



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

12 SETTEMBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

LIVESICILIA



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Medicina, tumore cerebrale asportato da una paziente sveglia

CATANIA – Un tumore cerebrale è stato asportato a una paziente della Neurochirurgia dell'ospedale Cannizzaro di **Catania** che per tutta la durata dell'intervento è rimasta sveglia. E' una nuova tecnica applicabile nei casi in cui la lesione interessa aree coinvolte nelle funzioni del linguaggio, introdotta grazie alla collaborazione fra le équipe di neurochirurgica e anestesiologicala. Se solitamente l'asportazione di un tumore cerebrale viene eseguita in anestesia generale e con paziente intubato e ventilato.

Questa tecnica, denominata “monitored anesthesia care”, consiste nell'eseguire tutto l'intervento con paziente sveglio, la cosiddetta “sedazione cosciente”, e in respiro spontaneo, grazie all'utilizzo di una tecnica anestesiologicala che permette di avere un paziente che può interagire con l'equipe operatoria per tutta la durata dell'intervento in assenza di dolore.

“Questa tecnica chirurgica – spiegano Salvatore Cicero e Savino Borraccino, direttori rispettivamente di Neurochirurgia e di Anestesia e Rianimazione – unisce i vantaggi della tecnica “asleep-awake-asleep” alla possibilità di eliminare i disagi e i rischi di una anestesia generale e di una intubazione, specie in paziente con patologie concomitanti che aumentano il rischio di una anestesia generale. Inoltre, il postoperatorio è notevolmente migliorato in termini di comfort del paziente e di timing: la paziente, affetta da un “glioma”, tumore cerebrale temporale sinistro, area che interviene in vari aspetti della funzione del linguaggio, è stata dimessa a 48 ore dall'intervento, in buone condizioni di salute”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

“La collaborazione tra professionisti di due strutture di eccellenza dell’azienda Cannizzaro – afferma il commissario straordinario Salvatore Giuffrida – e il concorso di elementi innovativi di tipo farmacologico e tecnologico permette ora di affrontare in modo più efficace e sicuro una delle patologie neurochirurgiche più complesse in assoluto”.

L'analisi

IN MANOVRA 4 MILIARDI ALLA SANITÀ E L'ITALIA TORNERÀ AI LIVELLI UE

di **Francesco Saverio Mennini**

Mancano pochi mesi al 45esimo anniversario della nascita del Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e sembra necessario, al fine di garantire almeno altri 45 anni di Ssn, affrontare il problema della sostenibilità del sistema stesso. Necessario ed importante soprattutto in un periodo come questo in cui si sta assistendo ad un dibattito "acceso" sul suo futuro e in particolare sui livelli di spesa sanitaria. Occorre innanzitutto ricordare come, interventi positivi e di successo per razionare (e non razionalizzare) la capacità ed i volumi dell'assistenza sanitaria, negli anni pre Covid, hanno portato, come risultato principale, alla insoddisfazione, in termini qualitativi e di efficacia, dei fruitori dei servizi (la popolazione), o hanno introdotto distorsioni verso i servizi più facilmente misurabili in termini di costi e *outputs*.

La spesa sanitaria pubblica nel periodo pre pandemia ha subito un rallentamento evidente nel rapporto spesa sanitaria sul Pil (2016 6,5% e 2019 6,4%) con un Pil praticamente costante. Anche in valore assoluto abbiamo assistito ad un incremento di spesa molto basso (110 miliardi nel 2016 e 115 miliardi nel 2019). Analizzando poi spesa sanitaria pro capite e Pil pro capite, che ci indica se stiamo spendendo in Sanità quanto potremmo permetterci di spendere, scopriamo come nel periodo pre pandemia la distanza, rispetto agli altri paesi europei, fosse molto elevata. Infatti, l'Italia negli ultimi dieci anni è sempre stata sotto la retta di regressione della relazione tra spesa sanitaria pro capite e Pil pro capite. Questo significa che nel periodo pre pandemico abbiamo destinato alla Sanità meno di quanto avremmo potuto permetterci (sembra sia il risultato di scelte tese a disinvestire in sanità a vantaggio di altri ambiti della spesa pubblica).

Guardando all'attualità appare evidente una inversione di tendenza. Infatti, già a partire dal 2022, anche quale conseguenza di un "effetto trascinarsi" degli investimenti Covid, è stato registrato un valore di spesa sanitaria pubblica su Pil pari al 6,8% con un Pil in crescita. Per il 2023, sempre prevedendo una crescita del Pil, il valore si attesta al 6,7% (un valore alto se rapportato al periodo pre pandemia considerando che anche nel 2023 è prevista una crescita del Pil e che non c'è l'"effetto trascinarsi") accompagnato da una crescita della spesa molto importante (130.364 miliardi nel 2022 e 136.043 miliardi nel 2023). A tal proposito, nel Def 2023 la spesa sanitaria prevista per il 2023 è stata rivista rispetto alla previsione contenuta nel Def 2022, con un incremento pari a +5,3 miliardi, questo anche in funzione di una revisione verso l'alto della stima del Pil per lo stesso anno.

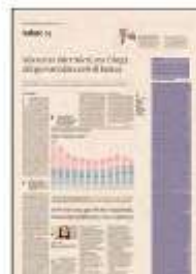
La volontà è di cercare di immettere risorse aggiuntive anche in grado di colmare il gap con gli altri Paesi europei. Proprio in quest'ottica all'interno della manovra 2024 il ministro della Salute ha chiesto 4 miliardi. Se la spesa sanitaria prevista nel Def 2023 venisse "ritoccata" verso l'alto di 4 miliardi di euro si potrebbe raggiungere un rapporto tra spesa sanitaria e Pil pari al 6,9% così permettendo al Paese di avvicinarsi a quei valori di spesa sanitaria pubblica sul Pil in linea con la media dei Paesi Ue, sottolineando, contestualmente, la volontà di continuare ad investire nella sanità pubblica (come già dimostrato nel corso del 2023). Ma queste risorse dovranno essere finalizzate al raggiungimento di ben definiti obiettivi stabiliti in sede di Programmazione sanitaria così da utilizzare queste risorse aggiuntive in maniera efficiente e nell'interesse dei cittadini/pazienti in un'ottica di efficienza microeconomica.

Appare quindi necessario focalizzare l'attenzione sull'accrescimento dell'efficienza della spesa sanitaria. Creare i presupposti per promuovere una ottimale allocazione delle risorse, aumentare la soddisfazione dei cittadini ed evitare duplicazioni delle prestazioni e possibili iniquità. Disinvestendo ed accrescendo l'efficienza dei servizi erogati mediante l'utilizzo di incentivi si potrebbero liberare risorse utili ad accrescere il livello di salute se opportunamente investite in altre determinanti della salute stessa. Sarebbe opportuno ripensare al Ssn come investimento per il Sistema-Paese garantendo maggiore equità (verticale) di accesso alle prestazioni.

