



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

03 Febbraio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Piano antibiotico resistenza, misure salute umana ed ambiente

03 Febbraio 2023



(ANSA) - ROMA, 03 FEB - Lotta all'antibiotico resistenza attraverso alcuni pilastri di azione: formazione, informazione, comunicazione e trasparenza; la ricerca e innovazione, azioni di cooperazione nazionale ed internazionale piu' tre azioni verticali di prevenzione e controllo dell'antibiotico-resistenza nel settore umano, animale e ambientale. Previste azioni per il corretto uso e uno smaltimento adeguato. E' quanto prevede il piano nazionale approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022, pubblicato sul sito del Ministero della Salute. Il nuovo documento "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", nasce con l'obiettivo di fornire al Paese le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza nei prossimi anni, seguendo un approccio multidisciplinare e una visione One Health, promuovendo un costante confronto in ambito internazionale e facendo al contempo tesoro dei successi e delle criticità del precedente piano nazionale.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

"A causa dell'enorme pressione selettiva esercitata da un uso eccessivo e spesso improprio degli antibiotici in ambito umano, veterinario e zootecnico, nel tempo questo fenomeno ha assunto i caratteri di una delle principali emergenze sanitarie globali - si legge nel documento - Per mantenere l'efficacia degli antibiotici e tutelare quindi la salute delle persone, degli animali e dell'ambiente è necessario il coinvolgimento di tutti i diversi attori in tutti i settori: solo collaborando si può sperare di contrastare efficacemente lo sviluppo e la diffusione della resistenza agli antibiotici".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Tumori: 32% decessi Ue associato a povertà e poca istruzione

03 Febbraio 2023



(ANSA) - ROMA, 03 FEB - In Europa il 32% dei decessi per tumore è associato a povertà e bassa istruzione. In Italia la situazione è migliore ma si impiega troppo tempo in burocrazia e serve personale per aiutare i medici. La richiesta viene dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) in occasione del convegno 'Close the Care Gap' al Senato, alla vigilia della Giornata Mondiale contro il Cancro che si celebra il 4 febbraio. L'obiettivo dell'evento, afferma l'Aiom, è sensibilizzare i cittadini sulle differenze nell'accesso alle cure. In Europa, dunque, il 32% delle morti per cancro negli uomini e il 16% nelle donne sono associati alle disuguaglianze socioeconomiche. Le persone meno istruite e più povere, affermano gli oncologi, adottano stili di vita scorretti, eseguono con scarsa frequenza gli screening, non accedono ai sistemi sanitari e troppo spesso arrivano alla diagnosi di tumore in fase già avanzata. Queste disparità sono meno evidenti nei Paesi che presentano sistemi sanitari universalistici come il nostro, in grado di garantire le cure a tutti. L'Italia, però, avverte Aiom, deve colmare il divario nell'adesione ai programmi di screening che ancora permane fra Nord e Sud e



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

serve un grande piano di sensibilizzazione per recuperare queste lacune. Inoltre, nel nostro Paese, più del 50% del tempo di ogni visita oncologica è assorbito da adempimenti burocratici. Per questo gli specialisti chiedono di assumere personale che possa occuparsi di questi aspetti. "L'Italia sembra soffrire meno delle disuguaglianze sociali nei tumori - afferma il presidente Aiom, Saverio Cinieri - ma vi sono aree su cui servono interventi urgenti, a partire dalla sensibilizzazione dei cittadini sui corretti stili di vita". Nel 2022, in Italia, sono state stimate 390.700 nuove diagnosi di cancro. Il 40% dei casi può essere evitato agendo su fattori di rischio modificabili. In particolare il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio, associato all'insorgenza di circa un tumore su tre e a ben 17 tipi di neoplasia, oltre a quella del polmone.

Via all'autonomia regionale I medici: così salta la sanità

Il governo accontenta la Lega, Salvini esulta. Ma c'è l'incognita delle risorse

CAPURSO, LUISE E RUSSO

Il treno dell'Autonomia si è messo in moto, con la benedizione della premier Giorgia Meloni, dopo il via libera all'unanimità in Consiglio dei ministri del disegno di legge firmato dal ministro Roberto Calderoli: «Puntiamo a costruire un'Italia più unita, più forte e più coesa» dice Meloni. I suoi fedelissi-

mi, invece, mostrano un ghigno: «Alla Lega solo un contentino simbolico per le Regionali». - PAGINE 2-4

Autonomia dimezzata

Il Cdm approva il testo, ma spunta una norma che ne ostacola l'attuazione la trappola di Fi e Fdi frena la Lega. L'opposizione insorge: "Spacca l'Italia"

**IL CASO
FEDERICO CAPURSO
ROMA**

Il treno dell'Autonomia si è messo in moto, con la benedizione della premier Giorgia Meloni, dopo il via libera all'unanimità in Consiglio dei ministri del disegno di legge firmato dal ministro Roberto Calderoli: «Puntiamo a costruire un'Italia più unita, più forte e più coesa - dice Meloni -. Il Governo avvia un percorso per superare i divari che oggi esistono tra i territori e garantire a tutti i cittadini gli stessi diritti e lo stesso livello di servizi». I suoi fedelissimi, nei corridoi di Montecitorio, invece mostrano un ghigno: «Sull'Autonomia diamo alla Lega un contentino simbolico per le Regionali. Dopodiché, si vedrà». Monito ve-

lenoso per il Carroccio, quasi a voler guastare la festa.

La misura bandiera della Lega compie un passo avanti tra gli applausi dei ministri riuniti a palazzo Chigi. Calderoli è il primo a levare un pugno in segno di vittoria: «È un giorno storico!». E anche Matteo Salvini nelle chat interne gonfia il petto: «Un'altra promessa mantenuta». Anche se la riforma ha ancora davanti a sé l'intero percorso parlamentare. Il leader si mostra soddisfatto anche dell'approccio dimostrato dagli alleati: «Giorgia ha mantenuto la parola», sottolinea infatti al telefono i governatori di Lombardia e Veneto, Attilio Fontana e Luca Zaia. Il morale è alto. Un primo assaggio della lunga strada che la riforma di

Calderoli ha ancora davanti lo offre però il leader di Forza Italia, Silvio Berlusconi, che sui social, al di là dell'orgoglio per «un altro impegno mantenuto», ricorda come questo sia «l'avvio di un percorso che dovrà essere condiviso in Parlamento, dove il testo potrà essere ulteriormente migliorato, e che potrà ritenersi concluso soltanto dopo la definizione dei Lep e del loro effettivo fi-



nanziamento». Ecco, tutto ora gira intorno ai Lep, i Livelli essenziali di prestazioni. In altre parole: tutti quei servizi che devono essere garantiti al cittadino, in modo uguale, dalla Valle d'Aosta alla Sicilia, e che riguardano ogni «diritto sociale e civile» della vita quotidiana degli italiani, dal numero di asili nido ai tempi di rilascio della carta d'identità. Per Meloni sono «una garanzia di coesione e unità», e il provvedimento, dice al termine del Consiglio dei ministri, «declina il principio di sussidiarietà e dà alle Regioni che lo chiederanno una duplice opportunità: gestire direttamente materie e risorse e dare ai cittadini servizi più efficienti e meno costosi». Una cabina di regia, composta da tutti i ministri, dovrà quindi decidere quali servizi dello Stato devono essere considerati Lep, dopodiché Meloni dovrà approvarli attraverso dei Dpcm, mentre il testo della riforma starà affrontando il pas-

Un'altra promessa mantenuta: più diritti per tutti i cittadini e meno scuse per politici ladri o incapaci

saggio nelle Camere. Già qui si nasconde la prima trappola, che Calderoli mostra di avere ben presente: «Serviranno 12-13 mesi, ma è solo un auspicio, perché i tempi del Parlamento non possono essere dettati». E la tentazione di fare melina, tra gli alleati, è forte.

C'è poi una seconda trappola, anche qui con i Lep come possibile cavallo di Troia. In Consiglio dei ministri Forza Italia, con l'appoggio di Fratelli d'Italia, ha preteso un'ultima modifica: una volta determinati i Lep, una Regione potrà chiedere allo Stato di gestire alcune materie, ma se lo Stato si rende conto che i Lep di quella materia non sono ancora garantiti nella Regione e che quindi servono maggiori risorse per finanziarli, tutto si deve fermare fino alla «entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle risorse finanziarie». Se lo Stato non ha quelle risorse, quindi, la richiesta di Autono-

Clamoroso che non sia stata condivisa con la Conferenza delle Regioni, siamo pronti a mobilitazioni

mia su quella materia andrà all'aria. Ma è un'arma a doppio taglio. E ancora una volta, tutto dipenderà da come verranno determinati i Lep dalla

cabina di regia. Se l'asticella dei Lep sarà alta, potrebbe trasformarsi in un freno persino per molte regioni del Nord. Il Veneto, ad esempio, potrebbe non essere in grado di richiedere il passaggio di tutte e 23 le materie oggi di competenza dello Stato, come desidera Zaia. Al tempo stesso, il Sud rischia, nonostante il fondo perequativo, di partire ancora più in svantaggio e di vedere l'Autonomia con il binocolo. «Servono 60-70 miliardi di euro», dice infatti a Sky il governatore della Puglia Michele Emiliano. Elly Schlein chiede di «convocare le Regioni», che sull'ultimo testo della riforma non sono mai state interpellate, tanto che i governatori Pd chiamano alla mobilitazione. Ma i

Ci indigna che si sia voluta l'autonomia differenziata proprio prima delle elezioni in Lombardia...

Dem che da tempo navigano i Palazzi di Roma hanno la serenità di chi è sicuro dell'epilogo: «L'Autonomia si arenerà in Parlamento». —

Le tappe

1

L'approvazione
Ieri il Consiglio dei ministri ha dato il via libera al disegno di legge sull'autonomia differenziata, riforma di bandiera della Lega

2

La stima
«Entro 12/13 mesi» è la promessa di Calderoli sui tempi perché il ddl diventi legge: nello stesso periodo la cabina di regia deve varare i Lep

3

Le richieste
Approvato il testo quadro, Stato e Regioni ora hanno cinque mesi per negoziare nel dettaglio le richieste dei singoli Governatori

IL DOSSIER

LE MODALITÀ



Cinque mesi per l'intesa col voto del Parlamento

Cinque mesi per formalizzare l'intesa tra la Regione e lo Stato. Intesa che può avere durata diversa, a seconda dei casi, ma mai superiore ai 10 anni, e si rinnova tacitamente per lo stesso periodo, «salvo diversa volontà dello Stato o della Regione». La richiesta formale di autonomia viene deliberata dalla Regione e può riguardare una o più materie. Quindi, l'atto viene trasmesso alla presidenza del Consiglio e al ministero per gli Affari regionali, che avviano il negoziato. Lo schema di intesa preliminare viene poi approvato dal Cdm e subito inviato alla Conferenza unificata (Stato-enti locali), che ha 30 giorni per fornire un parere. A quel punto, si arriva in Parlamento: entro 60 giorni le Camere esaminano con «gli organi competenti, che si esprimono con atti di indirizzo». Dunque, un voto da parte di deputati e senatori. Poi il governo ha un altro mese per predisporre lo schema di intesa definitivo e inoltrarlo alla Regione per l'approvazione. Infine, il Cdm sancisce l'intesa con un disegno di legge, da trasmettere al Parlamento per l'ultimo via libera. NIC. CAR. —

I "LEP"



I servizi per il cittadino e i livelli minimi chiave

È la precondizione di tutta la riforma. Il via libera all'autonomia è subordinato «alla determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni (i "Lep", ndr) concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione». Si tratta dei livelli qualitativi minimi che ogni servizio pubblico deve raggiungere, come il numero degli uffici dell'anagrafe in ogni Comune o quello dei posti negli asili nido. Spetta allo Stato definirli, ma in molti settori non è mai stato fatto. Ora se ne occuperà una cabina di regia a Palazzo Chigi, che stabilirà anche i relativi costi e fabbisogni standard, per poi far confluire tutto in «uno o più decreti del presidente del Consiglio dei ministri». Prima che il Dpcm venga adottato, le Camere avranno 45 giorni di tempo per dare un parere. Questo percorso, secondo l'auspicio del ministro Calderoli, dovrebbe concludersi entro un anno. Se ciò non dovesse avvenire, verrebbe individuato un commissario ad hoc. NIC. CAR. —

