



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**29 Marzo 2023**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Tutela dei minori vittime di abusi, al via intesa tra Arnas Civico e Procura di Palermo

*Il presidio ospedaliero "Di Cristina", infatti, è un osservatorio privilegiato dei bisogni anche sociali oltre che di salute dei bambini.*



Giorno importante per la **tutela dei bambini** vittime di violenza e maltrattamenti. Stamane, in Procura a Palermo, è stato infatti firmato un **protocollo d'intesa** a tutela dei minori vittime di abusi. A siglarlo, da un lato, l'ARNAS CIVICO, Azienda di Rilievo Nazionale con il suo Presidio pediatrico, dall'altra il Procuratore della Repubblica dott. Maurizio De Lucia e la dott.ssa Caramanna, Procuratore della Procura dei minori. «Si tratta di un protocollo interistituzionale che ha l'obiettivo di rafforzare il fronte comune a difesa dei bambini maltrattati e dei loro diritti» afferma il Commissario Straordinario dott. **Roberto Colletti**. L'Ospedale Pediatrico e le istituzioni collaborano molto spesso nella gestione di casi complessi e la stipula del protocollo d'intesa esprime la volontà di rafforzare gli ambiti di cooperazione per tutelare, con criteri di efficacia e appropriatezza, tutti i percorsi che vedono protagonisti i minori. «Il P.O. Di Cristina è un osservatorio privilegiato dei bisogni anche sociali oltre che di salute dei bambini e questa iniziativa potenzia il livello di allerta su tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo che comportano danno alla salute dei minori» afferma la dott.ssa **Desiree Farinella**, responsabile della Direzione Medica del P.O. Di Cristina. La collaborazione con le Procure, Ordinaria e dei minori, continuerà con la stipula di altri protocolli d'intesa orientati sull'efficientamento dei percorsi pediatrici. **Salvatore Requirez**, dirigente generale del Dasoe, sottolinea: «Il modello di cooperazione odierna, tra Procure e ARNAS, è sicuramente da esportare all'interno di altre realtà sanitarie ospedaliere e territoriali della Regione secondo un **paradigma omogeneo** che identifichi percorsi tempestivi non solo in chiave di intervento ma anche di prevenzione. In quest'ottica si iscrive anche l'odierno rafforzamento di rapporti operativi con l'USR, Ufficio Scolastico Regionale che attraverso le diramazioni di ambito territoriale non potrà che elevare il livello di



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

attenzione su un tema che, da sempre, rappresenta uno dei più delicati target di vera collaborazione interistituzionale». Insieme a lui ha presenziato all'incontro la dott.ssa **Maria Lucia Furnari**, Dirigente Responsabile del Servizio 2 Formazione del DASOE che, evidenzia di voler prendere spunto da questo protocollo di intesa per riprogrammare attività formative condivise con le istituzioni interessate, in tutte le Aziende Sanitarie, per uniformare le attività di identificazione e di gestione dei casi di piccoli pazienti vittime di abuso e di maltrattamento.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia



## Centri di riferimento e associazioni di pazienti, fronte comune contro l'endometriosi

*Le interviste a Giuseppe Ettore (direttore di Ostetricia e Ginecologia all'Arnas Garibaldi) e Chiara Catalano, volontaria di "Progetto endometriosi".*

Marzo è il mese dedicato alla **consapevolezza sull'endometriosi**, che si riscontra in circa il 10-25% delle donne in età fertile. In Italia quelle che hanno avuto una diagnosi conclamata sono circa 3 milioni, con un picco tra i 25 e i 35 anni. La patologia è caratterizzata dal fatto che l'endometrio, il rivestimento interno dell'utero, che viene normalmente eliminato ciclicamente con le mestruazioni, si impianta all'interno dell'addome fuori dall'utero invadendo gli **organi pelvici** tanto da determinare sintomi gravi come sterilità e dolore cronico nelle donne affette. L'endometriosi è una patologia **invalidante** che compromette la qualità della vita della donna ed è causa di **sub-fertilità o infertilità**, riscontrata in un 30-40% dei casi, principalmente a causa dello **stato infiammatorio cronico**. Una corretta consapevolezza della patologia può favorire una **diagnosi** precoce con un trattamento tempestivo che può migliorare la qualità della vita e prevenire la situazione di infertilità. **L'eziopatogenesi** dell'endometriosi è sconosciuta. Tra le più accreditate è la **"teoria dell'impianto"**: questa prevede che, durante il ciclo mestruale, si verifichi un flusso retrogrado dell'endometrio sfaldato verso il peritoneo. In questo modo, diventa possibile un impianto del tessuto endometriale in sede anomala. **Il sintomo principale**, in quasi tutte le donne affette da endometriosi, è il dolore durante il **ciclo mestruale**. A seconda della localizzazione degli impianti anomali, si possono verificare anche dolore durante il rapporto sessuale, **minzione** dolorosa e difficoltà durante la defecazione con costipazione. In alcune donne la patologia può essere **asintomatica**. **Tra gli esami più comuni** svolti per la diagnosi: l'ecografia transvaginale, la risonanza magnetica addome-pelvi con mezzo di contrasto. Il trattamento dell'endometriosi è personalizzato, in base alle condizioni della paziente, e può richiedere cure farmacologiche o chirurgiche. La scelta chirurgica migliore è la tecnica **laparoscopica**, di tipo mininvasivo, che permette di eliminare i **focolai endometriosici** preservando così il più possibile utero, ovaie e tube. Ne abbiamo parlato con il professor **Giuseppe Ettore**, direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia e del Dipartimento Materno-Infantile dell'Arnas Garibaldi-Nesima di Catania, centro di riferimento regionale Sicilia Orientale per l'endometriosi.

**Professor Ettore, perché l'endometriosi è una patologia "insidiosa"?** «Perché non è così semplice da diagnosticare. Proprio per questo spesso la diagnosi sfugge nei primi tempi della patologia e un ritardo diagnostico a volte viene misurato anche in anni. Bisogna auspicare che la donna si rivolga a un medico specializzato e che **non sottostimi** i sintomi precoci. Da qui anche l'importanza di sensibilizzare le donne affinché esse stesse siano informate sulla patologia e riconoscano i sintomi».

**Cosa si fa in Sicilia?** «Si fa rete. Noi del "Garibaldi" di Catania, centro di riferimento regionale, insieme al "Civico" di Palermo abbiamo l'obiettivo di far rete per far sì che in ogni ospedale ci possano essere professionisti



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia

preparati, perché se gli interlocutori sono sbagliati anche in presenza di sintomi non viene riconosciuta. Inoltre occorre scongiurare i cosiddetti “**viaggi della speranza**”, il turismo sanitario verso strutture del Nord Italia».

**Rispetto al passato si stanno compiendo passi in avanti?** «In Sicilia nel dicembre 2019 è stata approvata la legge dal titolo “Disposizioni per la tutela e il sostegno delle donne affette da endometriosi” che tenta di riordinare e sanare le criticità legate a questa malattia. Prevedendo e garantendo tutte le prestazioni sanitarie necessarie». Per quanto riguarda le azioni di **informazione e sensibilizzazione** sull'endometriosi, è fondamentale il ruolo delle **associazioni** che rappresentano un anello di congiunzione fondamentale con le donne. Ne abbiamo parlato con **Chiara Catalano**, volontaria dell'Associazione “Progetto endometriosi” di Acireale, che ha portato in più occasioni all'attenzione la sua testimonianza legata all'endometriosi.

**Cosa fa l'associazione di cui fa parte?** «L'Associazione Progetto Endometriosi è un'organizzazione di volontariato, costituita nel febbraio 2006, che ha sede nazionale a Parma, ma lavora su un tessuto nazionale grazie alla presenza di volontarie nelle varie regioni. Le **volontarie** sono esclusivamente donne **affette da endometriosi**, che hanno deciso di trasformare il loro dolore in aiuto e sostegno concreto, per altre donne, accompagnandole in un percorso di conforto e consapevolezza. L'associazione è di supporto anche alle **famiglie** in quanto la patologia coinvolge indirettamente anche chi fa parte della vita della donna affetta da endometriosi».

**In che modo fornite supporto alle donne e alle loro famiglie?** «A garanzia del rigore scientifico delle informazioni sull'endometriosi fornite da noi, l'associazione è affiancata da un **comitato scientifico**, formato da un pool di medici specialisti di fama nazionale, che operano presso centri specializzati pubblici e collaborano con A.P.E. per le attività relative alla missione dell'associazione: formazione e informazione per creare consapevolezza. **Tra i progetti**: “Comprend-Endo” che permette di fare informazione nelle scuole; è stata anche prevista un'attività online attraverso un webinar di due ore in cui specialisti in endometriosi e volontarie hanno spiegato che cos'è l'endometriosi e quali sono i sintomi: **la formazione** è fondamentale per il personale sanitario, effettuata attraverso corsi di formazione ecografica a giovani ginecologi. Inoltre l'associazione pubblica e mantiene aggiornata sul sito [apendometriosi.it](http://apendometriosi.it) la lista degli ambulatori e dei centri specializzati che si occupano di endometriosi in regime pubblico o privato convenzionato».

**Per il mese della consapevolezza quali iniziative sono state organizzate?** «Tantissime, ma per citarne qualcuna: “**Le vetrine consapevoli**”, per la quale abbiamo richiesto agli esercenti di qualsiasi settore merceologico di allestire le proprie vetrine con un kit che noi stesse prepariamo colorando le vetrine di rosa giallo e consapevolezza. “**I fiori della consapevolezza**”: in più di 30 piazze italiane sono stati previsti tavoli informativi e vendita con offerta libera di fiori che rappresentano noi donne affette da endometriosi: la gerbera che rappresenta la dignità con la quale affrontiamo la malattia e la forza del girasole che dovrà far nascere e crescere prendendone cura. Inoltre, sono stati organizzati “**open Day**”».

