecologo Antonio Simone Laganà e altri esperti sempre dell'Università dell'Insubria hanno pubblicato uno studio sulle irregolarità mestruali dopo la prima e la seconda dose del vaccino Covid-19. Escludendo le donne con patologie ginecologiche, sottoposte a trattamenti ormonali, in perimenopausa e menopausa, o che hanno avuto cicli mestruali irregolari negli ultimi 12 mesi prima del vaccino, dai dati risulta che circa il 50-60 per cento delle donne in età riproduttiva che avevano ricevuto la prima dose hanno riportato irregolarità del ciclo mestruale, indipendentemente dal tipo di prodotto somministrato.

Irregolarità leggermente superiore (60-70 per cento) dopo la seconda dose. Anche in questo caso, la conclusione è che si devono informare le donne, prima che ricevano l'iniezione.

Sotto accusa pure i richiami, che si vogliono distribuire indiscriminatamente. In un editoriale del 13 aprile sul *New England Journal of Medicine*, il pediatra americano Paul Allan Offit, specializzato in malattie infettive, vaccini, immunoematologia e virologia, avvertiva: «I booster non sono privi di rischi, dobbiamo chiarire quali gruppi ne beneficiano di più. Per esempio, i ragazzi e gli uomini tra i 16 e i 29 anni di età sono ad aumentato rischio di miocardite causata dai vaccini a mRNA».

La connessione tra vaccinazioni e miocarditi va analizzata a fondo, non scartata come fanno pediatri e virologi nostrani che sorvolano sulle importanti conclusioni di studi a livello internazionale. Come accade davanti a episodi di riacutizzazione della fibrosi polmonare idiopatica (Ipf), una malattia rara, in soggetti che erano stati vaccinati nei 3-5 giorni precedenti.

Un altro studio appena pubblicato sull'*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* da Luca

Richeldi, direttore della Uoc di pneumologia della Fondazione Policlinico Gemelli di Roma, da Giacomo Sgalla e da altri colleghi, ne segnala invece la criticità. «I vaccini a mRNA anti Covid sono vaccini nuovi, che noi suggeriamo di annoverare tra le potenziali cause di una riacutizzazione fibrosi polmonare idiopatica» osserva Richeldi.

«È possibile che in alcuni di questi pazienti, la liberazione di citochine infiammatorie, causata dalla vaccinazione, possa aver fatto da innesco di questa esacerbazione acuta» aggiunge Sgalla.

Di certo, visto che le Spike possono resistere anche otto settimane nel nostro organismo, l'esposizione prolungata a queste proteine aumenta i rischi e sono indispensabili dati aggiornati sui benefici da vaccinazione anti Covid.

Eppure, come ha denunciato l'avvocato Enzo Iapichino, che assieme ad altri colleghi si è sentito rispondere picche da Ema (l'Agenzia europea per i medicinali) e Aifa (quella italiana per il controllo sui farmaci) circa le relazioni sulla sicurezza dei vaccini che sarebbero coperte da segreto militare.

«Manca la trasparenza da parte delle istituzioni. Se parliamo delle relazioni sulla sicurezza dei vaccini a questo punto presumiamo che non ne siano in possesso. Se parliamo degli studi scientifici, presumiamo che li abbiano. Ma allora perché non li mettono a disposizione?» ha commentato Iapichino sul quotidiano *Fatto Quotidiano*.

Un silenzio analogo a quello che avvolge i dati sull'immunità naturale data dall'infezione Covid, più alta e duratura di quella fornita da un vaccino ormai vecchio di due anni (messo a punto sul ceppo originario di Wuhan), ma che continua a essere imposto senza approfondimenti scientifici anche ai guariti, ignorando i dosaggi degli anticorpi. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Nel Ghana apripista per le vaccinazioni frenano i richiami «Portiamo le dosi casa per casa»

La campagna Covax anche nei negozi

dalla nostra inviata ad Accra
Alessandra Muglia

«**I**l Covid non c'è più, perché dovrei vaccinarmi?». David Mastuy se ne sta appoggiato alla staccionata di una bottega di fotocopie affacciata su un viale polveroso di Accra. «Ho fatto la prima dose l'anno scorso, non mi va di fare la seconda, il virus non mi fa più paura» dice con gli auricolari al collo e in braccio il figlio Joel, 3 anni. Anche nella capitale del Ghana, dove il tasso di immunizzazione è più del doppio rispetto alle aree rurali, la maggior parte non ha ancora fatto il richiamo. E molti di loro non sentono più l'esigenza di farlo. Un paradosso: proprio ora che le dosi sono disponibili, ben stoccate al freddo, si fa fatica a somministrarle, e a trasformare i vaccini in vaccinazioni.

Ci provano i vaccinatori ambulanti che, borsa frigo in mano e zainetto con le siringhe in spalla, vanno di porta in porta a convincere gli scettici, «così saremo più protetti all'arrivo della prossima ondata e scongiureremo l'emergere di varianti più pericolose», insistono. Doretta Kon-

ney, 29 anni, è una di loro. «Per persuaderli, portiamo il caso della Cina con i contagi di nuovo in aumento», racconta. Ma non è facile pensare alle minacce future in un Paese dove la vita di gran parte della gente resta scandita dalle emergenze del presente.

Ancora nessuna eco qui dell'allarme per l'impennata delle infezioni in Sudafrica. Città del Capo in allerta pare lontana anni luce dalla rilassata Accra, dove si sono quasi dimenticati di mascherine e green pass. La città che ospita il quartier generale del neonato mercato unico africano è la capitale del Paese-faro di stabilità politica della regione. Un apripista per tanti aspetti, ieri e oggi: il primo nel Continente a ottenere l'indipendenza, nel 1957, e il primo al mondo a ricevere i vaccini anti Covid nell'ambito di Covax, l'iniziativa per favorire l'accesso alle fiale nel Sud del mondo lanciata da Gavi, con Oms e Cepi.