LE RISORSE



Quel blocco last minute contro lo sfioramento

La premessa è che «dall'applicazione della legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica». E c'è un ulteriore paletto, inserito nell'ultima versione del testo: «Qualora dalla determinazione dei Lep derivino nuovi o maggiori oneri — si legge — si potrà procedere al trasferimento delle funzioni solo successivamente all'entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle risorse finanziarie». Come dire, prima i soldi e poi l'autonomia. Le risorse necessarie alla singola Regione per garantire gli ulteriori servizi «sono determinate da una Commissione paritetica Stato-Regione». Si ipotizza la «compartecipazione a tributi o entrate erariali, che siano commisurate alla maggiore spesa». Fermo restando che «le intese, in ogni caso, non possono pregiudicare l'entità delle risorse da destinare a ciascuna delle altre Regioni». Inoltre, la legge prevede misure perequative e di promozione dello sviluppo economico e della coesione sociale, anche nelle Regioni che non chiedono l'autonomia. NIC. CAR. —



Sanità il divario si allarga

Il disegno di legge del governo sull'Autonomia rischia di aumentare le disuguaglianze le Regioni più ricche potranno attingere a entrate fiscali maggiori di quelle più povere

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

L' autonomia differenziata finirà per sbriciolare quel po' di solidaristico che ancora c'è nel nostro servizio sanitario nazionale a vantaggio delle regioni più ricche e a tutto discapito di quelle messe peggio. L'allarme ieri lo hanno dato i governatori del sud e l'Ordine dei medici, insieme agli esperti del settore. Tutti contrari al disegno di legge approvato dal governo, che minaccia di accentuare le disuguaglianze che in sanità sono casomai da ripianare. E il problema non è tanto la divisione delle competenze, che saranno stabilita dalle intese siglate dalle singole regioni con lo Stato. A quest'ultimo già oggi restano infatti di esclusiva competenza solo la profilassi internazionale, i contratti del personale sanitario e i Lea, i livelli essenziali di assistenza, che elencano le prestazioni mutuali su tutto il territorio nazionale. Il ddl su questo si limita a un cambio di nome, trasformando i Lea in Lep, i Livelli essenziali di prestazioni, che dovrebbero essere uguali da nord a sud. Ma che il condizionale sia d'obbligo lo dice l'articolo 5 del ddl Calderoli, dove si specifica che ogni intesa Stato-regione «individua le modalità di finanziamento delle funzioni attribuite attraverso compartecipazioni al gettito di uno o più tributi o entrate erariali maturato nel territorio regionale». E siccome le più ricche regioni del centro-nord potranno attingere a un gettito fiscale maggiore di

quelle del sud, è chiaro che i Lep o i Lea che dir si voglia non saranno affatto uguali da un punto all'altro dello Stivale.

Già oggi ci sono regioni che finanziano con le entrate proprie una fetta dei servizi sanitari offerti ai propri assistiti. Anche se il 10% lo superano soltanto la Valle d'Aosta (13,8% del finanziamento totale e la Liguria (10,4%). Ma a marcare la vera differenza è il sistema di riparto del fondo sanitario nazionale, che dando maggiore peso alla popolazione anziana anziché alla deprivazione sociale, finisce per avvantaggiare le regioni più ricche. Al netto delle risorse per la lotta al Covid il Crea sanità ha evidenziato che la spesa pro-capite raggiunge il suo apice in Emilia Romagna con 2.200 euro, seguita da Valle d'Aosta a 2.150 e con una manciata di euro in meno dalla Liguria. Ma ad accezione del Molise le regioni del sud vanno dai due-mila euro a scendere, fino ad arrivare al minimo della Calabria con poco più di 1.900 euro.

Come ha rilevato di recente la Corte dei Conti, non sempre alla maggiore disponibilità di denaro corrisponde un migliore livello dei servizi. Perché poi entrano in gioco fattori come quello del personale - che al sud è più carente - e dell'organizzazione. Però la differenza di qualità tra ricchi e poveri c'è e si vede.

Sempre il Crea nel suo ultimo rapporto annuale ha dato i punti alle regioni sulla base di 18 indicatori, che comprendono la quota di persone che rinunciano alle cure causa liste di attesa, la quota di anziani e

disabili che ricevono le cure domiciliari o i tassi di copertura degli screening oncologici, che solo per focalizzarci su quelli al seno passano da un 63% al nord al 53% del centro per finire al 41% del sud. Esaminati tutti gli indicatori Veneto ed Emilia Romagna superano i 50 punti, mentre le altre regioni del nord fluttuano tra 48 e 40, con un pelo sotto Piemonte e Valle d'Aosta. Ma tutte le regioni del Sud, Lazio compreso, vanno da 30 in giù, con la Calabria ultima nella classifica dei finanziamenti e altrettanto in quella delle performance.

«Il regionalismo differenziato darà il colpo di grazia al nostro Ssn» contesta il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta. Che nella maggiore autonomia richiesta dalle regioni del nord su «sistema tariffario, di rimborso e dei ticket, oltre che nella gestione dei fondi sanitari integrativi» vede dietro l'angolo un «ulteriore aumento delle disuguaglianze». Lo stesso è per Tonino Aceti, presidente di Salutequità. «Prima di dare più autonomia alle regioni si pensi a far sì che lo Stato eserciti il suo controllo, oggi praticamente assente, su materie cruciali come le liste d'attesa, la rinuncia alle cure o l'accesso ai farmaci innovativi». Insomma, appianare le disuguaglianze prima di differenziare. La direzione opposta a quella imboccata da governo. —

I problemi aperti

1

Il disegno di legge sull'autonomia approvato dal Consiglio dei ministri dovrà passare dal Parlamento e desta preoccupazione in molti settori, dalla scuola alla sanità.

2

Molto dipenderà dalla definizione dei Livelli essenziali di prestazione (Lep) e del loro effettivo finanziamento, che dovrebbe essere uguale da nord a sud.

3

Il rischio dell'autonomia è che alla fine i Lep possano essere diseguali se le regioni più ricche potranno attingere a un gettito fiscale maggiore di quelle del sud.

4

Già oggi il fondo sanitario nazionale privilegia le regioni più ricche e alcune di esse finanziano con le proprie entrate una fetta dei servizi sanitari offerti.



Il presidente dell'Ordine dei medici Filippo Anelli

“Violata la Costituzione a rischio le cure per tutti”

L'INTERVISTA

«**P**untiamo sulla solidarietà italiana anziché sugli egoismi regionali». Filippo Anelli, Presidente dell'Ordine dei medici è più che scettico sull'autonomia differenziata.

Con la sanità già così diseguale c'è bisogno di accentuare l'autonomia regionale?

«In 20 anni di regionalismo sanitario le diseguaglianze che già preesistevano non sono state ripianate e tanto meno potrà farlo il testo approvato dal governo. Così si disattende l'articolo 3 della Costituzione, che dichiara ogni persona uguale davanti allo Stato. E anche noi medici rischiamo di non rispettare il nostro giura-

mento di considerare tutti uguali davanti alla salute».

Che insidie vede nel ddl Calderoli?

«Concedendo maggiore autonomia alle regioni consente a queste di investire più o meno risorse sui servizi sanitari e questo minaccia di accentuare le distanze. E poi c'è tutto il tema della gestione del personale, che oggi è uguale in tutta Italia e che domani diventerà sempre più diversificata».

La maggiore autonomia fiscale finirà per accentuare le diseguaglianze in sanità?

«Certamente, perché le regioni più ricche potranno utilizzare parte del loro gettito fiscale e trattenere quel contributo di solidarietà che oggi versano allo Stato e che invece destineranno ai propri assistiti».

La sanità è afflitta anche dalle diseguaglianze sociali o sbaglio?

«È proprio così. Di fronte alle liste di attesa non siamo tutti uguali perché chi può farlo paga e si rivolge al privato, gli altri rinunciano alle cure. E poi i diversi livelli di istruzione incidono su stili di vita, aderenza alle terapie, alimentazione. Le persone in cima alla scala sociale vivono otto anni in più senza disabilità rispetto a quelle svantaggiate».

Oltre alla mobilità dei pazienti nella riforma vede anche il rischio si attivi quella dei medici?

«Sì perché il testo sembra aprire la strada anche a differenziazioni retributive. Già oggi la mobilità sanitaria è un modo mascherato per finanziare ulteriormente le regioni del

nord che ricevono i rimborsi da quelle meridionali. Se a queste sottraiamo anche il personale, che già è inferiore tra il 20 e il 50% di quella del nord, sarà una catastrofe».

Quindi cosa serve fare?

«Serve un intervento straordinario dello Stato per colmare questi divari creati da un regionalismo che è anche inefficiente da un punto di vista economico, visto che da due anni la sanità produce 5 miliardi di deficit l'anno». P. RUS. —

La gestione del personale sanitario è uguale in tutta Italia, ma diventerà più diversificata



FILIPPO ANELLI
PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Gimbe: «Il ddl Calderoli demolisce Ssn e crea disparità»

Il regionalismo differenziato, come delineato dalla nuova bozza del Ddl Calderoli, rischia di demolire «il Servizio sanitario nazionale» e di «legittimare, sul piano normativo, le diseguaglianze regionali». È l'allarme

della Fondazione Gimbe, che ha elaborato un report sul tema, per «diffondere la consapevolezza politica e sociale che l'attuazione delle maggiori autonomie nella materia tutela della salute darà il colpo di grazia al

Ssn, aumenterà le diseguaglianze regionali e legittimerà normativamente il divario Nord-Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini quanto alla tutela della salute».



L'ANALISI DELLA FONDAZIONE GIMBE

«È il colpo di grazia al Servizio sanitario nazionale»

ADRIANA POLLICE

■ ■ Con il disegno di legge Calderoli «si darà il colpo di grazia al Servizio sanitario nazionale. Aumenteranno le disuguaglianze regionali legittimando normativamente il divario tra Nord e Sud in violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute»: è il giudizio del presidente della fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, maturato elaborando il report sull'impatto del ddl sulla Sanità pubblica. «Il testo - spiega Cartabellotta - al momento blinda l'autonomia come un *affaire* tra governo e regioni esautorando il parlamento. Non prevede risorse per finanziare i Livelli essenziali delle prestazioni e consente il trasferimento delle autonomie alle regioni senza recuperare prima i divari tra le varie aree del Paese».

SUI LEP: «Saranno definiti attraverso dpcm da una Commissione tecnica e, in quanto atti amministrativi, potranno essere impugnati solo davanti al Tar ma non davanti alla Corte costituzionale. Formalmente dovrebbero essere garantiti a tutti i cittadini ma restano orfani di risorse, fondamentali per allineare la qualità dei servizi del Centro-Sud a quelle del Nord. Il trasferimento delle funzioni potrà essere effettuato già dopo la definizione dei Lep senza attenderne l'attuazione: l'autonomia precede il recupero dei divari». Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno

già sottoscritto intese nel 2018 con il governo Gentiloni. Alcune richieste avanzate, secondo Gimbe, «rischiano di sovvertire gli strumenti di *governance* aumentando le disuguaglianze nell'offerta dei servizi». Come le autonomie richieste su sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di partecipazione, di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, determinazione del numero di borse di studio per specialisti e medici di famiglia. A queste, già critiche, si aggiungono altre istanze definite «eversive»: istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi che «darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale». E ancora: «La richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del Ssn, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra regioni con migrazione di personale dal Sud al Nord, ponendo una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sui sindacati».

DALLA CLASSIFICA sugli adempimenti rispetto ai Lea 2010-2019, viene fuori che le tre regioni che hanno chiesto maggiori autonomie occupano i posti di vertice: prima Emilia Romagna, terzo il Veneto, quinta la Lombardia. Nelle prime 10 posizioni non c'è il Sud, solo 2 del Centro (Umbria e Marche). Le re-

gioni settentrionali ricevono la quota maggiore del Fondo sanitario nazionale. Non solo, sono anche quelle favorite dalla mobilità sanitaria così le regioni meridionali finanziano la sanità del Nord.