**In Sicilia la legge regionale del 2019 è stata d'aiuto?** «Ha previsto l'istituzione di centri per la diagnosi e cura dell'endometriosi, con annessa **formazione** del personale medico, di assistenza e dei consultori familiari, individuati a **Palermo e Catania** presso le UOC di ostetricia e ginecologia delle Arnas Civico e Garibaldi, con **ambulatori dedicati**, inserendo tutte le figure necessarie al trattamento della malattia. Inoltre, l'Assessorato alla Salute supporta campagne di informazione e sensibilizzazione. È stata istituita la giornata regionale per l'endometriosi, individuata nella data del 9 marzo. Ad oggi il primo passo come attuazione della legge con lo stanziamento di € 1.500.000 di PSN, più € 750.000 da legge regionale per ogni centro di riferimento. **È un traguardo importante**, anche se ancora si deve fare molto, soprattutto puntare sulla formazione del personale».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Per cuore 230.000 morti l'anno, 47.000 legati a colesterolo

29 Marzo 2023



In Italia le malattie cardiovascolari causano il 36% di tutti i decessi, superando le 230.000 morti annui, di cui circa 47.000 attribuibili a elevati livelli del cosiddetto colesterolo cattivo, Ldl. Nonostante l'ipercolesterolemia sia riconosciuta come il fattore di rischio cardiovascolare più facilmente modificabile, 8 pazienti su 10 ad alto rischio non sono in grado di ridurlo ai livelli raccomandati. A confrontarsi sul ruolo delle nuove terapie saranno gli esperti della Cardiologia italiana al convegno 'Lipids in Rome - Old challenges and new opportunities', organizzato a Roma dall'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco). Negli ultimi 25 anni l'approccio terapeutico alle patologie cardiovascolari è stato rivoluzionato da un'esplosione di ricerche scientifiche di biologia molecolare e studi clinici. Grazie a queste sono stati, di recente, resi disponibili per l'impiego clinico oltre agli anticorpi monoclonali, nuovi farmaci 'intelligenti'. "L'ipercolesterolemia va trattata in maniera incisiva e precoce - spiega Furio Colivicchi, presidente Anmco -. Le più recenti evidenze indicano che un inizio tempestivo del trattamento con gli anticorpi monoclonali che contrestano l'attività della proteina Pcsk9 e una riduzione prolungata dei livelli dei livelli di colesterolo Ldl consentono di ottenere più protezione nei confronti dei futuri eventi cardiovascolari". L'acido bempedoico, invece, è il primo inibitore orale dell'enzima ACL, da assumere una volta al giorno, che può essere associato ad altri trattamenti per ridurre ulteriormente i livelli di colesterolo Ldl. Rappresenta un efficace strumento nell'armamentario, soprattutto per i pazienti a più alto rischio".



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

L'inclisiran infine è un piccolo Rna interferente che riduce i livelli di una proteina chiamata Pcsk9 aumentando la capacità del fegato di assorbire il colesterolo Ldl e riducendo quello presente nel sangue. "Queste terapie - conclude Colivicchi - caratterizzate da semplicità d'impiego, aiuteranno i pazienti che sono non aderenti ai trattamenti spesso proprio a causa degli effetti collaterali, o che non riescono comunque a raggiungere i target ottimali di colesterolo".





Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

quotidiano**sanità.it**

## Al Policlinico di Palermo costituita la “Polycythemia Vera Unit”

***È il primo gruppo siciliano multidisciplinare per la gestione dei pazienti colpiti da questa neoplasia mieloproliferativa cronica ad elevato rischio cardiovascolare e trombotico. “La gestione del paziente con Pv è complessa, di lunga durata e multispecialistica. La patologia è dovuta ad una alterazione delle cellule del midollo osseo che provoca la proliferazione incontrollata di alcune cellule nel sangue”.***



Al Policlinico di Palermo è stata nei giorni scorsi costituita la “Polycythemia Vera unit”, il primo gruppo siciliano multidisciplinare per la gestione dei malati colpiti da questa neoplasia mieloproliferativa cronica ad elevato rischio cardiovascolare e trombotico. La gestione del paziente con PV è complessa - dice il Policlinico - di lunga durata e multispecialistica e negli ultimi anni è stata al centro della ricerca, grazie agli sforzi della comunità scientifica internazionale. La patologia è dovuta ad una alterazione delle cellule del midollo osseo che provoca la proliferazione incontrollata di alcune cellule del sangue - in questo caso prevalentemente i globuli rossi - e che ha carattere cronico, ossia a decorso lento e progressivo.

“La creazione di un percorso congiunto e multidisciplinare, quale la PV Unit, - spiega il team dell’Azienda ospedaliera universitaria – è di indiscutibile utilità per il paziente e di estrema importanza e ricchezza per gli specialisti e le relative strutture coinvolte. La PV Unit si propone di garantire al paziente una diagnosi e un inizio di trattamento tempestivi, un adeguato inquadramento del rischio cardiovascolare e trombotico e la correzione dei fattori di rischio modificabili nel corso del *follow-up*, la corretta gestione di eventuali eventi avversi conseguenti alle terapie e delle complicanze della patologia stessa”. **Il commissario del Policlinico Salvatore Iacolino**, commenta: “La Sanità si sviluppa sempre più su modelli organizzativi che prevedono la multidisciplinarietà per il miglioramento del percorso terapeutico del paziente. L’Azienda ospedaliera universitaria sostiene questo modello organizzativo, di cui la ‘PV Unit’ è un esempio”, per garantire ai propri pazienti “trattamenti sempre più qualificati e personalizzati”.



Misure per 4,9 miliardi: aiuti per tre mesi a famiglie e imprese. La Ue: auto «verdi» dal 2035, l'Italia si astiene

# I nuovi sconti sulle bollette

Pnrr, Fitto ammette ritardi su alcuni progetti. Bruxelles: bene gli ultimi progressi

Nuovo decreto del governo per aiutare le famiglie contro il caro energia: in arrivo altri sconti sulle bollette del gas. Ma quella di ieri è stata una giornata segnata anche da decisioni sul fronte europeo: l'Italia si è astenuta sulle auto «verdi» dal 2035. E sui fondi del Pnrr il ministro Fitto am-

mette: ritardi su alcuni progetti. Ma Bruxelles dice: bene gli ultimi progressi.

alle pagine 2, 3, 5 e 25

# Aiuti per bollette e sanità Via libera al codice appalti

Le misure: no al cibo sintetico. Salvini: meno burocrazia. Slitta il ddl Concorrenza

**ROMA** Il governo archivia il primo trimestre dell'anno con interventi sul fronte del caro bollette, del fisco, della sanità, del codice degli appalti, delle regole in materia di alimenti e mangimi sintetici e, infine, della concorrenza, sebbene in quest'ultimo caso senza approvare il disegno di legge in discussione. Sono più numerosi del solito gli ambiti interessati dai provvedimenti varati ieri in Consiglio dei ministri, a cominciare dal decreto che proroga per altri tre mesi alcune delle misure destinate a imprese e famiglie per fronteggiare il caro energia.

Lo stanziamento del governo vale 4,9 miliardi di euro e prevede il taglio dell'Iva e degli oneri di sistema per il gas, ma non per la luce, oltre che il rinnovo del bonus sociale per le famiglie a basso reddito. Le imprese beneficeranno fino al 30 giugno dei crediti d'imposta a condizione che nel

primo trimestre abbiano registrato un aumento delle utenze superiore al 30% rispetto al primo trimestre 2019. «Il Cdm ha approvato il decreto con misure a sostegno di famiglie e imprese contro il caro bollette e interventi per il settore sanitario per un ammontare complessivo di risorse pari a 4,9 miliardi. Sostenere concretamente cittadini e imprese rimane la priorità del governo», sottolinea la premier Giorgia Meloni. Una parte dei fondi del decreto, non a caso, andranno anche alla sanità: circa 1,1 miliardi sono destinati a Regioni e Province autonome per ridurre l'effetto del *payback* di dispositivi medici sulle aziende del settore. In materia di sanità figurano, inoltre, gli interventi per stabilizzare i medici non specializzati e gli incentivi per gli infermieri del pronto soccorso. Nel decreto il governo ha, poi, inserito una serie di proroghe in materia fiscale riguardo al-

le scadenze introdotte con la legge di Bilancio. In particolare, slitta al 31 ottobre il termine per la prima rata per regolarizzare le violazioni di natura formale, prorogati anche i termini per le rate del ravvedimento speciale sulle dichiarazioni. La discussione di due ore in Consiglio dei ministri è servita inoltre per il via libera del Codice degli appalti. «Come promesso, dopo anni di attesa, su mia proposta — rivendica il ministro delle Infrastrutture, Matteo Salvini — il Cdm ha approvato il nuovo codice degli appalti pubblici. Meno burocrazia, meno perdite di tempo, più fiducia alle imprese e ai sindaci, fiducia alle imprese del territorio, alle imprese anche più piccole e artigiane. Significa più cantie-



ri, più lavoro e più sicurezza in tutta Italia».

All'attenzione dell'esecutivo è stato sottoposto, infine, il disegno di legge con i divieti di produzione e commercializzazione di alimenti e mangimi sintetici. Per chi viola le regole multe fino a 60 mila euro. «Diciamo no al cibo sintetico. Abbiamo affrontato il tema della qualità che i prodotti da laboratorio non garantiscono. Abbiamo voluto tutelare la nostra cultura e la nostra tradizione», spiega il ministro dell'Agricoltura, Francesco Lollobrigida. «Non

potevamo che festeggiare con i nostri agricoltori questo provvedimento», conferma la premier Meloni, sostando al flash mob di Coldiretti davanti a Palazzo Chigi.

Resta, invece, da approvare il disegno di legge sulla concorrenza perché nel corso del Consiglio dei ministri è emersa la necessità di approfondire il tema delle coperture sulle misure in materia di energia.

**Andrea Ducci**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Fisco**  
Prorogati i termini per le rate del ravvedimento speciale sulle dichiarazioni



Il ministro della Salute Orazio Schillaci, a sinistra, e Francesco Lollobrigida, ministro dell'Agricoltura e della Sovranità alimentare. Il consiglio dei Ministri ha varato il decreto che proroga per altri tre mesi una parte delle misure destinate a imprese e famiglie per fronteggiare il caro energia



La presidente del consiglio Giorgia Meloni con Coldiretti dopo l'approvazione del ddl che vieta la produzione di alimenti e mangimi sintetici





Le misure nel dl Bollette, approvato ieri. Libera professione per gli operatori sanitari

# Medicina d'urgenza ai ripari

## Esternalizzazioni e aumenti per la carenza di personale

DI MICHELE DAMIANI

Il governo prova ad arginare la carenza di personale nella medicina d'emergenza e urgenza. Nel decreto Bollette, approvato ieri in Consiglio dei ministri, sono presenti infatti una serie di misure per aumentare gli operatori in una disciplina, quella della medicina d'urgenza appunto, che da anni ormai vede calare i professionisti in attività e andare praticamente deserti i bandi di concorso. Le misure vanno dalle esternalizzazioni all'utilizzo di specializzandi, passando per gli aumenti in busta paga. E non sono gli unici interventi sulla sanità presenti nel decreto, visto che viene eliminato il vincolo di esclusività per i professionisti sanitari (che apre, quindi, alla libera professione) e introdotte misure restrittive per i cosiddetti medici gettonisti.