La prima campagna qui è partita poco più di un anno fa, a marzo. Molto lentamente, anche per la scarsità di fiale: a

gennaio meno della metà dei 23 milioni di vaccinabili aveva ricevuto almeno una dose e solo il 13% aveva completato il ciclo. Una percentuale quasi raddoppiata negli ultimi tre mesi. Al centro vaccinale di Ablekuma South, una delle 31 aree di Accra, ci sono soltanto due persone con il braccio pronto. «Ormai non viene più quasi nessuno qui, la stragrande maggioranza delle 2.964 dosi in media al giorno è stata somministrata a domicilio», spiega un operatore.

Da febbraio 30 squadre di vaccinatori vanno in giro per sensibilizzare e fare iniezioni a domicilio. In una bottega di pesce congelato nell'Accra Metro District, Abraham Quaye alla fine si è deciso: «Ho sempre temuto che il vaccino potesse farmi male, poi in queste settimane di campagna molti amici l'hanno fatto e mi sono convinto», dice. Nel distretto, il 75% dei vaccinabili ha fatto la prima dose, il 55% la seconda, la terza è una vera sfida.

Nelle zone rurali le cose si complicano ulteriormente. Nel centro guidato dal dottor Augustine Ankuvie, nel di-



stretto di Okere, sono fermi al 25% di persone con due dosi. Le emergenze qui come in gran parte del Paese sono altre: il 50% dei casi trattati sono di malaria, poi diarrea e pressione alta ma zero Covid.

Anche nelle aree più remote le dosi ora ci sono: spesso arrivano dal cielo. Nel senso che vengono lanciate dai droni. Ogni giorno ne partono

600 dai sei centri del Paese per rifornire anche di sangue e farmaci gli ospedali isolati. «Consegnano in pochi minuti quanto su strada verrebbe portato in ore e ore», dice John Baptist, ingegnere del centro di Omenako, 70 chilometri a nord di Accra. Un sistema messo a punto dalla società Usa Zipline ingaggiata

dal governo per distribuire i primi vaccini forniti all'Africa da Covax. Un Paese apripista anche nella lotta all'ultimo miglio contro la pandemia.

Con il quotidiano

**«Corriere Salute»
domani in edicola**



Cover Il numero di «Corriere Salute» domani in edicola gratis insieme al quotidiano



Iniezione Un giovane ghanese riceve una dose di vaccino contro il coronavirus direttamente in una bottega di Accra (foto Corriere)



ANTIVIRUS



ALTRI SUCCESSI DELLA RICERCA

LA STORIA ci insegna che anche le peggiori pandemie, dopo aver seminato morti, tendono a esaurirsi. A volte il microrganismo che le ha causate sparisce, spesso continua a circolare fra gli uomini o gli animali, provocando rare forme gravi. Stiamo (forse) assistendo a questa fase anche per Covid-19, la cosiddetta endemizzazione. Potremo essere più certi in autunno, quando all'atteso rialzo dei contagi, non dovremo avere un pari incremento di forme gravi e decessi. La scienza non resta a guardare. In questi due anni e mezzo sono stati prodotti migliaia di lavori scientifici, con un ritmo che non si era mai osservato prima. L'attenuazione della pandemia non ha raffreddato l'interesse della ricerca. Mentre ancora cerchiamo di co-

noscere meglio questo strano virus, gli sforzi sono diretti ad avere armi sufficienti per difenderci. I vaccini hanno risparmiato in Italia 25 mila vite, ma hanno mostrato anche i loro limiti. Non riescono a proteggerci dall'infezione, prevengono la forma grave della malattia ma per soli tre o quattro mesi, non sono attivi contro tutte le varianti. Intanto si stanno mettendo a punto antivirali sempre più efficaci. Il punto dolente è che ci troviamo davanti a un virus a Rna e quindi estremamente mutevole. Non facciamo in tempo a mettere a punto un vaccino o un farmaco che già c'è una nuova variante. Pare che siamo a una svolta importante: su *Nature Communications*, il gruppo di ricerca del Louvain Institute of Biomolecular Science and Technology ha pubblicato

un articolo su nuove prospettive nel trattamento dell'infezione da SarsCov2: potrebbe portare alla proposta di nuove molecole antivirali che, agendo su un meccanismo del virus che non risente delle sue mutazioni, potrebbero essere utilizzate con successo nei confronti di tutte le varianti. Aspettiamo adesso un progresso simile nei vaccini.

MARIA RITA GISMONDO

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

**CURE
PROGRESSI
RIGUARDANT
GLI ANTI-
VIRALI**



AL BAMBINO GESÙ

La spasticità dei bambini si cura con un microbisturi

■ Una nuova tecnica per curare la spasticità. Grazie a un microbisturi si potrà intervenire sulle fibre muscolari danneggiate e correggere il disturbo (già sui bambini di 2-3 anni) senza incisioni né punti di sutura, riducendo al minimo dolore e tempi di recupero.

È la soluzione chirurgica mininvasiva sviluppata dall'équipe di neuro-ortopedia dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, unico centro in Italia a eseguire questo tipo di intervento. Circa 500 i bambini e i ragazzi trattati dal 2018 a oggi. Il nuovo metodo, che nella gran parte dei casi può sostituire la tecnica tradizionale «a cielo aperto», è stato descritto sul-

la rivista scientifica *Osteology MDPI*. La spasticità è una condizione che nel mondo interessa in media 3 bambini su mille nati. Deriva da un danno alle aree del cervello o del midollo spinale che controllano il tono e l'attività dei muscoli in movimento ed è caratterizzata da un aumento eccessivo del tono muscolare e da spasmi di più muscoli che provocano rigidità. Le fibre muscolari perdono elasticità trasformandosi in tessuto fibroso che porta progressivamente all'accorciamento di muscoli e tendini. La cura della spasticità richiede abitualmente trattamenti chirurgici agli arti inferiori e superiori. Questi interventi si eseguono a partire dai 6-7 anni di età e

prevedono l'allungamento e la sezione di muscoli e tendini. Vengono comunemente eseguiti utilizzando la tecnica open (a cielo aperto), con una incisione cutanea di dimensione variabile, seguita dall'immobilizzazione dell'area trattata con un tutore in gesso. Per la ripresa della funzionalità articolare postoperatoria è necessario un programma di fisioterapia personalizzato.

