



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**30 Maggio 2023**

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

**MARIELLA QUINCI**

# Sanità, rosso di bilancio per 15 Regioni e in sette cure non garantite

**Corte dei conti.** In ritardo anche il recupero delle prestazioni saltate con il Covid: speso solo il 69% dei 500 milioni stanziati oltre due anni fa per le liste d'attesa

**Marzio Bartoloni**

I bilanci in 15 Regioni che finiscono in rosso, i livelli essenziali di assistenza (le cure che il Ssn deve garantire ai cittadini) insufficienti in 7 Regioni e poi i fondi per le liste d'attesa - 500 milioni stanziati oltre due anni fa - spesi solo al 70% e così il recupero di ricoveri, screening e visite saltati per il Covid è ancora in parte rimandato.

Ecco le ferite della Sanità italiana acuite dalla pandemia che continuano a fare male come descritte in una sorta di "radiografia" dalla Corte dei conti nell'ultimo rapporto sul coordinamento della finanza pubblica. Malattie ataviche ormai cronizzate che il nostro Paese si trascina anno dopo anno e che dopo lo tsunami del Covid sono ancora tutte lì alla luce del sole. «Non è più solo un problema di risorse, leggendo i dati messi in fila dalla Corte dei conti si capisce infatti che non basta aggiungere soldi visto che poi come è accaduto per le liste d'attesa non vengono spesi tutti», avverte Tonino Aceti presidente di Salutequità. Che sottolinea come in alcune Regioni «ci sia un problema grande di competenze. Per questo serve un ruolo centrale del ministero che deve essere più forte nell'accompagnare chi sta indietro e penso che in questo senso andrebbe potenziato anche il ruolo dell'Agenas». Per Aceti tra l'altro le criticità sia sui conti che sul rispetto dei Lea riguardano «molte Regioni a statuto speciale. Per questo prima di andare avanti sulla strada dell'autonomia differenziata bisognerebbe fare un supplemento di indagini per capire gli effetti e i rischi».

**Bilanci in rosso in 15 Regioni**

I conti della Sanità peggiorano ogni anno di più: se il deficit complessivo nel 2020 era di 800 milioni, nel 2021 è salito a 1,025 miliardi per arrivare appunto nel 2022 a 1,469 miliardi. Un rosso «in netto peggioramento» che viene misurato - ricorda la Corte dei conti - «quale differenza tra le entrate previste dallo Stato per la copertura dei Lea e le spese sostenute per l'assistenza sanitaria». Come detto i conti in rosso per il 2022 riguardano ben 15 Regioni anche se con differenze macroscopiche che vanno dal -0,1 milioni dell'Abruzzo ai -247 milioni della Sicilia e costringe le Regioni a manovre di bilancio per «dirottare al finanziamento del settore risorse aggiuntive per garantire l'equilibrio dei conti». «Il fenomeno - spiega la magistratura contabile - è diffuso in tutte le aree del Paese, ma tocca in misura maggiore le regioni a statuto ordinario del Centro Nord» che passano da un avanzo di 40 milioni del 2021 a un disavanzo di circa 178 milioni: «un andamento essenzialmente dovuto a Piemonte, Liguria ed Emilia che presentano un disavanzo di 186 milioni». Cresce di 150 milioni il disavanzo delle regioni del Centro con «il Lazio a presentare il peggioramento più marcato». Sono a sorpresa le Regioni del Sud a presentare nel complesso il risultato migliore e in particolare la Calabria che «beneficia» dell'effetto positivo sui conti del fatto che i suoi pazienti a causa del Covid si sono spostati molto di meno verso le Regioni del Nord per il blocco della mobilità sanitaria. Male vanno in particolare le regioni a Statuto speciale: in quelle del Nord le perdite crescono del 7% e sono «quelle del Sud che passano da 179 milioni del 2021 a 376,2 milioni del 2022 a presentare la variazio-

ne più significativa, un peggioramento riconducibile essenzialmente al risultato della regione Sicilia».

## Sui Lea 7 Regioni insufficienti

Il rapporto della Corte dei conti sulla finanza pubblica presenta anche i dati «ancora provvisori» relativi al 2021 sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza in tutte le Regioni sulle tre macro-aree dell'assistenza: ospedale, distretto (il territorio) e la prevenzione. Il rispetto dei Lea viene misurato secondo la metodologia del nuovo Sistema di Garanzia in base a una ampia batteria di indicatori. Secondo la Corte dei conti le performance evidenziano «un miglioramento generale dopo la battuta di arresto dell'anno precedente, con 14 regioni che raggiungono la sufficienza in ciascun livello di assistenza», contro le 11 del 2020 ma le 15 del 2019. «Permangono tuttavia criticità, soprattutto nelle regioni meridionali» e così sono sette le Regioni che non assicurano adeguatamente le cure ai cittadini almeno in una macro area: Calabria e Valle d'Aosta risultano insufficienti in tutte e tre le aree (ospedale, territorio e prevenzione), la Sardegna in due (territorio e ospedale), Sicilia e Bolzano sono «bocciati» sulla prevenzione e il Molise nell'assistenza ospedaliera e la Cam-



pania in quella territoriale.

**I ritardi sulle liste d'attesa**

Già a fine 2020 erano stati stanziati 500 milioni per recuperare le prestazioni saltate a causa del Covid. Le risorse sono state prorogate nella manovra del 2022 e a fine del marzo scorso di quella somma stanziata oltre due anni fa restano ancora da spendere ben 152 milioni. In pratica è stato speso solo il 69% dei fondi a disposizione per provare ad arginare il buco nero delle cure perse durante la pandemia e con forti differenze: il Nord è al 92%, il Centro al 57% e il Sud con solo il 41% speso. E così il target di recupero dei ricoveri

ospedalieri è stato raggiunto solo al 66% a livello nazionale (72% Nord, 78% Centro e 40% Sud), mentre per gli screening fondamentali per la prevenzione il target di recupero è stato raggiunto a livello nazionale solo al 67% (91% al Nord, 27% al Centro e il 44% al Sud). Infine per il recupero delle prestazioni ambulatoriali (visite ed esami) il recupero si ferma al 57% del target nazionale con forti differenze locali: 81% al Nord, 79% al Centro e uno striminzito 15% al Sud. «Se ne trae - conclude la Corte dei conti - un quadro che nel complesso, oltre a segnare un gap nelle prestazioni sanitarie ancora significativo in maniera più diffusa delle

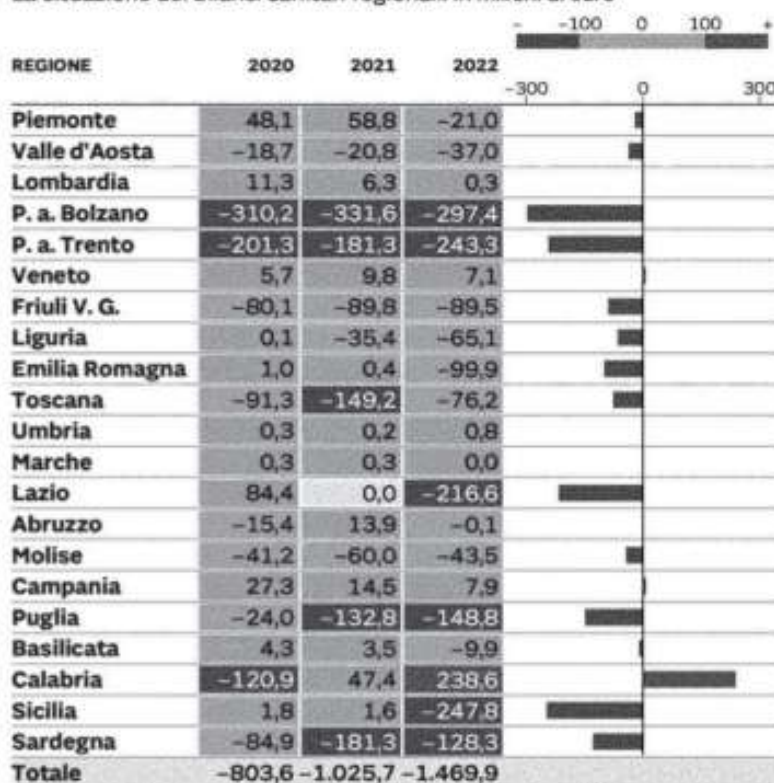
attese nell'uscita dalla pandemia, offre una immagine molto netta di come la crisi sanitaria abbia contribuito ad aumentare le differenze di performance tra aree» del Paese.