**Gli aumenti.** La medicina d'urgenza, come detto, è una di quelle discipline che soffre maggiormente di carenza di personale. Tra il 2020 e il 2022, solo per citare un numero, su 1.884 posti messi a bando il 60,7% (1.144) non è stato assegnato. Il ministro della salute **Orazio Schillaci** aveva già illustrato una serie di possibili soluzioni al problema, tra cui quella di rendere più attrattivo il lavoro nel Servizio sanitario nazionale, agendo anche sui compensi degli operatori. Da qui la misura presente nel dl approvato ieri che mira ad incrementare le tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive nei servizi di emergenza e urgenza. Viene disposto che, per il 2023, le aziende del Ssn potranno aumentare le tariffe orarie del Ccnl di riferimento.

Nella bozza del dl si parla di un aumento fino a 100 euro, altri testi invece non indicano ancora la cifra, ma comunque ci sarà questa possibilità.

**Esternalizzazioni.** Un intervento che avrà un impatto immediato, invece, sarà quello relativo alla possibilità di esternalizzare. Nel dl si parla dello «stato di grave carenza di orga-

**Orazio Schillaci**

nico del personale sanitario», che potrà quindi essere fronteggiato per il 2023 affidando «a terzi i servizi medici ed infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga, a seguito della verificata impossibilità di utilizzare personale già in servizio, di assumere gli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, nonché di espletare le procedure di reclutamento del personale medico e infermieristico autorizzate». Questa possibilità sarà offerta solo nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri, per un periodo non superiore a 12 mesi.

**Specializzandi e pensionati.** Un altro fronte sarà quello relativo a coloro che hanno prestato servizio per un certo periodo di tempo nel settore. Viene previsto, infatti, che fino al 31 dicembre 2025 i soggetti che abbiano maturato almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, presso i servizi di emergenza-urgenza, potranno partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del Ssn, anche se non in possesso del diploma di specializzazione. Prevista anche una novità per quanto riguarda gli specializzandi, che durante la loro

formazione potranno svolgere attività libero-professionale presso aziende del Ssn. Per tali attività «è corrisposto un compenso orario, che integra la remunerazione prevista per la formazione specialistica, pari a 40 euro lordi comprensivi di tutti gli oneri fiscali, previdenziali e di ogni altro onere eventualmente previsto a carico dell'azienda o dell'ente che ha conferito l'incarico». Infine, interventi anche sui pensionati. O meglio, sui pensionandi. Il decreto stabilisce infatti che, sempre fino al 31 dicembre 2025, il personale in possesso dei requisiti di pensionamento anticipato potrà chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time, fino al raggiungimento del limite di età previsto dall'ordinamento vigente.

**Le altre misure.** La gran parte del pacchetto sanità del dl riguarda la medicina d'urgenza, ma ci sono altri interventi particolarmente attesi dal mondo sanitario. Uno riguarda la possibilità per i professionisti del Ssn di operare come liberi professionisti. Per gli infermieri, che da anni attendevano questa misura, in vista anche aumenti in busta paga grazie alla defiscalizzazione dell'indennità riservata alla categoria.





# La nuova Sanità

Tetto all'impiego dei gettonisti libera professione per gli infermieri e sblocco dei debiti sui macchinari. È il primo passo della riforma: l'aumento per le prestazioni extra riservato a chi lavora nell'urgenza

## IL DOSSIER

PAOLO RUSSO  
ROMA

**P**aletti più rigidi per l'utilizzo dei medici gettonisti, più soldi ai sanitari che erogano prestazioni aggiuntive nel pronto soccorso, dove chi insulta e alza le mani sarà perseguito dalla giustizia anche se medici e infermieri non denunciano per paura, come accade in oltre la metà dei casi. Possibilità per gli infermieri di fare anche attività libero professionale una volta finito il turno in ospedale e via libera agli operatori sanitari che hanno conseguito la laurea all'estero, sulla falsariga dei medici cubani arruolati dalla Calabria per fronteggiare la carenza di personale in loco. Infine ripiano a metà tra Sta-

to e imprese dei 2,2 miliardi del cosiddetto payback, il contestatissimo rimborso dello sfioramento del tetto di spesa per i dispositivi medici, fino ad ora sulle spalle dei soli produttori. Che puntando i piedi con una valanga di ricorsi hanno bloccato i versamenti mettendo ancora più a rischio di commissariamento e tagli le Regioni con i conti in rosso. È un antipasto della riforma annunciata dal ministro della Salute Orazio Schillaci a *La Stampa* quella contenuta nel decreto contro il caro bollette approvato ieri dal governo. In tutto 1,4 miliardi, dei quali 1,1 destinati a risolvere il contenzioso con le imprese apertosi sul payback e 300 per le altre misure sani-

tarie, che a regime arriveranno a un miliardo, assicurano dalla maggioranza. Intanto però il piatto piange. Rispetto alla bozza messa a punto dal ministero della Salute salta l'abbattimento al 15% della tassazione sui circa mille euro mensili di indennità di specialità medica, anche se sono anticipati al 1° giugno i 200 milioni di indennità per i medici di pronto soccorso. Ma soprattutto l'aumento del compenso ai sanitari per le prestazioni aggiuntive è limitato solo a chi lavora nei servizi di emergenza e urgenza e non agli altri settori afflitti dalla piaga delle liste di attesa, che con l'extra lavoro si sarebbero potute almeno sfozzire. Se ne riparerà dopo la Def, il documento di finan-

za pubblica che ad aprile ci dirà se ci sarà e a quanto eventualmente potrà ammontare il tesoretto frutto di maggior crescita e gettito fiscale dei condoni. —

Così su *La Stampa*



Su *La Stampa* del 24 marzo, l'intervista al ministro della Salute, Orazio Schillaci, che anticipava al nostro giornale i contenuti del maxi decreto sanità: «Metteremo dei limiti di numero ed età all'impiego dei medici gettonisti - così Schillaci -, in arrivo anche incentivi ai professionisti che scelgono le specialità con meno privati». Beneficiari soprattutto i medici in prima linea.

## LE MISURE DECISE



### IL FRENO AI MEDICI IN AFFITTO

#### Stop a 67 anni, orari limitati e serve la giusta specialità

Per fermare il ricorrido selvaggio ai medici gettonisti, che costano fino a quattro volte tanto quelli dipendenti, il decreto per prima cosa stabilisce che si potranno affidare i servizi di emergenza e urgenza a medici e infermieri in affitto solo una volta, senza possibilità di proroga. L'affidamento degli incarichi non potrà durare più di 12 mesi e i medici che arrivano a fare 24 ore di non stop perché l'orario giornaliero non potrà superare i limiti del contratto nazionale. Entro 90 giorni il decreto della Salute stabilirà poi tariffe e standard dei servizi medici e infermieristici dati in affidamento. In quel provvedimento, ha già

anticipato a *La Stampa* il ministro Schillaci, si stabilirà che il conto dovrà essere lo stesso che per i dipendenti pubblici, che l'età massima per prestare servizio è di 67 anni e non 70 e oltre come spesso accade oggi con i gettonisti, i quali dovranno essere in possesso di una specializzazione attinente al ruolo che vanno a ricoprire nelle aziende sanitarie pubbliche. Se da un lato se ne scorreggia l'uso dall'altro si punta ad assumere i sanitari oggi in affitto, ai quali sarà riservato il 50% dei posti disponibili purché abbiano già garantito l'assistenza per almeno sei mesi. PA.RU. —



### L'AUTO AI PRONTO SOCCORSO

#### Anticipati gli incentivi 2024 in arrivo gli specializzandi

Se il pronto soccorso accetterà lo scioglimento, oltre che alla carriera di specialista, a quella dei posti letto, che non consente di trasferire in reparto i pazienti. Per non parlare del poco filtro che fanno i servizi territoriali, tutto che la maggioranza degli accessi al pronto soccorso sono codici verdi, ossia infortunati in ambulatorio. Se tutti questi aspetti il decreto non interviene, mentre cerca di incentivare chi lavora nei servizi di emergenza e urgenza a fare di più, portando la paga oraria per le prestazioni aggiuntive fino a 100 euro rispetto ai 60-80 fissati oggi dalle singole Regioni. Anticipati a giugno i 200 milioni di indennità previsti

dal 2024. Poi via libera ai contratti di collaborazione fino a 8 ore settimanali pagati ciascuna 40 euro per i carichi bianchi in formazione specialistica, mentre chi ha maturato i requisiti per andare anticipatamente la pensione potrà chiedere di trasformare il rapporto di lavoro a tempo parziale. Infine potranno partecipare ai concorsi per i successivi servizi di accettazione e urgenza tutti i medici che tra l'1 gennaio 2013 e il 30 giugno 2023, pur non in possesso della specializzazione, abbiano maturato almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, negli stessi servizi di emergenza e urgenza. PA.RU. —



### LA SVOLTA PER GLI INFERMIERI

#### Via libera alle ore in più negli ospedali di comunità

In Italia mancano più infermieri che medici. Così il decreto punta a spremere di più quei pochi dipendenti del Servizio sanitario nazionale, autorizzandoli per la prima volta a lavorare in libera professione. Una svolta che consentirà di coprire i sempre più vistosi vuoti nelle piante organiche delle Rsa, ma soprattutto di mettere le gambe alla riforma della sanità territoriale, che nelle case e negli ospedali di comunità affida agli infermieri un ruolo centrale. Nelle case di comunità, aperte sette giorni su sette, dovranno affiancare i medici nell'esecuzione di esami diagnostici e del sangue più semplici, ma soprattutto nella presa

in carico dei pazienti cronici. Gli ospedali di comunità saranno invece proprio a conduzione infermieristica, perché qui finiranno i pazienti che non hanno più bisogno di un letto in corsia ma che necessitano ancora di assistenza infermieristica prima di essere mandati a casa. Tutte cose che saranno chiamati a fare in libera professione gli infermieri una volta straccato dal loro turno in ospedale. Peccato però che, secondo il loro Ordine professionale, ne manchino almeno 25 mila anche lì. La libera professione sarà consentita anche a ostetriche, riabilitatori e tecnici sanitari. PA.RU. —