La nuova tecnica chirurgica, denominata «chirurgia percutanea fibrotomica», è un metodo mininvasivo: il microbisturi sfilza progressivamente le fasce e le fibre muscolari affette da spasticità fino a ottenere la correzione. La nuova tecnica riduce i tempi di anestesia (10/20 mi-

nuti di intervento contro gli oltre 60 della tecnica tradizionale) e consente di sostituire il gesso con un tutore rimovibile per iniziare la fisioterapia fin dal giorno successivo all'intervento.

«Un ulteriore beneficio per i bambini e i loro familiari deriva da una gestione postoperatoria più rapida e semplice anche a domicilio» specifica Pier Francesco Costici, responsabile di Ortopedia del Bambino Gesù.



Scompenso cardiaco, Monzino Milano valuta estensione farmaco salvavita

Segnare una svolta nella terapia dello scompenso cardiaco ampliando l'utilizzo della classe di farmaci più innovativa (Sglt2-i, inibitori dei trasportatori sodio-glucosio tipo 2), potenzialmente salvavita. E' l'obiettivo del Centro cardiologico Monzino (Ccm) di Milano, che annuncia l'avvio di un nuovo studio clinico su dapagliflozin, "uno dei farmaci più innovativi e promettenti" contro la malattia del 'cuore stanco', di cui l'Irccs meneghino è prescrittore leader in Italia.

La ricerca, "un'iniziativa autonoma e indipendente" dell'istituto, "senza alcuna sponsorizzazione esterna", precisano dal Ccm, prevede di arruolare un minimo di 70 pazienti - spiega una nota - per effettuare per la prima volta una valutazione multidisciplinare completa: esami ematochimici comprensivi di biomarker di nuova generazione, test da sforzo cardiopolmonare, prove di funzionalità respiratoria, analisi del sonno con le apnee notturne ed ecocardiogramma 3D. I nuovi dati così raccolti permetteranno di fare il punto sulla terapia dello scompenso cardiaco con funzione sistolica ridotta, che negli ultimi anni ha conosciuto progressi straordinari proprio anche grazie alla scoperta degli Sglt2-i. Si tratta di farmaci entrati di recente nella routine clinica, che pur avendo dimostrato la loro efficacia per alcuni aspetti dello scompenso, possono essere meglio valutati sul campo per analizzarne tutti i benefici potenziali e comprenderne i meccanismi d'azione.

"La classe farmacologica degli Sglt2-i rappresenta un bell'esempio di 'serendipity', ovvero di scoperta casuale di un beneficio inatteso di un farmaco che prima veniva usato per tutt'altro - ricorda Massimo Mapelli del Dipartimento di Cardiologia critica e riabilitativa del Monzino, coordinatore dello studio - In questo caso il farmaco era (e rimane) un antidiabetico, che



però si è visto funzionare altrettanto bene, se non meglio, in pazienti con scompenso cardiaco senza diabete mellito di tipo 2. Di conseguenza negli ultimi anni, e in particolare negli ultimi mesi, il farmaco è passato dalle mani dei diabetologi anche a quelle dei cardiologi. Al Monzino abbiamo prescritto dapagliflozin a 150 pazienti con scompenso cardiaco in 3 mesi, indipendentemente dal diabete, e abbiamo redatto il primo piano terapeutico in Lombardia".

"Oggi possiamo parlare di 4 pilastri della terapia anti-scompenso: uno sono gli SglT2-i, poi i betabloccanti, gli anti-aldosteronici e sacubitril/valsartan - evidenzia Piergiuseppe Agostoni, direttore del Dipartimento di Cardiologia critica e riabilitativa del Monzino, professore ordinario di malattie cardiovascolari all'università Statale di Milano - Questi farmaci hanno cambiato le linee guida e, se il trattamento viene iniziato precocemente nei primi stadi della cardiopatia, permettono davvero di curare questi malati ottenendo una riduzione di mortalità che, nelle ultime metanalisi, arriva al 61%. Non siamo mai stati così tanto vicini a 'curare' l'insieme di problemi cardiaci chiamato scompenso", rimarca lo specialista.

"Stiamo scoprendo che questi nuovi farmaci hanno potenzialità terapeutiche inaspettate - aggiunge Mapelli - Per esempio, sono diuretici 'intelligenti' che, oltre a migliorare la prognosi dello scompenso, rallentano la progressione dell'insufficienza renale e permettono di risparmiare dosaggi dei diuretici tradizionali, a patto che vengano iniziati per tempo. Cambia dunque il paradigma con cui trattiamo questi malati. In molti, ad esempio - puntualizza l'esperto - dobbiamo incentivare l'assunzione di liquidi, contrariamente alla terapia dello scompenso 'anni '80', in cui si raccomandava al paziente bere pochissimo per evitare sovraccarico idrico. Da questo studio su dapagliflozin ci aspettiamo nuove prospettive di applicazione e, soprattutto, speranze concrete per i nostri pazienti".



04

Studio Gemelli, speranza nuovo farmaco per fibrosi polmonare idiopatica

Nuova possibile terapia all'orizzonte contro la fibrosi polmonare idiopatica (Ipf), una malattia rara che colpisce 30-50mila italiani. Un farmaco innovativo, inibitore delle fosfodiesterasi 4b (BI 1015550), si è dimostrato "sicuro e in grado di rallentare il declino della funzionalità polmonare nei pazienti con Ipf", secondo uno studio internazionale di fase 2 coordinato da Luca Richeldi, direttore Uoc di Pneumologia della Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli Ircs di Roma, ordinario di Malattie dell'apparato respiratorio dell'università Cattolica, campus capitolino. Il lavoro è stato presentato al congresso dell'American Thoracic Society-Ats (San Francisco, 13-18 maggio) e pubblicato in contemporanea sul 'New England Journal of Medicine'.

