



ASL Taranto

PugliaSalute

# ***Rassegna Stampa***

***Martedì***

---

***02 aprile***

---

***2024***

---



## La ripresa dell'attività

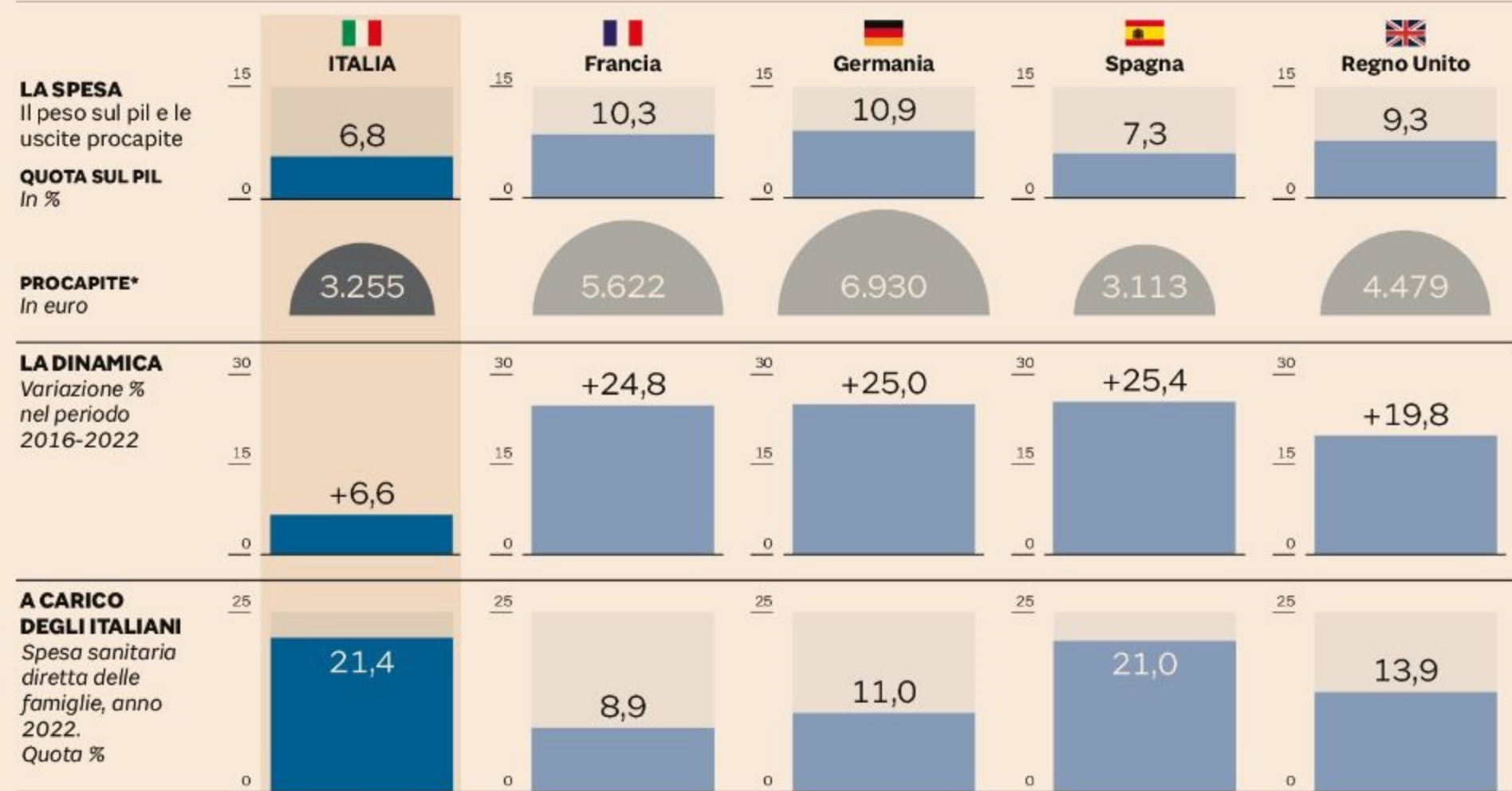
# Da oggi pazienti alla Cittadella Cisl-Uil soddisfatti

La Fondazione Cittadella della Carità riprende l'attività. Come già evidenziato sabato è stato revocato il provvedimento di sospensione alla Casa di Cura "Arca". L'annuncio è stato accolto con soddisfazione dai segretari generali Flavia Ciracci (Cisl Fp) e Giovanni Maldarizzi (Uil Fpl), i quali hanno sottolineato l'importanza sociale e lavorativa di tale revoca. «Adesso - dicono - il prossimo passo è il piano industriale per il rilancio della struttura sanitaria».