REPRODUZIONE RISERVATA

**COLANTE TUTTE LE AREE**  
Il disavanzo colpisce anche le Regioni del Centro Nord che passano da un avanzo di 40 milioni a -178 milioni  
**LISTE D'ATTESA**  
Il Nord ha speso il 92% dei fondi disponibili per recuperare le cure saltate contro il 57% del Centro e solo il 41% del Sud

**Cresce il deficit per il Ssn**

La situazione dei bilanci sanitari regionali. In milioni di euro



Fonte: Corte dei conti Rapporto 2023 di coordinamento di finanza pubblica



**SANITÀ*****Un passivo  
totale  
di 1,4 mld***

Le difficoltà che ancora caratterizzano il sistema sanitario nazionale, provato dalla crisi sanitaria, confermano la tesi secondo la quale bisogna intervenire per migliorare l'assistenza in maniera tale da trovare un equilibrio tra ospedale e presidi territoriali. Al fine di sviluppare tale percorso è necessaria una attenta riflessione del quadro relativo alla programmazione nazionale. Emerge dal Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica 2023 realizzato dalla Corte dei Conti. Nel 2022 sempre più Regioni hanno registrato conti in rosso per un passivo totale di 1,4 miliardi. Il risultato di

esercizio, differenza tra entrate previste dallo Stato per la copertura dei LEA e spese sostenute per l'assistenza sanitaria, si è presentato in netto peggioramento. Infatti le perdite sono cresciute, passando dai 1.025 milioni di disavanzo del 2021 a poco meno di 1.470 milioni; erano invece ferme a 800 milioni nel 2020. Inoltre secondo la Corte dei Conti, sulla lettura dei risultati dell'anno incide la considerazione nelle entrate dei ripiani dei disavanzi a carico delle aziende produttrici di dispositivi medici relative al quadriennio 2015-2018: infatti l'importo considerato nel bilancio 2022 è ben su-

periore a quello ipotizzabile per un singolo esercizio e la sua sterilizzazione potrebbe portare a un ulteriore peggioramento del risultato complessivo. Il documento poi chiarisce che nonostante la proroga di alcune misure adottate durante l'emergenza e la possibilità di stabilizzare gli operatori sanitari, nel 2022 si sono rese sempre più evidenti le carenze di organico, specie in alcune strutture. In particolare, sono venute ad aggravarsi criticità nel funzionamento dei servizi di emergenza e urgenza, sia in riferimento all'utilizzo dei cosiddetti medici a gettone, sia, più in generale, in relazione alla disponibilità di risorse

professionali necessarie a garantire il funzionamento di una componente cruciale del sistema di assistenza. Infine l'atto denuncia un inefficiente utilizzo delle risorse ospedaliere e, al contempo, una inadeguatezza della rete territoriale.

**Pasquale Quaranta**

— © Riproduzione riservata — ■



# Ospedali, il piano fantasma fondi Inail per 5 miliardi una sola opera in otto anni

► Lanciato nel 2015 per “iniziative urgenti” ► Con l’ultimo decreto il programma mai decollato per la difficoltà a progettare è salito a 87 interventi di edilizia sanitaria

## L'INCHIESTA

Marco Esposito

L'Italia che non sa progettare e quindi resta al palo con la spesa non nasce con il Pnrr. E non si trova solo al Sud. Un esempio a suo modo clamoroso riguarda il programma di investimenti Inail nel settore sanitario lanciato nel 2015, più volte ampliato, riveduto e corretto e, dopo otto anni, mai decollato al punto che delle 87 iniziative autorizzate soltanto una è arrivata a dama. Peraltro senza produrre un posto letto in più, come si dirà.

L'idea di dare vitalità ai fondi dormienti dell'Inail, l'Istituto per l'assicurazione sugli infortuni da lavoro, nasce nel 2014 con il governo Renzi e si traduce in un comma della legge finanziaria del 2015 (il 317) nel quale si prevede entro tre mesi l'arrivo di un elenco delle «iniziative di elevata utilità sociale» da finanziare. Non era un'idea del tutto nuova: l'Inail ha sempre svolto investimenti in ambito sociale e per esempio fu coinvolto in Campania nell'Accordo di programma del 1998 per realizzare il Polo pediatrico Mediterraneo di Acerra, sollecitato da don Riboldi. Il progetto tuttavia è poi finito su un binario morto per ripartire dopo due decenni ma con un'altra localizzazione: Ponticelli, nell'ambito dell'Ospedale del Mare. Con il quale però l'Inail non ha più nulla a che fare.

## I TEMPI

Ma torniamo al 2015. L'elenco di opere, da stilare in 90 giorni, non ha smosso granché. In compenso con un nuovo comma nella legge di bilancio del 2017 (il 232) si è tornati alla carica e, visto che nel frattempo si erano persi due anni, stavolta la norma prevedeva un elenco di «iniziative urgenti di elevata utilità sociale nell'ambito dell'edilizia sanitaria», elenco che il governo con il concerto di un paio di ministeri doveva indicare entro il 30 giugno 2017. Ma, si sa, per la burocrazia non basta che una cosa sia definita urgente (e neppure che si invochi la «somma urgenza», se è per questo) perché si proceda davvero in tempi rapidi. Così il 30 giugno è passato senza che vedesse la luce alcun decreto, si è arrivati alla fine del 2017 sempre nel sonno degli uffici. E solo nel 2018, ma con tutta calma, il 24 dicembre, un decreto del presidente del Consiglio dei ministri Giuseppe Conte individuava 49 iniziative per un importo totale di 2,6 miliardi da realizzare attingendo ai fondi dell'Inail, il quale però sarebbe diventato proprietario dei nuovi ospedali e li avrebbe dati in affitto alle Regioni.

Sembrava fatta, però in concreto non si mosse nulla. A un anno di distanza, il 30 dicembre 2019, il governo Conte II decise di aggiornare l'elenco e aggiungere in particolare un polo scientifico tecnologico da assegnare all'Istituto superiore di sanità, per un importo di 193 milioni. Tuttavia l'Inail, che aspettava i progetti esecutivi dalla Regioni,

continuava a non ricevere nulla di utilizzabile per lanciare la gara d'appalto e assegnare i lavori. In compenso si moltiplicavano i decreti con il continuo ripensamento dell'elenco delle opere e con l'aumento della spesa preventivata. In particolare il 4 febbraio 2021 il premier Conte, nove giorni dopo le dimissioni ma formalmente ancora in carica, ha firmato un decreto per aggiornare l'elenco degli investimenti confermandone 24 per 1,8 miliardi e aggiungendo 17 nuove iniziative per 2,2 miliardi per cui il totale delle opere scendeva a 41 ma l'importo saliva a 4 miliardi. Il tutto, sempre sulla carta. Di tutti gli interventi «urgentissimi», infatti, soltanto due apparivano fattibili e ciò per la semplice ragione che non erano realizzazioni di nuove opere bensì acquisti da parte dell'Inail di strutture esistenti. Una in Sardegna, a Quartu, dove l'Asl (che lì si chiama Ats) aveva chiesto all'Inail di comprare per 14,5 milioni un immobile da utilizzare come sede dei servizi sanitari della località nella città metropolitana di Cagliari; ma il proprietario dell'immobile ci ha ripensato e la cosa è finita lì. L'altro caso è anche più interessan-



te: l'Emilia Romagna, infatti, nel 2021 era riuscita a far inserire nell'elenco delle «iniziative urgenti di elevata utilità» l'Ospedale Sant'Anna di Cona di Ferrara, di cui si faceva fatica a immaginare l'urgenza visto che era completo e operativo da anni. La Regione Emilia Romagna lo ha costruito in tempi piuttosto lunghi, attirando l'attenzione di "Striscia la notizia", e infine sono stati necessari diciassette anni per trasferire il primo paziente dalle strutture storiche al nuovo polo. L'Inail però si è trovato Ferrara in elenco e non poteva che effettuare l'acquisto parziale della struttura (sei corpi di fabbrica), perfezionato da poco, girando all'Emilia Romagna 78 milioni pronta cassa, ma incamerando dal 2023 in poi un fitto annuo pari al 2,5% del valore dell'immobile, cioè 2 milioni. Proprio per evitare di caricarsi di fitti passivi la Campania, come altre tre Regioni più la Provincia autonoma di Bolzano, non ha mai fatto richiesta di fi-

nanziamenti a valere sul piano Inail.

## IL RADDOPPIO

Di nuovi posti letto, insomma, non ne è stato finora realizzato neppure uno. In compenso si è creata una piccola tradizione. Anche il premier Draghi infatti ha firmato il suo decreto con l'elenco dopo le dimissioni, il 14 settembre 2022, a meno di due settimane dal voto. L'elenco, ormai articolato in tre allegati, è così cresciuto da 41 a 87 interventi per un importo che rispetto al programma iniziale è raddoppiato a 5,4 miliardi di euro. La lista si è allungata soprattutto grazie alle mini iniziative, di cui 24 inferiori ai 10 milioni di euro. Ce ne è anche una, sempre «urgente», per risistemare gli uffici dell'Asl di Teramo con 992 mila euro.