La Ipf è una forma di fibrosi polmonare senza una causa identificata, che colpisce in genere intorno ai 65 anni, più i maschi e i fumatori, e che come tutte le patologie rare risente di un problema di sottodiagnosi. "La forma idiopatica" di fibrosi polmonare "è quella più rara, ma anche la più grave - ricorda Richeldi - In genere la sopravvivenza dal momento della diagnosi è intorno ai 5 anni, pur avendo oggi a disposizione delle terapie anti-fibrotiche che ne rallentano la progressione, senza tuttavia arrestarla". Da qui l'interesse per i nuovi dati su BI 1015550. "Abbiamo coordinato a livello mondiale la fase 2 e saremo i coordinatori mondiali anche per la fase 3, che partirà il prossimo ottobre - anticipa lo specialista - E' un farmaco innovativo e molto specifico. Questo ha dei vantaggi in termini di effetti collaterali, che sono più contenuti. In vitro e in modelli animali il nuovo farmaco ha dimostrato di avere sia effetti antinfiammatori che anti-fibrotici. Si somministra per bocca, due volte al



giorno".

Innovativo il farmaco e innovativo il disegno del trial di fase 2, sottolineano dal Gemelli. Durato 3 mesi, ha arruolato sia pazienti in placebo puro (naïve), sia pazienti già in terapia con gli altri due farmaci anti-Ipf: in tutto 147 partecipanti, randomizzati con rapporto 2 a 1 a ricevere farmaco attivo o placebo. "E' il primo studio sulla Ipf che ha utilizzato un approccio cosiddetto 'bayesiano', oggi molto di moda - evidenza Richeldi - perché consente di ridurre il numero dei pazienti nel gruppo placebo, utilizzando dei controlli presi da studi precedentemente eseguiti. Il vantaggio è quello di dare risultati molto solidi in un tempo contenuto e questo è importante perché può accorciare i tempi di sviluppo dei nuovi farmaci, soprattutto nelle malattie rare". I risultati di fase 2, da confermare in fase 3, indicano che BI 1015550 è "sicuro, sia in combinazione con altre terapie che da solo". Nei 3 mesi di durata dello studio la terapia "ha stabilizzato la funzionalità respiratoria dei pazienti".

"Questo farmaco percorre una via molecolare nuova e potrebbe dunque avere un effetto sia sinergico che additivo con gli altri due farmaci già utilizzati in clinica", commenta Richeldi. "Negli ultimi anni - ricorda infatti l'esperto - sono stati introdotti in terapia due farmaci, il pirfenidone e il nintedanib, che rallentano la progressione di malattia del 50% circa; quanto prima vengono iniziati, maggiore la loro efficacia. Poco prima che entrassero in commercio, uno studio pubblicato" sempre "sul 'Nejm' nel 2012 aveva dimostrato che i cortisonici, che utilizzavamo in cronico in questi pazienti, possono addirittura accelerare la progressione di malattia, aumentando i ricoveri". Quello che era stato lo standard di terapia per un decennio, pur non sostenuto da un trial randomizzato, si era dimostrato non solo inefficace, ma dannoso. Per questo



da allora la terapia steroidea è riservata alle sole riacutizzazioni della lpf.

Pirfenidone e nintedanib hanno dunque segnato una svolta terapeutica contro la malattia, però "non nascono come anti-fibrotici, cioè come terapie studiate per la lpf - precisa Richeldi, che al Gemelli dirige un centro di riferimento internazionale sulle fibrosi polmonari - Solo in un secondo momento si è scoperto che avevano un'azione di rallentamento della malattia, ma sono nati per altre patologie. Il nintedanib, un triplo inibitore delle tirosin-chinasi, è usato in oncologia per il tumore del polmone; il pirfenidone, che nasce come antibiotico veterinario, ha un effetto anti-fibrotico per meccanismi d'azione non chiariti. Hanno rappresentato un passo avanti epocale per il trattamento dell'lpf, ma non la soluzione. Rallentano, ma non bloccano e non guariscono la malattia. Inoltre, sono gravati da un importante profilo di effetti collaterali che, in almeno un terzo dei pazienti, richiede la sospensione del farmaco".

La ricerca farmacologica è andata quindi avanti, cercando medicinali più efficaci e meno tossici, da usare da soli o in associazione a pirfenidone e nintedanib. "Al momento - riferisce Richeldi - sono in fase di esecuzione due studi di fase 3: uno con la pentraxina, una molecola ricombinante che agisce sui macrofagi, bloccando l'attività di quelli profibrotici; l'altro con il pamrevlumab, un anticorpo monoclonale diretto contro un fattore di crescita per il connettivo. Gli studi, entrambi coordinati a livello mondiale dal nostro centro, sebbene rallentati dalla pandemia, hanno quasi raggiunto la fine dell'arruolamento. Le fasi 2 di questi studi, anch'esse coordinate da noi, sono state in precedenza pubblicate su 'Jama' e su 'Lancet Respiratory Medicine'. Questi studi potrebbero portare uno o entrambi questi farmaci (a somministrazione endovenosa) nella pratica clinica. Ma dovremo aspettare la fine del prossimo anno per acquisire i risultati completi degli studi di fase 3".



PHARMAMARKET

Spray contro l'insufficienza cardiaca, Cnr-Inail per l'innovazione delle cure

Lo sviluppo di uno spray per il trattamento dell'insufficienza cardiaca. E' l'obiettivo del trasferimento tecnologico messo in campo da Inail e Cnr che hanno concesso in licenza d'uso esclusiva alla newco biotecnologica NanoPhoria srl, neonato spin-off del Cnr, un brevetto in contitolarità che riguarda una metodologia innovativa di veicolazione di farmaci, per il trattamento di patologie cardiache mediante l'utilizzo di nanoparticelle. "Questa metodologia, veicolando un principio attivo di proprietà del Cnr - sottolinea il comunicato dell'Inail - e implementata da un sistema per la somministrazione per via inalatoria brevettato da Cnr e PlumeStars srl, ha consentito lo sviluppo di un'innovativa nano-formulazione terapeutica inalabile per il trattamento dell'insufficienza cardiaca, di cui NanoPhoria intende completare la sperimentazione pre-clinica e ottenere l'autorizzazione agli studi clinici sull'uomo".