La Regione Puglia infatti ha annunciato nella giornata di venerdì la revoca del provvedimento di sospensione delle autorizzazioni e degli accreditamenti alla Fondazione Cittadella della Carità, consentendo così alla Casa di Cura "Arca" di riaprire le sue porte ai pazienti. Questa decisione giunge dopo un attento esame delle memorie difensive presentate dalla Fondazione. Dunque da oggi la struttura può tornare ad accogliere i pazienti. Mentre per i poliambulatori si dovrà attendere qualche giorno in più. «La revoca del provvedimento - scrivono i confederali - rappresenta un passo avanti significativo nella normalizzazione della situazione presso la Cittadella della Carità. Questo successo è stato possibile grazie al lavoro di concertazione dei rappresentanti sindacali della Funzione Pubblica di Cisl e Uil, i quali si sono impegnati attivamente per risolvere prontamente la questione, che minacciava di privare i cittadini di un polo sanitario cruciale per il territorio dell'arco ionico».

Inoltre, i sindacati hanno richiesto il tempestivo ripristino di tutte le autorizzazioni sospese il 18 marzo 2024 dal Dipartimento del Servizio Accreditamenti e Qualità. «Questa richiesta - continuano Cisl e Uil - è motivata dalla necessità di riprendere le attività sanitarie essenziali per l'intero territorio ionico e di mantenere i livelli occupazionali ad esso correlati. I sindacati si sono anche espressi nella speranza che venga presto risolto il blocco dei servizi dei poliambulatori, fondamentali per ridurre le lunghe liste d'attesa». E concludono: «Adesso il prossimo passo avanti è il concordato preventivo e la presentazione del piano industriale per la ripartenza del polo sanitario e la salvaguardia dei livelli occupazionali».

Il confronto europeo



\* prezzi correnti a parità di potere d'acquisto - \*\* anno 2021; Fonte: Corte dei conti, relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali

# Sanità in affanno, l'Italia spende la metà di Germania e Francia

**Il confronto.** Per la Corte dei conti le prestazioni ancora reggono ma i fondi pubblici fermi a 3.018 euro pro capite sono il 47% di quelli tedeschi e il 57,9% di quelli francesi. A Roma primato di spesa delle famiglie (21% del totale)

Gianni Trovati  
ROMA

La categoria del miracolo non appartiene agli strumenti di analisi della finanza pubblica. Ma sembra avvicinarsi parecchio a quanto compiuto fin qui dal sistema sanitario italiano. Che viaggia su livelli di finanziamento pubblico ormai sideralmente lontani da quelli abituali nei principali Paesi europei, ma riesce comunque a garantire un livello di risultati in linea con le medie continentali: anche se con difficoltà crescenti, in un quadro macchiato da distanze sempre più allarmanti fra Nord e Sud.

Il quadro emerge chiaro dalla nuova Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali appena depositata dalla sezione Autonomie della Corte dei conti (delibera 4/2024; relatori Paolo Peluffo ed Elena Tomassini). Con un'impostazione percorsa da forti elementi innovativi, l'esame dei magistrati contabili non si limita questa volta alla scansione puntuale dei dati di bilancio, ma si allarga in uno sguardo a tutto campo che incrocia i dati finanziari e quelli di performance, pescati dai dati sui livelli essenziali di assistenza (Lea) ma anche dagli indicatori sul benessere equo e sostenibile (Bes) elaborati dall'Istat e da quelli costruiti dall'Ocse sulle performance dei sistemi sanitari: collocando i risultati in un contesto internazionale che aiuta a inquadrare meglio le incognite della sanità di casa nostra.