### L'OPERAZIONE SICUREZZA IN CORSIA

#### Procedimento d'ufficio in caso di aggressioni

Mancate, lesioni, aggressioni, sono quasi 5.000 gli episodi di violenza in corsia negli ultimi tre anni, circa 3.600 fanno e in 7 casi su 10 la vittima è una donna. Sono numeri allarmanti, il bollettino di una guerra che ogni giorno si consuma in corsia. Il numero di episodi di aggressione a danno degli operatori sanitari è pericolosamente in crescita. Si tratta di un grave problema culturale che va fermato, ha annunciato qualche giorno fa il ministro della Salute Orazio Schillaci. «Per questo stiamo avviando una campagna di sensibilizzazione e abbiamo aumentato, in collaborazione con ministero dell'Interno,

il numero di presidi di polizia negli ospedali». Ora il decreto fa un passo avanti più deciso modificando l'articolo 583 del codice penale, stabilendo che, «se la persona offesa è un esercente la professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio delle sue funzioni, si possa procedere d'ufficio contro l'aggressore anche se la parte lesa non ha speso denuncia. Così che puntevolmente si ripete in oltre un caso su due per la parte di ritorsioni. Con le modifiche apportate al codice, chi aggredisce un operatore sanitario andrà in carcere una pena dai tre ai sette anni di reclusione. PA.RU. —





# Sconto di 1,1 miliardi sul payback Le imprese: «Avanti con i ricorsi»

## Sanità

Gettonisti in servizio non più di 12 mesi. Pronto soccorso: più risorse e flessibilità

**Marzio Bartoloni**

Arrivo lo sconto di 1,1 miliardi sul payback per le aziende che producono dispositivi medici. Il decreto bollette dimezza la scure di 2,2 miliardi di pagamenti richiesti alle aziende per lo sfioramento del tetto di spesa degli acquisti degli ospedali dal 2015 al 2018. I versamenti dovranno essere effettuati entro giugno e serviranno alle Regioni per chiudere i bilanci, ma con la possibilità per le imprese di detrarre l'Iva. Il decreto pone però una condizione: chi vuole sfruttare gli sconti dovrà rinunciare ai ricorsi al Tar. Un impianto, questo, che le imprese del settore bocchiano: «Il payback deve essere cancellato, altrimenti il problema non troverà mai una soluzione definitiva. Tutti concordano sull'iniquità di questa norma è quindi giunto il momento di cancellarla. Questa misura decreterà la fine del Servizio sanitario nazionale e dell'attrattività del nostro Paese da parte delle imprese dei dispositivi medici. Per questo abbiamo intenzione di andare avanti con i ricorsi al Tar», avverte il presidente di Confindustria dispositivi medici Massimiliano Boggetti. «Questo è un primo intervento urgente, non è escluso che presto ne facciamo un altro per dilazionare i pagamenti e aiutare le Pmi», avverte Ylenia Lucaselli (Fdi) che ha seguito il

dossier payback dal primo momento.

Nel decreto bollette come anticipato ieri dal Sole 24 ore ci sono anche una serie di misure volute dal ministro della Salute Orazio Schillaci per arginare la carenza di personale sanitario soprattutto nel pronto soccorso e frenare il fenomeno dei medici gettonisti. Quest'ultimi potranno lavorare solo nel pronto soccorso «per un periodo non superiore a dodici mesi» con i servizi che potranno essere affidati solo «in un'unica occasione e senza possibilità di proroga» ricorrendo a «operatori economici che si avvalgono di personale medico ed infermieristico in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni vigenti» e rispettando le «disposizioni in materia d'orario di lavoro». Chi invece si licenzia da un ospedale per andare fare il gettonista «non potrà chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro» con il Ssn, mentre delle linee guida interverranno su prezzi di riferimento e standard di qualità dei servizi.

Poderoso il pacchetto di misure per il pronto soccorso: si va dall'indennità per il personale (200 milioni) anticipata al 1 giugno e non più da gennaio 2024 all'aumento della tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive a 100 euro lordi. Per potenziare il personale fino al 2025 i precari che hanno lavorato «in area critica» per almeno

3 anni, potranno partecipare ai concorsi anche se «non in possesso di alcun diploma di specializzazione». E «in via sperimentale» gli specializzandi al di fuori dall'orario per la formazione potranno assumere incarichi libero-professionali nel pronto soccorso per un massimo di 8 ore settimanali e con un compenso pari a 40 euro lordi. Non solo sempre fino al 2025 chi lavora nel pronto soccorso e ha i requisiti per la pensione anticipata potrà chiedere il part time «fino al raggiungimento del limite d'età».

Tra le altre misure c'è la procedibilità d'ufficio del reato di lesioni personali qualora commesso in danno dei professionisti sanitari indipendentemente dalla gravità delle lesioni, mentre per gli infermieri cadono i vincoli di incompatibilità per la libera professione al di fuori dell'orario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Le modifiche in arrivo

1

#### ERRORI FORMALI

Primo versamento entro il 31 ottobre

Slitta al 31 ottobre la scadenza di venerdì 31 marzo entro cui versare la prima o unica rata della sanatoria per gli errori formali

2

#### RAVVEDIMENTO SPECIALE

Slittano i termini per andare alla cassa

Prorogati al 30 settembre 2023, al 31 ottobre 2023 e al 30 novembre 2023 i termini per la prima, seconda e terza rata del ravvedimento speciale

3

#### LITI PENDENTI

Fino al 30 settembre possibile l'adesione

Slitta dai 30 giugno al 30 settembre il termine per presentare la dichiarazione di adesione e il versamento della prima rata della definizione liti



## NEL DECRETO ANCHE MISURE SULLA SANITÀ

### Stretta sui medici a gettone, sconto alle aziende farmaceutiche

ANDREA CAPOCCI

■ Il «decreto Bollette» approvato ieri contiene anche un sostanzioso capitolo dedicato alla sanità. La norma limiterà il ricorso ai medici a gettone e sotterrà le aziende farmaceutiche con una riduzione degli importi dovuti per il cosiddetto «payback».

Per quanto riguarda le esternalizzazioni, l'obiettivo dichiarato è abbassare i costi per la sanità pubblica, innalzare gli standard di qualità e rendere meno attraente la carriera da «gettonista» rispetto a quella ordinaria, visto che l'aumento del carico di lavoro dovuto alla pandemia sta generando una fuga dal posto fisso in ospedale. Le esternalizzazioni dovranno avere una durata massima di un anno non prorogabile e potranno riguardare solo i servizi di emergenza e urgenza, cioè il pronto soccorso. Il ministero della salute, con l'aiuto dell'autorità anti-corruzione, si impegna a fissare tariffe massime per remunerare i professionisti ingaggiati a questo scopo, che oggi arrivano a guadagnare 100-150 euro l'ora. I medici a gettone dovranno posse-

dere gli stessi titoli richiesti ai medici assunti, mentre oggi in regime di outsourcing si può lavorare in corsia senza specializzazione. Anche agli specialisti sarà permesso assumere questi incarichi, fino a un massimo di 8 ore settimanali per un compenso di 40 euro l'ora. Altra novità: i professionisti che avranno lavorato a qualunque titolo per almeno 6 mesi negli ospedali saranno avvantaggiati nei concorsi pubblici. Infine, i medici che lasciano l'ospedale per trasformarsi in gettonisti non potranno tornare nella sanità pubblica.

Il decreto prevede anche incentivi per i medici di pronto soccorso che svolgono straordinari, un provvedimento anticipato dallo stanziamento di 200 milioni di euro nell'ultima finanziaria. «La strada è giusta, ma non è detto che basti» è il commento del presidente de-

gli Ordini dei medici Filippo Anelli al quotidiano *il Messaggero*. «Oltre che sul piano economico, si dovrebbe intervenire sul miglioramento delle condizioni di lavoro». Il rischio è che i medici a gettone non siano sostituiti da nuove assunzioni, e

sia l'utente a farne le spese.

Il decreto mira anche a risolvere la vertenza tra Regioni e aziende farmaceutiche sul cosiddetto payback: è la norma che obbliga le imprese a partecipare al riequilibrio dei conti delle Regioni che sfiorano i tetti di spesa per farmaci e dispositivi medici generando maggiori profitti per le aziende. Il meccanismo esiste dal 2007 e per il 2022 ammonta a circa 2,2 miliardi di euro da versare al governo. Questi versamenti però sono contestati dalle aziende in un gran numero di ricorsi amministrativi che riguardano anche gli anni passati, e finora sono rimasti in gran parte sulla carta. Con il decreto di ieri, il governo ha stanziato 1,1 miliardi di euro per coprire una parte della spesa delle regioni del 2023, venendo incontro alle aziende che rinunciano al contenzioso con un ulteriore sconto basato sulla detrazione dell'Iva.

Lo scambio è giudicato «inaccettabile» dal presidente di Confindustria Dispositivi Medici Massimiliano Boggetti: «Il payback deve essere cancellato» ha detto ancora prima che iniziasse la riunione del gover-

no. «Questa misura - ha concluso Boggetti - decreterà la fine del Servizio Sanitario Nazionale e dell'attrattività del nostro Paese da parte delle imprese dei dispositivi medici. Per questo abbiamo intenzione di andare avanti con i ricorsi al Tar». Il partito della premier sta con gli imprenditori e intende cancellare il payback: «Mi impegno a tentare di fare quest'operazione», ha detto ieri Francesco Zaffini (Fdi), senatore e presidente della Commissione Affari Sociali.