"I principali medicinali per il trattamento di pazienti cardiopatici prevedono somministrazioni per vie enterali o endovenose, a cui si associano però delle limitazioni - ricorda l'Inail - come gli effetti collaterali legati alla veicolazione verso altri organi e il ridotto assorbimento dei farmaci. La nuova procedura rende invece possibile un trattamento terapeutico e diagnostico non invasivo, rapido e selettivo, che tramite le vie inalatorie arriva direttamente al cuore, permettendo di ottimizzare i risultati delle terapie e ridurre gli effetti collaterali".

Attraverso ulteriori sperimentazioni cliniche e la concessione in licenza a NanoPhoria dei brevetti che tutelano le diverse componenti della nano-formulazione, l'obiettivo dell'iniziativa, che sarà presentata nel corso dell'edizione 2022 di BioEquity Europe, principale evento continentale del



settore biofarmaceutico in programma a Milano dal 16 al 18 maggio, è il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca per l'immissione di prodotti terapeutici sul mercato italiano e internazionale, previa autorizzazione delle agenzie di controllo.

L'azienda ha sede a Milano e sta sviluppando una piattaforma versatile non virale per la somministrazione di farmaci basati su nanoparticelle inorganiche, con il supporto di Sofinnova Partners, una delle principali società europee di venture capital nel settore delle scienze della vita, che ha appena annunciato un investimento in NanoPhoria da 3,5 milioni di euro, che consentiranno anche l'avanzamento dello sviluppo del brevetto in contitolarità tra Cnr e Inail.



La salute dei detenuti è più fragile rispetto agli altri. Dal rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità emerge che queste patologie sono tra le maggiori minacce e le politiche per ridurle sono insufficienti

L'Oms: "Bisogna ridurre le malattie non trasmissibili"

DAMIANO ALIPRANDI

In uno studio di 76 pagine, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha illustrato come affrontare il carico di malattie non trasmissibili nelle carceri nella regione europea. Si apprende che circa 30 milioni di persone, la maggior parte delle quali soffre di molteplici svantaggi, si muovono ogni anno a livello globale tra le carceri e le comunità. Il continuo flusso di persone tra la comunità e le strutture penitenziarie rende quest'ultima un punto focale della salute pubblica, poiché gli investimenti effettuati nei servizi sanitari carcerari riducono l'onere per l'assistenza sanitaria della comunità e alla fine contribuiscono a società più sane. Secondo l'Oms, affrontare le disuguaglianze sanitarie nelle carceri è fondamentale.

SONO QUATTRO I MAGGIORI FATTORI DI RISCHIO DI QUESTE MALATTIE

Le malattie non trasmissibili causano il 71% dei decessi a livello globale e rappresentano una sfida per i sistemi sanitari. Sono 4 i fattori di rischio di queste malattie più significativi nei luoghi di detenzione: uso di tabacco e alcol, bassi livelli di attività fisica e diete squilibrate. A ciò si aggiunge l'inquinamento ambientale e i fattori sanitari sistemici come cause di preoccupazione. Tuttavia – secondo lo studio dell'Oms, queste malattie sono scarsamente riconosciute come un problema sanitario importante nelle carceri, dove l'obiettivo principale è stato tradizionalmente la prevenzione delle malattie infettive e degli infortuni. Denuncia che ci sono scarse ricerche sulle malattie non trasmissibili nelle carceri o



dati solidi dalle carceri. Il sottoinvestimento nelle malattie non trasmissibili osservato nella società in generale è amplificato nelle strutture carcerarie, dove le malattie non trasmissibili non sono ancora considerate una priorità.

Il programma di lavoro europeo dell'Oms definisce una visione per supportare meglio i paesi nel raggiungimento della copertura sanitaria universale. Uno dei suoi fiori all'occhiello è la salute mentale, una componente importante della salute carceraria. Gli attuali sistemi informativi nella Regione Europea, tuttavia, non raggiungono in modo inadeguato l'intero mandato dell'erogazione dei servizi e dei risultati sanitari. Anche le informazioni sui fattori di rischio comportamentali acquisiti nelle cartelle cliniche delle carceri sono scarse. I dati precedenti del database europeo Health in Prisons suggerivano che solo il 2% degli Stati membri della regione disponeva di dati sulla percentuale di persone in sovrappeso in carcere e solo il 15% poteva indicare la prevalenza dell'ipertensione, entrambi fattori di rischio per le malattie non trasmissibili. Questo è il motivo per cui l'Oms ritiene che sia una priorità per i sistemi sanitari carcerari concentrarsi sulla piena attuazione delle cartelle cliniche penitenziarie. I sistemi informativi devono acquisire dati di alta qualità sui fattori di rischio delle malattie non trasmissibili in modo che possano essere adottate politiche basate sull'evidenza.

L'OMS PROPONE INTERVENTI PER RIDURRE IL CARICO DI QUESTE PATOLOGIE IN CARCERE

Il rapporto dell'Oms riassume le prove esistenti e presenta politiche e interventi per ridurre il carico di malattie non trasmissibili nelle carceri, fornendo esempi di buone pratiche in tutto il mondo. Sebbene non siano esaustivi, questi esempi offrono soluzioni pratiche semplici e ben progettate per aumentare l'attività fisica, migliorare la qualità nutrizionale, ridurre l'uso di alcol e tabacco, controllare il diabete e l'obesità, ridurre la pressione alta e miglioramento degli interventi ambientali. Il rapporto dell'Oms riassume i dati di una recente ricerca sulle disuguaglianze delle malattie non trasmissibili nelle persone che vivono in carcere.