In questo scenario, tutti gli attori coinvolti, sia soggetti pubblici sia portatori di interesse privati, dovrebbero poter dialogare tra loro in modo da spostarsi da una logica negoziale ad una logica di partnership e responsabilità sociale, nell'ottica del perseguimento di un sistema "reciprocamente e strategicamente stabile". Per fare questo diviene necessario garantire l'equilibrio tra innovazione-sostenibilità e governance, accompagnato da un livello di spesa sanitaria che sia correlato al fabbisogno e alle "possibilità di spesa" del Paese.

Direttore EEHTA-CEIS, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata Presidente SIHTA

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL GOVERNO CERCA ALMENO LA METÀ DEI FONDI CHIESTI DA SCHILLACI: NODO INFERMIERI

Ospedali, medici e contratti mancano quattro miliardi

La Russa guida l'assemblea di Fratelli d'Italia, l'imbarazzo del partito

CARRATELLIERUSSO

Tutti insieme per difendere la sanità pubblica, ma non tutti insieme in piazza. I partiti di opposizione si coordinano per bissare la battaglia portata avanti sul salario minimo, con un'iniziativa volta a denunciare e, possibilmente, a impedire il definanziamento del servizio sanitario

nazionale. Il punto è mettersi d'accordo sul metodo e sugli strumenti per incalzare il governo. - Pagine 6 e 7

Oggi prima riunione tecnica tra Pd e Azione, si lavora a una proposta condivisa M5S disponibile, ma frena sulla mobilitazione di Schlein: "Prematuro parlarne ora"

Mancano quattro miliardi ma la protesta sulla sanità ora divide le opposizioni

**LA GIORNATA
NICCOLO CARRATELLI
ROMA**

Tutti insieme per difendere la sanità pubblica, ma non tutti insieme in piazza. I partiti di opposizione si coordinano per bissare la battaglia portata avanti sul salario minimo, con un'iniziativa volta a denunciare e, possibilmente, a impedire il definanziamento del servizio sanitario nazionale. Obiettivo condiviso con forza da tutti, come ripetuto in più occasioni dai leader, a cominciare da Elly Schlein che l'ha definito «prioritario» nel suo discorso di chiusura della festa dell'Unità di Ravenna. Il punto è mettersi d'accordo sul metodo e sugli strumenti per incalzare il governo.

Contatti informali ci sono già stati e oggi è in programma una prima riunione "tecnica" tra esponenti del Pd e di Azione, visto che Carlo Calenda ha già messo sul tavolo una sua proposta, inviandola pure a Giorgia Meloni: prendere 10 miliardi dalle risorse destinate al taglio del cuneo fiscale e usarli sulla sanità, «2 per rimborsare gli interventi del servizio sanitario nazionale e 8 per rinforzare il personale». L'urgenza di accorciare le liste d'attesa per esami e visite è percepita come fondamentale anche in casa dem, ma non convince l'ipotesi di togliere fondi utili a rafforzare il potere d'acquisto delle famiglie. Discussione aperta e da allargare alle altre forze di opposizione per

capire il possibile punto di arrivo: un'altra proposta di legge unitaria da presentare in Parlamento oppure, più probabilmente, un pacchetto comune di emendamenti alla legge di bilancio. Ovviamente da costruire dopo aver letto nero su bianco i numeri della manovra, per la quale la prima richiesta sarà un aumento del fondo sanitario di



LA STAMPA

quattro miliardi all'anno per i prossimi 5 anni, in modo da rientrare nella media Ocse.

Sia ben chiaro, però, per Calenda la collaborazione non uscirà dalle aule parlamentari: «Andare in piazza per qualsiasi cosa non lo condividiamo né come approccio né come metodologia». Quindi, nessuna intenzione di seguire Schlein nella sua mobilitazione autunnale. Dal quartier generale 5 stelle, invece, non si sbilanciano, parlare di una piazza comune è «prematurato», ma sicuramente quello dei tagli alla sanità è un tema in cima alle preoccupazioni del Movimento, sul quale le opposizioni dovrebbero trovare terreno comune». Disponibilità prudente anche da Sinistra italiana e Verdi: «Vogliamo

che le opposizioni lavorino insieme per rafforzare la sanità. Se il Pd promuove una manifestazione con le opposizioni, ci si incontra e si definiscono le modalità - dice Angelo Bonelli -. Se invece si tratta di una manifestazione del Pd, aspetteremo che ci inviti e valuteremo il da farsi». Dal Nazareno non danno ancora dettagli, ma è certo che si farà a Roma, tra la fine di ottobre e la prima metà di novembre, per distanziarsi dall'iniziativa della Cgil su lavoro e precarietà, convocata per il 7 ottobre, a cui parteciperanno sia Schlein che Conte. Del resto, anche la mobilitazione d'autunno annunciata da Schlein non si esaurisce sulla sanità, ma si svilupperà su lavoro, salari, diritto alla ca-

sa e gli altri temi portanti dell'estate militante. Senza dimenticare che all'inizio di ottobre termina il periodo di sospensiva votato dalla maggioranza sul salario minimo ed è atteso il parere del Cnel sull'ipotesi di fissare per legge una paga oraria sotto la quale non si possa scendere. Una battaglia rafforzata dalle firme, oltre mezzo milione, raccolte fin qui online e in giro per l'Italia. I leader di opposizione sono determinati a tornare alla carica con il governo per impedire che

la questione venga ulteriormente rinviata, con la scusa della legge di bilancio che incombe. —

Le difficoltà del governo per finanziare la prossima legge di bilancio si abbattano sui bilanci degli ospedali



Ospedali senza fondi

Il governo cerca le risorse per finanziare almeno la metà degli interventi chiesti dal ministro della Salute Schillaci. Il nodo dei rinnovi contrattuali