Sarà la volta buona? Difficile dirlo. A otto mesi da quella triplice firma (Draghi con i ministri Speranza per la Salute e Orlando per la Previdenza sociale)

come nei sette anni precedenti all'Inail non è arrivato neppure un progetto cantierabile, cioè che sia sufficientemente dettagliato da poter bandire una gara europea. Per cui dei 5,4 miliardi disponibili ne sono stati finora spesi 78 milioni, cioè l'1,5%. Né è chiaro come i progetti Inail dovranno integrarsi con i programmi del Pnrr in ambito sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'UNICO IMPEGNO  
PORTATO A TERMINE  
È IN REALTÀ L'ACQUISTO  
DI UNA STRUTTURA  
GIÀ ESISTENTE  
IN EMILIA ROMAGNA**

**LA CAMPANIA  
NON HA MAI  
PARTECIPATO  
PER NON PAGARE  
I FITTI PASSIVI  
SUI NUOVI IMMOBILI**

**L'Arcispedale di Ferrara,  
completato nel 2012 dalla  
Regione Emilia Romagna e  
venduto, in parte, all'Inail nel  
2023 per incassare 78 milioni**



**LIQUIDAZIONE**

# Tfr e Tfs equiparati Un emendamento a favore degli statali

*Misura che riguarda circa tre milioni di dipendenti pubblici  
Ora potranno ottenere, in caso di necessità, un prestito garantito*

**CLAUDIO QUERQUES**

••• L'accordo nella maggioranza c'è già: Trattamento di fine rapporto (Tfr) e Trattamento di fine servizio (Tfs) potranno essere equiparati per ottenere un prestito garantito. Può sembrare una questione di lana caprina, un minimo mutamento lessicale, una consonante al posto dell'altra. Ma non è così: è una misura che riguarderà circa 3 milioni di dipendenti pubblici. Funzionari, impiegati, agenti e insegnanti che finora per finanziarsi avevano solo la cessione del quinto a tassi agevolati. L'equivalenza tra l'altro è a costo zero per lo Stato e permetterebbe di sanare un'attesa che riguarda in particolare i dipendenti delle Forze dell'ordine e dei Vigili del Fuoco.

Due emendamenti al Decreto legge 22 aprile 2023, recante misure per il rafforzamento delle capacità amministrative delle amministrazioni pubbliche potrebbero porre fine in via definitiva a quella che viene da molti considerata disparità. Firmatari 4 parlamentari della Lega, Laura Ravetto, Igor Lezzi, Simona Bardoni, Alberto Stefani, Edoardo Zuello e Lorenzo Malagola di

FdI. È stato inserito nelle proposte emendative della I e della XI Commissioni riunite, inserito tra cosiddetti «segnalati»: verranno messi ai voti già in settimana.

Avrà effetti pratici importanti: permetterà al personale delle Forze armate, della polizia e dei vigili del Fuoco ma anche a molti docenti di ottenere un prestito garantito dal Tfs. Cosa attualmente consentita solo a quei dipendenti pubblici e privati cui spetta il Tfr. I due emendamenti prevedono l'inserimento dell'articolo 19 bis intitolato «Garanzia su anticipazione di credito di trattamento di fine servizio». La dicitura in base alla quale il trattamento di fine servizio «accumulato in costanza di lavoro e di impiego non può essere ceduto» cambia in «può essere dato in pegno». E ancora: «La costituzione del pegno ha effetto dal momento della sua notifica nei confronti dei debitori, attuata in qualsiasi forma, purché recante data certa».

Va da sé che il via libera non solo agevolerebbe la situazione economica di molte famiglie ma al tempo stesso limiterebbe il frequente e diffuso ricorso all'usura in un Paese in cui l'accesso al credito diventa spesso un

privilegio se non proprio una discriminante sociale.

Stiamo parlando di quella che in parole povere chiamano la «liquidazione». Tra i due acronimi - Tfr e Tfs - cambia solo una consonante. La linea di demarcazione è sottile, la differenza è sostanziale. Il primo è il trattamento di fine servizio erogato al dipendente pubblico che va in quiescenza o decide di cessare di lavorare per lo Stato o per un ente. Se si è stati assunti a tempo indeterminato - l'ambitissimo posto fisso agognato dai personaggi interpretati da

Alberto Sordi o Checco Zalone - prima del 1° gennaio del 2001, varrà il regime del Tfs. Se si è stati assunti in data successiva, del

Tfr. In apparenza, dicevamo, cambia solo quella letterina, la «erre» al posto della «effe», in realtà di tratta di trattamenti tra loro molto diversi.

Sia per quanto riguarda il



# IL TEMPO

calcolo della retribuzione spettante, cioè la somma delle retribuzioni lorde annue, sia per i tempi di erogazione che spesso sono diversi. Il Tfs si calcola moltiplicando l'80% di un dodicesimo dell'ultima retribuzione lorda per il totale degli anni passati. Il Tfr dividendo la retribuzione annua lorda, comprensiva di tredicesima e quattordicesima, per 13,5 e poi sottraendo lo 0,5% di contributi Inps. Il Tfr ha una natura prevalentemente contributiva e viene liquidato calcolando

l'aliquota media degli ultimi 5 anni. Il Tfs è una combinazione mista che si divide in altri acronimi: l'indennità di buonuscita (Ibu) che spetta ai dipendenti dei vari ministeri e delle agenzie fiscali; Premio di servizio (Ips), riconosciuto ai dipendenti delle regioni e del servizio sanitario nazionale; l'indennità di anzianità (Ia) per dipendenti degli enti non economici e delle Camere di commercio. Una platea molto vasta. Ma divisa fino a oggi da una consone.

## *Iniziativa della Lega*

*Il testo potrebbe essere già votato in settimana*

*È tra le modifiche «segnalate» quindi con percorso agevolato*



Deputata Laura Ravetto della Lega ha presentato l'emendamento con altri tre leghisti





VACCINI, IL CONTRATTO

Il patto Ue-Pfizer:  
10 euro per dosi  
che non useremo

© MANTOVANI A PAG. 9

BIG PHARMA

**FUORI TEMPO** LE CONSEGNE PREVISTE ENTRO FINE 2023, 450 MILIONI DI DOSI, SARANNO DILUITE FINO AL 2026

# Nuovo contratto segreto tra Ue e Pfizer “Per i vaccini in eccedenza 10€ a dose”

» **Alessandro Mantovani**  
Un contratto segreto per mitigare le conseguenze di un altro contratto segreto, quello del maggio 2021 e delle polemiche sulla trattativa diretta via sms tra la presidente della Commissione Ue Ursula von der Leyen e il numero uno di Pfizer, Albert Bourla, che è stata censurata anche dalla Corte dei conti Ue e ha portato a un eccesso di centinaia di milioni di dosi nei 27 Paesi dell'Unione.

**LA COMMISSIONE** l'ha reso noto venerdì, evitando il confronto con i giornalisti ma presentandolo comunque come un successo. È un passo avanti c'è: le consegne previste entro la fine di quest'anno, 450 milioni di dosi che chiaramente non servono, saranno diluite fino al 2026. Ufficialmente non si sa a quale prezzo, però. A quanto risulta al *Fatto* gli Stati membri dovranno pagare circa la metà, ovvero una cifra attorno ai 10 euro anziché 19,50, per le dosi che non servono e quindi non saranno neppure consegnate, consentendo così un risparmio sui costi di conservazione. È comunque prevista una conse-

gna minima, a prezzo pieno, di almeno 70 milioni di dosi l'anno, che per l'Italia vorrebbe dire poco meno di 10 milioni e dunque un quantitativo superiore a quello dei vaccini antinfluenzali mediamente somministrati ogni anno. La platea ormai coincide per lo più con i 19 milioni di ultrasessantenni, ma nessuno si attende una forte richiesta salvo eventuali recrudescenze del Covid. I produttori consegneranno i vaccini aggiornati alle varianti, sempre che facciano in tempo a produrli. E l'Europa dovrebbe risparmiare una parte dei 9,5 miliardi di euro dovuti per le dosi attese, su una spesa complessiva di 71 miliardi.

Oggi in Italia si vaccinano contro il Covid, in media, 3/400 persone al giorno, sono per lo più over 60 che fanno la quarta dose. Nel nostro Paese, ha scritto domenica *Repubblica*, quest'anno sono destinate a scadere e saranno buttate circa 15 milioni di dosi, pagate a prezzo pieno e dunque almeno 300 milioni di euro (c'è una quota di Moderna che costa di più). Senza l'accordo firmato

dall'Ue con Pfizer/Biontech sarebbero molte di più, fino a 173 milioni arrivava il calcolo pubblicato a febbraio da *La Stampa*, per un valore di 3 miliardi di euro. Il nuovo contratto non è bastato però a Polonia e Ungheria, che guidano il fronte dei Paesi dell'Est: minacciano di non firmare, il che vanificherebbe il compromesso raggiunto da Bruxelles per uscire dal contratto capestro del maggio 2021. Il ministro della Salute polacco, Adam Niedzielski, nelle scorse settimane ha scritto direttamente a Pfizer, ma a quanto pare senza grandi risultati. Bulgaria e Romania dovrebbero firmare a giorni.