I numeri parlano chiarissimo, come sono abituati a fare. La spesa pubblica italiana per la sanità oscilla oggi intorno ai 131 miliardi, contro i 427 della Germania, i 271 della Francia e i 230 del Regno Unito. Nel rapporto al prodotto interno lordo, che misura in modo più efficace il confronto internazionale, noi ci fermiamo al 6,8%, mentre la Germania arriva al 10,9%, la Francia al 10,3% e il Regno Unito al 9,3%. Il grado di condizionamento imposto dallo stato dei conti pubblici e dal livello del debito si fa ancora più evidente quando si guarda alle dinamiche degli ultimi anni. Fra 2016 e 2022 l'Italia ha realizzato la crescita economica più modesta fra i grandi Paesi del continente,



La relazione. La spesa pubblica italiana per la sanità si attesta sui 131 miliardi di euro

**LO STALLO**  
Nonostante la pandemia, fra 2016 e 2022 le uscite sono aumentate del 6,6% contro il +25% degli altri big europei

**IL «MIRACOLO»**  
Risultati su emergenze e assistenza sopra la media Ocse ma deficit di infermieri (-48,4%) e posti letto (-38,7%)

con un +6,6% che si confronta con il +8,5% della Germania, il +8,2% della Francia e il +10,2% del Regno Unito. Ma è anche l'unica ad aver aumentato la spesa sanitaria meno del prodotto interno lordo: nello stesso periodo il contatore segna +6,6%, mentre Berlino, Parigi e Londra hanno fatto segnare valori fra il 24,8 e il 25,4%, a ritmi cioè circa quattro volte superiori a quelli italiani. In sintesi estrema, a parità di potere d'acquisto la spesa sanitaria italiana per abitante (3.255 dollari all'anno; circa 3.018 euro) è il 47% di quella tedesca (6.930 dollari) e il 57,9% di quella francese (5.622). Prima morale ricavabile: il vincolo prodotto dallo stato dei conti pubblici ha potuto più della pandemia e dei nuovi bisogni generati dal miglioramento delle tecnologie sanitarie e anche dall'invecchiamento della popolazione, altro fenomeno in

cui l'Italia è primatista. Ma nemmeno in sanità i pasti sono gratis. E a fare da contraltare alla carenza di risorse pubbliche ci sono, banalmente, i portafogli degli italiani, che si caricano direttamente tramite prestazioni a pagamento una spesa annua da quasi 920 euro a testa, coprendo per questa via il 21,4% del costo complessivo della sanità italiana. I tedeschi invece si accontentano di pagare l'11% del totale, 882,6 euro in termini nominali, gli abitanti del Regno Unito si attestano a 763,9 euro (13,5%) e i francesi non vanno oltre i 544,9 euro, coprendo così l'8,9% della spesa complessiva. Basta una chiamata a un Centro di prenotazione unica per fissare la data di qualche esame o visita specialistica per capire il perché.

Ma anche con queste premesse complicate, sottolinea la Corte dei conti, «le performance del servizio sanitario nazionale riguardo agli esiti di salute e alla qualità delle cure, risultano generalmente superiori a quelle medie dei Paesi Ocse, e descrivono, quindi, un sistema sanitario mediamente efficiente ed efficace». A questo risultato concorrono per esempio parametri come tasso di mortalità prevenibile (in Italia 91 per 100mila abitanti) o trattabile (55 per 100mila) si fermano molto sotto alla media Ocse (rispettivamente 158 e 79 per 100mila abitanti); la mortalità a 30 giorni dopo un attacco ischemico in Italia arriva al 6,6% contro il 7,8% Ocse, e anche la qualità dell'assistenza primaria poggia su un livello molto basso di ricoveri inappropriati per infarto acuto (214 ogni 100mila abitanti contro 463) e gli accertamenti preventivi per lo screening del cancro al seno abbracciano il 56% delle donne (qui l'Ocse arriva al 55%). Andiamo peggio nel consumo eccessivo di antibiotici, nei tassi di mortalità per inquinamento e, naturalmente, nella disponibilità di risorse umane (6,2 infermieri ogni mille abitanti contro i 9,2 della media Ocse; -48,4%) e strutturali (3,1 posti letto ogni mille abitanti, 4,3 nell'Ocse: -38,7%). Perché i miracoli, appunto, non esistono.