**1,1 miliardi per alleggerire il payback delle imprese su farmaci e dispositivi medici**





# Un aiuto per i professionisti del Pronto Soccorso Arriva la stretta sui medici a gettone

Si potranno chiamare in emergenza e non più di una volta. E per quelli pubblici aumenti sugli straordinari

**CLAUDIA OSMETTI**

■ Siamo onesti, c'è solo un modo per evitare la diaspora dei camici bianchi dai nostri ospedali. È pagarli di più. Rendere il loro stipendio più in linea col mercato (pure con quello europeo: perché la concorrenza, qui, non è mica solo col settore privato). Altrimenti ci ritroviamo le corsie vuote e i medici a gettone che, per carità, meglio loro dell'ambulatorio deserto, magari quando hai un'urgenza e sono le dieci di sera: però, ecco, poi è anche una questione di portafoglio. L'ha capito il governo Meloni e, d'accordo, la strada è ancora lunga e servono misure strutturali (lo dice la Fnomceo, la Federazione degli ordini dei medici: poi ci arriviamo), però almeno il primo passo s'è fatto. Il Consiglio dei ministri di ieri ha discusso una bozza di decreto che prevede un riconoscimento ai dottori della medicina d'emergenza, cioè un aumento dell'indennità che sarebbe dovuto scattare l'anno prossimo ma che occorre anticipare.

È una buona notizia per due

motivi: il primo è che (finalmente) si pensa a una legge nazionale, quindi uguale per tutti. Il secondo è che si mette un argine. Lo scopo, spiega il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato (Fdi), è «limitare l'uso dei medici gettonisti ponendo un tetto alla loro retribuzione e aumentando lo straordinario per quelli strutturati pubblici». E vivaiddio, ci voleva tanto?

## IL TESTO

Il decreto «sta avendo le valutazioni di copertura finanziaria» (perché il nodo è sempre quello, il soldo) ma già si parla di un rialzo che potrà andare da sessanta a cento euro all'ora. La stessa misura varrà per gli infermieri. Mentre i medici a gettone potranno lavorare «esclusivamente nei servizi di emergenza e urgenza (cioè nelle "aeree critiche", cioè nei pronto soccorso; ndr) per un periodo non superiore ai dodici mesi»: lo si legge nelle pagine a in questione, le quali specificano che i servizi potranno essere affidati a «operatori economici che si avvalgono di personale in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni per l'accesso a posizioni equivalenti all'interno degli enti del Servizio sanitario nazionale e che dimostrano il rispetto delle disposizioni in

materia d'orario di lavoro».

È sufficiente fare un giro in un qualsiasi pronto soccorso per rendersi conto del fenomeno. Il Covid, oggi, c'entra poco: anziani che aspettano sulle barelle ore, specialisti che fanno i salti mortali. Va così in ogni reparto.

Il personale che a stento copre i turni, il turnover e i pensionamenti che non stanno al pas-

so: morale, mancano almeno 30mila medici e 250mila infermieri. Non è una semplice carenza, è un buco enorme. E sì, va bene: eliminare il numero chiuso a Medicina (altro provvedimento su cui sta lavorando l'esecutivo) è una soluzione, ma per il futuro. Quel che serve, adesso, è darsi una mossa: ché mica possiamo aspettare dieci anni (il tempo della laurea dei nuovi iscritti e della loro specializzazione), purtroppo ci si ammala anche ora.

L'abbiamo scritto, lo ribadiamo: meglio del niente, ci si accontenta anche del cardiologo a gettone. Però è una misura per forze di cose tampone. Ossia temporanea. Se vogliamo risolvere davvero il problema tocca andare alla radice. Anzi, alla busta paga di quelli che che già sono assunti.

## ORDINI DI CATEGORIA

«Siamo d'accordo per i medi-



ci gettonisti», racconta Filippo Anelli che è il presidente della Fnmcoeo, la Federazione che racchiude gli ordini di categoria (ci siamo arrivati): «Occorrono regole certe e uguali per tutti. Uguali devono essere i limiti di età e le competenze richieste. Vedrei bene un meccanismo di premialità per chi decide di rimanere nel Servizio sanitario nazionale, piuttosto che i disincentivi per chi sceglie di andarsene. Il rischio è che molti finiscano nelle strutture private».

Ora la strada è tracciata. E se c'è una lezione che ci ha impar-

tito la pandemia è proprio questa: con la salute non si scherza, sugli operatori sanitari si deve investire. «Con questo primo decreto si andranno a limare alcune criticità», continua Gemmato. «Arrestare l'emorragia dei nostri migliori cervelli è il più grande investimento che possiamo fare nonchè un traguardo che non possiamo fallire», sottolinea il ministro della Sanità Orazio Schillaci: «Per rispondere alla carenza dovremo anche valorizzare economicamente e professionalmente

il nostro capitale umano evitando che sia costretto a trasferirsi all'estero alla ricerca di maggiori gratificazioni sia economiche che di carriera». Amen.

#### RETRIBUZIONE

«Limitare l'uso dei medici gettonisti ponendo un tetto alla retribuzione e aumentando lo straordinario per quelli pubblici»  
Marcello Gemmato (Fdi)

#### MERITOCRAZIA

«Va premiato il medico che decide di restare nel Ssn»  
Filippo Anelli (Fnmcoeo)

## La scheda

### DECRETO

■ La bozza prevede che i medici a gettone potranno lavorare solo «nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri (area critica)» per non più di un anno. Inoltre, non sono ammesse proroghe.

### DIVIETO

■ Il medico che interrompe volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con il pubblico per passare con un privato in regime di esternalizzazione non potrà più ottenere un contratto con il Servizio sanitario nazionale.



## Con la pandemia alle spalle **Mascherine in corsia** **Infettivologi divisi**

■ Mentre negli Usa si discute di un richiamo del vaccino anti-Covid in primavera, in Italia si fa largo il dibattito sull'uso obbligatorio della mascherina negli ospedali e nelle Rsa. Per il virologo Fabrizio Pregliasco, docente alla Statale di Milano, la scelta dovrebbe arrivare «da parte dei direttori sanitari di quegli spazi». Più o meno sulla stessa linea è Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive dell'ospedale S. Martino di Genova. «Condivido con il ministro della Salute Schillacci che gli ospedali debbano rimanere luoghi sicuri», dice, «ma credo che con maggio sia giusto levare ogni tipo di obbligo. Quindi da quello della mascherina in ospedale, ai doppi percorsi, all'obbligo del tampone per il trasferimento da un reparto all'altro. Sono passati più di tre anni e la pandemia è finita». E sull'utilizzo del dispositivo di protezione da parte dei parenti che vanno a trovare i pazienti in ospedale, spiega: «Certo. Ma basta obbligo e lasciare iniziativa ai direttori delle strutture se imporre o meno il dispositivo di prote-

zione. Si deve uscire dal concetto di misura unica per tutti ed entrare in un normalità come era prima del Covid». Di diverso parere, infine, Massimo Andreoni, docente di Malattie infettive all'Università Tor Vergata di Roma e direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit). «L'obbligo della mascherina in ospedale, un luogo dove c'è grande afflusso di persone e pazienti fragili, dovrebbe diventare permanente. Andare oltre la scadenza del 30 aprile, anzi forse sarebbe l'occasione di approfittare di questa norma per prolungarlo e non più legato solo al Covid».





# PIU DENTISTI (E MENO CARI) PER TUTTI

Sono **18 milioni gli italiani con carie non trattate**, e sempre di più quelli che trascurano l'igiene orale (per i prezzi proibitivi). La risposta è nell'«odontoiatria sociale», come dimostra un progetto del San Raffaele di Milano. Da estendere a livello nazionale.

*di Paolo  
Del Debbio*

Sei italiani su dieci sono senza cure ai denti. Dopo il Covid, nel 2022, per il dentista le famiglie hanno speso il 14 per cento in meno rispetto al 2018. Sono oltre 18 milioni le persone con carie non trattate. Il 95 per cento si rivolge a studi privati (chi se lo può permettere) per un costo di 9,5 miliardi l'anno. Solo 500 milioni sono a carico del Servizio sanitario nazionale. C'è poi un altro dato terrificante: 6 milioni di italiani sopra i 20 anni hanno al massimo otto denti, in pratica gliene mancano i tre quarti. Il quadro sconcertante emerge da una ricerca RMB Censis. Considerando crisi economica, crescente povertà e invecchiamento della popolazione (e tanti anziani sono poveri per l'esiguità delle pensioni) la spiegazione di questo fenomeno è di una chiarezza evidente. E altrettanto evidente è che si torni a parlare di odontoiatria sociale, ossia dire far rientrare anche l'odontoiatria nelle specialità previste dal Ssn, almeno per i non abbienti.

«**La salute orale è un tema dell'agenda di governo**» ha dichiarato il ministro della Salute Orazio Schillaci «e necessita di un programma di odontoiatria sociale che preveda sia campagne di prevenzione che terapeutiche, per esempio il ripristino di denti con protesi, per consentire l'accesso alle cure in particolare alle fasce deboli



della popolazione come i bambini e, dato il progressivo invecchiamento della popolazione, gli anziani». Queste sono le intenzioni, ed già qualcosa che compaia nell'agenda di governo in modo esplicito con documenti scritti e sottoscritti da molti soggetti, istituzionali e non. Poi c'è da trasformare le buone intenzioni in atti concreti e qui, francamente, considerati i numeri, viene un po' di sconforto e anche di pessimismo, se non ci fossero esperienze già attuate in Italia da anni presso alcuni centri come la Dental School di Torino, il progetto di Odontoiatria sociale di Trieste, l'Università La Sapienza di Roma con la Clinica odontoiatrica Tor Vergata e il suo Centro di odontoiatria sociale.

**Ma il precursore di tutte queste decisioni è l'attuale referente nazionale odontoiatrico del ministro Schillaci,** nonché Rettore dell'Università Vita e Salute del San Raffaele, Enrico Gherlone; è lui che ci fornisce i dati ma soprattutto una filosofia di intervento che lascia ben sperare. Non è un caso che il dipartimento odontoiatrico del San Raffaele, da lui diretto, è da 23 anni, cioè dal 2000, che ha il Progetto di odontoiatria sociale. È lui stesso a raccontarci che «all'inizio siamo partiti occupandoci dei pazienti con Isee sotto 10 mila euro, poi siamo passati a una logica per cui tutti hanno diritto a prestazioni a prezzo calmierato: rese possibili sia per l'impegno dell'università sia per un accordo cui hanno aderito alcune aziende che hanno fornito impianti e protesi a prezzi molto convenienti, per una evidente condivisione delle finalità sociali dell'iniziativa. Certo «non è facile» continua Gherlone «ma è possibile. Lo dimostra il documento che abbiamo consegnato al ministro della Salute cui hanno collaborato esperti del Consiglio Superiore della Sanità».