PAOLO RUSSO

Giorgia Meloni lo ha detto a chiare lettere a Giancarlo Giorgetti: «Sulla sanità ci giochiamo parte del consenso, qualche risorsa in più bisogna trovarla». Così dai «zero euri» di mouriniana memoria si è passati a 2,5 miliardi, la metà di quanto richiesto inizialmente dal ministro della salute, Orazio Schillaci. Che erano già poca cosa rispetto ai 15 erosi dall'inflazione dal 2021 al 2024. Soldi che si aggiungono ai 2,3 miliardi in più già programmati ma, dei quali 2,7 mi-

lardi dovranno essere messi sul piatto del rinnovo del contratto dei medici biennio 2021-22 che dovrà recuperare l'8 per cento di inflazione. Un altro miliardo circa andrà a beneficio delle industrie dei dispositivi medici sottoposte al cosiddetto meccanismo del payback: quello che per spese in verità non decise da loro ma da Asl e ospedali le obbliga a ripianare gli sfondamenti di spesa di un tetto sottostimato, che il governo intende alzare di due miliardi in tre anni, scontando inoltre i rimborsi dovuti dalle imprese per il triennio 2019-22. Con quel che resta - spiega la deputata di Fratelli d'Italia Ylenia Lucaselli - che fa da ponte tra la maggioranza e il ministero del Tesoro - si cercherà di decontribuire parte

del salario di medici e infermieri, tentando così di arginarne la fuga verso l'estero e il privato. Ma si torna alla formula «zero euri» per l'aumento delle prestazioni da parte del privato finalizzate a ridurre le liste d'attesa e per pagare medici e infermieri che dovrebbero lavorare in Case e Ospedali di comunità, le nuove strutture da cui dipende il rilancio della sanità territoriale che senza personale rischiano di restare scatole vuote. Per rastrellare qualche soldo in più si ricorrerà alla parola magica «razionalizzare», sempre meno efficace quando il fondo del barile lo si è raschiato già. Comunque l'obiettivo è rosicchiare più possibile quel 20 per cento di accertamenti che i tecnici della Salute classificano inutili, tagliare i

finanziamenti alle regioni che consentono ancora di far funzionare reparti dove il tasso di utilizzo è al 30 per cento quando altrove si sfora il cento, mettere ordine anche alle sale operatorie, «dove in media si fa solo un intervento al giorno», rivela sempre Lucaselli. In più centralizzare maggiormente gli acquisti di farmaci e dispositivi medici per ridurre il costo. Ma Pierino Di Silverio, segretario nazionale del primo sindacato dei medici ospedalieri, l'Anao-Assomed, avverte: «Senza un reale recupero dell'inflazione e una decontribuzione della parte fissa del salario inviteremo i colleghi alle dimissioni di massa». L'autunno caldo della sanità è già iniziato. —



QUATTRO MILIONI DI ITALIANI IN DIFFICOLTÀ

Niente fondi per l'aumento di spesa alle strutture private convenzionate

Le liste di attesa sono la vera piaga della nostra sanità: quattro milioni di italiani che non hanno i soldi sono costretti a rivolgersi al privato o rinunciare alle cure. Il ministro della Salute Orazio Schillaci era riuscito a far aumentare da 50 a 80 euro la remunerazione oraria per le prestazioni aggiuntive taglia-liste, ma ora difficilmente porterà a casa l'innalzamento del tetto di spesa per il privato convenzionato, una soluzione permetterebbe di aumentare l'offerta e ridurre i tempi di attesa ma che costano 130 milioni per ogni decimale in più. I soldi ci sono o per i



medici o per le cliniche, per cui agli assistiti che restano intrappolati nelle liste di attesa resta la legge che consentirebbe loro di rivolgersi direttamente al privato, con automatico rimborso pubblico quando si superano i tempi massimi di attesa. Una possibilità teorica, perché con 15 miliardi di Fondo sanitario eroso dall'inflazione e solo in minima parte rifinanziato, le Asl continueranno ad essere in debito di ossigeno e fare quel che fino ad ora hanno sempre fatto: disapplicare la legge. PA.RU. —

INFEZIONE PREVALE

NIENTE RISORSE PER I RINNOVI CONTRATTUALI

Addio a cinquemila medici e infermieri attirati da paghe migliori all'estero

Fattisalvi quelli che imitando l'ex Ct azzurro Mancini fuggono in Arabia, i medici e gli infermieri pubblici che decidono di cambiare casacca o di appendere anticipatamente il camice al chiodo aumentano sempre più. Solo nel biennio 2021-22 a dimettersi in anticipo è stato il 120% in più: da duemila a quasi cinquemila. Secondo l'Ocse dal 2019 al 2021 sono espatriati 17.800 infermieri. Una fuga che il governo proverà a fermare con la decontribuzione di una quota del salario dei professionisti sanitari. Circa un miliardo dei 2,5 che il Ministero del Tesoro sembra disposto a



mettere sul piatto per la sanità servirà a questo. Resta da capire se si punterà a scontare fiscalmente le attività aggiuntive per il recupero delle liste d'attesa, oppure quote fisse del salario, come l'indennità di specificità medica che da sola costa 320 milioni. I nostri camici bianchi chiedono soprattutto di recuperare l'8% di salario eroso dall'inflazione con il contratto 2022-24 e che costa 2,7 miliardi di euro. Una chimera, tenuto conto che mancano ancora le risorse per siglare quello del triennio precedente. PA.RU. —

INFEZIONE PREVALE

LE STRUTTURE NECESSARIE A LIBERARE LE EMERGENZE

Scoperti i turni delle case di comunità. Nella metà dei casi dieci ore a settimana

Su Case e Ospedali di comunità si punta tutto per rinforzare la sanità territoriale. Con le prime, maxi ambulatori aperti 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, si decongestionerebbero il pronto soccorso. Ai secondi, a conduzione infermieristica, viene demandato il compito di assistere quei pazienti che non hanno più bisogno di restare in corsia ma non possono essere rimandati a casa. I soldi non ci sono per far funzionare le prime e nemmeno i secondi, visto che non si capisce chi pagherà i professionisti che ci dovranno lavorare. Il ministro Schillaci voleva portare a



38 ore settimanali l'orario degli specialisti ambulatoriali che dovrebbero traslocare nelle case di comunità e che oggi nel 42 per cento dei casi ne lavorano appena 10. Al momento per pagare le ore in più non c'è un euro, così come non ce ne sono per sostenere i maggiori costi del passaggio alla dipendenza dei giovani medici di famiglia, che sempre secondo il ministro della Salute si sarebbero dovuti impegnare maggiormente nelle nuove strutture. Stessa penuria di fondi per assumere gli infermieri. PA.RU. —

INFEZIONE PREVALE

PROBLEMI DELLE ASL CON LE AZIENDE FORNITRICI

In nove casi su dieci macchinari obsoleti. Risorse per gli acquisti dai fondi europei