Gavi, l'alleanza nata per portare i vaccini anti-Covid nel Sud del mondo, ha negoziato condizioni migliori dell'Ue, ottenendo la trasformazione dei vaccini in eccesso in altri farmaci. Le aziende mantengono la posizione di forza, imponendo anche il segreto sulle clau-



sole. Nessuna informazione supplementare è stata fornita alla commissione sul Covid del Parlamento europeo, che invano aveva sollecitato l'esclusione dei lobbisti di Pfizer dalle sue sedi dopo che Bourla aveva rifiutato di rispondere agli eurodeputati. La commissaria Ue alla Salute, Stella Kyriakides,

ha evitato gran parte delle questioni poste dalla francese Michèle Rivasi e dai suoi colleghi. La maggioranza sostiene la Commissione. E conviene sempre ricordare gli studiosi incaricati dalla commissione parlamentare di fare i conti in tasca ai produttori, guidata dal professor Massimo Florio della Statale di Milano: a fronte di 90 miliardi di utili realizzati

dalle aziende tra il 2021 e il 2022 (35 miliardi solo Pfizer), gli investimenti sono stati sostenuti più dagli Stati (per circa 30 miliardi) che dai privati (per circa 16).

**OVER 60**  
IN ITALIA  
LA MEDIA  
È DI 3-400  
AL GIORNO



**15 milioni  
in scadenza**  
Le dosi  
acquistate  
dall'Italia tra  
poco inservibili  
FOTO CREDIT



# Gli impatti positivi sull'economia della vaccinazione

**Piano nazionale**  
Tra costi e risparmi

**Rossana Bubbico**

È passato ormai un anno dalla revisione dei contenuti del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 da parte del Nitagx, il Gruppo consultivo nazionale sulle vaccinazioni. Ma la discussione sul Piano, avvenuta lo scorso 24 maggio in Conferenza Stato-Regioni, è stata rinviata al 7 giugno per un mancato accordo sulle risorse economiche. Si tratta di una revisione con importanti novità, come il percorso distinto di aggiornamento del Calendario vaccinale in funzione degli scenari epidemiologici, delle evidenze scientifiche e delle innovazioni in campo biomedico e altri elementi importanti quali il rafforzamento della comunicazione in campo vaccinale (anche alla luce del fenomeno dell'esitazione vaccinale), la promozione di interventi nella popolazione ad alto rischio e la riduzione delle disuguaglianze con azioni specifiche per le comunità difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale. Non meno importante, ai fini dell'attività di monitoraggio e dell'adozione di azioni di risposta tempestive, è il completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e la messa a regime dell'anagrafe vaccinale nazionale.

Assente dal documento in discussione ogni riferimento alla vaccinazione anti-Covid, motivazione figlia del fatto che il Piano è stato redatto durante il picco pandemico quando la vaccinazione era routinaria e normata da criteri di emergenza. Dichiarata conclusa, lo scorso 5 maggio, la fase di

emergenza sanitaria globale da Covid-19, l'Oms nelle nuove raccomandazioni ha ribadito la necessità di continuare a tutelare la salute dei fragili e degli anziani. In questa fase di nuova normalità di convivenza con il virus, è necessario che il ministero della Salute elabori quanto prima delle Linee guida per le Regioni per garantire accesso equo e uniforme alle vaccinazioni a questi cittadini.

Si parla di vaccinazioni e di un nuovo Piano Prevenzione Vaccinale in un contesto in cui la fiducia dei cittadini nei confronti dei vaccini è diminuita rispetto a un anno fa: è questo il dato principale

emerso dalla survey che The European House-Ambrosetti ha realizzato in collaborazione con Swg. Se nel 2022 il 92% dei cittadini riteneva che i vaccini fossero uno strumento di prevenzione sicuro ed efficace, nel 2023 tale percentuale è scesa al 76%, segno che "l'entusiasmo" registrato nella precedente rilevazione fosse dettato più dalla paura del virus che da una reale comprensione del valore dei vaccini come strumento di tutela della salute del singolo e della collettività. Ma oltre agli impatti positivi sulla salute, la vaccinazione ha un effetto leva economico elevatissimo (per ogni euro speso si generano 40 euro di risparmi) e influisce positivamente sul progresso sociale ed economico di una nazione, riducendo costi sanitari diretti e i costi sociali: in questo senso quanto accaduto con la pandemia da Covid rappresenta un esempio lampante.

Il paper realizzato da The European House - Ambrosetti, in collaborazione con il Ceis dell'Univer-

sità di Roma Tor Vergata e il contributo non condizionante di Pfizer, mostra come a livello europeo si è evidenziata una certa tendenza per cui i Paesi caratterizzati da tassi di copertura vaccinale anti-Covid maggiori nel corso del 2021 sono stati anche quelli caratterizzati da una maggior crescita del Pil reale nello stesso anno. In questo contesto, l'Italia dopo aver registrato il 3° maggior calo del Pil nel corso del 2020 (contrazione più significativa dal dopoguerra a oggi), ha ottenuto la 2° più alta crescita nel corso del 2021, anche a causa di un tasso di copertura vaccinale tra i più alti del Continente. Anche a livello regionale si manifesta una tendenza analoga con una relazione positiva tra il tasso di copertura vaccinale anti-Covid nella popolazione di età superiore ai 12 anni nel corso del 2021 e il tasso di crescita dell'economia. In particolare, per ogni punto percentuale di copertura aggiuntivo, il Pil è cresciuto dello 0,12%. Non vaccinare rappresenta quindi un costo e non un risparmio.

*Senior Consultant, Area Healthcare,  
The European House - Ambrosetti*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Nel Piano Nazionale  
Prevenzione Vaccinale  
2023-2025 non ci  
sono riferimenti alla  
copertura anti-Covid**



## Ilaria Capua Database liberi basilari per la salute

Marta Paterlini — a pag. 23

L'intervista. **Ilaria Capua.** Nella visione della virologa rientrata in Italia: «Ognuno di noi dovrebbe essere messo nelle condizioni di donare i propri dati sanitari a un'infrastruttura regolamentata e trasparente»

# L'accesso libero ai database è il bene più prezioso per la salute

Marta Paterlini

**N**ella Sala Magna del Complesso Monumentale dello Steri, Ilaria Capua riceve oggi la Laurea Magistrale "honoris causa" in Medicina e Chirurgia da parte dell'Università di Palermo.

**È il primo medico veterinario in Italia a ricevere la laurea honoris causa in medicina e chirurgia. Che significato ha questa laurea?**

È un riconoscimento per me simbolico, la rottura di un argine, un cambio di paradigma. La salute delle persone non può essere avulsa dalla salute degli animali, delle piante e dell'ambiente. Il concetto di salute circolare, che mi vede impagnata da anni, è l'unica via possibile per fare avanzare la salute e la sostenibilità insieme, perché siamo parte integrante della Natura. La salute non può essere solo affrontata dal punto di vista biomedico ma dovrebbe essere più inclusiva e arricchirsi con altre discipline. Purtroppo, la iper-specializzazione, pure necessaria, ha settorializzato i saperi a discapito di una visione di insieme. Ecco, questa laurea è concettualmente una pietra miliare perché sfonda i confini disciplinari all'interno della componente biomedica. Ma è solo il primo passo. Ci sono altri meccanismi che sono determinanti nella salute, come quelli della comunicazione e della globalizzazione, di cui è figlio il coronavirus. Poi, credo che abbia fatto enormi danni il negazionismo

istituzionalizzato: capi di stato di grandi democrazie occidentali hanno minimizzato il pericolo e secondo me hanno fatto più danni del virus. Credo che a fronte di minacce globali si debba guardare oltre gli approcci consolidati e creare veri spazi interdisciplinari dove si possano affrontare determinate problematiche nella loro complessità.