# Vita in salute: a Bolzano dura 16 anni in più rispetto alla Calabria

Gli esiti

Pesano gli stili di vita, ma anche la qualità delle cure erogate dalle Regioni

Marzio Bartoloni

Bastano poco meno di mille chilometri per vivere in salute 16 anni di più. Chi nasce nella Provincia di Bolzano ha infatti maggiori possibilità di trascorrere gran parte della vecchiaia senza l'afflizione di patologie croniche spesso invalidanti al contrario di chi quella vecchiaia deve trascorrerla in Calabria dove l'indicatore di vita in buona salute alla nascita crolla a 53,1 anni, 16 anni in meno appunto che in Alto Adige. Tra l'altro se ci sposta poco più in là si scopre che a Trento si ha una speranza di vita di ben 3 anni superiore a quella della Campania

Sono forse questi i numeri più eclatanti raccolti dalla Corte dei conti nella sua relazione che raccontano meglio di tutti quali divari ci siano nello stato di salute degli italiani. La colpa? Le variabili sono tante: sicuramente pesano gli stili di vita che vedono una frattura tra Nord e Sud: si passa a esempio da un 25,6% di sedentarietà in Lombardia al 53,4% in Campania, al 58,2% in Calabria e al 57,7% in Sicilia. «Non stupisce dunque - sottolineano i magistrati contabili - che in termini di eccesso di peso il non soddisfacente dato medio nazionale del 44,5% della popolazione maggiore venga di aggregato con un picco del 54,1% in Campania, del 52,8% in Basilicata, del 49,2% in Sicilia» da confrontare con il 42,4% di Piemonte e Toscana e il 38,8% di Bolzano.

Ma non sono solo le abitudini degli italiani che cambiano in base alla latitudine a spiegare queste fratture in termini di performance di salute. La Corte dei conti che mette in fila stavolta non solo i numeri della spesa sanitaria ma anche gli esiti degli investimenti in Sanità racconta bene anche di un Servizio sanitario nazionale che viaggia a velocità molto diverse: la cartina di tornasole di queste faglie all'interno del Ssn è la misurazione dei cosiddetti Lea, i livelli essenziali di assistenza e cioè le cure che il Ssn dovrebbe garantire a tutti gli italiani gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket allo stesso modo in tutta Italia. Ebbene

la fotografia degli ultimi anni che viene scattata dal ministero della Salute è sempre uguale e molto nitida: Il Nord con alcune eccezioni supera abbondantemente la sufficienza in tutti e tre i macro-indicatori con cui si misura l'effettiva erogazione dei Lea e cioè il settore della prevenzione (come gli screening), del distretto (le cure cioè sul territorio) e dell'ospedale, mentre al Sud anche qui con alcune eccezioni importanti con fatica raggiunge la sufficienza in tutti e tre i macro indicatori. Gli ultimi dati definitivi di queste «pagelle» sono quelli del 2021 quando sono state sette le Regioni che hanno riportato un punteggio insufficiente in almeno una delle tre aree, «di cui due (Valle d'Aosta e Calabria) in tutte e tre le aree, una (Sardegna) in due, e quattro solo in una (P. A. di Bolzano, Molise, Campania, Sicilia)». Nella sua relazione la Corte dei conti pubblica anche i dati «provvisori» relativi al 2022 dove quasi la metà delle Regioni incassa almeno una insufficienza: anche

**Nelle pagelle sui Lea Veneto, Emilia e Toscana al top, mentre il Sud arranca e i pazienti migrano al Nord**

qui a prevalere è il Sud con Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna a registrare le performance peggiori. Al contrario ormai da diversi anni il podio delle Regioni più virtuose nell'erogare i Lea lo conquistano Veneto, Emilia e Toscana seguite a stretto giro dalla Lombardia. Tra l'altro oltre a garantire meglio le cure spesso le Regioni del Nord ne garantiscono di più: ieri ad esempio doveva entrare in vigore un nuovo pacchetto di prestazioni gratuite ma il Governo ha deciso di farle slittare al 2025, un rinvio che per alcune Regioni (spesso del Nord) non vale visto che con risorse proprie hanno deciso già di assicurarle (si veda articoli a pagina 22).