Se le liste d'attesa si allungano, se aumentano le diagnosi tardive di tumore, se sempre più giovani medici fuggono all'estero e l'assistenza domiciliare resta un miraggio per la quasi totalità dei nostri anziani si deve anche al Jurassic park tecnologico della nostra sanità, dove l'89 per cento delle strutture utilizza macchinari obsoleti. Ora il Pnrr finanzia con 1,2 miliardi il rinnovo del parco macchine ospedaliero, ma il rischio è che non ci siano industrie disposte a consegnare le apparecchiature diagnostiche. Questo perché il governo proverà a non far pagare



alle imprese il miliardo circa di pay back, ossia il ripiano dello sfondamento del tetto di spesa per il periodo 2019-22, così come pare disposto ad aumentare lo stesso tetto di spesa di due miliardi in due anni, al ritmo di poco meno di 700 milioni l'anno. Per l'altro miliardo che resta da saldare per il 2015-18 niente da fare. Le centinaia di aziende che hanno presentato ricorso al Tar hanno già minacciato di ritirarsi dal mercato se costrette a saldare il conto di quello che hanno ordinato Asl e ospedali. PA.RU. —

INFEZIONE PREVALE



TUTTI I REBUS DOPO LA FINE DELL'ISOLAMENTO

Il pasticcio di chi va al lavoro col Covid "Rischi per i fragili, serve un protocollo"

I medici sui certificati
"Non possiamo farli per
i pazienti senza sintomi
e con tamponi fai-da-te
Per evitare focolai
le aziende si attrezzino"

di Elena Dusi

E se un positivo si presenta al lavoro? O un preside chiede il certificato medico agli alunni per tornare in classe dopo il Covid? La politica delle "regole zero" del governo vorrebbe semplificarci la vita, ma la libera circolazione del virus non è ancora accettabile per tutti.

Il ministero della Salute l'11 agosto ha eliminato l'obbligo di isolamento: anche chi è positivo al Covid può andare a scuola o al lavoro. Le precauzioni di indossare la mascherina o evitare luoghi affollati restano come raccomandazioni. «Nelle aziende il problema dei lavoratori fragili è reale» conferma Pietro Antonio Patanè, presidente dell'Anma, Associazione nazionale dei medici d'azienda. «Un positivo con le nuove regole ha il diritto di presentarsi al lavoro. A noi però resta il dovere di proteggere i dipendenti a rischio». Oggi nessun provvedimento si preoccupa delle persone per le quali il Covid non è una banale influenza. «In mancanza di norme ad hoc - prosegue Patanè - prevedo che le aziende adotteranno dei propri protocolli in caso di focolai».

Altro rebus senza soluzione è la scuola, dove i fronti da difendere sono due: bambini e lavoratori. In en-

trambe le categorie possono ritrovarsi persone fragili. Resta il tampone, certo, ma la sua affidabilità non è totale. I tamponi molecolari sono più sensibili di quelli antigenici della farmacia, quelli della farmacia sono più sensibili dei fai-da-te, e quelli nasofaringei lo sono più dei salivari. «In ogni caso il tampone non è un sintomo» chiarisce Silvestro Scotti,

segretario della Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale). «Non possiamo fare un certificato a un paziente che telefoni dicendo di essere positivo all'autotampone, ma senza sintomi. Se apriamo le porte all'autodiagnosi, è finita. Qualunque assenza dal lavoro potrà essere giustificata dal paziente senza il filtro del medico». Diverso è il caso dei sintomatici che non sono in condizioni di lavorare. «Il certificato in quel caso serve a esentare una persona malata che non riesce a svolgere i suoi compiti, non a proteggere i colleghi dal contagio».

A questi garbugli nessuna norma dà al momento risposta. Oltre all'assenza di regole, a creare incertezza è la carenza di dati sui contagi. «L'intenzione del governo è quella di considerare il Covid una malattia infettiva come le altre, senza obbligo alcuno» riflette Filippo Anelli, presiden-

te di Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici). L'esecutivo ha ipotizzato la reintroduzione delle misure anti-contagio solo in caso di un aumento del virus. «Non avendo però un tracciamento puntuale, gli unici dati dirimenti sono mortalità e ricoveri» prosegue Anelli. «Nel momento in cui queste cifre cominciano a salire, come sembra oggi, credo che il ministero dovrà reintrodurre alcune misure, come le mascherine».

Nella speranza che il peggioramento non si materializzi, oggi resta la politica delle "regole zero". «Neanche noi medici possiamo chiedere a un lavoratore di restare a casa» dice Patanè. «L'unica cosa, per proteggere i fragili, è chiedere al datore di lavoro di prendere autonomamente delle precauzioni come mascherine, ricambi d'aria o smart working».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Iss, cambio della guardia al vertice Bellantone sostituirà Brusafarro

LA NOMINA

ROMA Cambio della guardia al vertice dell'Istituto superiore di sanità. Rocco Bellantone, professore ordinario di Chirurgia generale all'Università Cattolica e membro del Consiglio superiore di sanità, si appresta a prendere il posto di Silvio Brusafarro. Bellantone, cugino del sottosegretario Giovanbattista Fazzolari, è stato proposto dal ministro della Salute Orazio Schillaci e l'indicazione è stata indirizzata al presidente del Consiglio Giorgia Meloni, ma l'iter per la nomina del successore di Brusafarro - l'uomo che ha guidato l'Istituto negli anni della

pandemia - non è ancora concluso. L'incarico dovrà essere formalizzato con un decreto del premier, dopo il parere delle competenti Commissioni parlamentari.

IL PROFILO

Bellantone ha avuto la meglio su una rosa di altri 11 candidati, tra cui Anna Teresa Palamara, direttrice del Dipartimento malattie

infettive dell'Iss, e altro nome che veniva dato come fortemente papabile. Medico chirurgo endocrinologo, Bellantone è nato a Villa San Giovanni, in provincia di Reggio Calabria, nel 1953, specializzandosi in urologia e in chirurgia generale alla Cattolica. Nel 2014 è stato nominato presidente della prima Sezione del Ciss, il massimo organo consultivo tecnico-scientifico del ministero della Salute. Editor e autore di oltre 300 capitoli di trattati di Chirurgia Generale, Bellantone è autore di circa 600 lavori scientifici. Fa parte dell'International association of endocrine surgery e dell'American association of endocrine surgeons. Ha condotto come primo operatore oltre 20.000 interventi di chirurgia, alcuni dei quali eseguiti per la prima volta al mondo, ed è stato tra i primi in Italia a dare ampio spazio alla Endocrinocirurgia mini-invasiva, portando la Mivat, una tecnica di chirurgia endocrina con approccio video-assistito, nelle più prestigiose università del mondo, dal Mount Sinai Hospital di New York all'Harvard Medical School di Boston. Il lavoro scientifico, però, spiega sul suo sito web, non è tutto: «per essere bravi medici, bisogna prima

essere brave persone».