NEL DECENNIO 2010-2019 tredici regioni, quasi tutte del Centro Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a 14 miliardi. Nei primi quattro posti per saldo positivo ci sono Lombardia (più 6,18 miliardi), Emilia Romagna (più 3,35 miliardi), Toscana (più 1,34 miliardi), Veneto (più 1,14 miliardi). Al contrario, le cinque regioni con saldi negativi superiori a un miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (meno 2,94 miliardi), Calabria (meno 2,71 miliardi), Lazio (meno 2,19 miliardi), Sicilia (meno 2 miliardi) e Puglia (meno 1,84 miliardi). «Questi dati - conclude Cartabellotta - confermano che nonostante la definizione dei Lea dal 2001, il loro monitoraggio e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili disuguaglianze tra i sistemi sanitari regionali, in particolare un gap strutturale Nord-Sud che compromette l'equità di accesso ai servizi e alimenta un'imponente mobilità verso il Nord. L'attuazione di maggiori autonomie non potrà che amplificare le inaccettabili disuguaglianze registrate. Peraltro il Paese ha sottoscritto con l'Europa il Pnrr, il cui obiettivo è proprio quello di ridurre i divari territoriali. La sanità rischia di essere un be-

ne pubblico per i residenti nelle regioni più ricche e un bene di consumo per quelle più povere». L'Ordine nazionale dei Medici con il presidente Filippo Anelli: «Un bambino nato in provincia di Bolzano ha una speranza di vivere in buona salute per 67,2 anni, contro i 54,2 di uno nato in Calabria. Chiediamo alla politica, prima di partire con l'autonomia, di colmare le differenze di accesso al servizio sanitario nazionale, di modificare gli indici che danno per privilegiati quelli che, per luogo di nascita o di residenza, hanno una possibilità di sopravvivenza maggiore rispetto a quelli che vivono in aree geografiche più disagiate».

SONO COMINCIATE ieri le trattative per il rinnovo del contratto di lavoro 2019-2021 di 120mila dirigenti sanitari. «Il Ssn - scrive l'intersindacale - si trova a un bivio: se si intende salvarlo, è necessario bloccare la fuga dei medici dagli ospedali e i sanitari dai servizi pubblici, rendere la sanità pubblica attrattiva per i giovani migliorando le condizioni di lavoro e la qualità della vita del personale. L'unico strumento è un contratto di lavoro capace di garantire ruolo, anche nell'organizzazione del lavoro, carriera e condizioni coerenti con il valore sociale e civile dell'attività svolta».

Mobilità per le cure: dal Centro Sud 14 miliardi in 10 anni alle strutture del Nord



Ospedale Poliambulanza di Brescia foto LaPresse

«L'indipendenza nella gestione del personale provocherà la migrazione di addetti verso il Nord»



«Sanità, istanze eversive pazienti attirati al Nord»

►Il rapporto della Fondazione Gimbe: ►In 10 anni trasferiti 14 miliardi verso «La Salute resti fuori dall'autonomia» il Settentrione: «I divari aumenteranno»

L'ALLARME

ROMA C'è un capitolo del progetto dell'autonomia differenziata chiesta dalle Regioni del Nord che ha fatto scattare un campanello d'allarme: la sanità. I rischi del passaggio di nuove competenze in materia di salute dallo Stato centrale alle Regioni sono elevatissimi. Un osservatore autorevole e solitamente prudente, come la fondazione Gimbe, punto di riferimento durante il Covid per le informazioni sulla pandemia, è arrivata a definire le istanze di Veneto e Lombardia «eversive». Le Regioni del Centro e del Sud Italia sarebbero condannate, se il progetto autonomista dovesse diventare realtà, a diventare «clienti» della sanità settentrionale. Si aggraverebbe quel «turismo» sanitario dal Sud e dal Centro verso il Nord che negli ultimi dieci anni, secondo quanto calcolato dalla Corte dei Conti, ha comportato un travaso di risorse dalle Regioni centro-meridionali verso quelle settentrionali di ben 14 miliardi di euro.

BOCCIATURA SENZA APPELLO

Il rapporto sul «Regionalismo differenziato in sanità» pubblicato ieri da Gimbe, è una bocciatura senza appello al progetto del governo. L'analisi ha fatto una ricostruzione storica di come si è arrivati fino alla legge quadro approvata preliminarmente ieri dal consiglio dei ministri, e ha acceso un faro sulle reali intenzioni di Veneto, Lombardia (ma anche dell'Emilia Romagna, nonostante la correzione di rotta del governatore e candidato alla segreteria del Pd Stefano Bonaccini). Richieste pesantissime, come la possibilità di non dover sottostare ai vincoli statali di spesa in materia di personale della sanità, la possibilità di poter stipulare contratti a tempo determinato con i medici di «specializzazione lavoro»,

l'autonomia rispetto alle tariffe, ai rimborsi, alla compartecipazione alla spesa sanitaria degli assistiti della Regione, alla possibilità di non dover sottostare alle regole dello Stato sulla governance delle aziende del sistema sanitario, persino alla possibilità di poter sottoporre all'Aifa, l'agenzia nazionale per i farmaci, proprie valutazioni sull'equivalenza

terapeutica dei farmaci. Ma anche una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione dei fondi sanitari integrativi. Ed è proprio questa richiesta, secondo il Gimbe, ad essere «eversiva». Questo perché «una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi, darebbe il via a sistemi assicurativo mutualistici regionali totalmente sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale». Non solo. La richiesta del Veneto di «contrattazione integrativa regionale» per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, «rischia», dice il Gimbe, di concretizzare una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, ponendo peraltro una pietra tombale sulla contrattazione collettiva sindacale e sugli stessi sindacati».

LE BORSE DI STUDIO

Non c'è solo questo. Regionalizzare il sistema tariffario e quello di rimborso, avere autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione, abbandonare gli strumenti di «governance» nazionali, rischia aumentare «le disuguaglianze regionali proprio in un momento storico dove la riorganizzazione dei servizi sanitari legati alle risorse del Pnrr impone di ridurle».

E cosa dire, invece, delle istanze che arrivano da Veneto e Lom-

bardia di poter pagare il proprio personale sanitario (come del resto i professori) di più rispetto alle altre Regioni? Certo, spiega Gimbe. Pagare di più i dipendenti della sanità è uno strumento fondamentale per fronteggiare la grave carenza di personale, ma questi strumenti dovrebbero essere estesi a tutte le Regioni. Le conclusioni dello studio sono disarmanti. E preoccupanti. «L'attuazione delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni con le migliori performance sanitarie è inevitabilmente destinata ad amplificare le disuguaglianze di un servizio sanitario nazionale oggi universalistico ed equo solo sulla carta». Gimbe, dunque, «invita il governo a mettere da parte posizioni sbrigative e, soprattutto, a non utilizzare il regionalismo differenziato come merce di scambio». La tutela della salute andrebbe dunque «esclusa» dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiore autonomia. O almeno, dice ancora Gimbe, trovare un modo per aumentare la capacità di indirizzo dello Stato centrale. «Quel che è certo», è l'amara conclusione, «è che il regionalismo differenziato non potrà mai ridurre le disuguaglianze, perché renderà le Regioni del Centro-Sud, che avranno sempre meno risorse per riqualificare i loro servizi, «clienti» dei servizi prodotti dalle Regioni del Nord». Con buona pace dell'egualianza dei cittadini in tutte le parti del territorio nazionale.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PROVVEDIMENTO

Sanità, fisco, scuola Cosa cambierà con la definizione delle prestazioni

*I «livelli essenziali» dei servizi
prossimo step della riforma*

Lodovica Bulian

■ Via libera dal consiglio dei ministri al Ddl sull'Autonomia differenziata presentato dal ministro per gli Affari regionali Roberto Calderoli. Si tratta di uno schema, di un'architettura legislativa entro cui andranno poi definite nel dettaglio le varie intese tra lo Stato e le Regioni, che dovranno passare al vaglio del consiglio dei ministri, della conferenza Stato Regioni e soprattutto delle Camere, prima di ottenere l'approvazione definitiva dal governo. Al disegno di legge approvato ieri in consiglio seguiranno dunque le singole leggi che definiranno gli accordi con le Regioni che richiederanno più competenze allo Stato.

Il nodo sta nella definizione nei cosiddetti Lep. I livelli essenziali di prestazioni, cioè i diritti civili e sociali che devono essere uguali in tutto il Paese. Le competenze verranno assegnate solo dopo la loro definizione. Secondo il testo costituiscono «il nucleo invalicabile» per il «pieno superamento dei divari» tra Nord e Sud. L'esecutivo - attraverso una cabina di regia com-

posta dai ministri competenti - entro un anno dovrà definire i livelli che dovranno essere rispettati dalle Regioni nella gestione delle loro competenze su materie come salute, scuola, ambiente e beni culturali, con una ricognizione che ripercorrerà gli standard dell'ultimo triennio. «Tali livelli indicano la soglia costituzionalmente necessaria e costituiscono il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti e per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale. Devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e i relativi costi e fabbisogni standard, sono determinati con uno o più decreti del presidente del Consiglio». Se dalla determinazione dei Lep derivino «nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, le funzioni possono essere trasferite dallo Stato alla Regione solo dopo lo stanziamento delle risorse finanziarie coerenti con gli obiettivi programmati di finanza pubblica».

Non ci sono limiti alla richiesta di trasferimento di competenze da parte dello Stato, come scuola, energia, porti. Per quanto riguarda il finanziamento dell'autonomia, «si rinvia a una Commissione paritetica Stato-Regione il compito di individuare le risorse necessa-

rie». Le competenze saranno attribuite alle Regioni «attraverso partecipazioni al gettito di uno o più tributi o entrate erariali maturato nel territorio regionale». Novità, i tempi: le intese tra Stato e Regioni durano «al massimo dieci anni» e possono essere rinnovate per altrettanti. Con le stesse modalità con cui viene realizzata, «su iniziativa dello Stato o della Regione interessata, l'intesa può essere modificata». E soprattutto, un ruolo più pesante viene affidato al Parlamento: spetta alla Regione inviare proposta di intesa al Consiglio dei ministri, entro trenta giorni deve iniziare il negoziato tra governo e Regione. Ma poi le Camere hanno sessanta giorni di tempo per esaminare l'intesa fra Regione e Stato e per l'attribuzione di nuove funzioni.



Intervista a Vaia

«Integrare ospedali e territori Così si rilancia la sanità»

a pagina 9

INTERVISTA

Il direttore dell'Istituto nazionale malattie infettive: «Possiamo far crescere tanti piccoli Spallanzani»

«Ecco come salvare e rilanciare la sanità»

In vista del voto, la ricetta di Vaia per integrare ospedali e medicina del territorio

... La sanità è l'argomento che più sta animando la campagna elettorale per le regionali nel Lazio. Sia perché Alessio D'Amato è l'assessore uscente alla Sanità, sia perché veniamo da una pandemia di cui oggi vediamo anche le conseguenze economiche: sono pochissimi gli ospedali laziali con un bilancio sano. Uno di questi è l'Istituto nazionale di malattie infettive Spallanzani di Roma, diretto da Francesco Vaia, che nei mesi più drammatici ha svolto un ruolo guida per il Paese nella lotta al Covid.

Professore, quali ripercussioni ha avuto la pandemia sul nostro Sistema sanitario nazionale?

«Come ho detto più volte, la pandemia è stato un banco di prova per la nostra sanità pubblica e anche uno spartiacque: da un lato il Medioevo, dall'altro la modernità e l'innovazione. Il sistema complessivamente ha retto, e anche bene, ma il disvelamento delle criticità, note da tempo, pone l'esigenza improcrastinabile di trovare subito un rimedio.

Come?