Quali sono? L'Oms indica alcuni fattori principali. La

prevalenza di malattie cardiovascolari nelle persone di età superiore ai 50 anni che vivono nelle carceri in Europa è oltre 3 volte superiore a quella della popolazione generale. Le probabilità di avere una patologia respiratoria, tra cui l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva, sono da 3 a 6 volte più alte tra le persone in



carcere rispetto alle comunità esterne. Rispetto alla popolazione generale, i detenuti hanno tassi di malattie psicotiche e depressione maggiore da 2 a 4 volte superiori e tassi di disturbo antisociale di personalità 10 volte superiori.

RISCHIO MAGGIORE IN CASO DI CONTAGIO CON IL SARS COV-2

Inoltre, i dati provenienti dal Canada e dagli Stati Uniti d'America mostrano che alle persone detenute viene diagnosticato il cancro al collo dell'utero a tassi 4-5 volte superiori e che il rischio di morire di cancro è 1,4-1,6 volte più alto rispetto alle persone nelle comunità esterne. Le malattie non trasmissibili esistenti pongono le persone infettate con il Sars-CoV-2 a un rischio più elevato di Covid grave o di morte. D'altronde, questo lo abbiamo visto in Italia. Nel periodo emergenziale, alcuni detenuti con malattie pregresse sono stati mandati in detenzione domiciliare. Ci furono polemiche, perché diversi di loro erano reclusi per mafia. A seguito dell'indignazione, alcuni di loro furono rispediti dentro. Hanno contratto il covid e sono morti.

L'Oms sottolinea che una popolazione carceraria in aumento e che invecchia presenta ulteriori sfide a una popolazione che già sperimenta peggiori risultati di salute. Nel 2018 c'erano più di 11 milioni di persone che vivevano in carcere nel mondo, con un aumento dell'8% dal 2010. Una revisione sistematica incentrata sui dati epidemiologici delle persone in carcere ha evidenziato che gli anziani avevano tassi più elevati di diabete, cancro, malattie cardiovascolari e malattie del fegato. Vale la pena notare che, mentre nei paesi industrializzati e nella regione europea dell'Oms le persone di età pari o superiore a 65 anni sono convenzionalmente indicate come "anziani", è stato dimostrato che, per la popolazione carceraria, questa definizione vale dai 50 anni in su.

L'OBIETTIVO DELL'OMS È QUELLO DI MIGLIORARE LA SALUTE DEI DETENUTI

Quando le persone finiscono di scontare la pena, la loro salute risulta peggiore rispetto a coloro che non sono mai state incarcerate, perché hanno meno risorse economiche, livelli di stress più elevati, priorità contrastanti e scarso accesso alle cure. Poiché la popolazione carceraria sta crescendo e cambiando, è più probabile che un numero crescente di persone anziane soffra di malattie non trasmissibili. È stato anche riferito che l'invecchiamento di per sé, che si verifica a livello globale, gioca un ruolo nel profilo di età della popolazione carceraria e, di conseguenza, nella prevalenza della malattia.

L'obiettivo che l'Oms indica è quello di migliorare la salute delle persone che vivono in carcere e in altri luoghi di detenzione e raggiungere soprattutto l'obiettivo di sviluppo sostenibile: garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età, e ridurre disuguaglianza all'interno e tra i paesi. Per raggiungere tali obiettivi, è fondamentale affrontare le principali cause di morte prematura. Le malattie non trasmissibili rappresentano la maggior parte delle morti premature nel mondo, comprese le carceri. L'Oms conclude nel suo rapporto che tutti gli sforzi devono quindi essere incentrati sulla trasformazione delle carceri in ambienti che promuovono la salute in cui vi sia l'opportunità di impegnarsi nella prevenzione delle malattie non trasmissibili. La diagnosi precoce di queste malattie migliora la prognosi e quindi massimizza le possibilità di successo di qualsiasi intervento. Molte persone incarcerate provengono da comunità in cui ci sono barriere significative che bloccano l'accesso alle cure. Secondo l'Oms la reclusione può essere addirittura una sfida per ridurre le disuguaglianze poiché i governi, di fatto, hanno il dovere di prendersi cura delle persone private della libertà.





Una ricerca dell'Università di Harvard rivela che i medicinali nella versione solubile in acqua hanno un alto dosaggio di sale e possono fare alzare la pressione

Il cuore soffre se il farmaco è effervescente

LO STUDIO

Sempre più spesso numerosi farmaci (antinfiammatori, vitamine, antiacidi ecc) vengono offerti al pubblico in compresse o in formulazioni solubili o effervescenti per facilitarne l'assunzione piuttosto che per rendere l'assorbimento più rapido. Ma le due formulazioni sono assolutamente uguali?

La risposta è no, almeno per ciò che riguarda gli effetti collaterali ed in particolare sulla pressione. Questo è quanto si evince dallo studio di Chao Zeng e dei suoi collaboratori del Massachusetts General Hospital dell'Harvard Medical School di Boston (Usa) pubblicato sull'ultimo numero dell'*European Heart Journal*.

Gli autori hanno studiato l'effetto di due preparazioni di paracetamolo: quella effervescente o solubile (che contiene più sodio in quanto il sale favorisce la solubilità della sostanza) e quella delle normali compresse.

Scopo del lavoro era valutare, a distanza di un anno, i possibili rischi cardiovascolari delle due formulazioni in oltre 150.000 pazienti ipertesi ed in oltre 147.000 soggetti con pressione normale.

LO SCOMPENSO

Gli effetti sull'apparato cardiovascolare sono profondamente diversi. La preparazione effervescente ha incrementato il rischio di malattie cardiovascolari ad un anno di circa il 50% rispetto alla normale preparazione.

Era inoltre aumentato anche il rischio d'infarto, ictus e scompenso cardiaco in entrambe le popolazioni prese in esame.