**Nel documento si rileva che per coprire del tutto un progetto di odontoiatria sociale servirebbero minimo 800 milioni di euro cioè la cifra stanziata**

complessivamente nel 2017 per i Livelli essenziali di assistenza. La proposta, secondo Gherlone, è ridurre i livelli a 200/300 milioni e spendere una cifra aggiuntiva tra 170 e 340 milioni per acquistare apparecchi ortodontici per l'età evolutiva, da zero a 14 anni, e gli anziani. «Una maggiore disponibilità dei dentisti, ma soprattutto l'obbligo di 161 prestazioni gra-

tuite di chi frequenta una laurea abilitante. Considerando il numero degli studenti, sarebbero 223 mila prestazioni prima della laurea e 330 mila per la specialità. Numeri importanti. Fra il contributo dell'università, da cui arriveranno 700 mila prestazioni incluse quelle di neo laureati e specializzandi, l'offerta di dentisti che già lavorano nel Ssn, più la disponibilità di almeno 1.400 convenzioni con dentisti, si potrà in buona parte far fronte alla domanda di cure sociali». Progetto possibile se collaborano tutti, in particolare associazioni professionali, Ordine dei dentisti, società scientifiche e, se c'è collaborazione tra strutture pubbliche, università e industria. Il succo di tutto ciò è il seguente: se si vuole si può fare ma, essendo una priorità nel Paese, deve diventare un'agenda concreta di interventi da parte del governo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





## *Malasanità, per i medici c'è colpa in due casi su tre*

Malasanità effettiva in due casi su tre. Almeno sentendo il giudizio dei medici stessi. Su circa 1.380 Accertamenti tecnici preventivi (Atp) realizzati dal 2017 ad oggi, infatti, nel 65,3% dei casi si è arrivati a una conclusione positiva per il paziente, mentre per la struttura ci si ferma al 31,1%. In sostanza, nei due terzi dei casi è stata ravvisata la responsabilità della struttura o del medico. Sono i risultati della ricerca sulla legge Gelli-Bianco e la responsabilità sanitaria, realizzata da Eurispes in collaborazione con la XIII sezione del tribunale di Roma, l'Enpam e lo studio legale Di Maria-Pinò, presentata ieri a Roma.

L'analisi è, come accennato, realizzata sulla base degli Atp, ossia «il vero fulcro della riforma e il cardine del procedimento» che sostanzialmente sono «un giudizio che dei medici danno sull'operato di altri medici», come si legge nella nota di accompagnamento alla ricerca.

L'analisi è basata su 1.380 Atp (l'archivio ne ha 2.000); tra questi, i medici non sono risultati personalmente coinvolti nel 70,3% dei casi. Come detto, però, dalla ricerca emerge anche che gli Atp «che si concludono positivamente per il paziente sono il 65,3%, mentre l'esito è stato positivo per la struttura il 31,1% delle volte; nei due terzi dei casi, dunque, la responsabilità professionale della struttura sanitaria e/o del medico risultano effettive. Si tratta di un dato inatteso», fanno sapere ancora i ricercatori. Nel 29% degli Atp vi è stata una chiamata in causa dell'assicurazione, mentre guardando alla tipologia di convenuto, il 40,4% delle volte risulta trattarsi di una struttura pubblica, il 36,1% di struttura privata e, nell'11% dei casi, di medico persona fisica/assicurazione.

Analizzando il dettaglio dei settori specialistici interessati, emerge che il settore coinvolto più spesso è ortopedia (16,3%), seguito da chirurgia (13,2%) e da infettivologia (11,7%); nel complesso, il 41,2% degli Atp interessa questi tre settori.

— © Riproduzione ricercata — ■





# Crolla il mito della Sanità Ue: troppi vaccini Pfizer, l'Italia e altri Paesi chiedono di poter rinegoziare

Tino Oldani.com

## TORRE DI CONTROLLO

**Crolla il mito della Sanità Ue: troppi i vaccini Pfizer acquistati, l'Italia e altri paesi chiedono di rinegoziare. Passo falso anche sugli antibiotici**

DI TINO OLDANI

**L'**acquisto dei vaccini Covid-19 da parte della Commissione Ue, guidata da **Ursula von der Leyen**, è stato lodato per mesi come un esempio di buongoverno dell'Europa unita. Un mito, un modello del quale anch'io ho tessuto le lodi. Con il passare del tempo, però, sono venuti a galla alcuni aspetti discutibili, e pian piano il mito ha perso la credibilità iniziale, fino a ritorcersi in una protesta, per non dire un capo d'accusa. Succede infatti che diversi paesi Ue, compresa l'Italia, stanno chiedendo alla Commissione Ue di rinegoziare con Pfizer i contratti d'acquisto del vaccino Covid-19, in quanto l'enorme quantità di sieri che la multinazionale Usa era riuscita a vendere all'Ue si è rivelata eccessiva sia nei numeri che nei costi.

**Tra tutti i fornitori** di vaccini, Pfizer aveva fatto la parte del leone, assicurandosi un incasso di 35 miliardi di euro sui 71 miliardi impegnati dai contratti Ue. Un costo messo da Bruxelles a carico dei singoli paesi Ue, in base alle forniture di vaccini compiute e a quelle ancora da consegnare, nonostante l'epidemia sia finita da molti mesi. Risultato: centinaia di migliaia di dosi Pfizer, previste dai contratti, rimangono inutilizzate nei magazzini e rischiano di essere distrutte, ma con l'obbligo di essere pagate a Pfizer. Idem per le dosi ancora da consegnare. Per l'Italia, si parla di 170 mila dosi giacenti e di 60 mila da consegnare. Uno spreco che il ministro della Sanità,

**Orazio Schillaci**, sta cercando di evitare: per questo, insieme ai colleghi di altri paesi ha fatto pressione sulla Commissione Ue perché rinegozi i contratti con Pfizer. Altrettanto ha fatto il ministro della Salute della Germania, **Karl Lauterbach**, che ha dichiarato «inutili» 160 milioni di dosi ed ha chiesto di non riceverne al-

tre. Più dura la Polonia: mesi fa ha annunciato che non avrebbe più pagato le dosi Pfizer in eccesso, e così ha fatto.

**Stando alle fonti** di Bruxelles, a seguito delle pressioni ricevute, la Commissione Ue starebbe cercando di rinegoziare i contratti, ma finora senza esito. Intanto non cessano gli strali contro von der Leyen, accusata di avere negoziato in prima persona l'acquisto di 1,8 miliardi di dosi Pfizer, scambiando sms con Albert Bourla, ceo di Pfizer, senza avvisare gli uffici Ue competenti. La Procura europea ha aperto un'indagine, visto che si tratta di «un interesse pubblico estremamente elevato». E il parlamento Ue ha costituito una Commissione speciale Covid, che da mesi sta convocando in audizione i protagonisti dei contratti Pfizer. L'ultima riunione si è svolta lunedì scorso, protagonista la commissaria Ue alla Salute, **Stella Kyriakides**, greca, che durante un acceso dibattito, in risposta alle accuse contro von der Leyen per non avere fornito né gli sms né i contratti d'acquisto, ha detto: «La presidente della Commissione Ue non è stata coinvolta in nessun negoziato per il contratto dei vaccini Covid-19. L'ho già detto e lo dirò di nuovo: c'erano una squadra negoziale e un comitato direttivo». Tutto chiarito? Manco per sogno. Le clausole dei contratti Covid con Pfizer erano segrete fin dall'inizio, e tali sono rimaste nonostante la richiesta di accesso avanzata all'inizio di marzo da **Roberta**



**Metsola**, presidente del parlamento Ue.

**In questo scenario**, l'ipotesi di una sudditanza della Commissione Ue alle multinazionali di Big Pharma trova una conferma nella risposta che l'euroburocrazia ha dato finora alle sollecitazioni conclusive del Rapporto O'Neill (*ItaliaOggi* di ieri) sui pericoli della antibiotico-resistenza. Ovvero sul rischio di milioni di morti l'anno nel mondo, fino a dieci milioni nel 2050, se Big Pharma e i governi Usa e Ue non si attiveranno al più presto per scoprire e produrre antibiotici più forti di quelli ora in commercio, farmaci in grado di sconfiggere i batteri che da anni, a seguito dell'abuso degli antibiotici e di altri fattori, infettano e uccidono un numero crescente di malati, superando la protezione antibiotica: 1,7 milioni di morti nell'ultimo anno, contro i 700 mila previsti nel 2016 dal Rapporto.

**Un disastro, sostiene O'Neill**, che nel 2050, o forse prima, sarà tale da «far sembrare il Covid una festa

in giardino». Mentre **Evelina Taccognelli**, fra i massimi esperti di lotta all'antibiotico resistenza, intervistata nel libro-inchiesta di **Cataldo Ciccollella** e **Giulio Valesini** (*«La grande inchiesta di Report sugli antibiotici: perché non funzionano più»*; Chiarelettere), afferma: «Se perdiamo l'efficacia degli antibiotici, perdiamo l'efficacia della medicina moderna». In pratica, diventerebbero impossibili gli interventi chirurgici più complessi, come quelli sui tumori, sul cuore, per la sostituzione di organi, per citarne alcuni.

**Ebbene, di fronte** a questo rischio epocale, qual è stata la risposta dell'Ue? Da non credere: uno studio preliminare, del costo di 900 mila euro, affidato alla filiale belga di PwC, PricewaterhouseCooper, uno dei quattro giganti mondiali della revisione e della consulenza. Il tutto in spregio all'evidente conflitto d'interessi: tra i partner che affidano abitualmente consulenze milionarie a PwC vi sono infatti le maggiori multinazionali di Big Pharma, quali Pfizer, Gsk, AbbVie, Roche e Bayer. E quando gli auto-

ri del libro-inchiesta hanno fatto notare il conflitto d'interesse all'Hadea, l'Agenzia esecutiva Ue per la salute e il digitale, questa ha risposto che si era fidata di PwC, senza fare alcun controllo.