Occorre recuperare i ritardi accumulati, per esempio in termini di screening e di liste di attesa, tornando a dare importanza a quelle patologie trascurate durante la gestio-

ne dell'emergenza, le malattie oncologiche e cronico-degenerative. Penso anche che occorra intervenire dal punto di vista sociale, soprattutto su quelle fasce di popolazione più colpite dalla pandemia e dall'isolamento sociale: gli anziani e i giovani. Gli anziani hanno avuto il maggior danno in termini di mortalità, ma anche di qualità di vita, talvolta a causa di un iperprotezionismo fuori luogo e nocivo. Ricordo a tal proposito la colpevolizzazione operata nei confronti dei giovani, accusati di essere portatori del contagio, che vivevano già il dramma della chiusura, talvolta improvvida, delle scuole e dei luoghi di socialità. È un fatto l'aumento del tasso di violenza e di suicidi, manifestazioni apparentemente opposte che esprimono però lo stesso disagio sociale sperimentato dai nostri ragazzi».

Le chiusure dunque avrebbero esasperato il disagio sociale?

«Abbiamo chiuso le scuole perché non eravamo capaci di risolverne il problema strutturale, come è avvenuto

anche per tutte le altre strutture di lavoro e di socialità. Si pensi per esempio alle ridicole soluzioni, proposte da alcuni, di aprire le finestre per arieggiare gli ambienti, co-

stringendo gli alunni a tenere il cappotto d'inverno, quando sarebbe bastato puntare sulla ventilazione meccanica. Mi risulta che su questo tema Governo e Ministero stiano muovendo nella giusta direzione. Voglio anche ricordare che dallo Spallanzani siamo stati i primi ad invocare con buon senso la riapertura degli eventi di socialità: si pensi al mondo del calcio, del cinema, del teatro, della musica. Siamo sempre stati per una ragionevole gradualità, ma sempre guardando avanti.

Lei propone al governo di mitigare le misure di isolamento e quarantena.

«Qualcuno prospettò anche allora conseguenze tragiche, ma come le prove dei fatti



avrebbero dimostrato, i catastrofisti avevano torto. Come Spallanzani abbiamo sempre denunciato che la risoluzione del problema non poteva essere demandata soltanto al mondo della sanità e che bisognava adottare una visione sindemica, individuando risposte di sistema, che dessero ragione della complessità e della molteplicità degli interventi richiesti. Troppo spesso abbiamo guardato al dito, non al problema».

Quale è stata la lezione della pandemia?

«In termini di sanità riguarda innanzitutto il rapporto tra ospedale e territorio. Quest'ultimo è lo snodo per la risoluzione di molte problematiche che purtroppo si sono spesso riversate sugli ospedali. Rinforzare il territorio significa fornire presidi, farmaci innovativi e servizi diagnostici performanti, dobbiamo colmare il vuoto che c'è tra medici di medicina generale (mmg) e ospedale: la telemedicina svolgerà in questo senso un ruolo decisivo, ma nella integrazione occorre oggi anche una struttura intermedia per la bassa e media intensità assistenziale, una Nursing Home di composizione prevalentemente infermieristica e anche magari con personale medico di esperienza, che possa mettere a disposizione di tutti il proprio ruolo di tutoraggio».

Pensa a dei piccoli hub di prossimità?

«Sul territorio serve un approccio multidisciplinare, che integri mmg, specialisti ambulatoriali e componente infermieristica. Tutte queste figure professionali vanno numericamente potenziate e formate. Il nuovo operatore

sanitario del territorio avrà bisogno anche di un rinnovato percorso formativo che possa arricchirsi dell'esperienza maturata dai grandi centri di ricerca, Irccs e Università, e a tal fine è necessario rivedere la rete formativa».

E per quanto riguarda gli ospedali?

«Mi permetta di parlare intanto dell'ospedale che dirigo: allo Spallanzani abbiamo dimostrato che il Sistema sanitario nazionale è ancora sostenibile e performante e che è possibile garantire ottima qualità senza operare tagli ai servizi offerti, anzi. Vorrei segnalare che dopo il pareggio di bilancio, gli ultimi due esercizi finanziari si sono chiusi in attivo. È stato possibile attraverso un corretto percorso di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse. In generale, le strutture ospedaliere devono diventare sempre più specializzate e non vicariare le funzioni che spettano al territorio, col quale devono invece intrattenere stretti rapporti, anche in termini di trasferimento dell'innovazione e della ricerca, soprattutto per quanto riguarda gli Irccs e i policlinici universitari, che dovrebbero caratterizzarsi per la complessità e l'innovatività dei loro interventi sanitari. Questo non vuol dire necessariamente, per i Centri ad elevata specializzazione, astrarsi dal sistema sanitario nel suo complesso».

Cosa è possibile fare di concreto?

«Nel corso della pandemia abbiamo dimostrato come, attraverso le Uscar (Unità speciali di continuità assistenziale regionale, ndr), sia stato possibile esportare rapidamente nel territorio, fino al

domicilio del paziente, strumenti e strategie di intervento fortemente innovativi, per certi versi sperimentali, messi a punto nelle strutture ospedaliere ad alta specializzazione. Ed attraverso la telemedicina ed i teleconsulti è possibile portare al paziente le consulenze al di fuori dei centri specialistici. È evidente che servano fondi consistenti per potenziare innovazione e ricerca, soprattutto nel settore pubblico: dobbiamo rappresentare il tabernacolo dove si custodisce gelosamente la libertà della scienza dall'interesse economico e dalle influenze geopolitiche. In definitiva la rete ospedaliera va integrata col territorio, preservandone però una sua identità. Quindi penso ad esempio all'ospedale della madre e del bambino, degli organi di senso, del cuore polmone e al trauma center. Se posso sintetizzare il tutto con un'espressione, tanti piccoli Spallanzani crescono».

E la rete dell'emergenza?

«Molte delle criticità riscontrate nella rete dell'emergenza sono anche in questo caso il frutto della mancata integrazione tra rete ospedaliera e territorio: basti pensare che erano anziani molti dei pazienti che in questi mesi stazionavano nelle lunghe file del pronto soccorso. Occorre poi ripensare anche alla collocazione degli ospedali con sede di pronto soccorso e, così come avviene in gran parte del mondo, posizionarli lungo la cintura dell'area metropolitana. Infatti, dovendo questi presidi occuparsi delle patologie tempo-dipendente è evidente che la loro collocazione spesso in zone difficilmente accessibili a causa del-

la conurbazione e del traffico delle grandi città renda arduo intervenire nei tempi previsti dalle linee guida. Rivedere quindi la rete delle emergenze è oggi un tema quanto mai improcrastinabile. A ciò bisogna aggiungere un altro grande tema che rischia di affondare i pronti soccorso, che è il tema della fuga dei medici».

A cosa si riferisce e cosa propone?

«Bisogna tornare a dare maggiore appeal alla professione di medici e infermieri, anche in termini di retribuzione, soprattutto per chi lavora appunto in pronto soccorso e in condizioni difficili e ad alto rischio. Bisogna rendere certo e meglio remunerato il lavoro di coloro che prestano servizio a partire dai luoghi dell'emergenza e delle criticità. Si tratta di puntare molto sulla stabilizzazione, retribuzione e valorizzazione del capitale umano. Anche qui, uscendo fuori dalle metafore, dico una cosa che è possibile raggiungere: fuoriuscire da una visione ragionieristica della sanità per favorire la persona, sia il malato che l'operatore».

D. V.

*Proposta
Occorre
creare
una Nursing
Home, una
struttura
per la
bassa e
media
intensità
assistenziale*

*Auspicio
Le strutture ospedaliere devono diventare sempre più specializzate senza sostituirsi alla medicina generale*

Svolta

«Nel nostro settore la pandemia è stata uno spartiacque. Da un lato il Medioevo dall'altro la modernità»

La struttura di via Portuense

«Dopo il pareggio di bilancio gli ultimi due esercizi finanziari sono stati chiusi in attivo razionalizzando le risorse»

Pronto soccorso

«Rivedere la rete delle emergenze è un tema ormai non più rinviabile. Bisogna intervenire anche sulla fuga dei medici»





Editoriale

Salute pubblica: un promemoria

LO SQUILIBRIO DA RISANARE

SILVIO GARATTINI

Molte speranze sono state riposte nelle risorse rese disponibili per la salute dal Pnrr che, al momento, è però utilizzato prevalentemente per realizzare infrastrutture che rischiano di rimanere vuote per la carenza di medici e infermieri. È tuttavia ancora presto per formulare un giudizio sulle scelte strategiche in materia di sanità dell'esecutivo guidato dalla premier Giorgia Meloni. L'auspicio è che il nuovo Governo e il nuovo ministro della Salute tengano presente l'articolo della Costituzione che dichiara il diritto di tutti i cittadini alla salute. Che la salute sia un bene primario è la base su cui è fondato il Servizio sanitario nazionale (Ssn), che proprio per queste ragioni ha le caratteristiche di universalità, equità e gratuità.

Purtroppo oggi il diritto alla salute è solo il privilegio di una parte della popolazione: a molti, infatti, quel diritto è

ben lontano dall'esser garantito. Tra questi, in primo luogo tutta la fascia di cittadini con basso livello di reddito e scolarità. Si calcola che attualmente siano circa dieci milioni. Sono persone a cui si dovrebbe fare più attenzione perché il basso livello socio-economico è uno dei maggiori fattori di rischio per malattie croniche e tumori. Se devono accedere al Ssn hanno grande difficoltà perché devono affrontare lunghe liste d'attesa, mentre la fascia di popolazione più benestante attraverso la cosiddetta "intramoenia" o la sanità privata riesce a ottenere i servizi e le prestazioni di cui abbisogna in tempi rapidi o comunque ragionevoli. In altre parole: se puoi pagare, hai accesso a medici, strutture e attrezzature, mentre se non puoi pagare aspetti. Sembra di essere ritornati ai tempi della "mutua".

Non molto più aderente al diritto alla salute è la medicina del territorio. Pur riconoscendo molte eccezioni meritevoli, soprattutto in epoca Covid, i medici di medicina generale è raro che eseguano visite a domicilio, anche per paura di infettarsi. Spesso è anche difficile accedere agli ambulatori che sono aperti per poche ore alla settimana, per cui si

assiste a un intasamento del Pronto soccorso dove le attese sono lunghe e si danneggia così il diritto alla salute di chi ha veramente urgenza di intervento. Esistono altri gruppi di cittadini per i quali il diritto alla salute è solo teorico: sono gli ammalati delle oltre 7mila malattie rare. Sono pochi per ogni singola malattia ma, tutti insieme, sono milioni. Chi si occupa di loro? Essendo pochi, l'industria farmaceutica non ha interesse a sviluppare farmaci perché poco o per nulla remunerativi. Lo Stato non se ne occupa perché la ricerca nel nostro Paese è considerata una spesa anziché un investimento. Quando verrà soddisfatto il diritto alla salute di questi cittadini?

...continua a pagina 2

Dalla prima pagina

LO SQUILIBRIO DA RISANARE

Analogamente, un altro importante gruppo di persone che non hanno soddisfazione dei loro diritti sono gli ammalati di malattie neurodegenerative, per cui non esistono terapie e neppure si cercano perché è difficile raggiungerle. Il Ssn dovrebbe dedicare grande attenzione a questi pazienti e richiedere che si finanzino ricerche per accelerare la realizzazione di risultati. Un'altra parte della popolazione a cui vengono negati i diritti alla salute sono i pazienti che hanno bisogno di cure palliative, che non trovano aiuto né negli hospice né tanto meno a domicilio. A fronte di necessità di terapie palliative per almeno 400mila persone all'anno abbiamo

solo circa 300 hospice di cui un'ottantina nella sola Lombardia.

I diritti alla salute scemano man mano che scendiamo al Sud, realtà da tenere ben presente mentre ci si prepara a consolidare, all'insegna di più autonomia, le differenze territoriali nel nostro Paese.

Un discorso speciale, poi, riguarda il diritto alla salute degli ammalati mentali. Alla chiusura dei manicomi non ha fatto seguito la realizzazione di infrastrutture diversificate in grado di aiutare le famiglie che hanno in casa parenti con problemi psichici. Al di là della disponibilità di farmaci, spesso inefficaci, mancano iniziative per permettere a questi

ammalati una qualità della vita accettabile.