È questa differenza tra la preparazione normale e effervescente riguarda non solo il farmaco oggetto dello studio, ma sembrerebbe essere comune, sia pure con differenti quantità di sodio contenute, a numerosi prodotti. Dagli antinfiammatori ai gastroprotettori, dalle vitamine agli alcalinizzanti urinari.

L'aumento del rischio cardiovascolare risulta correlato con l'aumento del contenuto di sodio (e conseguentemente della pressione) presente nelle preparazioni effervescenti dei vari farmaci.

LE PATOLOGIE

Negli anni si sono accumulati numerosi studi sui rischi per il nostro cuore di un consumo eccessivo di sodio nella dieta. Il Global Burden of Disease study, pubblicato sulla rivista *Lancet* qualche anno fa, aveva studiato gli effetti di varie diete sul rischio di malattie cardiache in

195 paesi di tutto il mondo ed aveva chiarito che l'eccesso di sodio nella dieta causava circa 3 milioni di morti ed 82 milioni di anni di disabilità nel mondo.

Una recente panoramica sull'argomento basata sui dati del Cochrane Database ha valutato che una riduzione di tre grammi circa di sodio al giorno nella dieta riduce la pressione arteriosa di quasi 6 mmHg entro pochi mesi.

LE EVIDENZE

Basandosi su tali evidenze, diverse società scientifiche, nonché l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano un consumo quotidiano di sale non superiore a 5 grammi al giorno (un cucchiaino da tè).

In questa quantità andrebbero comprese anche le quantità assunte con i farmaci che, nella composizione effervescente, possono raggiungere livelli elevati.

Antonio G. Rebuzzi
Docente di Cardiologia
Università Cattolica di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CHI SOFFRE
DI IPERTENSIONE
DEVE STARE ATTENTO
ALLA QUANTITÀ
DI SODIO CONTENUTA
NEI PRODOTTI**



Verso la telemedicina? Un italiano su due apprezza la maggior fruibilità delle prestazioni, grazie a orari più elastici

La telemedicina costituisce una delle principali frontiere di sviluppo della sanità integrativa anche alla luce dell'esperienza maturata con la pandemia che ha imposto cambiamenti radicali negli stili di vita e nei modi di lavorare con riflessi importanti nella cura del corpo.

Lo sottolinea un interessante approfondimento pubblicato sul Blog del Mefop che pone in risalto come uno dei principali vantaggi individuabili è quello di essere seguiti senza che medico e persona visitata si incontrino fisicamente.

Così come emerge da una recente indagine Blue Assistance per gli italiani la digital health trova comunque la sua vera forza nel fattore umano; vi è una apertura alla tecnologia in ambito sanitario ma non si vuole comunque rinunciare alla relazione interpersonale. Tra i plus percepiti per quasi un italiano su due la risposta è nella disponibilità delle prestazioni h24, senza limiti stringenti di orario; vi è poi molta attenzione alla serietà dei professionisti con cui interfacciarsi e sulla qualità delle cure. Come si sta muovendo il mercato delle assicurazioni sanitarie con particolare riferimento alla digitalizzazione? La recente Analisi del Trend dell'offerta dei prodotti assicurativi dell'Ivass evidenzia come ci si

muova verso il mettere a disposizione delle persone nuove piattaforme digitali per la salute tramite le quali si può accedere a tele e video consulti medici generici e special-

istici, prestazioni domiciliari consegna di farmaci e di qualsiasi prodotto in vendita presso le farmacie, infermieri e network sanitari e del benessere presso strutture convenzionate a prezzi agevolati.

Il report della Autorità di Vigilanza pone ancora in risalto come le compagnie, oltre a nuovi prodotti modulari flessibili, con ampie garanzie e servizi di assistenza, abbiano sviluppato prodotti digitali on demand, in grado di rispondere prontamente alle esigenze di protezione dell'assicurato, quando serve, con pochi click da uno smartphone. A volte le compagnie hanno fornito protezione a uno specifico target di clientela.

In termini più generali il tema della sanità integrativa è di crescente interesse considerato l'evoluzione del contesto economico - sociale (aumento della speranza di vita e conseguente invecchiamento della popolazione, cambiamento degli stili di vita, maggiore ricorso a prestazioni sanitarie attesi anche i continui progressi della medicina), l'esigenza di rimodulare il sistema sanitario a seguito della pandemia e la

ormai costante, progressiva crescita della spesa sanitaria privata.

Il nostro Paese si caratterizza infatti per avere una elevata incidenza della spesa diretta delle famiglie (cd. out of pocket) che vale il 23% del totale così come avviene in altri Paesi europei come Spagna, Portogallo e Svizzera mentre tale componente ha valori minimi in Germania (12,5%), Francia, Olanda. Fondi sanitari, compagnie di assicurazione, società e casse mutue si dividono in Italia la spesa sanitaria intermediata, che nel complesso, nonostante la crescita degli ultimi anni, resta però contenuta.

In prospettiva sembra profilarsi allora una architettura in cui vi sarà sempre più una combinazione sinergica tra Servizio Sanitario Nazionale (da un recente ricerca Unipol e Ipsos sul livello di conoscenza del PNRR da parte dei cittadini italiani il 31 per cento ritiene l'area salute la prima priorità a livello nazionale) e sanità integrativa sia con i fondi sanitari collettivi previsti dalla contrattazione collettiva e di piani di welfare aziendale che con le assicurazioni salute sia collettive che individuali. (riproduzione riservata)

Carlo Giuro



La peste suina Otto i casi di animali positivi già accertati. Tra le novità, il divieto di raccogliere funghi, pescare e fare trekking

Cinghiali, abbattimenti tra un mese

La caccia solo fuori dalla zona rossa. L'ordinanza: cabina di regia coordinata dalla Prefettura

Entro un mese la cabina di regia coordinata dalla Prefettura, alla quale partecipano ministero della Salute, Regione e Comune dovrà adottare il piano di eradicazione per il contenimento della peste suina. Gli abbattimenti avverranno fuori dalla zona rossa ovvero all'esterno del Raccordo. Sono otto finora i casi positivi accer-

tati all'interno dell'area di massima circolazione virale, dove sarà vietato raccogliere funghi, pescare e fare trekking.