**Dalle indagini** è emerso che PwC ha affidato lo studio a un team di giovani ricercatori che sanno di finanza e di ambiente, ma nulla di sanità. «Se lo avessero chiesto a me o a qualche accademico, e non ne mancano in Europa, l'avremmo scritto gratis, con un rimborso spese», ha confessato un dirigente sanitario. «Il rischio è che lo studio finale sia sbilanciato verso le multinazionali». Ovvero a favore di Big Pharma, che per investire nei nuovi antibiotici aspetta che il problema esploda sui media e in tv. Così avrà gioco facile a chiedere miliardi pubblici per la ricerca e per prezzi più alti, come ha fatto con il Covid.





**LE ESPLOSIVE MAIL INTERNE ALL'AGENZIA SVELATE DA «FUORI DAL CORO»**

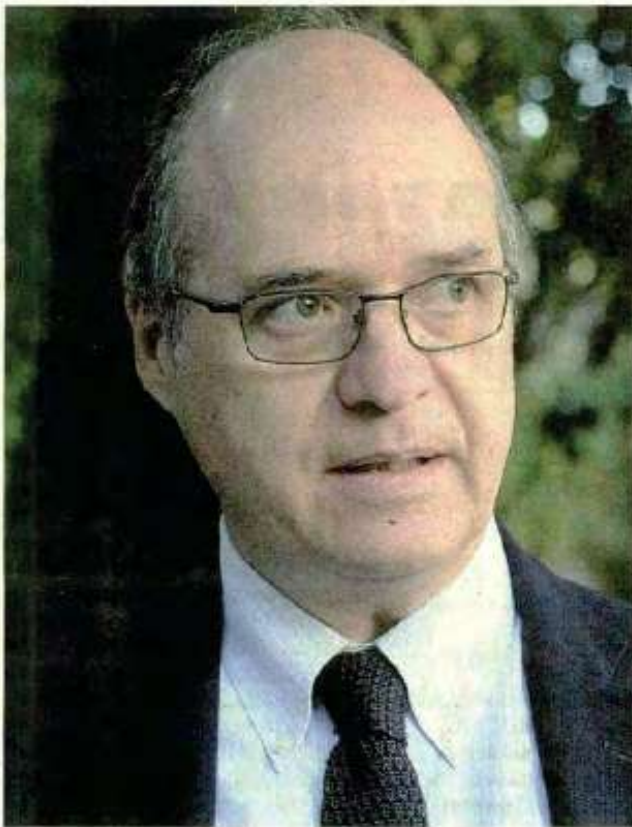
# IL CAPO DI AIFA: «ZITTI SUI DANNI ALTRIMENTI SI UCCIDE IL VACCINO»

L'agghiacciante risposta di Magrini al dirigente che nel marzo 2021 gli segnalava «un evidente eccesso di mortalità cardiovascolare per AstraZeneca nella fascia d'età intorno ai 50 anni». Insabbiati pure i dati sugli effetti avversi del siero sui guariti, noti da gennaio

di **MARIANNA CANÈ**

■ È giusto vaccinare chi è già guarito dal Covid o si corrono dei rischi? In questi anni di campagna vaccinale questa domanda è stata fatta più e più volte, ma è sempre rima-

sta inascoltata. Ignorata come se fosse una (...)  
segue alle pagine **2 e 3**



## Covid 19 Le origini del virus al centro del dibattito Usa

PAGINA

5

Se il guadagno di funzione non sarà causa della prossima pandemia lo sarà il bioterrorismo.

È scontro tra scienziati  
Fauci vs. Redfield

**Raffaella Vitulano**



**CONFRONTI.** Udienza pubblica di una commissione del Congresso degli Stati Uniti che indaga sull'origine del Covid

# La pandemia più brutale? Forse deve ancora arrivare



Confronto acceso tra l'ex direttore dei Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie Usa (Cdc), Robert Redfield, convinto sostenitore della tesi della fuga del virus dal laboratorio, e Anthony Fauci, ex consigliere medico capo del presidente, convinto invece della trasmissione animale-uomo. Redfield non ha dubbi, soprattutto quando sostiene che le ricerche Gain of Function - ossia la bioingegneria di "guadagno di funzione" fatta sui patogeni - causerà una prossima pandemia "molto più brutale" rispetto alla prova generale di covid-19. La ricerca sul guadagno di funzione è la ricerca medica che altera geneticamente un organismo in un modo che possa in teoria migliorare le funzioni biologiche dei prodotti geni-

ci. I guadagni di funzione modificano il prodotto genico in modo tale che il suo effetto diventi più forte (attivazione potenziata) o addirittura sia sostituito da una funzione diversa e anormale. Possibile che la prossima pandemia sia l'avaria e che verrà da uno spillover: l'influenza aviaria imparerà a trasmettersi agli umani e poi a passare da uomo a uomo, sostiene Redfield. E per rassicurarci, l'ex direttore del Cdc ci conferma che se il guadagno di funzione non dovesse essere la causa della prossima pandemia, lo sarà il bioterrorismo. Adesso sì che stiamo più sereni. Mettiamoci comodi e aspettiamo, è solo questione di tempo. A dargli man forte interviene anche quel simpatico filantropo di Bill Gates, che investe ormai solo in pandemie e cibi sintetici: il mondo deve creare "un corpo dei vigili

del fuoco per le pandemie" per evitare la prossima epidemia, che sarà catastrofica. I più ottimisti, scettici sui catastrofismi dell'inventore di Microsoft, sappiano che una ricerca pubblicata su Proceedings of the National Academy of Sciences degli Stati Uniti d'America suggerisce che la possibilità di una pandemia simile all'impatto di Covid-19 è del 38% nella vita degli esseri umani e che gli autori osservano che tale percentuale potrebbe raddoppiare negli anni a venire.





Basterebbe smettere di manipolare i virus per evitare simili catastrofi? No, la ricerca deve andare avanti. Ecco perché, anche se in Texas è stato introdotto un nuovo disegno di legge che vieterebbe che il denaro dei contribuenti vada alla ricerca sul guadagno di funzione, nulla cambierà nelle abitudini dei tanti dottor Stranamore. Tra tutoni e provette, la scienza deve progredire. O regredire, dipende dai punti di vista.

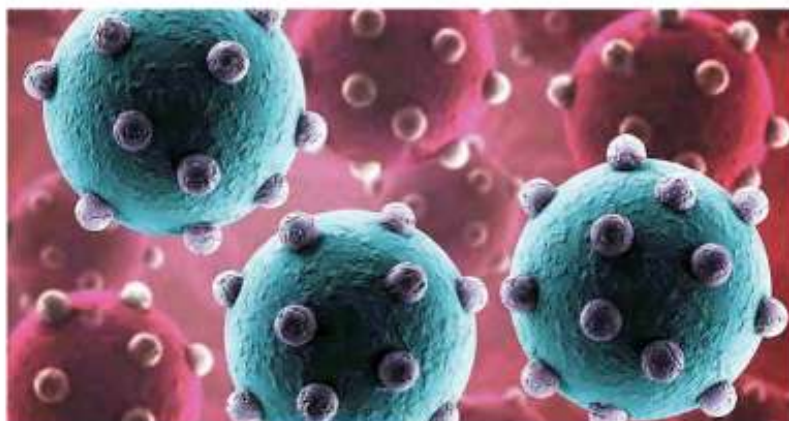
### I dollari dei contribuenti nel guadagno di funzione

Il dottor Robert Redfield ha testimoniato quanto sia probabile che i dollari dei contribuenti statunitensi stiano da sempre finanziando la ricerca sul guadagno di funzione che ha contribuito all'origine della pandemia. Redfield ha testimoniato che il laboratorio di Wuhan ha condotto "sicuramente" ricerche sul guadagno di funzione sui coronavirus e che "non c'erano dubbi" sul fatto che l'istituto di Anthony Fauci, il Nih, stesse finanziando tale ricerca. "Mentre molti credono che la ricerca sul guadagno di funzione sia fondamentale per anticipare i virus sviluppando vaccini, in questo caso, credo che sia stato l'esatto contrario: scatenare un nuovo virus nel mondo senza alcun mezzo per fermarlo e provocare la morte di milioni di persone", ha detto senza riserve. A dirlo non è certo un pazzo complottista ignorante, e qualche dubbio lo instilla. La mossa del Texas è stata elogiata da un professore che ha sostenu-

to la teoria delle perdite di laboratorio. "Questo è un passo importante. I legislatori di tutti i cinquanta stati dovrebbero seguire l'esempio e introdurre progetti di legge che richiedono divieti statali sul potenziamento di potenziali agenti patogeni pandemici", ha detto al Washington Examiner Richard Ebright, direttore del laboratorio del Waksman Institute of Microbiology della Rutgers University. Le prime esternazioni sulla natura artificiale del virus covid erano state fatte da Redfield già due anni fa. Un anno fa Redfield aveva poi dichiarato pubblicamente che la versione di Fauci sull'origine del virus era "antitetica alla realtà". Fauci, recentemente andato in pensione come capo della divisione malattie infettive del National Institutes of Health, si incontrava frequentemente con la Casa Bianca mentre formulava una risposta allo scoppio emergente. Tuttavia, alcune email suggeriscono che Fauci non avrebbe rivelato la profondità delle sue preoccupazioni per il laboratorio di Wuhan e la sua connessione con l'impresa di ricerca che ha guidato per decenni. In risposta a questi esperimenti, nel 2014 il presidente Obama aveva promulgato un divieto federale temporaneo sul finanziamento della ricerca sul guadagno di funzione che coinvolge diversi agenti patogeni potenzialmente pericolosi. Fauci rispose il problema spostandola in Cina. Ma la ricerca sul guadagno di funzioni rischia di anticipare il prossimo

agente patogeno creandolo e rischiando così una perdita di laboratorio che rilascia l'agente patogeno che poi deve essere aggiustato dai vaccini stessi. Poi tutto il mondo deve essere chiuso in attesa che possano essere distribuiti a miliardi di persone. E così all'infinito. In conclusione, la regolamentazione della ricerca scientifica è davvero difficile. Gli esperimenti di guadagno di funzione possono fornire grandi informazioni sulla biologia di base dei microbi e potenzialmente aiutarci a progettare terapie tanto necessarie. Ma questi esperimenti comportano un rischio e devono essere eseguiti con attenzione e ponderazione. Una nuova serie di documenti rilasciati la scorsa settimana nel Regno Unito come parte dei Lockdown files e pubblicati sul Telegraph ha fatto più luce su come i funzionari del governo britannico avrebbero preso decisioni sulla politica sanitaria pubblica assumendo decisioni basate su criteri politici, piuttosto che scientifici. Negli Usa, solo il Wall Street Journal (tre articoli) e Bloomberg (un articolo) avrebbero riportato storie sui file, sul loro rilascio o sul loro contenuto.