In conclusione, esiste un grande divario fra il diritto alla salute dichiarato dalla Costituzione e la realtà dell'Italia di oggi: l'auspicio è che il Governo in carica, che ha appena doppiato la boa dei cento giorni, metta tra le sue priorità gli interventi necessari per correggere la rotta e migliorare la situazione.

Silvio Garattini





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Tumore al seno: autorizzato nuovo farmaco negli Usa

L'ente regolatore dei farmaci degli Stati Uniti, Fda, ha approvato la molecola elacestrant (Orserdu™) per il trattamento di un sottotipo di cancro al seno (Er+/Her2- avanzato o metastatico con mutazioni Esr1) che ha mostrato significativi miglioramenti rispetto alla terapia standard. Il farmaco sarà disponibile negli Usa tramite Menarini Stemline, azienda biofarmaceutica acquisita dal Gruppo Menarini nel 2020. «Si tratta - evidenzia

l'azienda fiorentina - di un degradatore selettivo del recettore degli estrogeni (Serd) per il trattamento di donne in post-menopausa e di uomini adulti con carcinoma mammario avanzato o metastatico». È il primo prodotto a somministrazione orale ad aver completato con successo l'ultimo step clinico, la fase III, e ad aver ottenuto il semaforo verde da un'autorità regolatoria. «L'approvazione di Orserdu rappresenta la prima terapia in assoluto per i pazienti

con questo sottotipo di carcinoma mammario e siamo molto orgogliosi di poter offrire una terapia target che soddisfi un grande bisogno terapeutico irrisolto», ha detto Elicin Barker Ergun, amministratore delegato di Menarini. Siamo grati ai pazienti e ai ricercatori che hanno partecipato agli studi clinici che hanno portato a questa straordinaria innovazione». (V. Sal.)



L'analisi

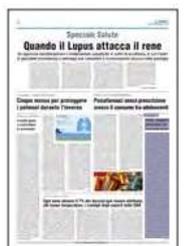
Covid, maggiore protezione con immunità ibrida

■ L'immunità ibrida conferita da un mix di vaccinazione anti-Covid e guarigione dall'infezione offre una protezione maggiore, rispetto alla sola infezione, contro le forme gravi di malattia da Sars-CoV-2. È quanto emerge da una revisione sistematica di 26 studi pubblicata su "The Lancet Infectious Diseases", realizzata da Oms, Unity Studies e SeroTracker. «L'analisi dimostra i vantaggi di sottoporsi a vaccinazione anche dopo essersi infettati con Sars-Cov-2», sottolinea l'Oms. La revisione - riassume l'agenzia delle Nazioni Unite per la sanità - mostra che «la protezione contro malattie gravi e ricovero resta elevata 12 mesi dopo aver sviluppato immunità ibrida o avere avuto un'infezione» da Sars-CoV-2, «rispetto all'essere non vaccinati e non contagiati». In particolare,

«un anno dopo aver sviluppato l'immunità ibrida», emerge «una probabilità inferiore di almeno il 95% di contrarre Covid-19 in forma grave o di necessitare di un ricovero in ospedale, mentre nelle persone infettate un anno prima, ma non vaccinate, il rischio è del 75% inferiore». «La protezione contro la reinfezione è risultata minore rispetto a quella contro le malattie gravi», causate dal Coronavirus pandemico, «sebbene ancora sostanziale - sottolinea l'Oms -. Le persone con immunità ibrida hanno una probabilità del 42% inferiore di essere reinfeziate da Sars-CoV-2 un anno dopo, mentre quelle solo infettate hanno un rischio del 25% inferiore». Infine uno studio su quasi 160mila persone dell'Università di Hong Kong e pubblicato su "Cardiovascular Research", evidenzia che nei pa-

zienti Covid la probabilità di decesso è fino a 81 volte superiore nelle prime 3 settimane di infezione ed è rimasta 5 volte superiore fino a 18 mesi dopo rispetto alle persone non infettate.

(E.B.)



Non rendono abbastanza: la scomparsa dei farmaci

Ormai ne mancano più di 3.200. E l'inflazione fa abbandonare la produzione dei generici

di **FLAMINIA CAMILLETTI**

■ I farmaci carenti sono diventati oltre 3.200. Per sopperire alla mancanza, Schillaci

invita a usare i generici. Che però sono introvabili, a causa anche dell'inflazione. L'au-

mento dei costi di trasporto, materie prime ed energia ne ha infatti reso insostenibile la produzione per le case farmaceutiche.

alle pagine 10 e 11



Introvabili anche i farmaci generici Con l'inflazione produrli non conviene

Per sopperire alla mancanza di medicinali, Schillaci invita a usare gli equivalenti. Peccato scarseggino L'aumento dei costi di trasporto, materie prime ed energia ne ha infatti reso insostenibile la fabbricazione

di **FLAMINIA CAMILLETTI**

■ La carenza di farmaci prosegue senza soluzione di continuità. Il silenzio generale è talvolta interrotto dalle dichiarazioni copia incollate delle autorità sanitarie che si limitano a rassicurare sul fatto che non esista un'emergenza e ad attaccare la stampa che, sollevando il problema, è rea (secondo loro) di provocare le carenze spingendo le persone a far scorta di farmaci. Ammesso che sia vero, è bene sottolineare che, secondo il report Aifa, degli oltre 3.000 farmaci attualmente carenti solo 186 lo sono per «elevata richiesta».

Il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, nell'ultima audizione alla commis-

sione Affari sociali della Camera, ha detto: «Risultano presenti nell'elenco dei medicinali carenti, oltre 3.000 farmaci (tra carenti e in cessata commercializzazione), per i quali è quasi sempre possibile ricorrere a equivalenti, o (nei rari casi in cui questi manchino) all'importazione dall'estero, o alla preparazione galenica». L'affermazione del ministro però è errata: secondo l'ultimo elenco pubblicato sul sito dell'Aifa, si può constatare che i farmaci carenti sono diventati 3.268 e ben 725 di questi non hanno un farmaco equivalente disponibile sul mercato. Quel «quasi sempre» insomma, pare quanto meno fuori luogo. A questo si aggiunge un problema. Dopo le dichiarazioni del ministro,

infatti, in molti si sono affrettati a suggerire il ricorso ai farmaci equivalenti (conosciuti anche come generici). Peccato che molti di questi sono scomparsi dal mercato perché la loro produzione è diventata economicamente insostenibile.

Ad aggravare la situazione delle carenze infatti, insieme al problema di approvvigionamento delle materie prime e del rincaro dei prezzi dell'energia, ci si mette anche l'inflazione.



VERITÀ

Adrian van den Hoven di Medicines for Europe, l'associazione dei produttori di farmaci generici dell'Ue, ha dichiarato a *Euractiv*: «Abbiamo avvertito l'Unione europea a luglio e a settembre (2022, ndr) che le catene di approvvigionamento sono molto stressate e che il rischio di carenza di farmaci è molto alto». Infatti l'aumento dei costi dell'energia e delle materie prime, unito a un complesso regime di prezzi, ha creato una combinazione pericolosa per l'industria dei farmaci generici.

Tradotto: molti farmaci generici a basso costo non sono più economicamente sostenibili da produrre e, quindi, non più disponibili sul mercato.

Per fare un esempio, in Belgio un medicinale senza brevetto su cinque, di quelli disponibili sul mercato un anno fa, oggi non esiste più. Tanto che le autorità a fine gennaio hanno stabilito di

vietare l'export dei farmaci essenziali soggetti a carenza. L'interdizione all'export, prescrive il decreto, scatterà ogni volta che la Famph (l'Aifa belga) riterrà probabile o certa l'indisponibilità di uno di questi prodotti per un periodo di almeno un mese. «È nostra responsabilità garantire che i pazienti non siano costretti a interrompere le terapie», ha detto il ministro della Salute, **Frank Vandenbroucke**. Parole un po' diverse da quelle pronunciate dal nostro **Schillaci**.

L'industria dei generici ha chiesto un adattamento dei prezzi all'inflazione in tutti i Paesi europei, ma finora solo in pochi hanno risposto positivamente. «Al contrario - denuncia **van den Hoven** - Francia e Regno Unito stanno riducendo ulteriormente i nostri prezzi attraverso tasse di recupero in cui l'intera in-

dustria farmaceutica paga per l'eccesso di spesa causato da alcuni farmaci costosi». **Van den Hoven** ha poi spiegato che uno studio della Commissione sulle gare d'appalto per i farmaci mostra che solo il 24% delle gare include la sicurezza dell'approvvigionamento come criterio, e questo vale soprattutto per le gare relative ai vaccini. «Per i farmaci generici, invece, le gare si basano solo sul prezzo più basso», ha affermato.

Una soluzione potrebbe essere quella di prendere spunto dall'esempio canadese: in Canada infatti, si applica la «politica della scala» in cui i prezzi scendono quando ci sono molti produttori di farmaci generici sul mercato per aumentare quando ci sono pochi produttori sul mercato.

Il problema che abbiamo in Europa, secondo Medicines for Europe, è che: «Se

*La soluzione italiana
continua a essere
l'importazione
Ma molti Paesi
iniziano a vietare
l'export per ovviare
alla carenza
dei prodotti essenziali*

*L'industria
dei preparati privi
di brevetto ha
esortato Ue e governi
a predisporre
un adattamento
dei prezzi, senza
finora alcun esito*



Farmacia naturale

Jessica Bond, New Scientist, Regno Unito
Foto di The Voorhes

Dopo i probiotici e i prebiotici, ora si parla molto dei benefici dei postbiotici. Sono considerati utili per l'intestino, la pelle e perfino per ridurre gli effetti dell'invecchiamento. Ma servono studi migliori

Sono le 9.30 di mattina e vi sentite un po' giù. Avete da poco finito un ciclo di antibiotici e sapete che i microbi intestinali hanno subito un duro colpo. Prendete una pillola e uscite sicuri che, mentre le comunità microscopiche dell'intestino ci metteranno un po' a riorganizzarsi, i loro benefici per la salute torneranno molto prima.

Benvenuti nel mondo dei postbiotici. Man mano che si accumulano prove sull'importanza del microbioma per la salute umana, cresce il desiderio di potenziarlo. Prima sono arrivati i probiotici, i batteri vivi che servono all'intestino. Poi i prebiotici, gli alimenti di cui questi microbi hanno bisogno. Ora a questo gruppo si aggiungono i postbiotici, un termine generico che descrive i batteri morti e i prodotti eliminati dai microbi vivi.

I postbiotici sono coinvolti nel rapporto tra il microbioma intestinale – l'insieme dei microrganismi come batteri, funghi e virus, e dei loro genomi – e la salute. "I postbiotici stanno suscitando un interesse crescente", afferma Colin Hill, un microbiologo dell'University college di Cork, in Irlanda. Le riviste che parlano degli stili di vita e i negozi di alimenti naturali ne esaltano i benefici: da pelle e muscoli migliori all'arresto delle vampate di calore in menopausa fino alla prevenzione della diarrea.

Ma cosa sono esattamente i postbiotici? Come funzionano? E sono davvero la soluzione per la salute intestinale? Cominciamo con i centomila miliardi di batteri, funghi e virus che vivono all'interno e sul nostro corpo, soprattutto nell'intestino. Sappiamo che questo microbioma è collegato alla salute fisica e mentale. La relazione è reciprocamente vantaggiosa: in cambio di nutrimento e ospitalità, i microbi intestinali benefici sostengono il si-

stema immunitario, ci proteggono dai batteri cattivi e ci aiutano a digerire quello che mangiamo. Inoltre, influenzano i livelli di energia, alterano il modo in cui immagazziniamo il grasso e quello in cui rispondiamo agli ormoni che ci fanno sentire affamati o sazi, spiega Harriët Schellekens, un'altra scienziata dell'University college di Cork. Studi recenti suggeriscono che il microbioma influisce anche sul cervello e sul comportamento, e svolge un ruolo nell'invecchiamento.

I microbi intestinali, però, sono molto sensibili. L'equilibrio tra quello che vive nell'intestino e i benefici che dà è influenzato dalla dieta, dall'età e da dove viviamo, e può essere stravolto dallo stress o da farmaci come gli antibiotici e i chemioterapici. È qui che entrano in gioco i pre e i probiotici. Da decenni sono venduti come un mezzo per ripopolare l'intestino e mantenerlo sano ripristinando la diversità microbica. Il microbioma umano è anche un grande affare: nel 2021 il valore dell'industria dei probiotici è stato di quasi 60 miliardi di dollari, ed è in crescita.