a pagina 2 **Fiaschetti**

L'EMERGENZA PESTE SUINA

Firmata l'ordinanza, i cinghiali abbattuti solo fuori dalla zona rossa

Il provvedimento: proibito pescare, raccogliere funghi e fare trekking

Il piano di eradicazione degli ungulati, tramite la cattura o gli abbattimenti selettivi, verrà messo a punto entro 30 giorni a decorrere dall'emanazione dell'ordinanza del commissario straordinario all'emergenza peste suina, Angelo Ferrari, firmata ieri. Nel vertice riunitosi a Palazzo Valentini, al quale hanno partecipato tutte le istituzioni coinvolte, è stata comunicata la creazione di una cabina di regia per Roma sotto il coordinamento della Prefettura. Le azioni per ridurre il sovrappopolamento di cinghiali si concentreranno all'esterno della zona rossa, ovvero fuori dal Raccordo e dall'ulteriore ampliamento della perimetrazione a nord (tra Boccea, La Storta e la Cassia Veientana), per evitare che l'epidemia continui a diffondersi: l'area «buffer» (cuscinetto) si estende nel raggio di 10 chilometri dal Gra. Nell'ambito dove ormai la circolazione virale è so-

stenuta si ritiene che avverrà la selezione naturale degli esemplari infetti (il tasso di mortalità della malattia è del 98 per cento). I tempi, come ha sottolineato il commissario straordinario, non saranno brevi: «Gli otto casi positivi accertati finora sono stati trovati tutti all'interno della zona rossa. Bisogna avere la pazienza di attendere l'evolversi della situazione, prima di poter dichiarare la fine dell'emergenza deve trascorrere un anno dal ritrovamento dell'ultima carcassa».

Il nuovo provvedimento, che segue lo schema di quelli già adottati per Piemonte e Liguria, entra nel dettaglio degli interventi e dei soggetti incaricati di attuarli. Prioritaria la chiusura dei varchi lungo il Gra, per la quale è stata chiesta la collaborazione di Anas al fine di censire tutti i possibili corridoi utilizzati dai cinghiali. Nelle aree verdi urbane spetterà a Regione e Comune

provvedere alla messa in sicurezza. In parallelo il Campidoglio dovrà adoperarsi per rendere inaccessibili i cassonetti - i rifiuti sono tra i veicoli principali di contagio - o spostarli. La Regione, in collaborazione con Roma Natura e le istituzioni territoriali, dovrà anche attivarsi nella ricerca delle carcasse di suini selvatici (del campionamento e dello smaltimento si occuperanno invece le Asl e l'Istituto zooprofilattico di Lazio e Toscana). Tra le novità, il divieto di raccogliere funghi, pescare, fare trekking e svolgere altre attività che comportino il rischio di contatto, anche indiretto con gli ungulati nelle aree agricole o naturali.

Il sottosegretario alla Salute, Andrea Costa, ha ribadito



l'importanza di definire un percorso partecipato: «La cabina di regia, coordinata dal Prefetto e da un suo delegato, individuerà le attività e condividerà il piano per ridurre la presenza di cinghiali fuori dalla zona rossa». Il governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, si è detto fiducioso che, malgrado la complessità, l'emergenza verrà superata: «È iniziata l'attività di monito-

raggio e contenimento, abbiamo dato vita alla cabina di regia per essere più efficienti. Sarà una fase lunga, ma vi sono tutte le condizioni per uscirne». Sabrina Alfonsi, assessora comunale all'Ambiente, si è unita ai ringraziamenti per il supporto del governo: «La cabina di regia può

aiutare ad affrontare l'emergenza, per evitare danni economici agli allevamenti».

Maria Egizia Fiaschetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



● Angelo Ferrari (in foto), commissario straordinario per l'emergenza peste suina, ha firmato ieri l'ordinanza. Entro 30 giorni verrà messo a punto il piano per la cattura o l'abbattimento degli ungulati

Il ritorno

Già nell'agosto dello scorso anno i cinghiali avevano banchettato in via dei Giornalisti dai cassonetti stracolmi (foto Giuliano Benvegnù)



SANITÀ IN CAMPANIA

Ospedali Covid, convocato dai pm il n. 2 di De Luca

Inviti a comparire fissati a scaglioni, il 27 maggio, per una decina di indagati, tra i quali spicca il manager dell'Asl Napoli 1, Ciro Verdoliva, fedelissimo del governatore Vincenzo De Luca. È la scelta investigativa della procura di Napoli guidata da Giovanni Melillo, per mettere qualche punto fisso e avviare verso la conclusione l'indagine iniziata un paio di anni fa sulla realizzazione degli ospedali modulari costruiti in fretta e furia per arginare la fase acuta della primissima emergenza Covid. Tra gli indagati convocati in procura, il coordinatore dell'unità di cri-

si coronavirus, Italo Giulivo, e una dirigente dell'unità di crisi e dell'ufficio di gabinetto di De Luca, l'ingegnere Roberta Santaniello. L'inchiesta dei pm Di Mauro e Woodcock ora giunge a uno snodo cruciale.

Nel mirino le procedure attraverso le quali la Regione Campania individuò in tempi record, tra il 16 e il 19 marzo 2020, attraverso un bando della società regionale della sanità Soresa, l'impresa Med di Padova per realizzare un ospedale modulare a Napoli sul "modello cinese". Capace, secondo il progetto, di ospitare 48 posti di

terapia intensiva. La Regione Campania investì nell'operazione, che comprendeva altri due ospedali modulari tra Caserta e Salerno per un totale di 72 posti di terapia intensiva, circa 12 milioni di euro. L'operazione fu accompagnata da numerose polemiche: i posti di terapia intensiva risultarono a lungo inutilizzati e un reportage di Fanpage rivelò alcune anomalie su lavori di sbancamento che sembravano essere iniziati prima dell'affidamento ufficiale.

VIN. IUR.