Questi divari tra le Regioni in termini di performance diventano anche una calamita per la cosiddetta «mobilità sanitaria», in pratica i vecchi «viaggi della speranza» dal Sud al Nord in cerca di cure migliori: chi fa le valigie per curarsi lo fa soprattutto da Campania, Calabria e Sicilia verso Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna. Con quest'ultima che nel 2022 e nel 2023 attrae ormai molti più pazienti (e fondi) che la Lombardia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I punteggi delle Regioni nei livelli essenziali

Nuovo sistema di garanzia: monitoraggio Lea 2022 (dati provvisori)

Regione	PREVENZIONE			DISTRETTUALE			OSPEDALIERA		
	0	50	100	0	50	100	0	50	100
Piemonte	89,87	59,57	0,0						
Valle d'Aosta	48,95	47,25	54,73						
Lombardia	85,79	94,66	86,07						
P.A. Bolzano	54,14	77,03	74,56						
P.A. Trento	94,27	76,45	95,19						
Veneto	89,93	96,40	88,15						
Friuli V.G.	86,97	73,30	75,08						
Liguria	49,33	86,81	76,67						
Emilia R.	77,95	95,57	93,66						
Toscana	77,96	96,42	92,29						
Umbria	82,39	84,15	87,42						
Marche	62,71	90,71	91,26						
Lazio	46,44	71,97	79,48						
Abruzzo	49,31	63,52	72,63						
Molise	50,69	62,20	66,40						
Campania	45,72	57,61	67,97						
Puglia	76,43	70,73	76,68						
Basilicata	70,11	33,04	0,0						
Calabria	36,59	36,52	62,65						
Sicilia	47,18	58,54	79,23						
Sardegna	45,45	50,45	68,40						

Fonte: Corte dei conti, relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**OGGI GIORNATA DELL'AUTISMO**  
Si celebra oggi 2 aprile in tutto il mondo la Giornata mondiale della consapevolezza sull'autismo, condizione che in Italia si stima interessi almeno 500mila famiglie.

In occasione della Giornata, alcuni dei più importanti monumenti italiani e dei palazzi istituzionali saranno illuminati di blu per sensibilizzare la popolazione sul disturbo dello spettro autistico

ADOBESTOCK



**Screening neonatali.**

È un test non invasivo che permette di identificare precocemente numerose malattie congenite durante i primi giorni di vita

**PANORAMA**

**L'ANNUNCIO DEL MINISTRO**

**Schillaci: su vaccini Covid commissione di studio**

Una commissione di studio per censire i casi di reazioni avverse ai vaccini anti-Covid, per capirne la dimensione e la tipologia. Il ministro della Salute Orazio Schillaci ne propone l'istituzione in coordinamento con la nuova commissione d'inchiesta sulla gestione della pandemia, i cui lavori dovrebbero partire a breve. «Quest'anno - ha spiegato il ministro in un'intervista al Giornale d'Italia - abbiamo registrato un numero molto basso di adesioni alla campagna vaccinale, anche antinfluenzale. Quindi fare chiarezza sarebbe utile. Sarebbe opportuno soprattutto per dare maggiore tranquillità a tutti. Ci lavoreremo».

L'idea della commissione d'inchiesta suscita però perplessità tra infettivologi ed esperti, che sottolineano come dati di farmacovigilanza siano già largamente disponibili e l'avvio di una nuova commissione sul tema vaccini rischierebbe, invece, di minare la fiducia dei cittadini nella Sanità pubblica. L'ultimo Rapporto sulla sorveglianza dei vaccini anti-Covid dell'Agenzia italiana del farmaco prende in considerazione le segnalazioni di sospetta reazione avversa registrate nella Rete nazionale di Farmacovigilanza nei due anni di campagna vaccinale, dal 27 dicembre 2020 al 26 dicembre 2022, per i cinque vaccini in uso. In questo periodo sono pervenute 140.595 segnalazioni su un totale di 144.354.770 dosi somministrate (tasso di segnalazione di 97 ogni 100mila dosi), di cui l'81,3% (114.290) riferite a eventi non gravi, come dolore in sede di iniezione, febbre, astenia e stanchezza, dolori muscolari. Le segnalazioni gravi corrispondono invece al 18,7% del totale (26.305), con un tasso di 18 eventi gravi ogni 100mila dosi somministrate.