**Con la pandemia abbiamo capito l'importanza della rapida condivisione dei dati sul virus e le sue varianti. Il più grande e importante di questi database è il Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (Gisaid), figlio di una sua visione e di una sua iniziativa. Come iniziò?**

Nel 2006 ebbi l'intuizione che la condivisione globale dei dati genetici dei virus fosse essenziale per combattere le minacce pandemiche. Quando il mio laboratorio per primo sequenziò il virus nigeriano dell'aviazione, mi fu subito chiaro che l'open access fosse la strada da percorrere. Inizialmente, la comunità scientifica era scettica e faceva resistenza, sequenziare in quegli anni era indaginoso e ci voleva molto tempo anche per generare una sola sequenza. Mi opposi alla prassi esistente, rifiutandomi di depositare la sequenza in un database al quale avevano accesso solo 15 laboratori. Andai anche contro l'Oms per portare avanti questa visione, una decisione che mi costò cara quella di rendere

pubbliche le sequenze del virus dell'aviazione. Poi però l'idea di studiare e fare ricerca in maniera collegiale grazie all'open access fece breccia nella comunità scientifica e nello scorso decennio la rapida condivisione dei dati genetici, in particolare sui virus emergenti, ha iniziato a svolgere un ruolo fondamentale nella salute pubblica mondiale, cruciale per valutare il rischio dei nuovi virus, sviluppare contromisure come vaccini e diagnostici e prepararsi meglio a una risposta internazionale. Con l'insorgere del coronavirus, l'Oms invitò ufficialmente la comunità scientifica a depositare tutte le sequenze in Gisaid, e il 10 gennaio venne depositata la prima sequenza virale di Sars-CoV2.

**Scienziati, laboratori e governi caricano regolarmente le sequenze dei patogeni su Gisaid. Nelle ultime settimane sono però emerse serie preoccupazioni sulla sua gestione e sulla mancanza di trasparenza da parte del suo fondatore e direttore, Peter**



**Bogner.**

La mia ambizione originaria era che il database genetico in modalità open access diventasse una struttura pubblica. Poi, però mi sono dovuta allontanare da quel mondo, e sono stata costretta a lasciare il mio gruppo di ricerca, l'Italia e l'Europa e non ho più niente a che fare con Gisaïd. Per chi non conoscesse questa brutta storia, ho rischiato l'ergastolo, accusata ingiustamente di nascondere dietro questa piattaforma di open access degli interessi privati. Ora, leggendo la storia di Bogner raccontata su *Science*, sono stupefatta che tale personaggio si sia potuto muovere negli anni senza che nessuna delle organizzazioni internazionali si sia mai preoccupata di rendere Gisaïd pubblica e con una gestione trasparente. Resta ancora un'infrastruttura privata in mano a un signore che si occupava di tutt'altro e ad oggi nessuno ha proposto il passaggio in mani pubbliche. È come se si fosse persa lucidità. Mi avvilisce e mi dispiace perché un database di condivisione delle sequenze virali è essenziale: ha raccolto sequenze di Covid (ben 15 milioni), di Monkeypox, di virus influenzali umani e animali permettendoci di reagire in tempi rapidissimi al Covid. Eppure, da

quello che si legge questa infrastruttura che si appoggia a dei server, che contengono milioni di sequenze virali accessibili a tutti i ricercatori, qualcuno potrebbe prendersela e portarla dove vuole.

**Al di là delle criticità su questa piattaforma, per lei open access resta un punto di riferimento?**

Assolutamente resta la strada da percorrere. Penso, ad esempio, a Lisa McCorkell, una ricercatrice americana che ha creato un database - Patient-Led Research Collaborative - dove raccoglie i sintomi del Long-Covid e che ora il National Institutes of Health (Nih) ha deciso di finanziare con un miliardo di dollari. Una straordinaria iniziativa non solo di open access, ma anche di coinvolgimento e responsabilizzazione dei cittadini. Con un patogeno nuovo di cui non sappiamo nulla, queste iniziative hanno un valore immenso: con il Long-Covid non sappiamo che cosa ci aspetta. Nella mia visione è che si arrivi al punto della donazione dei dati. Invece di regalare "inconsapevolmente" dati al supermercato o al negozio di scarpe per poi essere bombardati da pubblicità personalizzate, dovremmo capire che i big data sono il nuovo oro per la ricerca e

quindi per il nostro futuro, perché riveleranno delle verità nascoste che potranno essere usate per il bene della nostra salute. Ognuno di noi dovrebbe essere messo nelle condizioni di donare i propri dati sanitari a un'infrastruttura regolamentata e trasparente.

**La preoccupano le nuove varianti di coronavirus in Cina?**

Il Covid continuerà a circolare e quindi a evolversi. Siamo però attrezzati e sappiamo come combatterlo. Sono invece molto preoccupata per quello che sta accadendo con il virus dell'influenza aviaria: l'infezione negli animali è fuori controllo e il virus potrebbe innescare una nuova pandemia se non si interviene rapidamente nel settore veterinario. La salute è circolare: la collaborazione stretta ed efficace fra medicina veterinaria e medicina umana non si può più rimandare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CAMBIO DI PARADIGMA**  
 Laurea Magistrale "honoris causa" in Medicina e Chirurgia da parte dell'Università di Palermo a Iaria Capua  
**VISIONE E IMPEGNO**  
 Il concetto di salute circolare è l'unica via possibile per fare avanzare la salute e la sostenibilità insieme

**Iaria Capua.**

Senior fellow of Global Health alla John Hopkins di Bologna e direttore emerito del One Health Center of Excellence dell'Università della Florida



# Farmaceutica, più spinta alla ricerca Nasce il manifesto per l'innovazione

## Il patto

Cabina di regia tra Governo,  
Regioni e industria  
per una strategia nazionale

Va evitata la possibile crisi  
del sistema sanitario legata  
all'invecchiamento

**Sara Monaci**

MILANO

Quello che emerge dalle più recenti analisi sull'industria farmaceutica e sugli investimenti nel settore "life science", è che l'Italia ha grandi potenzialità - tanto che continua a rappresentare il principale Paese in Europa per produzione farmaceutica - ma non spende abbastanza in ricerca e sviluppo. Una contraddizione che andrebbe sanata soprattutto guardando alla composizione della società del futuro, in cui cure e prevenzioni saranno fondamentali per il benessere di una popolazione sempre più anziana.

È partendo da queste considerazioni che a Milano è stato firmato ieri un manifesto con le proposte strategiche per il rilancio del Paese in questo campo. Il documento è stato presentato al Mind (Milano Innovation District), durante il convegno "Pact for Innovation Summit", promosso da Janssen Italia, l'azienda farmaceutica del Gruppo Johnson & Johnson, e da Bio4Dreams, incubatore italiano di startup innovative nelle scienze della vita, a cui hanno partecipato fra gli altri i ministri Orazio Schillaci (Salute) e Adolfo Urso (Imprese e made in Italy), il presidente di Farmindustria Marcello Cattani, il vice presidente di Life sciences in Asso-lombarda Sergio Dompé.

## Il manifesto

L'obiettivo è garantire «un cambio di passo» con azioni per la governance dell'innovazione nel settore - nel dettaglio si propone di istituire una cabina di regia per la strategia

nazionale in ambito sanitario con Governo, Regioni e industria -; la creazione di uno sportello a suppor-

to dell'internazionalizzazione della filiera; regole certe per l'ecosistema Life Science, con la definizione di incentivi e interventi nel lungo termine; la creazione di una forte connessione tra ricerca accademica e industria per il coordinamento tra i bisogni industriali e accademici; il brevetto come risorsa, cioè la valorizzazione e tutela della proprietà intellettuale "come risorsa strategica per lo sviluppo e la competitività dell'Italia". Infine: incentivazione delle partnership pubblico-privato.

## Le lacune del settore

Guardando i dati Istat illustrati dal dg Michele Camisasca, si evince quale sarà il fabbisogno di maggiori investimenti nelle scienze della vita, dal settore farmaceutico a quello ospedaliero. Nel 2022 ci sono stati 7mila nati in meno rispetto al 2021, per un totale di 393mila bambini, per la prima volta sotto i 400mila neonati. Intanto la speranza di vita delle donne è di 84,8 anni e di 80,5 anni per gli uomini, mentre si è triplicato negli ultimi 3 decenni il numero degli ultracentenari. Adesso gli ultra 65enni rappresentano il 23,5%; nel 2050 il 34,9% del totale.

Le previsioni al 2070 parlano di una potenziale crisi del sistema, quando le maggiori esigenze socio assistenziali dovranno essere affrontate senza far aumentare la spesa pubblica. Questa è una prima considerazione. La riflessione politica da fare, secondo Camisasca, è partire dal fatto che questo trend demografico produrrà anche 500

miliardi di Pil in meno.

Vediamo ora l'andamento del settore farmaceutico, alla base del life science. Il fatturato cresce del 20,8% dal gennaio 2022 al gennaio 2023. La spesa complessiva in ricerca e sviluppo è di 25 miliardi nel 2020 (-4,7% rispetto al 2019). C'è però una ripresa nel 2021 e 2022, rispettivamente a +5,2% e a +3,5%. Investiamo in ricerca e sviluppo quanto la Cina, ma molto meno di Usa e Giappone.