Torna invece nel suo ruolo di professore ordinario di Igiene all'Università di Udine, Silvio Brusafarro.

IL PREDECESSORE

Diventato familiare agli italiani durante le conferenze stampa della cabina di monitoraggio del Covid-19, ha salutato ieri i dipendenti dell'Istituto, che guidava dal gennaio 2019. «Sono stati anni "storici e straordinari", in cui l'Iss è stato chiamato a un incessante e totalizzante impegno che ha richiesto il contributo di tutte le sue componenti», le parole scelte da Brusafarro per congedarsi. «Proprio grazie a questo impegno - ha scritto in una lettera - la consapevolezza di quanto sia essenziale la presenza di Iss per tutelare la salute è oggi ancor più diffusa». Con un lungo applauso i direttori dell'Iss hanno salutato il presidente uscente. In attesa della conclusione della procedura per la nomina del presidente, le redini dell'ente vigilato dal ministero, a quanto trapela, andranno allo stesso Bellantone, che verrà nominato commissario ad interim dell'istituto.

R.I.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ORDINARIO
DI CHIRURGIA
ALLA CATTOLICA,
È CUGINO DEL
SOTTOSEGRETARIO
FAZZOLARI**



**Il professore del Gemelli
Rocco Bellantone**



Mancano infermieri, ma è fuga dei giovani dai corsi di laurea

Allarme carenza. In Italia ne servono almeno 70mila, ma i laureati sono pochi. Giovedì i test di ammissione nelle università, crollano le domande: per i 20mila posti messi a bando i candidati sono poco di più

Marzio Bartoloni

La tempesta perfetta è già iniziata: abbiamo un bisogno enorme di infermieri - ne mancano secondo le stime più prudenti almeno 70mila in Italia - ma è sempre più difficile trovarli. Dalle università ne escono troppo pochi anche perché è in corso una vera e propria fuga dei giovani dai corsi di laurea che li formano. Proprio quest'anno si raggiungerà infatti il record negativo assoluto di domande da quando ci sono i test di ammissione: per la selezione di dopodomani 14 settembre sono previsti 23540 candidati per 20134 posti a disposizione, un calo del 10% nel giro di un solo anno che fa scendere il rapporto domande/posti a 1,2. In pratica siamo ormai a un candidato per un posto, una soglia che negli atenei del Centro Nord è anche peggiore con il paradosso che ci sono a volte più posti disponibili dei candidati che faranno gli esami. Oltre 10 anni fa c'erano in media 44-46mila candidati per 16mila posti (in un rapporto di quasi 3 domande per ogni posto). Numeri che si avvicinano a quelli attuali dei test di Medicina dove negli ultimi anni c'è stata una esplosione non solo delle domande ma anche di posti disponibili - quest'anno oltre 19mila a fronte di quasi 80mila candidati - con il rischio però di creare una bolla di medici tra una decina d'anni quando potrebbero esserci più camici bianchi del necessario.

Per la carenza degli infermieri sa-

rà invece sempre più difficile se non impossibile attingere solo dalle università italiane per provare a scalare la montagna del fabbisogno del nostro Paese: servono come minimo 65-70mila infermieri che diventano 90 mila se si vuole mettere a terra la

riforma della Sanità territoriale prevista dal Pnrr che investe circa 7 miliardi per raggiungere tra le altre cose il 10% degli over 65 con le cure a casa entro il 2026 (oggi siamo a meno di metà strada) grazie anche al nuovissimo infermiere di famiglia. A pesare anche la gobba pensionistica attesa in questi anni: a fronte di 460mila infermieri di cui 270mila lavorano nel pubblico, nel giro dei prossimi 15 anni sono previste 200mila uscite per la pensione visto che oggi 83mila sono nella fascia d'età tra i 50 e i 54 anni e 100mila tra i 55 e i 65 anni.

Ma quanti nuovi infermieri andrebbero formati ogni anno? Secondo la categoria e le Regioni abbiamo bisogno di circa 25mila nuovi laureati di zecca ogni anno per i prossimi dieci anni. Ecco perché sono molto preoccupanti i numeri messi in fila da Angelo Mastrillo, docente all'università di Bologna in Organizzazione delle professioni sanitarie e Segretario della Conferenza nazionale dei corsi di laurea professioni sanitarie, in vista dei test di ammissione del 14 settembre. Numeri che registrano non solo il forte calo delle domande ma anche che i laureati effettivi - dopo i tre anni di corso abilitante - sono molti di meno rispetto alle iscrizioni aggirandosi negli ultimi 4 anni tra gli 11mila e i 14mila abilitati: il tasso di successo alla laurea si aggira infatti intorno al 70% un po' per gli abbandoni e un po' perché diversi studenti

si spostano dopo il primo anno verso altri corsi di laurea che formano per le altre professioni sanitarie conside-



rate più attrattive. Giovedì prossimo infatti saranno in tutto 61.783 gli studenti che hanno presentato domanda su 32.078 posti a bando per l'ammissione ai 22 corsi di laurea: la parte del leone la fanno i posti per infermieri (20mila circa) ma a bando nei 40 atenei statali ci sono anche i posti per fisioterapisti, tecnici sanitari e altre professioni sanitarie. Il calo di domande tocca un po' tutte le professioni, anche se quello maggiore riguarda proprio gli infermieri oltre alle ostetriche (-20%).

Per la Presidente della Conferenza corsi di laurea delle professioni sanitarie, Alvisa Palese (Università di Udine) «è necessario ripensare in

profondità ai sistemi di orientamento e tutorato quale strategia di insieme per assicurare nei prossimi anni le risorse professionali necessarie al Paese». In pista dal Mur ci sono i primi 1,17 milioni di euro per un progetto per l'orientamento dedicato a tutte le 22 professioni sanitarie per sostenere gli studenti in una scelta informata verso queste carriere.