In merito al rischio di effetti collaterali dai vaccini Covid, Marco Cavaleri, responsabile vaccini dell'Agenzia Europea dei Medicinali (Ema), ricorda che si tratta di eventi rari: «L'Ema e il suo comitato di farmacovigilanza - spiega - ha monitorato attentamente gli eventi avversi dopo la vaccinazione Covid e riportato in modo trasparente tutti i risultati. Il monitoraggio continuerà come per qualsiasi altro vaccino o farmaco approvato in Europa».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Dagli screening all'anoressia: la beffa delle cure rinviate al 2025

**Sanità.** Il 1 aprile doveva entrare in vigore un pacchetto di nuove prestazioni gratuite, ma lo slittamento del tariffario congela anche i livelli essenziali di assistenza. Restano le disparità di offerta tra le Regioni

**Marzio Bartoloni  
Barbara Gobbi**

**N**iente da fare: dopo aver già atteso per sette anni milioni di pazienti italiani dovranno aspettare ancora un altro anno e cioè fino al 2025 per poter finalmente beneficiare di un nuovo pacchetto di livelli essenziali di assistenza - i cosiddetti Lea -, le cure cioè garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket. Tra queste tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, l'inserimento di oltre un centinaio di patologie nell'elenco delle malattie rare, la diagnosi e il monitoraggio della celiachia, il riconoscimento dell'endometriosi come malattia invalidante, gli screening neonatali per alcune patologie come la Sma, diversi ausili informatici e di comunicazione per disabili, ma anche esami e visite per tener sotto controllo i disturbi alimentari come bulimia e anoressia che allarmano tante famiglie o l'adroterapia, un nuovo tipo di radioterapia innovativa che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni per il trattamento di alcuni tumori. Tutti questi nuovi Lea dovevano entrare in vigore ieri, 1 aprile, dopo essere già slittati di tre mesi (il via libera originario era previsto per il 1 gennaio scorso). Ma come nel peggiore dei pesci d'aprile le nuove cure gratuite sono rinviate ancora e cioè fino al 1 gennaio 2025.

Una beffa per gli italiani provocata dal caos legato all'entrata in vigore del nuovo tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (visite ed esami) e della protesica (ausili e protesi per disabili) che doveva scattare proprio in concomitanza con l'avvio dei nuovi Lea. Ma dopo le proteste dei giorni scorsi di varie organizzazioni della Sanità privata accreditata e dei laboratori per la riduzione dei rimborsi per le strutture - «con tagli dal 30% all'80% per le tariffe in diminuzione», ha sottolineato Barbara Cittadini presidente dell'Aiop (l'Associazione dell'ospedale privata) - il Governo insieme alle Regioni, come già avevano fatto a fine dell'anno scorso, hanno imboccato la strada più facile e cioè quella di un nuovo rinvio secco sia per il nomenclatore tariffario che per le nuove prestazioni a carico del Ssn deciso con un decreto approvato giovedì scorso sul tavolo della Conferenza Stato Regioni. Una strada questa che poteva avere delle alternative come ha sottoli-

neato anche la Ragioneria generale dello Stato che nel suo parere al ministero della Salute aveva suggerito di far entrare in vigore il 1 aprile le nuove cure gratuite modificando poi in corsa le tariffe troppo basse (si veda articolo in basso).

Proprio la levata di scudi dei privati ha invece convinto il Governo e il ministero della Salute a correre ai ripari con la scelta più radicale quella appunto di un lungo rinvio fino al 1 gennaio del 2025. Nel mirino il corposo decreto ministeriale del 2017 che appunto già sette anni fa aveva rivisto tutte le tariffe di visite, esami e protesi e identificato anche il nuovo pacchetto di Lea. Quel decreto non era mai entrato in vigore fino al-

lo sblocco nell'aprile del 2023 deciso dal ministro della Salute Orazio Schillaci che allora aveva parlato di «giorno importante» per gli italiani e di «segnale fortissimo che va nella direzione di superare le disuguaglianze fra le regioni».