L'Italia, ha evidenziato il ministro della Salute Schillaci in un videomessaggio, «deve creare una sinergia tra le politiche sanitarie e industriali, finalizzata a rendere la nostra sanità sempre più moderna e l'Italia più attrattiva per gli investitori». Il ministro alle Imprese Urso ha chiarito che la linea del governo sarà «un piano di politica industriale per la farmaceutica, che preveda attività di mappatura della azioni necessarie per la crescita, incentivi e regole».

Sul fatto che serva migliorare il livello di ricerca concordano anche gli attori dei principali parchi dell'innovazione. Per Alberto Mina, direttore delle relazioni istituzionali di Arexpo, l'attrattività è potenziata quando c'è stabilità, con un disegno che preveda la compartecipazione di pubblico e privato, in sinergia. Per Fabrizio Landi, presidente To-



scana Life Sciences, va potenziata la tradizione italiana della ricerca: le lacune sono visibili osservando che su 9 miliardi di investimenti in ricerca dello scorso anno, 5 sono andati per acquisire aziende straniere, perché in Italia ci sono poche start up in questo ambito.

IL RIPRODUZIONE RISERVATA

## RICERCA E SVILUPPO

# 25 mld

### Investimenti in ricerca

Gli investimenti in ricerca e sviluppo in Italia sono allineati a quelli della Cina ma lontani da quelli di Usa e Giappone. Inoltre se negli ultimi due anni sono ripartiti, solo nel 2020 avevano vissuto un anno nero, -4,7% rispetto all'anno precedente. Andrebbero quindi potenziati gli investimenti in ricerca, soprattutto in considerazione del fatto che l'industria farmaceutica italiana è tra le più importanti d'Europa



**Il settore.** Per la farmaceutica cruciale investire nella ricerca



## MIGRAZIONE SANITARIA DA PREVENIRE

# Malattie rare, disuguaglianze nell'accesso alle terapie necessarie

## Problemi soprattutto nella gestione dei farmaci dedicati Velocizzare i processi che ne permettono la disponibilità

**Riccardo Cervelli**

■ Ne è colpita al massimo una persona su 2mila. È questo il criterio con cui l'Ue identifica una malattia rara. La vita per chi si ritrova a far parte di questa statistica, nonostante la salute sia considerata un diritto fondamentale di tutti, va quasi sempre incontro a difficoltà specifiche sui piani della diagnostica e della cura.

«I ritardi diagnostici - spiega Annalisa Scopinaro, presidente di Uniamo - Federazione Italiana Malattie Rare - sono causati da una scarsa conoscenza del mondo delle malattie rare da parte dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale; servirebbe una maggiore educazione, anche nel corso di studi, al sospetto diagnostico in caso di segni e sintomi plurimi e non facilmente riconducibili a un'unica patologia. Un ritardo diagnostico, che alle ultime statistiche si attesta su una media di 4,1 anni, comporta per il paziente una vera odissea, un percorso con mille involuzioni, uno stato d'animo che oscilla tra l'incertezza, lo sconforto e la sensazione di essere soli e non capiti. Senza diagnosi, non si può accedere anche alle eventuali terapie disponibili,

con conseguente peggioramento, a volte in modo irreversibile, delle proprie condizioni di salute».

Se si concentra l'attenzione sulle terapie farmacologiche, si scopre l'esistenza di un termine poco conosciuto da parte della maggior parte del pubblico: quello dei farmaci orfani. Di che cosa si tratta, e perché oggi questo tema è diventato argomento di un dibattito? «I farmaci orfani - spiega Annalisa Scopinaro - sono specificamente dedicati alle patologie rare, per la loro diagnosi, prevenzione e trattamento. In Europa, devono seguire determinati criteri: 1) essere indicati per una patologia che mette in pericolo la vita o debilitante in modo cronico; 2) devono essere indicati per una condizione clinica rara, definita da una prevalenza di non più di 5 soggetti ogni 10mila individui, calcolata a livello della Unione Europea; 3) non devono essere disponibili trattamenti validi o, se sono già disponibili dei trattamenti, il nuovo farmaco deve rappresentare un beneficio clinico significativo. Gli studi per lo sviluppo di un farmaco orfano sono lunghi e costosi, dato che spesso si tratta di specifiche mai trattate in precedenza. Per questo, l'Ue ha ritenuto opportuno, tramite il Regolamento Europeo Farma-

ci Orfani, garantire uno speciale trattamento e incentivi a questo tipo di ricerche».

Affinché un farmaco, compresi quelli per le malattie rare, possa essere commercializzato in Europa, occorre innanzitutto l'approvazione da parte dell'Ema. Ottenuta questa, iniziano gli iter nazionali. «In alcuni Stati - puntualizza la presidente di Uniamo - si dà pieno accesso ai pazienti, anche senza contrattazione, al farmaco, per un periodo di tempo durante il quale il procedimento va avanti e arriva a conclusione. In Italia senza approvazione da parte di Aifa non è possibile. All'approvazione di Aifa fa seguito poi l'inserimento nei singoli prontuari regionali della terapia; da quel momento le centrali di acquisto o i singoli ospedali possono iniziare le pratiche per l'acquisto e la conseguente disponibilità al paziente».

Uniamo, tra le altre iniziative, propone che alcune pratiche burocratiche vengano svolte prima che si completi il processo autorizzativo, in modo che nessun ospedale si trovi privo dei budget necessari all'acquisto di nuovi farmaci nel momento in cui vengono inseriti nei prontuari. «In Europa, si discute sulla possibilità di creare una camera di compensazione





# il Giornale

per le terapie destinate alle ultrarare, che riguardano pochi pazienti in Europa. La stessa idea potrebbe essere sviluppata in Italia, tenendo conto che con terapie avanzate che costano molto, nello specifico spesso *orphan drug*, alcuni centri con competenze particolari rischiano di trovarsi in difficoltà finanziarie, attraendo pazienti da tutta Italia». Nel caso delle

malattie rare, anche le disomogeneità di accesso alle terapie farmacologiche più efficaci sono cause di «migrazioni sanitarie», problematiche per il Sistema sanitario pubblico e discriminatorie tra i pazienti.

## CONOSCENZA

Un ritardo diagnostico comporta per il paziente una vera odissea

## DIAGNOSI

I farmaci orfani sono specificamente dedicati a queste patologie



«UNIAMO»  
Sopra,  
Annalisa  
Scopinaro,  
presidente di  
Uniamo -  
Federazione  
Italiana  
Malattie Rare.  
Tra i medici  
occorre una  
maggiore  
preparazione



## IL SOTTOSEGRETARIO ALLA SALUTE

### Gemmato: «Piano che non fissa solo obiettivi ma detta anche azioni concrete da attuare»

■ Il 24 maggio è stato firmato, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, l'accordo in base al quale è stato adottato il «Piano nazionale malattie rare 2023-2026». Cosa significa l'adozione formale di questo documento? Lo chiediamo a Marcello Gemmato, Sottosegretario alla Salute con delega alle malattie rare.

«Abbiamo raggiunto un importantissimo traguardo - risponde -; si colma un vuoto di 7 anni e si definisce una cornice di interventi per dare risposte concrete alle persone con malattia rara e ai loro familiari. Dotiamo le persone con malattie rare di uno strumento di approccio terapeutico, di presa in carico e di percorso assistenziale omogeneo su tutto il territorio, con l'obiettivo di superare le sperequazioni ancora esistenti tra il Nord e il Sud del Paese, ma spesso anche tra aree della stessa regione. Per l'attuazione del Piano è stato previsto uno stanziamento di 25 milioni, a valere sul Fondo sanitario nazionale, per ciascuno degli anni 2023 e 2024. Esprimo piena soddisfazione per tale risultato. Sicuramente c'è ancora tanto da fare, ma sono convinto che il percorso sia quello giusto». Quali gli obiettivi strategici del Piano?

«Il nuovo Piano 2023-2026 non solo fissa gli obiettivi - i medesimi della Legge 175/2021 - ma

ha il compito di dettare tutte le azioni da intraprendere da qui ai prossimi 3 anni: dalla prevenzione primaria e secondaria alla diagnosi, dai trattamenti farmacologici ai percorsi assistenziali, dalla sorveglianza alla ricerca, dalla formazione del personale all'informazione ai cittadini». Tra i problemi che le persone con malattie rare devono affrontare vi è spesso la difficoltà a trovare, nei centri specializzati più vicini, alcune terapie farmacologiche.

«Se a livello nazionale l'accesso alle terapie è sostanzialmente buono - spiega Gemmato - sono tuttavia evidenti importanti disomogeneità regionali (i maggiori centri per le malattie rare sono in Lombardia, Lazio e Veneto) che, di fatto, comportano una mancata equità di garanzia di cure e soprattutto di presa in carico. I progressi della scienza, inoltre, sono fondamentali e, quindi, anche gli investimenti destinati alla ricerca per le terapie orfane sono imprescindibili. È importante continuare a dare seguito con i necessari decreti attuativi a quanto disposto dal Testo Unico e, soprattutto, trovare le necessarie risorse economiche per sostenere la ricerca clinica nelle malattie rare, il sostegno ai percorsi di cura e mettere a terra quanto previsto nel Piano Nazionale Malattie Rare appena adottato».