Prebiotici e probiotici sono molto utili. L'assunzione di integratori probiotici può aiutare a ridurre gli attacchi di diarrea dopo un ciclo di antibiotici, contribuire a gestire problemi digestivi come la sindrome dell'intestino irritabile e può anche avere un modesto effetto sul rischio di prendere un raffreddore e sulla sua durata. Secondo l'Alliance for education on probiotic products, che pubblica un rapporto indipendente intitolato "Probiotics guide" (un elenco di integratori disponibili negli Stati Uniti e in Canada e il dosaggio consigliato in base agli studi condotti sugli esseri umani), è in parte dimostrato che gli integratori probiotici possono essere utili anche per la diarrea del viaggiatore, la stipsi, le infezioni da *Helicobacter pylori* e *Clostridium difficile*, la candidosi orale (o mu-

ghetto) e la mastite. L'uso di integratori prebiotici – che sono essenzialmente cibo per i batteri intestinali buoni – ha meno prove a suo sostegno. Ma le ricerche suggeriscono che la loro assunzione può regolare il desiderio di mangiare facendoci sentire più sazi e può migliorare l'assorbimento del calcio, che fa bene alle ossa.

Tuttavia i tentativi di migliorare il nostro microbioma con prebiotici e probiotici sollevano dei problemi. Per prima cosa, non sappiamo ancora esattamente di cosa si nutrono i microbi intestinali, e gli studi hanno dimostrato che i microbi vivi contenuti negli integratori non sempre sopravvivono al viaggio attraverso l'apparato digerente. In secondo luogo, ci sono i problemi che derivano dalla gestione dei microbi vivi: devono essere conservati con cura, perché molti sono sensibili al calore e all'umidità. Inoltre il dosaggio non è una scienza esatta, perché è difficile sapere quanti saranno vivi in ogni momento. Raramente i batteri probiotici vivi provocano malattie, ma a volte succede e può essere un problema serio per chi ha un sistema immunitario indebolito.

Una definizione discussa

A questo punto intervengono i postbiotici. Anche se la loro definizione esatta è discussa, sono generalmente considerati una di queste tre cose: microbi morti, più utili di quanto si possa immaginare; frammenti prodotti quando i microbi si disgregano; sostanze chimiche come enzimi, vitamine, polisaccaridi e acidi grassi a catena corta secreti dai microbi. Ognuno



esercita il proprio effetto, a volte innescando interazioni con altre specie o, più spesso, interagendo direttamente con il corpo umano attraverso l'intestino.

Se il microbioma intestinale è come una farmacia naturale, i postbiotici sono i medicinali che dispensa. "I microbi sono fondamentali per la salute, anche solo per le cose incredibili che producono, cioè i postbiotici", afferma Tim Spector del King's college di Londra, nel Regno Unito.

Finora gran parte del lavoro per identificare e studiare le potenzialità dei postbiotici è stato fatto con la sperimentazione su cellule e animali, ma anche gli studi condotti sulle persone hanno dato risultati promettenti. Prendiamo gli acidi grassi a catena corta, cioè i metaboliti prodotti quando i microbi dell'intestino crasso consumano fibre non digeribili, come l'inulina presente nei porri, nelle banane e negli asparagi. Un acido grasso a catena corta chiamato butirrato sembra particolarmente utile: interagisce con le cellule immunitarie per mantenere il fragile equilibrio del nostro sistema immunitario tra il tollerare i batteri buoni e la reazione a qualsiasi batterio cattivo che provi a farsi strada nel corpo. La mancanza di butirrato è stata associata alle allergie alimentari. Alcune ricerche hanno dimostrato che nei primi anni di vita questo metabolita svolge un ruolo importante nello sviluppo delle tolleranze alimentari. Inoltre mantiene la parete intestinale forte, riducendo l'infiammazione che contribuisce all'obesità e alle malattie dell'intestino. Alcuni studi clinici suggeriscono che il butirrato può essere una terapia supplementare per la colite ulcerosa e che i clisteri che lo contengono possono curare la colite da diversione (che può verificarsi quando una parte dell'intestino è privata dei nutrienti dopo un intervento chirurgico).

C'è solo un problema: "Puzza come una scoreggia", afferma Wojciech Fleszko, un immunologo pediatrico dell'università medica di Varsavia, in Polonia. Assumere il butirrato direttamente è molto sgradevole. Ma i ricercatori dell'università di Chicago hanno inserito la sostanza in contenitori sferici, chiamati micelle, per trattare le allergie alimentari. I risultati sui topi sono stati incoraggianti e la speranza è che le minuscole capsule inodori possano curare o addirittura prevenire queste allergie nelle persone.

Un altro esempio di postbiotico promettente è l'equolo, prodotto quando alcuni batteri intestinali rompono un composto della soia. La sua struttura chimica somiglia a quella dell'estrogeno, l'ormone sessuale femminile, e alcune ricerche hanno suggerito un collegamento tra la

capacità dell'intestino di produrlo e un rischio minore di sviluppare il tumore al seno. Da un piccolo studio è anche emerso che potrebbe ridurre l'intensità delle vampate di calore durante la menopausa. La capacità di alcuni postbiotici di modulare il sistema immunitario - rafforzandolo o indebolendolo - fa sì che siano studiati come un promettente complemento alle terapie antitumorali. Vari studi hanno dimostrato che alcuni postbiotici possono contribuire a ridurre gli effetti collaterali delle immunoterapie, rafforzando il sistema immunitario per combattere il cancro, mentre altri sembrano in grado di sopprimere alcuni tumori. Le prime sperimentazioni su diversi tipi di cellule tumorali hanno dimostrato che i prodotti di scarto secreti dai batteri *Lactobacillus* possono innescare la morte delle cellule tumorali o ridurre la loro capacità di invadere altri tessuti.

Ulteriori conferme

La ricerca sui postbiotici non si è concentrata solo sulla cura di condizioni cliniche specifiche: ci sono anche molti studi sulle loro potenzialità come prodotti di consumo. Gli integratori postbiotici si possono già trovare nei negozi di alimenti naturali e online in tutto il Regno Unito e negli Stati Uniti. La domanda è: fino a che punto funzionano?

Prendiamo per esempio l'urolitina A (Ua), un metabolita che si produce quando i nostri microbi intestinali si nutrono di cose come noci, melograni e fragole. Si pensa che questa sostanza contribuisca al funzionamento dei mitocondri, gli organelli che danno energia alle nostre cellule. La loro attività si riduce con l'avanzare degli anni, alimentando vari problemi associati all'invecchiamento.

Non tutti hanno il giusto miscuglio di flora intestinale per produrre questo metabolita dagli alimenti: perciò è nato l'interesse a sviluppare un integratore da prendere per bocca. Nei suoi studi clinici, l'azienda svizzera Amazentis ha dimostrato che assumere integratori a base di Ua può migliorare la salute mitocondriale delle persone anziane, aumentare la forza delle gambe e alleviare il dolore dell'osteoartrite. Nel 2020 questi risultati hanno portato al lancio di Mitopure, il primo integratore di Ua. Ma la promessa di benessere mitocondriale non è economica: due mesi di capsule costano 200 dollari. Altri ricercatori si stanno concentrando sull'uso di batteri morti per integrare la salute dell'intestino. Anche se sembra

controintuitivo, i batteri non devono sempre essere vivi per essere utili. Per esempio, l'*Akkermansia muciniphila* è un microbo che si nutre del rivestimento mucoso dell'intestino e si trova spesso nei microbiomi di persone giovani e magre senza problemi di salute noti. Al contrario, si riscontrano livelli più bassi del microbo nelle persone affette da obesità, diabete di tipo 2 e intestino irritabile. In un esperimento con i topi, l'integrazione con *A. muciniphila* ha evitato che le cavie diventassero obese. Dal momento che non era mai stato studiato come integratore postbiotico nelle persone, Patrice Cani dell'università Cattolica di Lovanio, in Belgio, e i suoi colleghi hanno condotto una sperimentazione clinica su 32 volontari in sovrappeso oppure obesi. Indipendentemente dal fatto che fossero vivi o morti, i batteri hanno provocato una maggiore sensibilità all'insulina, che può ridurre il rischio di diabete di tipo 2, livelli più bassi di colesterolo nel sangue e una diminuzione di peso rispetto alle persone che avevano assunto un placebo. Due ricercatori coinvolti nella sperimentazione hanno fondato l'*Akkermansia* company, che a ottobre del 2022 ha lanciato un integratore alimentare contenente *A. muciniphila* disattivato, per aiutare a regolare il peso e ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2.

Lavorare con batteri morti o prodotti di scarto dei microbi offre diversi vantaggi pratici. A differenza dei probiotici, non è necessario conservarli in perfette condizioni e non ci si deve preoccupare che crescano fuori controllo nell'intestino. Quindi si può essere più sicuri del dosaggio e ci sono meno problemi di sicurezza. Tuttavia secondo Gregor Reid, professore emerito alla Western university dell'Ontario, in Canada, servono ulteriori conferme che i postbiotici arrivino intatti al nostro intestino. Il settore soffre anche della mancanza di studi di alta qualità. Nel 2019 un gruppo di scienziati di vari paesi ha stabilito che, per essere definito postbiotico, un prodotto deve dimostrare di fare bene alla salute in test clinici di alta qualità. Oggi solo pochi integratori presenti sul mercato si basano su sperimentazioni umane per giustificare quest'etichetta, dice Reid. "Il consu-



mattore deve sapere cosa sta comprando e cosa può aspettarsi. Purtroppo il settore commerciale adotta nuove terminologie così velocemente da anteporsi alla scienza, e il risultato può essere un'assurdità totale".

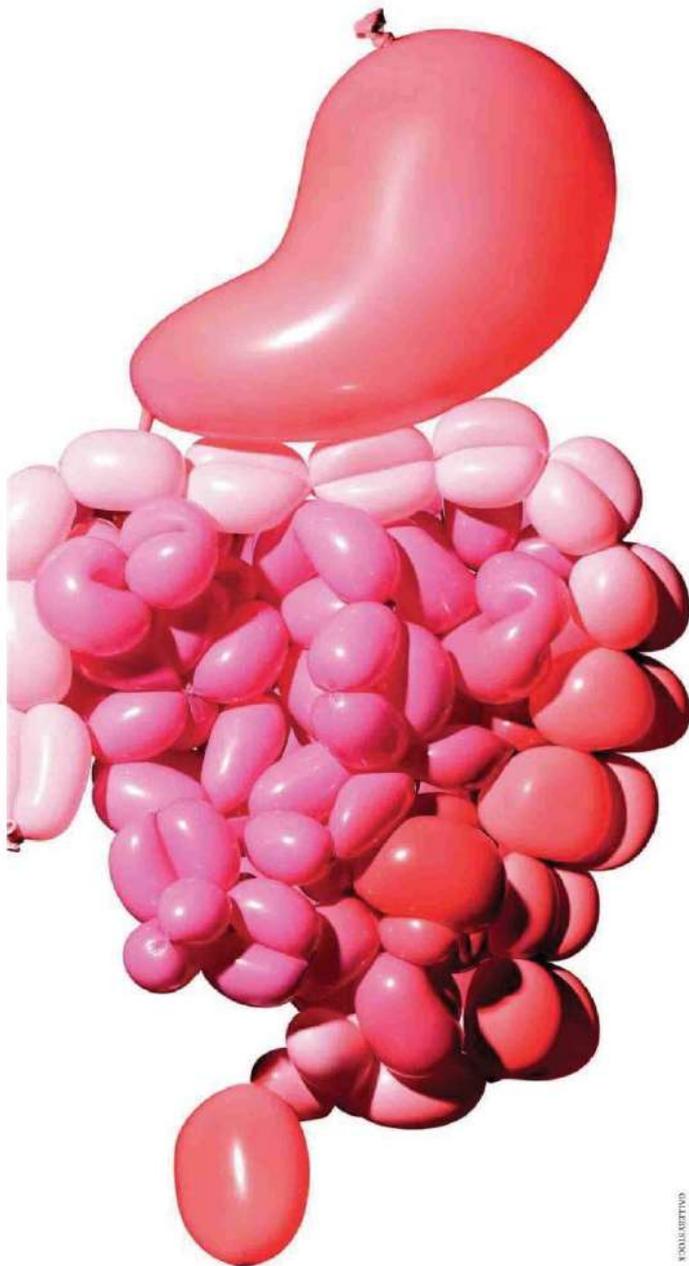
Gli integratori funzionano solo se c'è un problema da risolvere, aggiunge Schellekens. Per esempio, circa il 25 per cento delle donne che vivono nei paesi occidentali ha il giusto insieme di microbi per trasformare la soia in equolo, il metabolita che riduce i problemi legati agli estrogeni. L'uso di un integratore ha senso solo per l'altro 75 per cento.