Raffaella Vitulano



## Primo test che rivela il disturbo bipolare

### L'ESAME

**È** disponibile in Italia EDIT-B, il primo test che, attraverso un prelievo di sangue, è in grado di differenziare il disturbo bipolare dalla depressione maggiore, con una sensibilità e specificità eccellenti, superiori all'80%.

Il disturbo bipolare è una patologia psichiatrica invalidante che in Italia colpisce circa l'1-2 per cento della popolazione, un dato che si pensa essere ampiamente sotto-stimato, per via dei tempi ne-

cessari ad una diagnosi, che si attestano tra gli 8 e i 10 anni. Studi internazionali indicano che circa il 56% di chi è affetto da questa patologia non riceve una diagnosi e il 60% non utilizza i farmaci adeguati.

Il primo test ematico in vitro è stato progettato per differenziare il disturbo bipolare dalla depressione unipolare. L'obiettivo è aiutare i medici a formulare una diagnosi differenziale precisa, riducendo in modo significativo il ri-

tardo diagnostico da diversi anni a pochi giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Basta un prelievo di sangue







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

FRONTIERE SOCIALI

# Capitale biologico: la disuguaglianza che fa ammalare

Andrea Laezza



**A**Torino, è un dato non inedito, si riscontra un'incidenza del diabete doppia nella periferia nord rispetto ai quartieri ai piedi della collina. Non si tratta dell'effetto della collocazione geografica degli abitanti, ma delle differenti condizioni socio-economiche che caratterizzano le due aree. Che la ricchezza e il reddito influenzino lo stato di salute degli individui è una certezza che però non aiuta a comprendere le dinamiche sottostanti né a intervenire in modo efficace. Ovviamente, una strategia radicale e risolutiva sarebbe quella di introdurre misure forzose per accrescere il più possibile l'uguaglianza. Ma ciò assomiglia più a un'utopia che a una politica pubblica credibile. E non è il tema di chi si occupa di fare inter-agire scienze biomediche e scienze sociali per raggiungere obiettivi ambiziosi eppure realistici.

È allora utile considerare le più recenti acquisizioni della ricerca lette attraverso la lente del condivisibile obiettivo di migliorare la situazione sanitaria delle persone più svantag-

giate. Un'eccellente introduzione al tema è fornita dal divulgatore Luca Carra e dall'autorevole epidemiologo Paolo Vincis in un recente e agile volume dal titolo particolarmente suggestivo: *Il capitale biologico. Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali* (Codice Edizioni). Un nuovo filone di studi mostra l'esistenza di complesse interrelazioni tra diversi tipi di cause e diversi livelli di analisi quando vogliamo cercare di capire come siano distribuiti benessere e malattia.

Come si diceva, le persone benestanti in media godono di migliore salute nel corso della vita. Si potrebbe presumere che ciò sia dovuto all'accesso a cure migliori e più tempestive. Sarebbe tuttavia una spiegazione altamente incompleta e forse fuorviante. Per condizioni o patologie progressive e invalidanti, i cui effetti più gravi si manifestano tardivamente, come l'obesità o il diabete, le terapie sono spesso insufficienti. Il segreto è evitarle fin dall'inizio. E non è la ricchezza in sé che lo permette. Anzi, sappiamo che in passato la gotta e altri disturbi simi-

li erano tipici di chi poteva permettersi di mangiare sempre e tanto, mentre i poveri soffrivano di denutrizione e cattiva alimentazione. Oggi, in molti Paesi - e in tutti quelli occidentali - gli effetti deleteri del sovrappeso e dei cibi ultraprocesati e ipercalorici (snack, bibite gassate) colpiscono soprattutto i ceti meno privilegiati. Che sia l'istruzione, l'accesso alla quale fino ai livelli superiori è facilitato dalla situazione economica familiare, a favorire abitudini più sane? In questo caso, la diagnosi è corretta. Gli anni di studio sono correlati con una ridotta morbidità. Sono quindi i comportamenti che fanno la differenza? Sì e no,





andrebbe detto. E la risposta è sia descrittiva sia prescrittiva. Sul piano scientifico stiamo imparando che sono soprattutto i fattori ambientali che stanno in cima alla catena causale (vedremo subito come). Sul piano etico, imputare le condizioni di salute alle cattive condotte dei singoli vuol dire colpevolizzare immotivatamente chi soffre per una malattia e dare un alibi a chi potrebbe intervenire per rimuovere gli ostacoli a un miglioramento della situazione e non lo fa.

È provato che vi sono più bambini obesi nei quartieri dove mancano spazi verdi per l'attività fisica e altre opportunità di fare sport rispetto ai quartieri ricchi di giardini e di strutture organizzate. Inoltre, la famiglia e il contesto sociale deprivato hanno una fortissima influenza sulle abitudini che si formano nei giovani, delle quali pertanto essi non sono pienamente responsabili. Ma si può cambiare, obietterà qualcuno. Certo, se si ha la fortuna di ricevere gli stimoli giusti. Quando il proprio percorso di vita è segnato da eventi avversi nelle prime fasi dell'infanzia e gli sbocchi lavorativi sono limitati, sarà molto difficile rettificare comportamenti poco salutari (come il fumo o le dipendenze da sostanze). Si entrerà, al contrario, in un circolo vizioso di cui stiamo cominciando oggi a capire le basi biologiche. Chi sperimenta maltrattamenti o mancato accudimento, tensioni fra genitori o abbandono vede condizionato il proprio sviluppo fisico e mentale e aumentare il rischio di patologie nel corso dell'esistenza. Meccanismi epigenetici regolano questo passaggio dalla sofferenza che diremmo psicologica al livello fisiologico, attraverso una modulazione dell'attività dei geni ad opera di influenze esterne. Il concetto vago di malattia psicosomatica lascia il posto a precise spiegazioni di come disuguaglianze sociali e condizioni di vita agiscano sull'organismo. Studi longitudinali durati decine di anni in

Gran Bretagna sugli impiegati pubblici hanno permesso di appurare che muoiono prima i fattorini, poi le segretarie, quindi i quadri intermedi, seguiti dai dirigenti e, infine, i top manager. Non vengono colpiti da infarto coloro che sono sotto stress tante ore perché chiamati a difficili decisioni, bensì chi ha poco controllo sulla propria attività e deve fare fronte a una intensa domanda di lavoro.

La gerarchia incide sulla salute non (solo) per via dello stipendio, ma per lo status sociale, la stima dei colleghi e dei conoscenti, le ricompense simboliche, la possibilità di avanzamenti di carriera. I meccanismi per cui questi aspetti "passano sotto pelle" e provocano malattie circolatorie, mal di schiena e tumori cominciano a essere svelati e darci, di conseguenza, strumenti utili per agire. Si parla - spiegano Vineis e Carra - di "incorporazione" come fenomeno generale per cui l'esperienza della disuguaglianza produce un danno nel funzionamento dell'organismo. Ciò avviene attraverso la programmazione biologica - il meccanismo per cui uno stimolo in fase critica dello sviluppo può indurre un cambiamento permanente nella fisiologia - e il carico allostatico - l'accumulo dello stress che può superare la capacità dell'individuo di adattarsi al mutamento delle condizioni ambientali (sovraccarico allostatico). Di qui misure come l'orologio epigenetico, che valuta l'accelerazione dell'età nelle classi più svantaggiate, e la traiettoria di vita, che segnala l'accumulo di fattori dannosi cui si è esposti e che portano a diversi percorsi individuali di salute. Indicatori utilissimi a individuare strumenti di contrasto e di sostegno.

Qualcuno si potrebbe chiedere quale ruolo, se ne hanno uno, giocano i fattori genetici. Non è forse vero che la longevità è legata anche alle varianti del Dna che caratterizzano

ciascuno? Carra e Vineis non trattano il tema dicendo di passaggio che i fattori sociali si sono dimostrati più rilevanti. Viene in soccorso il volume di Kathryn Paige Harden, *La lotteria dei geni. Come il Dna influenza la nostra vita e la società* (Utet). Il focus della studiosa americana, nel suo ampio studio, non è tanto l'aspetto medico quanto quello delle capacità cognitive. C'è una differenza tra persone nei loro successi scolastici dovuta anche all'ereditarietà, e ciò si traduce in differenze nei titoli di studio conseguiti che a loro volta, soprattutto negli Usa, hanno un enorme peso nei percorsi esistenziali.

Il rischio è rassegnarsi alle disuguaglianze innate (e al razzismo sistemico come accade ancora in America). Ma l'autrice propone strategie per mitigare le disparità ed evitare che la genetica diventi una giustificazione ideologica per non investire in programmi statali a favore dei più svantaggiati. In conclusione, il concetto di capitale biologico dovrebbe diventare uno dei punti di riferimento per i decisori pubblici preoccupati di ridurre le disuguaglianze di salute grazie alle nuove conoscenze e offerte dalle scienze biomediche e sociali. Non bisogna stigmatizzare gli individui per i loro comportamenti; si deve comprendere che nessuno può sfuggire alla propria dotazione genetica e non tanti possono scegliere il proprio ambiente.

Servono dunque interventi universalistici proporzionati, orientati a considerare le diverse determinanti della salute nel corso della vita, come nell'introduzione al libro di Carra e Vineis auspica l'epidemiologo Giuseppe Costa, uno dei pionieri di questi studi in Italia (si veda anche questa sua sintesi <https://tinyurl.com/4n4wftmt>).

**Le persone benestanti godono in media di migliore salute nel corso della vita, ma non solo per l'accesso alle cure: secondo alcuni studi incidono anche l'infanzia e lo status sociale**



### Luca Carra, Paolo Vineis Il capitale biologico

Viviamo sempre più a lungo, ma non in modo uguale né con lo stesso livello di salute. Quando si parla di disuguaglianze, ci si sofferma soprattutto su aspetti come il titolo di studio o il reddito. Bisogna valutare però anche le disuguaglianze sociali e le impronte biologiche per un'analisi più profonda.