RCe



## IL COORDINATORE DELL'INTERGRUPPO PARLAMENTARE

# Mazzella: «Farmaci C Osp a carico del Ssn nelle patologie rare e onco-ematologiche»

■ Il tema delle malattie rare, oltre che al Governo, ha un organismo dedicato anche in Parlamento: l'intergruppo Parlamentare Malattie Rare e onco-ematologiche che ha presentato sia al Senato sia alla Camera una mozione unitaria che propone di emanare, in tempi brevi, i restanti decreti attuativi previsti dal Testo unico sulle malattie rare. Nel panorama terapeutico, uno dei punti attualmente più controversi, è quello delle terapie «orphan drug» classificate in fascia C. In particolare, sono emerse criticità legate ai farmaci in classe C ospedalieri.

Quali le anomalie da risolvere per il Sen. Mazzella, Coordinatore intergruppo parlamentare malattie rare e onco-ematologiche e primo firmatario della mozione presentata il 28 febbraio in Senato? «Come sappiamo - precisa subito - i farmaci di fascia C, di solito utilizzati per il trattamento di disturbi di lieve entità, sono a totale carico dell'assistito. Tuttavia, rientrano nel novero di questi farmaci, anche alcune tipologie il cui uso è consentito solo in ambito ospedaliero, ricadendo sulle scelte e sulla sostenibilità di bilancio delle singole Regioni. Così, i pazienti, anche se con patologie rare, sono impossibilitati ad acquistarli nelle farmacie al pubblico, il che acuisce l'inequità di accesso e la sperequazione dell'offer-

ta sanitaria regionale. Pertanto, andrebbe modificato l'articolo 4 della Legge 175/2021, ponendo a totale carico del Servizio sanitario nazionale tutti i farmaci orfani, a prescindere dalla classe di rimborsabilità. Al di là di ogni steccato politico, auspico che tutti i partiti possano sostenere questa battaglia di civiltà, soprattutto nell'interesse dei pazienti più fragili». «Questa problematica - aggiunge Mazzella - va affrontata quanto prima perché incrementa la sperequazione sanitaria del Paese che le terapie in classe C Osp. siano dispensate solo dalle farmacie ospedaliere. Comporta, infatti, che le Regioni più povere possano incontrare difficoltà a sostenere l'acquisto di tali farmaci. Così, una fetta di pazienti potrebbe rimanere esclusa dall'accesso alle cure. Dunque, urge intervenire dal punto normativo quanto prima, così da evitare discriminazione tra cittadini di serie A e cittadini di serie B. Inoltre, la concessione di ulteriori forme di autonomia, inevitabilmente drenerebbe ancora più risorse in aree già di per sé ricche, il che danneggerebbe ulteriormente i pazienti che ricorrono a terapie orphan drugs classificate in fascia C. Il tempo a disposizione è poco e l'auspicio è che il Legislatore possa modificare la Legge 175/2021 in tempi brevi».

**RCE**



## ANTIVIRUS



# ABBIAMO DUE CERVELLI, UNO È IN PANCIA

**ANCHE SE** per molti di noi non è più tempo di sentire "farfalle nello stomaco", lo è sicuramente per avvertire disturbi intestinali nei periodi di stress. Nelle pareti dell'apparato digerente esiste infatti il "cervello nell'intestino" che sta rivoluzionando la comprensione della medicina dei legami tra digestione, umore, salute e persino il modo di pensare. Il sistema nervoso enterico (ENS) è costituito da due strati sottili di oltre 100 milioni di cellule nervose che rivestono il tratto gastrointestinale dall'esofago al retto. Sembra che il suo ruolo principale sia controllare digestione, deglutizione, secrezione di enzimi attivi sui cibi e flusso sanguigno che regola l'assorbimento dei nutrienti. "Non è capace di pensare come il primo cervello intracranico - spiega Jay Pasricha, direttore del Johns Hopkins Center for Neurogastroenterology - ma con questo co-

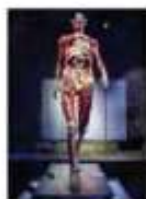
munica. L'ENS può innescare grandi cambiamenti emotivi vissuti da persone che soffrono di sindrome dell'intestino irritabile (IBS) e problemi intestinali vari. Ciò aiuta a spiegare l'efficacia di antidepressivi e terapie psicologiche nel trattamento dell'IBS. "Per decenni si è pensato che ansia e depressione contribuissero a questi problemi. Ma potrebbe anche essere il contrario", afferma Pasricha. L'irritazione nel sistema gastrointestinale può innescare cambiamenti di umore. Dalla connessione fra i due cervelli, le terapie indirizzate all'uno coinvolgono inevitabilmente l'altro. Le attuali ricerche suggeriscono che l'attività del sistema digestivo può influenzare pensiero e memoria. Sarebbe interessante anche scoprire come i segnali del sistema digestivo influenzino il metabolismo, aumentando o riducendo il rischio di malattie come il diabete di tipo 2, ma entra in gioco

anche il microbiota (batteri presenti nel nostro intestino). Anche l'interazione tra microbiota ed ENS sembra essere bidirezionale, vale a dire mediante collegamenti neurali, endocrini, immunitari e umorali. Restiamo in attesa di ulteriori risultati della ricerca. Intanto abbiamo acquisito che per valutare le capacità intellettive di un individuo dovremmo chiedergli anche come va il suo intestino.

**MARIA RITA GISMONDO**

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

**STUDI**  
**SI CHIAMA ENS**  
**E INFLUISCE**  
**ANCHE SU**  
**ANSIA E UMORE**



**Brescia, l'inchiesta**

# Covid, i pm: archiviare Conte e Speranza

**N**on ci sarebbero i presupposti per procedere oltre. Non per la Procura di Brescia, che in una cinquantina di pagine (firmate dal procuratore Francesco Prete e dall'aggiunto Silvio Bonfigli) ha inoltrato al Tribunale dei ministri il suo parere: cioè che siano archiviate le posizioni dell'ex premier Giuseppe Conte e dell'allora ministro alla Salute Roberto Speranza, indagati di epidemia e omicidio colposi nell'inchiesta aperta dalla Procura di Bergamo sulla gestione della prima fase dell'emergenza Covid in Val Seriana e passata per

competenza funzionale ai colleghi bresciani. Per i quali la notizia di reato sarebbe infondata. L'ex presidente del Consiglio risponde della mancata istituzione della zona rossa a Nembro e Alzano; Speranza, della mancata attuazione del piano pandemico, pur datato 2006. Per la Procura di Brescia, il primo, in quei pochissimi giorni dopo la comunicazione del Cts — l'8 marzo 2020 fu chiusa la Lombardia — avrebbe fatto il possibile per arginare i contagi. Quanto all'accusa di epidemia colposa, per la Cassazione richiede una condotta attiva, non omissiva. L'ex ministro, invece, per gli

inquirenti bresciani risponde di contestazioni che non riguarderebbero mansioni di indirizzo politico, ma tecniche e amministrative. E non ci sarebbe alcuna prova controfattuale tale da far sostenere che comportamenti diversi avrebbero portato a risultati altrettanto diversi, come evitare le 57 vittime indicate nell'imputazione. A chi lo ha sentito dopo la notizia della proposta di archiviazione, Conte ha confidato che — così come quando fu aperta l'indagine a suo carico — anche oggi che la Procura si è pronunciata favorevolmente lui ha piena fiducia nel lavoro

dei magistrati. Conte ricorda di aver agito sempre in piena trasparenza secondo scienza e coscienza e ora attende il completamento dell'iter e la decisione del Collegio per i reati ministeriali. «Questa non è giustizia, è stata tradita per l'ennesima volta la memoria dei nostri cari oltre al loro sacrificio», commentano i familiari delle vittime del Covid 19 dell'Associazione #Sereniesempreuniti.

**Mara Rodella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'associazione**  
I familiari delle vittime: «Tradita ancora la memoria dei nostri cari»





L'INCHIESTA SULLA PANDEMIA

## CONTE E SPERANZA DA ARCHIVIARE AUTOGOL DELLE DESTRE SUL COVID

La Procura di Brescia ha chiesto l'archiviazione di Conte e Speranza. Un flop per le destre che hanno cavalcato l'inchiesta Covid.