Per ora la dieta potrebbe essere la strada migliore per ottenere i benefici dai

postbiotici. Vale il solito consiglio: seguire una dieta varia, mangiare molte verdure ed evitare i prodotti ultraprocesati. È opinione condivisa che faccia bene mangiare e bere alimenti fermentati come yogurt, miso, *kombucha* e kefir, perché contengono batteri vivi che possono produrre postbiotici. Ma secondo Hill anche questa idea si basa più sul senso comune che sull'evidenza. "Gli alimenti fermentati fanno parte della maggior parte delle diete sane in tutto il mondo, ma non abbiamo prove dirette che questo dipenda dal fatto che contengono batteri, vivi o morti. Stiamo cercando di dimostrarlo". Un problema è che non ci sono biomarcatori affidabili per la salute dell'intestino, a differenza del cuore e del fegato: "Se

avessimo dei dati e dei numeri sullo stato del microbioma, potremmo capire se lo stiamo migliorando con le azioni che compiamo, ma non ci siamo ancora arrivati", afferma Hill.

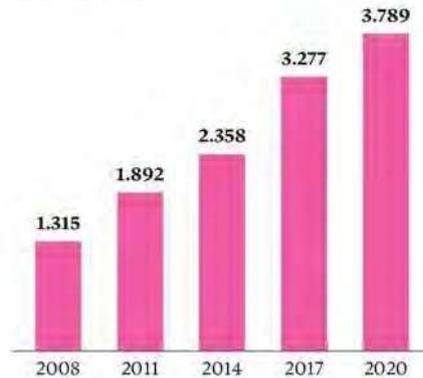
Nonostante gli ostacoli, Schellekens spera che la rivoluzione postbiotica porti a nuovi farmaci. "Abbiamo una fabbrica naturale di microbi che ci possono aiutare a stare bene. È un'enorme risorsa non sfruttata", dice. Spector punta sui postbiotici che potrebbero sostenere l'immunoterapia del cancro: "C'è una farmacia intera che aspetta nel nostro intestino". La sfida è imparare a sfruttarla. ♦ *bt*



ENRICHIMENTO

In Italia Integratori per tutti

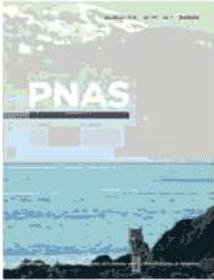
L'andamento del mercato degli integratori, miliardi di euro



SALUTE

Antidepressivi e antibiotici

Pnas, Stati Uniti



Alcuni farmaci contro la depressione potrebbero contribuire alla resistenza dei batteri agli antibiotici, rendendo più difficile curare le infezioni.

Questa resistenza è un problema sanitario globale, attribuito principalmente all'uso scorretto degli antibiotici. Ora un nuovo studio ha trovato un legame tra lo sviluppo

della resistenza e un altro tipo di farmaci di largo uso, quelli contro la depressione. I ricercatori hanno scoperto che gli antidepressivi di classe ssri e snri stimolano in breve tempo (circa un giorno) l'attivazione di meccanismi di protezione cellulare nei batteri, che resterebbero in funzione per più generazioni, fino a 33. Questi

meccanismi rimarrebbero anche quando il farmaco contro la depressione non è più presente nell'organismo. Secondo i ricercatori, i meccanismi protettivi sviluppati dai batteri, che producono anche mutazioni genetiche, funzionano contro vari antibiotici. Ma gli studiosi hanno preso in considerazione gli effetti di concentrazioni alte di antidepressivi su un unico tipo di batterio, l'*Escherichia coli*. Saranno quindi necessari approfondimenti con altri tipi di batteri e in condizioni diverse. ♦



BIOLOGIA

L'ossitocina non basta

L'ossitocina è spesso definita l'ormone dell'amore perché è rilasciata dal cervello nei momenti di grande intimità e solidarietà, legati anche al parto e alla cura della prole. Tutto questo è messo in discussione da uno studio sull'arvicola della prateria (*Microtus ochrogaster*), un roditore monogamo e incline alla socialità. A sorpresa è emerso che la rimozione del recettore dell'ossitocina con la tecnica d'ingegneria genetica crispr non pregiudicava il legame di coppia e i comportamenti sociali dell'animale. Queste ar-

vicole si comportavano in modo molto simile a quelle che avevano ancora il recettore dell'ossitocina, e le femmine erano in grado di procreare e allattare. L'assenza del recettore influiva negativamente solo sullo sviluppo dei cuccioli e sul loro tasso di sopravvivenza all'età dello svezzamento. Secondo i ricercatori, scrive **Neuron**, sono altri quindi i meccanismi biologici da cui dipendono i legami sociali di attaccamento e collaborazione. L'ossitocina potrebbe comunque essere un tassello di un quadro più ampio.



MA L'HANNO ARCHIVIATO
A Pinelli incarichi
d'oro nella sanità:
"Ora va di moda"

◉ MANTOVANI A PAG. 5

MAGISTRATURA

CSM Il neo vicepresidente era indagato a Padova. Nel mirino dei pm parcelle per oltre 100 mila € nel 2020. Archiviato poco prima del voto

Pinelli, incarichi d'oro con la sanità veneta

"Questo va di moda..."

» **Alessandro Mantovani**

Era cominciata con la querela di Azienda Zero, che coordina la sanità del Veneto, contro un giornalista del *Mattino* di Padova, Renzo Mazzaro, che nel 2018 aveva scritto di presunte irregolarità attorno a un appalto ed è stato archiviato con tanto di complimenti al "giornalismo di inchiesta". È finita, per ora, con un processo per turbativa d'asta ai vertici delle aziende coinvolte in quella gara da oltre 100 milioni di euro per le mense ospedaliere. E in mezzo c'è un'indagine sugli incarichi, numerosi e ben retribuiti, conferiti da Azienda Zero all'avvocato Fabio Pinelli di Padova, neo vicepresidente del Csm grazie a un ventaglio di relazioni trasversali che va da Luciano Violante alla Lega.

IL PENALISTA è stato archiviato lo scorso 21 novembre: "Mancando il dolo, il fatto non costituisce reato", ha scritto la giudice

Domenica Gambardella. Che però ha ordinato ulteriori indagini sui due dirigenti che gli davano gli incarichi, con le ipotesi di induzione indebita a dare o promettere utilità – la vecchia concussione per induzione – e turbata libertà nel procedimento di scelta del contraente, inizialmente formulate anche per Pinelli. Sono Domenico Mantovan, ex direttore della Sanità veneta e oggi a capo dell'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e Patrizia Simonato, ex direttore di Azienda Zero. La giudice ha anche ordinato l'11 gennaio, una settimana prima del voto per il Csm, la trasmissione degli atti al Consiglio di disciplina degli avvocati di Venezia affinché valuti la posizione di Pinelli. Che però non rischia nulla: con l'elezione al Csm, infatti, gli avvocati sono temporaneamente cancellati dagli Albi professionali e le procedure disciplinari si congelano.

Tra gli incarichi di Azienda Zero all'avvocato Pinelli ce n'era

uno, del 30 marzo 2020, per il recupero delle accise indebitamente versate dalle Ulss del Veneto ai produttori di energia elettrica. Un recupero crediti, insomma, non un lavoro da penalista di grido. Un incarico "conferito – osserva la giudice – in una materia per la quale l'avvocato Pinelli non era iscritto nella *short list*", ovvero l'elenco ristretto che suddivideva i legali esterni per materia. Il problema è che la delibera di Azienda Zero, oltre a modesti compensi fissi per redigere lettere e ricorsi, riconosceva a Pinelli "una quota variabile, pari al 15% dell'importo recuperato, stimata in un massimo di circa 465.000 euro", si legge



negli atti della Procura. Questo, secondo la giudice, presuppone un patto di quota lite, vietato dalla legge forense 247 del 2012. “Sono vietati i patti con i quali l’avvocato percepisca come compenso, in tutto o in parte, una quota del bene oggetto della prestazione o della ragione litigiosa”, dice l’art. 25 del codice deontologico, che prevede da due a sei mesi di sospensione. “La *ratio* – annota Gambardella – risiede nella necessità di salvaguardare la terzietà del professionista rispetto alle sorti della vertenza, corollario del più ampio principio della dignità e del decoro dell’avvocato”. Non è stato possibile sapere quanto abbiano incassato le aziende sanitarie del Veneto su quelle accise, né quanto sia stato corrisposto all’avvocato.

Nell’indagine della pm Silvia Golin, che aveva chiesto l’archiviazione per tutti, c’erano parecchi altri incarichi a Pinelli, sui quali in alcuni casi erano emerse perplessità dell’allora responsabile amministrativa e del collegio sindacale di Azienda Zero. Sono agli atti almeno 100 mila euro di fatture solo per il 2020 tra l’azienda sanitaria e l’Avvocatura regionale veneta. Spesso erano parcelle da 35 mila euro perché “sestaisotto i 40 mila non ci sono problemi con l’Anac”, si legge in alcune intercettazioni tra i dirigenti indagati. E ancora: “Con tutto quello che abbiamo

speso, cosa vuoi che siano 30 mila...”. Almeno una volta, stando ai brogliacci delle intercettazioni, Pinelli sarebbe passato negli uffici di Azienda Zero per aiutare Simionato a scrivere la delibera con il mandato.

Non erano tutti incarichi da penalista, come quelli che gli dava la Regione Veneto per i processi su inquinamento e mafia, o quelli dell’ex sottosegretario leghista Armando Siri e dall’ex *spin doctor* di Matteo Salvini, Luca Morisi. Per due volte, infatti, l’azienda sanitaria ha dato mandato a Pinelli di valutare (per 35 mila euro nel 2020 e 27 mila nel 2021, più gli oneri accessori) che tutto fosse stato fatto secondo le regole nella gestione del Covid, esposta alle critiche del microbiologo Andrea Crisanti, oggi senatore Pd. Altri 64 mila euro (82 mila con l’Iva) Pinelli li ha avuti per l’assistenza legale su una consistente fornitura di mascherine e dispositivi di protezione. In altri casi, per questioni di Tar e Consiglio di Stato, l’ente regionale nominava noti avvocati amministrativisti ma affiancava loro Pinelli. La Guardia di Finanza ha elencato incarichi con doppio legale per quasi 250 mila euro nel solo 2019. “Io so cosa pensa di Pinelli, ma questo adesso va di moda, non so cosa dirle”, diceva Mantoan in una conversazione intercettata con un altro legale. Lo stesso Mantoan, stando ai bro-

gliacci, attribuiva la scelta di Pinelli a Luca Zaia, il presidente della Regione, mai indagato. L’ufficio stampa della Regione lo nega e Pinelli ha preferito non rispondere al *Fatto*. Ma insomma la Procura, la cui richiesta di archiviazione per ora è stata parzialmente rigettata, ipotizza da parte dei due dirigenti una violazione dei criteri di trasparenza e rotazione richiesti anche per i mandati fiduciari legali da Anac e Corte dei conti. Azienda Zero comunque ribadisce che l’attuale vicepresidente del Csm era solo uno dei tanti legali esterni.