TROPPI MEDICI

Intanto a Medicina crescono

i posti disponibili con il rischio di creare una bolla

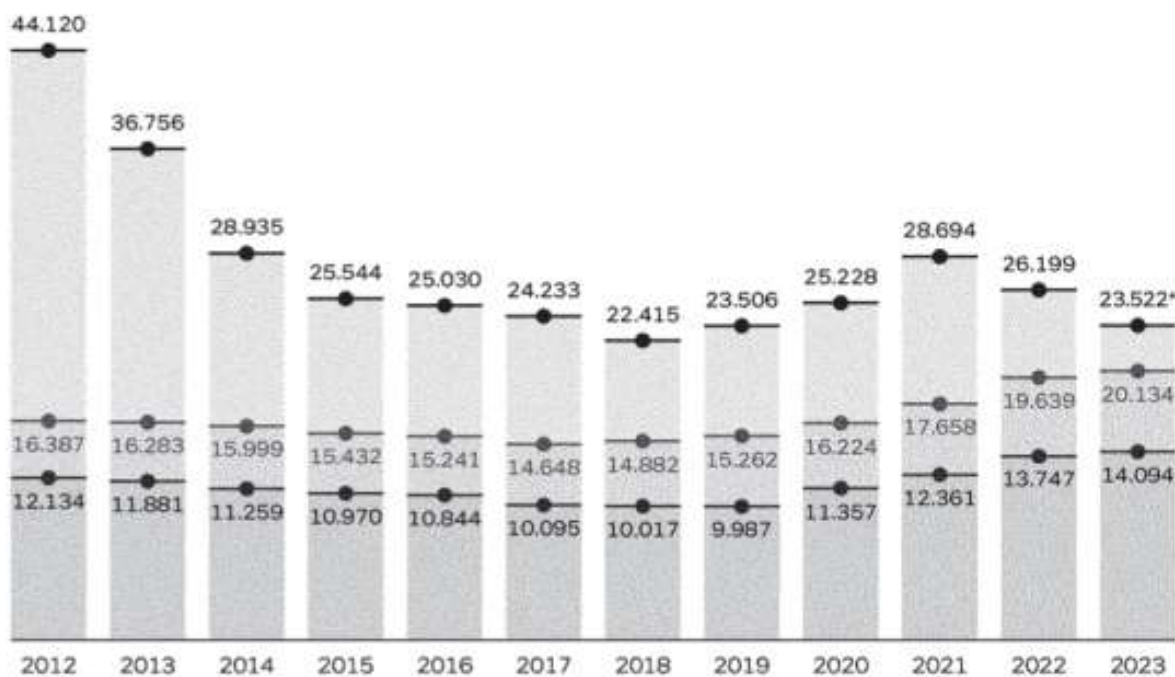
Servono 25mila nuovi infermieri all'anno per 10 anni, anche perché si prevedono 200mila uscite entro 15 anni

Nel 2023 il rapporto tra domande e posti disponibili scende a 1,2. I laureati sono poco più di 14mila

Il trend nei corsi di laurea in infermieristica

Confronto tra posti disponibili, domande e laureati

● CANDIDATI ● POSTI DISPONIBILI ● LAUREATI



(*) Per gli ultimi 4 anni i laureati sono stimati sui posti a bando di 3 anni prima. Fonte: Ministero Università, Regioni, Fed. Fnopi e Università



BELLANTONE GUIDERÀ L'ISS

Rocco Bellantone, docente di Chirurgia Generale alla Cattolica e membro del Ciss, è stato proposto dal ministro della Salute Orazio Schillaci come nuovo presidente

dell'Istituto superiore di sanità al posto di Silvio Brusaferrò. In attesa della conclusione dell'iter Bellantone - cugino di Giovanbattista Fazzolari sottosegretario a Palazzo Chigi - diventa commissario dell'Istituto



SANITÀ PUBBLICA • Nuovo farmaco: in Italia si paga, altrove no

La cura che allunga la vita: 3 mila donne aspettano Aifa

» **Alessandro Mantovani**

Si chiama Enhertu, è uno dei farmaci che stanno cambiando la cura dei tumori. In particolare di alcuni tumori della mammella, i più diffusi in Italia, e in prospettiva non solo. Dal 4 luglio è a carico del Servizio sanitario nazionale per le donne affette da carcinoma mammario detto Her 2 positivo non operabile o metastatico, già trattato con la chemioterapia che anche prima potevano averlo "per uso compassionevole" come si fa per i farmaci sperimentali. Devono pagarselo, invece, le donne nelle stesse condizioni malate di Her 2 Low, cioè con un quantitativo inferiore di proteina Her 2. Costa caro: circa 3.850 euro a fiala e il trattamento, ogni 21 giorni, prevede una fiala per 18,4 chili di peso corporeo.

"HO CHIESTO un preventivo, mi hanno anticipato che potrebbe aggirarsi attorno ai 13 mila euro a seduta, le spese sono tutte a mio carico, non si capisce perché abbiano aperto due diverse procedure per lo stesso farmaco, per due tumori che si differenziano solo per la proteina Her 2", racconta la signora M., 58 anni, in cura da tre all'Istituto europeo di oncologia di Milano (Ieo) per un tumore Her 2 Low. È stata lei a segnalare il problema al *Fatto*. "Sì, potrebbe essere candidata al trattamento, ma purtroppo il farmaco non è prescrivibile se non a pagamento", conferma l'oncologa Emilia Montagna dello Ieo. La durata mediana del

trattamento è di circa 8 mesi, vuol dire 100 mila euro. "Abbiamo diverse decine di pazienti nelle stesse condizioni - spiega Montagna -, una minoranza lo paga attraverso le assicurazioni ma la maggior parte delle donne al momento non ha accesso al farmaco". Le assicurazioni sono la nuova frontiera della salute, fra tagli alla spesa pubblica e appetiti privati.

In Italia "sono fra le 2.500 e le 3.000 all'anno le donne eleggibili al trattamento con questo farmaco per carcinoma Her 2 Low metastatico", stima il professor Francesco Cognetti, oncologo e presidente della Federazione degli oncologi, cardiologi ed ematologi (Foce). Le diagnosi di tumore al seno sono oltre 50 mila l'anno nel nostro Paese, più della metà sono Her 2 Low ma fortunatamente solo una parte sviluppa metastasi.

Enhertu è un anticorpo monoclonale (Trastuzumab) coniugato con un chemioterapico (deruxtecan). Le procedure all'agenzia italiana del farmaco Aifa sono due perché l'indicazione primaria era per il tumore Her 2 positivo, ma dal giugno 2022 uno studio (Destiny-Breast 04) pubblicato sul *New England Journal of Medicine* attesta ottimi risultati anche sui tumori Her 2 Low, un tempo classificati Her 2 negativi. In sintesi, la prospettiva di vita mediana senza progressione della malattia sale a 10,1 mesi contro i 5,4 della chemioterapia tradizionale, con una riduzione del rischio di mortalità del 36%: la sopravvivenza globale mediana è di 23,4 mesi an-

ziché i 16,8 della chemio. Nel 2022 Enhertu è stato approvato per Her 2 Low negli Usa e nel gennaio 2023 c'è stato il via libera dell'agenzia europea del farmaco Ema e della Commissione Ue. Da quel momento tocca agli Stati membri e alcuni hanno fatto prima di noi: "Enhertu per l'indicazione Her 2 Low è rimborsato in Germania, Austria e Lussemburgo. In Francia è temporaneamente disponibile a carico della sanità pubblica tramite un programma specifico", spiegano l'anglo-svedese AstraZeneca e la giapponese Daiichi Sankyo, che producono il farmaco.