FRANCESCO CARTA A PAGINA 9

# Tegola per le destre Per i pm Conte e Speranza sono da archiviare

## Si sgonfia l'inchiesta sulla pandemia Cavalcata da Meloni & C. contro M5S e Pd

di FRANCESCO CARTA

**I**l messaggio è chiaro: per la Procura di Brescia - che aveva ricevuto gli atti dai pm di Bergamo - l'ex premier **Giuseppe Conte** e l'ex ministro della Salute **Roberto Speranza** non hanno alcuna responsabilità negli errori che sono stati commessi durante la pandemia del Covid. A poco più di tre mesi dalla chiusura indagini, infatti, gli uffici della Procura ha chiesto al Tribunale dei Ministri di archiviare l'indagine nei confronti dei due membri dell'esecutivo che visse i momenti più critici e delicati della pandemia. La richiesta motivata della Procura segue gli interrogatori dello scorso 10 maggio quando i due esponenti politici si erano difesi davanti al tribunale dei Ministri, giudici che ora hanno ancora qualche settimana di tempo (termine non perentorio) per decidere. Durante il loro esame, hanno ricostruito, spiegato e chiarito i motivi delle loro decisioni per

cui ora sono stati indagati, con altri 17 (tutti trasferiti per competenza funzionale al Tribunale dei Ministri), nell'inchiesta della Procura di Bergamo per la mancata istituzione di una zona rossa per isolare i comuni di Nembro e Alzano Lombardo e per la mancata applicazione del piano pandemico che, seppur datato 2006, per la magistratura poteva limitare i danni e salvare parecchie vite. Per loro le accuse sono epidemia colposa e omicidio colposo plurimo. Conte e Speranza, tramite i loro legali, hanno anche depositato una memoria e Speranza in una sorta di dichiarazione spontanea, ha ribadito l'estraneità di ogni addebito, affermando di non aver applicato il piano pandemico del 2006 in quanto, tutta la comunità scientifica lo riteneva totalmente inefficace per combattere il coronavirus. Anche se, allora "furono presi tutti i provvedimenti a cominciare dal blocco dei voli dalla Cina - sono in sintesi le parole dell'ex ministro - e l'Italia fu la

prima ad adottare misure insieme a Stati Uniti e Israele, subito dopo l'emergenza sanitaria". A questo punto l'inchiesta - sempre se il Tribunale dovesse confermare la richiesta della Procura - verosimilmente toccherà l'amministrazione regionale. Nel registro degli indagati infatti sono finiti anche il presidente della Lombardia **Attilio Fontana** e il suo ex assessore al Welfare, **Giulio Gallera**, rimasto fuori dal Consiglio regionale nell'ultima tornata elettorale. E ancora il presidente dell'Istituto superiore di sanità **Silvio Brusaferrò**; il coordinatore del primo Comitato tecnico scientifico **Agostino Miozzo**; l'allora capo della Protezione Civile **Angelo Borrelli** e il presidente del Consiglio superiore di Sanità **Franco Locatelli**. In totale 19 persone tra cui an-



che dirigenti sanitari e funzionari regionali. Tra le contestazioni, a vario titolo, ci sono le tardive richieste di mascherine e guanti, la zona rossa non istituita in Val Seriana e "lo scenario più catastrofico" non considerato. Oltre all'epidemia colposa contestato anche l'omicidio colposo e il contagio dei sanitari, le bugie sulla sanificazione del pronto soccorso di Alzano Lombardo.

#### PUNTO DI DOMANDA

Al di là della vicenda giudiziaria che ovviamente farà il suo corso e solo alla fine sapremo se qualcuno ha avuto effettivamente

delle responsabilità in quello che è successo, resta un dato politico: tutta la manfrina delle continue accuse lanciate dalla destra nei confronti di Conte e del suo governo, cadono nel vuoto. E la cosa ha un peso notevole perché a questo punto sorge più di un dubbio sull'utilità della Commissione d'inchiesta istituita da questo Parlamento sulla gestione della pandemia, una commissione che ha il chiaro obiettivo di puntare il dito contro l'esecutivo di allora. Quando invece (e sempre se la magistratura dovesse

confermare l'archiviazione) bisognerebbe sondare l'eventuale responsabilità delle Regioni.

### L'autogol

La Commissione parlamentare nata per fucilare il governo precedente e assolvere le Regioni rischia il flop



Giuseppe Conte e Roberto Speranza



**L'INTERVISTA** Emanuele Monti (Commissione Welfare di Regione Lombardia)

## «Malattie infettive, fondamentale sensibilizzare le nuove generazioni»

### Il presidente: «Al via la prima Agenzia nazionale per la prevenzione e il controllo con sede al "Sacco" di Milano»

#### Viviana Persiani

■ Emanuele Monti, presidente della Commissione Welfare - Sostenibilità sociale, Casa e Famiglia - della Regione Lombardia è intervenuto al talk show dedicato a «I giovani e il futuro della salute», uno dei tanti appuntamenti organizzati nell'ambito della campagna nata per sensibilizzare le nuove generazioni rispetto alle malattie infettive.

**Quali sono gli interventi messi in campo da Regione Lombardia, finalizzati a fare prevenzione e controllare il dilagare delle malattie sessualmente trasmesse e in particolare dell'HIV? Quale sarà il ruolo dell'Agenzia Nazionale per la prevenzione e controllo malattie infettive e delle eventuali altre iniziative della Regione Lombardia?**

«Regione Lombardia - risponde il presidente Monti - è da sempre all'avanguardia nella lotta alle malattie infettive e in particolare all'HIV tanto che la tematica della prevenzione rappresenta uno dei principali punti di attenzione della legge 22/2021 di potenziamento della sanità lombarda. Con l'approvazione del Piano Regionale

della Prevenzione (PRP) 2021-2025, Regione Lombardia ha stanziato la cifra complessiva di 45 milioni e 110mila euro, di cui 22 milioni già spesi nel 2022. Tra le numerose iniziative, segnaliamo l'apertura della prima Agenzia nazionale per prevenzione e controllo malattie infettive, un vero e proprio centro di prevenzione collegato con il Ministero e gli enti Europei, che avrà sede all'Ospedale Sacco, punto di riferimento a livello nazionale e internazionale durante la lotta alla pandemia e non solo. Questo progetto in cui la Regione investirà 85 milioni è stato classificato dal Governo come "progetto bandiera". All'Ospedale Sacco è stato inoltre recentemente inaugurato un nuovo reparto di pediatria a indirizzo infettivologico con l'obiettivo di realizzare uno spazio in cui i piccoli pazienti possano trovare accoglienza e risposta senza interrompere le relazioni con la famiglia».

**In quale modo si può costruire una rete attiva per affrontare una problematica ancora molto presente, soprattutto tra i giovani? Quali sono gli stakeholders coinvolti?**

«Risulta fondamentale il dialogo tra Istituzioni, terzo settore e Associazioni di volontariato per raggiungere obiettivi di sostenibilità sociale, in partico-

lare nella lotta all'HIV. Per quanto riguarda le scuole, il Piano di Prevenzione prevede il coinvolgimento, nei programmi di sensibilizzazione, di tutti gli istituti di ogni ordine e grado, compresi i Centri di Formazione Professionale (CFP) e le Università. Dopo il Covid, la Regione ha attivato un percorso di rilancio della lotta HIV. Nel PRP è previsto un Programma specifico dedicato proprio alle malattie trasmesse sessualmente (programma "non predefinito" dal Piano Nazionale, ma fortemente voluto a livello regionale). Dopo la pandemia, è inoltre ripartito il lavoro della Commissione Aids che ha identificato come priorità l'attivazione di raccordi con le associazioni per garantire l'acquisizione ed erogazione di test in accordo con le indicazioni ministeriali, l'attivazione di percorsi di *home testing*, la verifica di modelli di offerta terapeutica a domicilio per alcune categorie di pazienti HIV. Dal 2019 è stata attivata sul territorio regionale la rete dei centri IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse), che tramite le esenzioni B01 (esenzione a livello nazionale) e D98 (esenzione regionale presente solo in Lombardia) permette ai cittadini di accedere liberamente ad una serie di servizi che





# il Giornale

riguardano tutto lo spettro delle malattie sessualmente trasmesse, facilitando la diagnosi precoce e l'accesso alle cure».

**Presidente Monti, come coinvolgere i più giovani, anche in termini di conoscenza del problema delle malattie infettive e in particolare dell'HIV, che non hanno vissuto gli anni '80 e sembrano non averne consapevolezza?**

«Sulla sensibilizzazione, soprattutto dei giovani è vietato abbassare la guardia. Oltre ai programmi di Pre Education previsti nel PRP, come Regio-

ne abbiamo sempre organizzato degli eventi volti a creare consapevolezza nei giovani, con il coinvolgimento di figure che richiamano la loro attenzione, come dj e cantanti. Ultimamente, la Regione ha realizzato o promosso e divulgato diverse campagne di informazione e prevenzione, anche utilizzando i nuovi canali di comunicazione come *Instagram* e *TikTok*, fondamentali per raggiungere i giovani».



**IMPEGNO**  
Emanuele Monti.  
A sinistra,  
un laboratorio  
di analisi