Ad oggi invece, dopo il nuovo rinvio, i livelli essenziali di assistenza disponibili in tutta Italia sono quelli risalenti al 2001 mentre solo alcune Regioni hanno deciso di ga-

rantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo a fondi propri. È il caso a esempio dello screening neonatale per la Sma presente in 12 Regioni e per il quale il ministero della Salute ha ricordato anche che sono stati stanziati dei fondi ad hoc.

Insomma a pagare il conto sono quindi, «ancora una volta, i cittadini che non potranno accedere alle prestazioni, anche innovative, previste dai Lea del 2017 o potranno farlo soltanto in alcune aree del Paese, laddove i conti delle regioni lo permettono», ha ricordato la segretaria nazionale di Cittadinanzattiva Anna Lisa Mandorino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Tra gli altri Lea slittati anche la procreazione assistita, l'adroterapia per la cura dei tumori e gli ausili per i disabili**

## La bacchettata della Ragioneria: «Dal 2016 sprecati 3,4 miliardi»

**Il parere del Mef**  
I rilievi inviati alla Salute

**U**n colpo al cuore del diritto alla salute tutelato dall'articolo 32 della Costituzione. È questo il nocciolo del parere inviato dalla Ragioneria generale dello Stato al ministero della Salute, con cui la Rgs metteva in guardia dai rischi per i cittadini di un ennesimo rinvio sui Lea. E proponeva di partire subito, magari istituendo un gruppo di lavoro per ridefinire in corsa le tariffe inadeguate. Parere approvato sul tavolo dell'ultima Conferenza Stato-Regioni, che ha comunque decretato lo slittamento. Eppure, la Rgs così come aveva fatto a fine dicembre quando era stato deciso un rinvio di tre mesi delle tariffe ambulatoriali (al 1° aprile 2024, appunto), metteva in guardia come «l'ulteriore posticipo consoliderebbe le disparità assistenziali che attualmente si registrano nei territori regionali». Differenze che spingono i pazienti ai «viaggi della speranza»: «Flussi di mobilità sanitaria - nel gergo della Rgs - verso le regioni che già oggi possono erogare numerose prestazioni, in quanto hanno provveduto negli anni ad aggiornare il tariffario regionale».

**I fondi stanziati per le nuove cure del Ssn**

Finanziamento per l'entrata in vigore dei nuovi Lea del 2017 e per i successivi aggiornamenti. In mln di euro



Fonte: Ragioneria generale dello Stato

Insomma i cittadini con questo rinvio saranno ulteriormente costretti a spostarsi per cercare nuove cure nelle regioni che le hanno previste. Eppure, nel corso degli anni di soldi per la revisione dei Lea sono arrivati a tutti ma sono stati usati per altro. «In mancanza di provvedimenti attuativi sono stati comunque utilizzati dalle regioni - è il rilievo della Ragioneria - per coprire altre occorrenze della spesa sanitaria e soprattutto inefficienze/squilibri dei loro servizi sanitari. Forse questo è il principale motivo per la richiesta di proroga».

Parliamo in tutto di 3,4 miliardi (per la precisione 3,446 mld): 3,046

fino al 31 dicembre 2023 per gli aggiornamenti dei tariffari legati all'ultimo Dpcm Lea del 2017, a cui sommare 400 milioni per revisioni successive. Soldi che d'ora in poi andranno messi in sicurezza per «salvaguardare gli obiettivi assistenziali» ed «evitare di coprire inefficienze regionali»: per questo la Rgs chiede al ministro Schillaci di bloccare i fondi destinati alle nuove tariffe e all'aggiornamento Lea (631 milioni per il 2024 e 781 dal 2025), «fino all'effettivo utilizzo delle risorse per le finalità indicate».