GLI APPROFONDIMENTI richiesti dalla giudice riguardano gli incarichi sul Covid. Si vedrà. L’inchiesta ha elementi in comune con quella che vede imputata la stessa Simionato per concorso in falso ideologico insieme a Roberto Rigoli, ex direttore delle Microbiologie del Veneto e autore di una email in cui dichiarava di aver testato i primi tamponi rapidi Abbott per il Covid comprati dalla Regione nell’estate 2020, assicurandone l’affidabilità. Si attende l’esito dell’udienza preliminare. È il fascicolo nato dall’esposto di Crisanti, che invece aveva dimostrato un’alta percentuale di falsi negativi con quei tamponi. Quello dell’intercettazione in cui Zaia, sempre non indagato, diceva di voler portare lo scienziato a “schiantarsi”.

L’indagine su Pinelli racconta molto della Regione in cui Zaia, nel settembre 2020, ha stravinto le elezioni con il 76 per cento, proprio tra la prima ondata del Covid (gestita bene, anche con il contributo di Crisanti) e la seconda (gestita con risultati meno brillanti). Dalla querela al giornalista alle inchieste sull’appalto e sugli incarichi all’avvocato, segnalati anche dalla Finanza nel maggio 2020 quando già ci lavoravano i carabinieri. E un rivolo dell’indagine è finito a Vicenza: Massimo Stellato, ex ufficiale della Finanza e responsabile per il Nord-est dell’Aise (i Servizi segreti per l’estero), è accusato di aver informato proprio Mantoan delle indagini. Mancava, davvero, solo il possibile coinvolgimento dei Servizi.

IL FASCICOLO PER INDUZIONE INDEBITA

L’INCHIESTA della pm di Padova Silvia Golin riguarda incarichi conferiti all’avvocato Pinelli dall’Azienda Zero della sanità veneta. Oltre 100 mila euro di fatture nel solo 2020, contando anche la Regione. I reati ipotizzati sono induzione indebita a dare o promettere utilità e turbata libertà nel procedimento di scelta del contraente. L’11 gennaio 2023 la giudice Gambardella, che aveva archiviato Pinelli a novembre, ha ordinato nuove indagini sui dirigenti pubblici. Per l’avvocato ha trasmesso gli atti al Consiglio di disciplina

L’inchiesta Un dirigente intercettato attribuiva la scelta dell’avvocato a Zaia (che nega). Ipotizzata violazione disciplinare: “Prendeva il 15% su un recupero crediti”



In Veneto
Andrea Crisanti, senatore Pd, era professore a Padova. Sopra, Luca Zaia, presidente del Veneto
FOTO ANSA



VERSO IL VOTO

Regionali, alta tensione su sanità e autonomia

► Ieri confronto tra i candidati alla presidenza ► Rocca: «Fino a 16 mesi per una visita» nel salotto tv di Bruno Vespa, a Porta a Porta D'Amato: «Noi, un esempio contro il Covid»

Autonomie e sanità accendono il dibattito politico in vista delle Regionali, ieri culminato in serata nel confronto alla trasmissione "Porta a porta" di Bruno Vespa. Il dibattito parte pacato, sui temi "classici" della campagna elettorale: la sanità, il termovalorizzatore, la valorizzazione del turismo, le infrastrutture chiave della viabilità e del ferro. Francesco Rocca, Alessio D'Amato e Donatella Bianchi espongono le loro ricette, a nove giorni dall'appuntamento con le urne.

LE RICETTE

L'ex presidente della Croce rossa attacca su «liste d'attesa terribili, 14 o 16 mesi per alcune prestazioni diagnostiche: già solo questo grida vendetta rispetto a un potenziale della nostra regione che dovrebbe essere completamente diverso - spiega Rocca - Quindi, intervenire anziché continuare nel 2023 a far usare i fax nei nostri pronto soccorsi per cercare i posti letto: digitalizzare i posti letto pubblici e privati perché la regione spende anche miliardi di euro per la sanità privata ma non viene monitorata all'interno della ricerca dei posti letto». Non solo: «Dopo dieci anni di governo dici ancora "faremo faremo"», punge il candidato di centrodestra. «Sento una vena polemica in lui», risponde l'assessore regionale alla sanità. «Il Lazio ha affrontato la più grande emergenza sanitaria che abbiamo avuto, è

stata un modello anche di contrasto al Covid - sottolinea D'Amato - Questo ha messo in risalto le grandi potenzialità del sistema, che va adesso implementato per quanto riguarda innanzitutto l'integrazione socio-sanitaria: mettere a terra ciò che è previsto nella missione 6, sono 800 milioni per rafforzare la rete territoriale, far sì che anche i medici di medicina generale, le farmacie possono fare diagnosi di primo livello». Per la candidata del M5s, «manca il personale, i medici, gli infermieri - sostiene Bianchi - Bisogna partire da questo, da chi poi andrà a far funzionare gli ospedali, bisogna rafforzare la medicina di prossimità che deve essere territoriale ma efficiente, offrire la possibilità di una diagnosi, una terapia, prima di arrivare ad affollare gli ospedale».

ITEMI

«Va chiuso il ciclo dei rifiuti con un termovalorizzatore che poi serve anche ai cittadini - dice D'Amato - Oggi va superata una situazione paradossale per cui soprattutto a Roma i rifiuti si prendono e girano per l'Italia facendo migliaia di chilometri inquinando e con dei costi eccessivi per essere poi conferiti in altri termovalorizzatori». Rocca reputa «singolare sentire D'Amato parlare di chiusura di un ciclo che non si è mai aperto - incalza il candidato di centrodestra - Hanno avuto dieci anni per fare un

piano rifiuti, l'hanno approvato solo pochi mesi fa e si sono dovuti far commissariare dal governo per avviare la soluzione del termocombustore, che è importante e si deve fare».

LO SCONTRO

La discussione poi vira sulle autonomie. Ed è lì che i tre si scaldano e alzano la voce: «Sono preoccupato per la proposta Calderoli, che cerca di dividere e non di unire - sottolinea D'Amato - È stata approvata? Una brutta notizia». La candidata pentastellata condive, ma Rocca li attacca entrambi: «Nel 2018 avete approvato una delibera sull'autonomia differenziata - dice l'ex leader della Cri - Attendiamo il testo, non fare demagogia». Controreplica dell'assessore regionale: «Il tema è dire da che parte stai, se difenderai Roma e il Lazio». Vespa suona il gong: fine delle ostilità, almeno per la giornata di ieri. Stasera si replica negli studi di Sky, mentre alla fine ufficiale della campagna elettorale manca appena una settimana.

Fa.Ro.

**L'ASSESSORE:
«PREOCCUPATO
PER LA RIFORMA»
L'EX PRESIDENTE
DELLA CROCE ROSSA:
«LEGGERÒ IL TESTO»**

**DONATELLA BIANCHI,
MOVIMENTO 5 STELLE:
«NEGLI OSPEDALI
MANCANO ANCORA
TROPPI MEDICI
E INFERMIERI»**



L'opinione**Il salto di qualità
per riorganizzare
la sanità locale****Paolo Cirino Pomicino**
*a pag. 35***L'opinione****Il salto di qualità
per riorganizzare
la sanità locale****Paolo Cirino Pomicino**

Nella legge finanziaria per il 1988 (eravamo alla guida della commissione bilancio) approvammo un finanziamento pluriennale di 20 mila miliardi di vecchie lire per interventi sulle strutture ospedaliere e sul loro ammodernamento tecnologico. A fronte di quell'impegno le risorse data dal Pnrr per la sanità (18,5 miliardi complessivamente) sono decisamente insufficienti in particolare per realizzare quella rete di Case di comunità (il primo luogo di cura) e le centrali territoriali oltre ad un gruppo di Ospedali della comunità per ridurre l'affollamento verso i grandi posti di pronto soccorso.

La lunga battaglia del presidente Vincenzo De Luca e del suo assessore al bilancio Ettore Cinque hanno portato alla Campania 200 milioni in più nella annuale redistribuzione del fondo sanitario nazionale ma la sofferenza della Campania e del Mezzogiorno continuerà per le ferite inferte al settore negli ultimi 25 anni in maniera scriteriata e priva di ogni visione programmatica. In Campania, per queste antiche ragioni, la sanità, ed in particolare quella ospedaliera, è una bomba ad orologeria e chi lo negasse mentirebbe sapendo di mentire. Lo ha ricordato in un appello di un mese fa lo stesso direttore regionale Ciro Verdoliva chiedendo di fatto aiuto per gli ospedali a tutti quelli

I posti di pronto soccorso non solo in Campania e nel mezzogiorno, sono l'inferno in terra ed hanno bisogno di interventi riorganizzativi importanti e razionali. Innanzitutto il servizio di pronto soccorso deve essere un servizio universale nel senso che dovranno partecipare tutti i medici dei reparti come avveniva un tempo. Tutti i medici di medicina generale ed i chirurghi di chirurgia generale, così tutti i reparti specialistici, devono svolgere turni di pronto soccorso e gli attuali medici che operano solo nel pronto soccorso devono diventare medici di reparto svolgendo anche a turno il servizio di pronto soccorso. Un servizio che dovrà, peraltro, essere remunerato a parte vista la sua complessità e il suo stress particolare. Ne va della formazione dei medici e della loro tenuta psicologica e naturalmente dell'interesse degli ammalati. L'errore nato da qualche interesse di camarille universitarie ha elevato la medicina d'urgenza a livello di specialità come l'ortopedia, la pediatria, la ginecologia e via di questo passo. La politica di questi ultimi 25 anni è andata dietro questa sciocchezza creando così un ghetto, quello della emergenza, nella quale si aggrovigliano scarsa formazione, tensione professionale e danni agli ammalati il tutto, poi aggravato da un affollamento sproporzionato. Questa nuova e antica organizzazione dei servizi di pronto soccorso che propo-

che potevano dare una mano a cominciare dai medici. Detto questo forse sarà utile ragionare anche sul terreno del modello organizzativo. La follia di un organico medico esclusivamente impegnato nel pronto soccorso è frutto di una crassa ignoranza che penalizza la continua formazione dei medici, anche quella dei reparti che non vedono più emergenze, e danneggia i cittadini bisognosi di cure.



niamo e la costruzione delle cosiddette Case della comunità potranno far voltare pagina offrendo servizi adeguati per quantità e qualità.

Naturalmente le Case di comunità devono essere luoghi dove una diagnosi dovrà essere possibile per evitare che diventi solo una tappa intermedia nel doloroso percorso verso l'ospedale. In parole povere un minimo di servizi di laboratorio e di radiologia dovrà essere garantito così come una presenza professionale adeguata utilizzando anche medici di base e medici ospedalieri vista la loro penuria grazie ad un'altra alla follia, quella del numero chiuso per l'accesso alle facoltà di medicina ed alle successive scuole di specializzazione. La conferenza delle regioni deve fare una battaglia perché i modelli organizzativi nazionalmente definiti possano essere anche modificati e implementati per esigenze locali o per innovazioni concordate con le organizzazioni sindacali e professionali. Il superamento del numero chiuso potrà poi garantire, a sua volta, una importante innovazione, quello di un ospedale che per le attività ordinarie, quelle cioè al netto

dei servizi di emergenza, resti funzionante dalle 8 alle 18 recuperando in tal modo una più accentuata produttività in grado di smaltire le odiose attese per molte prestazioni interne ed esterne. Insomma un diverso equilibrio tra spazio lavoro e spazio letto. Questo obiettivo già raggiunto in quasi tutti gli ospedali delle grandi democrazie occidentali, richiederà, naturalmente, un più forte numero di medici. Una spesa che ridurrebbe di fatto i costi fissi perché spingerebbe a non proliferare ospedali spesso piccoli e inadeguati a dare risposte rapide e convincenti. Se queste innovazioni potessero trovare posto nelle ottime linee guida per il riordino territoriale dei presidi sanitari alla luce del Pnrr fissate con delibera regionale faremmo un salto in avanti almeno programmatico e troverebbero a nostro giudizio l'intesa di tutti i sindacati medici e non medici ma innanzitutto di quella parte della popolazione dolente alla quale tutti prima o poi parteciperanno. Resta sullo sfondo l'apartheid intollerabile dei due policlinici, unico caso in tutta Italia, dai problemi del pronto soccorso.