All'Aifa l'esame della Commissione tecnico scientifica è in dirittura d'arrivo ma la negoziazione del prezzo - alla fine sarà inferiore a quello praticato al pubblico - dovrebbe concludersi nel febbraio 2024. Anche il ministero della Salute ha sollecitato l'agenzia. "Ci lasciano così per altri sei mesi, ma lo sanno cosa sono sei mesi per noi?", chiede la signora M. Perché tanto tempo? Su questo Aifa ufficialmente non risponde. Secondo gli addetti ai lavori la spesa per Enhertu potrebbe arrivare a 3-400 milioni di euro l'anno e in prospettiva anche di più perché sono in corso trial su altri tumori: cifre significative sui circa 4 miliardi di farmaci oncologici acquistati nel 2022



(la spesa farmaceutica nel complesso valeva 31,4 miliardi e per oltre due terzi è pubblica, dice l'ultimo rapporto OsMed di Aifa). Insomma, la salute non ha prezzo ma i tempi lunghi sembrano legati anche al contenimento dei costi.

IN ITALIA è disponibile l'83% dei farmaci oncologici approvati da Ema, siamo terzi in Europa con l'Austria dopo Germania (98%) e Svizzera (89%) secondo il rapporto Iqvia Wait sui dati 2021. Ma un conto è la disponibilità, un altro il rimborso a carico del Ssn: la durata

delle procedure, per le estensioni delle indicazioni, è passata da 307 giorni medi nel 2018 a 276 nel 2021, dice l'ultimo rapporto Aifa. Il professor Cognetti sottolinea "ritardi per tutti i farmaci nuovi in oncologia. I tempi a partire dall'autorizzazione di Ema sono in media di ben 14 mesi, si aggiungono altri 10 mesi in media (range 4-16) per l'accesso regionale e la selezione dei centri abilitati. I ritardi complessivi, per i pazienti sfortunati delle Regioni inadempienti, possono arrivare a due anni. Siamo molto indietro fra i Paesi europei".

Tumore al seno Riduce il rischio di mortalità del 36% È rimborsato in 4 Paesi Ue. L'oncologo: "Ritardi fino a 2 anni dal sì Ema". Le pazienti: "Chiedono 13 mila€"



**PUÒ COSTARE
3-400 MILIONI
ALLO STATO**

ENHERTU è rimborsato per i tumori Her 2+, non ancora per Her 2 Low. Prezzo 3.850 euro a fiala, al Ssn può costare 3-400 milioni l'anno. Sono, gli oncologi Emilia Montagna (No, Milano) e Francesco Cognetti (Sapienza, Roma)



1944-2023

Addio Ian Wilmut
il biologo padre
della clonazione
e della pecora Dolly

De Palo a pag. 17



Addio al “papà” di Dolly l'uomo che clonò la vita

È morto a 79 anni il biologo che creò la prima pecora “copiata” a partire da una cellula: dal 1997 in avanti si è evoluta la ricerca sulle staminali e sono una ventina le specie riprodotte in provetta con successo

IL RITRATTO

Si è spento a 79 anni il biologo scozzese Ian Wilmut, “padre” della pecora Dolly, primo a clonare un mammifero a partire da una cellula adulta, l'uomo che ha fatto avanzare la ricerca sulle cellule staminali, e sugli organi “coltivati” in laboratorio. Wilmut era a capo di un gruppo di ricercatori del Roslin Institute, dell'Università di Edimburgo, che il 5 luglio del 1997 fece nascere un'agnellina che fu subito chiamata, scherzosamente, con il nome della cantante country Dolly Parton. «Era un titano del mondo scientifico - lo ha ricordato il professore Sir

Peter Mathieson, rettore dell'Università scozzese - i suoi esperimenti hanno trasformato il pensiero del suo tempo. Quel traguardo continua ancora ad alimentare molti dei progressi che oggi vengono fatti nella medicina rigenerativa».

SENSAZIONE

La sua scoperta fece infatti una grandissima sensazione in tutto il mondo. Il metodo scelto fu il trasferimento del nucleo di una cellula somatica (nel caso di Dolly, mammaria) che poi venne indotta ad avviare lo sviluppo del feto, poi impiantato in una pecora adulta. Dolly, infatti ha avuto tre madri: una che ha fornito il nucleo del DNA, un'altra la cellula embrionale senza nucleo e, infine, la madre sur-

rogata. «Far nascere Dolly è stato come aprire la porta di una stanza sconosciuta e che occorrerà molto tempo per esplorare», disse Wilmut raggianti.

Per qualche mese, sembrava che il mondo fosse sull'orlo di una svolta epo-



cale. Dolly è stato l'unico esemplare sopravvissuto dopo 277 tentativi, ed è morta a sette anni (dopo aver dato alla luce ben sei agnelli) per complicazioni derivate da un virus polmonare. «Era un animale molto amichevole, e faceva parte di una grande scoperta scientifica», la ricordò Wilmut in una dichiarazione al *Times*, con sincera commozione. Il corpo di quella "storica" pecora è stato impagliato ed è oggi esposto al Royal Mu-

seum di Edimburgo.

Già pochi anni dopo la nascita, Dolly dava segno di invecchiamento precoce, come una forma di artrite molto debilitante. Segno che la natura non tollera scorciatoie, e che il ricombinamento di materiale genetico durante la riproduzione ha una sua precisa ragione di essere? Forse, ma ben 13 esemplari di pecora clonati successivamente, con lo stesso patrimonio genetico, non hanno mostrato sintomi simili di senescenza prematura. Molti temevano che, prima o poi, qualcuno avrebbe clonato anche gli esseri umani, una prospettiva che lo stesso Wilmut trovava «ripugnante», oltre che moralmente discutibile.

CAVALIERE

Nel 2006 il professore fu anche nominato a capo del Centro di Medicina Rigenerativa dell'Università di Edimburgo, e nel 2008 ricevette anche il titolo di cavaliere. Negli ultimi anni aveva affinato le sue ricerche sulle terapie

con cellule staminali, sperando di poter curare, prima o poi, malattie come il Parkinson, di cui soffriva lui stesso, e che alla fine lo ha portato alla morte. «Siamo ancora a molti anni da questo traguardo», disse una volta con amarezza. Tuttavia, senza i suoi studi non ci sarebbe stata la scoperta delle cellule iPS (staminali pluripotenti indotte) ad opera di Shina Yamanaka, che ha vinto il Nobel per la medicina nel 2012.