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**BERNARDO MATTARELLA**  
Amministratore delegato di Invitalia



# La pipeline dell'obesità: 124 farmaci in sperimentazione

**Farmaci Glp-1.** In un mercato, quello della perdita di peso, che potrebbe valere 100 miliardi di dollari entro la fine del decennio, cresce la concorrenza. Estratti vegetali selezionati dall'Intelligenza artificiale

Francesca Cerati

La pipeline dei farmaci Glp-1 per perdere peso è andata all-in. Del resto si tratta di un mercato che potrebbe valere l'incredibile cifra di 100 miliardi di dollari entro la fine del decennio. Oggi, secondo l'elenco stilato da Iqvia, le molecole per l'obesità allo studio sono 124 in tutto: 61 in fase 1, 47 in fase 2, otto in fase 3, oltre a quelle già approvate di Novo Nordisk ed Eli Lilly. La concorrenza è alta e verte anche sulla via di somministrazione, oggi iniettabile, domani per via orale.

E i tempi potrebbero essere relativamente brevi. L'ascesa dei Glp-1, come la semaglutide, non ha seguito la tradizionale traiettoria clinica dalla fase 1 alla fase 3, in quanto i benefici sulla perdita di peso di questa classe di farmaci si sono evidenziati nel contesto del loro uso nel diabete. Ciò significa che la pipeline come è oggi, con solo otto farmaci di fase 3, potrebbe improvvisamente diventare molto più ricca ripetendo lo stesso schema. In campo ci sono nomi come AstraZeneca, Bristol Myers Squibb, Novartis e Amgen, ma anche biofarmaceutiche più piccole come la californiana Viking Therapeutics. Quest'ultima, nei dati pubblicati a febbraio, ha prodotto con la sua molecola VK2735 una perdita di pe-



## L'elenco di Iqvia.

A oggi, secondo l'elenco stilato da Iqvia, le molecole per l'obesità allo studio sono: 61 in fase 1, 47 in fase 2, otto in fase 3, oltre a quelle già approvate di Novo Nordisk ed Eli Lilly

so fino al 14,7% dopo 13 settimane di trattamento, e prevede di avviare uno studio di fase intermedia in pazienti obesi entro la fine dell'anno con la versione in pillola.

Le aziende stanno quindi lavorando rapidamente per creare anche le forme orali dei Glp-1. Secondo l'analisi di Iqvia, il campo di sviluppo è per il 50% per via sottocutanea e per il 46% orale. In prospettiva, tra qualche anno, si potranno avere versioni molto potenti per un trattamento iniziale della perdita di peso e un diverso gruppo di farmaci per il mantenimento. A entrare poi sulla scena della concorrenza delle pillole dimagranti ci potrebbero essere an-

che due estratti vegetali, selezionati dall'intelligenza artificiale. A maggio, a Venezia, al Congresso europeo sull'obesità verranno presentati i risultati di uno studio condotto dagli scienziati spagnoli dell'Università Cattolica di Murcia che li hanno identificati da piante molto comuni e i cui estratti sono stati associati a benefici metabolici. La loro identità non si conoscerà fino a quando non saranno concessi i brevetti. Al momento, quello che gli autori hanno detto è che «agiscono con lo stesso meccanismo di semaglutide e simili, con meno effetti collaterali e più pratici da assumere perché in pillole invece che iniettabili».

E mentre la pipeline delle molecole dimagranti agoniste del Glp-1 avanza, Novo e Lilly non perdono tempo. All'inizio di marzo, la semaglutide di Novo ha ottenuto l'approvazione per ridurre il rischio di infarto e ictus negli adulti con malattie cardiovascolari obese o in sovrappeso. E Lilly ha mostrato i dati sulla steatoepatite associata a disfunzione metabolica (Mash) - che si verifica in pazienti che spesso sono obesi o hanno diabete di tipo 2 o dislipidemia - per la tirzepatide. La terapia ha aiutato il 74% degli adulti in sovrappeso o obesi con Mash a eliminare la malattia senza peggioramento delle cicatrici epatiche o della fibrosi dopo 52 settimane.

**Le aziende stanno lavorando per creare le forme orali dei Glp-1, che sono il 46% delle molecole in sviluppo**