Un pronunciamento molto chiaro del Parlamento europeo contro la produzione di animali clonati a scopo alimentare risale al 2015. Ma oggi sono una ventina le specie di mammiferi-fotocopia: oltre alle pecore, anche capre, bovini, bufali, maiali, cavalli e cammelli; animali da compagnia come cani e gatti, e da laboratorio, topi e conigli. Si continuano ad effettuare "copie" anche per scopo biomedico, in particolare di maiali. Questo grazie alla scoperta delle tecniche di editing del genoma che permetteranno, in prospettiva, di generare organi umani di ricambio.

Non solo: il sacro Graal della clonazione animale oggi si chiama de-estinzione. Ovvero, riportare in vita specie scomparse. Potremo prima o poi tornare ad ammirare la maestosa bellezza del mammut o della tigre della Tasmania? Alcuni ricercatori sono fiduciosi. Ci crede soprattutto la Colossal, un'azienda americana fondata due anni fa dal genetista George Church e dall'imprenditore Ben Lamm, che in passato aveva lanciato Hypergiant, società incentrata

sull'intelligenza artificiale. Ma non basterà certo un algoritmo a riportare in vita i colossi che vissero fino a 3-4000 anni fa.

FRAMMENTI

L'azienda sostiene di avere già completato la ricostruzione del suo genoma, ma il problema del DNA antico è che si degrada e spezzetta in piccolissimi frammenti, impossibili da riassembleare completamente. Ne è conscio Tom Gilbert, genetista evolutivo dell'Università di Copenhagen, che ha cercato di ricostruire il DNA del ratto di Maclear, il cui ultimo esemplare è scomparso nel 1908 da Christmas Island, al largo della costa australiana. «Abbiamo salvato ogni frammento di DNA possibile - ha detto Gilbert - eppure c'è un restante 5% a cui non riusciamo dare un senso».

Riccardo De Palo
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I DUBBI ETICI
E IL FERMO "NO"
DELLO SCIENZIATO
A QUALSIASI TEST
«RIPUGNANTE»
SUGLI ESSERI UMANI**

**ANCORA SENZA
SUCCESSO I TENTATIVI
DI FAR TORNARE
LE SPECIE ESTINTE:
IMPOSSIBILE DECIFRARE
INTERAMENTE IL DNA**



Referendum per la Sanità pubblica Le destre continuano a sabotarlo

Il quesito per abolire la riforma Maroni-Moratti in stallo Grazie alla melina della maggioranza al Pirellone

di ANTONIO MURZIO

L'idea del centrodestra è quella di neutralizzare il referendum sulla sanità proposto a fine luglio scorso, facendo votare l'ammissibilità dello stesso in aula nella seduta convocata per oggi, dove la maggioranza conta di affossarlo. Ma il presidente dell'assemblea, Federico Romani (Fdi) e il consiglio regionale sono stati richiamati al rispetto della legge dalle associazioni che fanno parte del Comitato promotore. In base al regolamento, se la proposta verrà bocciata (è necessario che si esprimano per la bocciatura almeno 41 consiglieri regionali, la maggioranza assoluta degli aventi diritto), si verificherà quello che il capogruppo Pd in Regione, Pierfrancesco Majorino, etichetta come un "atto grave di arroganza politica, un bavaglio inaccettabile ai cittadini che hanno diritto di esprimersi su un tema fondamentale per la loro vita" e "una forzatura della legge che aprirebbe la strada a ricorsi".

SALUTE UNIVERSALE

Secondo il comitato promotore, l'Ufficio di Presidenza non ha rispettato in più punti le normative previste dalla legge n.34/1983, che detta le "Nuove norme sul referendum abrogativo della regione Lombardia". Al centro della proposta di referendum (sottoscritta da 100 promotori, è stata depositata al Protocollo della Regione il 27 luglio), il nodo cruciale dei rapporti pubblico-privato

nella sanità. I quesiti abrogativi riguardano tre punti della legge regionale firmata da **Roberto Maroni** nel 2009, fino ad arrivare alle modifiche introdotte nel 2021 dalla riforma Moratti. I quesiti riguardano l'equivalenza pubblico-privato e l'estensione delle funzioni e dei servizi che il pubblico può delegare al privato rispettivamente da parte delle Ats e delle Asst. "L'abrogazione di questi passaggi", spiegano i promotori, "ha l'obiettivo di riportare al pubblico la funzione di programmazione, di controllo pieno dell'erogazione dei servizi a partire da quelli di prevenzione, garantendo universalità di accesso, gratuità e partecipazione". Dopo la decisione dell'Ufficio di Presidenza, il 25 agosto, di rinviare al Consiglio Regionale, nella seduta del 12 settembre, la decisione sulla ammissibilità dei quesiti referendari proposti, Medicina democratica, Cgil Lombardia e Spi Cgil (tra i promotori, insieme ad Acli e Arci dei quesiti referendari) hanno richiesto le motivazioni tecniche di una decisione definita "pilatesca", senza ottenere alcuna risposta. La richiesta di documenta-



zione aveva l'obiettivo di comprendere le ragioni di questa decisione, anche perché, nella delibera si richiama un "approfondimento effettuato dal Servizio legislativo e legale", di cui non è stato fornito il testo, pur essendo stato richiesto. "Si tratta di una violazione sostanziale di un diritto, indicato nella legge regionale 34 del 1983 sui referendum abrogativi, che prevede una valutazione giuridica e, in caso di parere negativo, lo svolgimento di un confronto con i promotori sui motivi ostativi. Invece, nessuna motivazione tecnica, nessuna risposta è stata data alle nostre richieste di chiarimenti", dicono. "Il referendum", sottolinea **Federica Trapletti**, segretaria regionale dello Spi-Cgil, "è uno degli strumenti a cui

intendiamo ricorrere per innescare un cambiamento nel sistema sanitario lombardo. Si inserisce nel percorso avviato unitariamente quattro anni fa che ci ha visto presentare piattaforme, scioperare e mobilitarci insieme a migliaia di cittadini". Per **Vittorio Agnoletto**, responsabile dell'Osservatorio Salute, "è necessario ridurre i finanziamenti alle strutture private aumentando quelli alle strutture pubbliche per evitare che, con l'avanzata del privato dentro il Servizio Sanitario Regionale, il cittadino sia privato dell'assistenza sanitaria. Se il pubblico finanzia il privato, deve poi controllarne l'operato".

In trincea

Pioggia di critiche dai sindacati a Medicina democratica
Ma i privati sono blindatissimi

