



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

2 OTTOBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Palermo, all'Ismett il primo trapianto in Sicilia di rene fra pazienti con gruppi sanguigni diversi

A ricevere dalla moglie l'organo è stato un paziente siciliano di 58 anni, dopo tre settimane di pre-trattamento

02 OTTOBRE 2023

Fino a qualche anno fa, la compatibilità di gruppo sanguigno era considerata requisito indispensabile per l'esecuzione del trapianto. Adesso, grazie ai progressi scientifici, è possibile in alcuni casi donare un rene anche se non vi è compatibilità di gruppo sanguigno. A ricevere questo trapianto di rene all'Ismett di Palermo, dopo tre settimane di pre-trattamento, è stato un paziente siciliano di 58 anni. L'organo è stato prelevato con una tecnica laparoscopica mini-invasiva, favorendo una rapida guarigione per la donatrice, sua moglie di 52 anni. Dopo l'intervento, entrambi sono in buone condizioni: la donna è stata dimessa in pochi giorni e l'uomo è monitorato ambulatorialmente. È stato così avviato all'Ismett-Upmc il programma di trapianto di rene da vivente fra pazienti con gruppo sanguigno non compatibile (programma ABO incompatibile). Si tratta del primo trapianto di rene fra pazienti non compatibili eseguito in Sicilia, altri sono già in programma e verranno eseguiti nelle prossime settimane. Il trapianto ABO incompatibile è una procedura molto diffusa negli Stati Uniti e in Giappone, ma in Italia è ancora effettuata in pochi centri. «L'incompatibilità di gruppo – spiega la dottoressa Barbara Buscemi, responsabile medico del programma di trapianto di rene da vivente – fino a qualche anno era ritenuta una barriera invalicabile, una controindicazione assoluta al trapianto. Un gruppo sanguigno diverso rispetto a quello del donatore comportava, infatti, l'immediata aggressione del rene trapiantato da parte degli anticorpi del ricevente con conseguente rigetto dell'organo. Adesso, grazie ad un protocollo di desensibilizzazione e all'utilizzo di un farmaco, anticorpo monoclonale, è possibile superare questo ostacolo e permettere la buona riuscita dell'intervento».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Prima dell'intervento il paziente che ha ricevuto il trapianto è stato sottoposto ad una specifica terapia: la plasmateresi. La tecnica consiste nel rimuovere gli anticorpi anti A o anti B preformati collegando il paziente ad una macchina mediante la quale il sangue del paziente viene ripulito dagli anticorpi che – altrimenti – aggredirebbero l'organo trapiantato e portato al rigetto sostituendolo con immunoglobuline protettive. Parallelamente viene iniziata la terapia immunosoppressiva e l'infusione dell'anticorpo monoclonale riducendo e bloccando la produzione degli anticorpi. La procedura è stata realizzata in sinergia con i medici del Centro Trasfusionale dell'Arnas Civico di Palermo che hanno effettuato le sedute di aferesi e il monitoraggio del titolo anticorpale nel pre e nel post-trapianto.

«Abbiamo fatto un importante passo avanti nel campo dei trapianti d'organo in Sicilia», afferma Angelo Luca, direttore dell'Ircs Ismett. «È un esempio tangibile di come l'innovazione e la ricerca stiano estendendo le possibilità per coloro che sono in attesa di un trapianto. L'Ismett è un pilastro di eccellenza e affidabilità per la nostra comunità. La collaborazione con il Centro Trasfusionale dell'Arnas Civico di Palermo è un chiaro esempio di come l'unione delle competenze possa portare a risultati straordinari. Lavoriamo senza sosta per estendere le frontiere dell'innovazione nel campo medico, sempre con la consapevolezza che dietro ogni trapianto ci sono persone, famiglie, storie uniche. È a loro che dedichiamo con passione il nostro lavoro».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Linfedema, al Policlinico di Palermo ottimi risultati con l'innovativa terapia cellulare

Il bilancio tracciato da Mario Bellisi, responsabile della Flebolinfologia. Questa procedura ha vinto il Best Insanitas nella categoria Ricerca scientifica.

2 Ottobre 2023 - di [Cristina Riggio](#)

PALERMO. Il Policlinico “**Paolo Giaccone**” è polo di eccellenza per la cura del **linfedema**, patologia caratterizzata da un anomalo accumulo di liquido linfatico in vari distretti dell'organismo. Ad oggi, purtroppo, non esiste ancora una specifica cura risolutiva ma negli ultimi anni è possibile sottoporsi ad un'innovativa **terapia rigenerativa** basata sulla creazione di nuovi vasi linfatici. Un trattamento rivoluzionario che ha vinto il **Top Insanitas** per la Ricerca scientifica (“Premio Gilead”) nell'ambito dell'iniziativa **Best Insanitas** da noi promossa lo scorso anno.

A parlarci degli sviluppi e dei dati sui pazienti è il dott. **Mario Bellisi**, responsabile dell'UOSD di Flebolinfologia del Policlinico e della SIF Regione Sicilia, nonché ideatore di questa terapia applicata alla cura del linfedema. **Dal 2019 ad oggi**, sono 124 le procedure apportate al Policlinico di Palermo (unico con possibilità di ospedalizzazione), al quale si rivolgono pazienti da diverse regioni d'Italia e anche da altre nazioni. Ben **41 i pazienti trattati** affetti da linfedema primario degli arti inferiori e in qualcuno anche dell'arto superiore.

«I risultati sono stati davvero inaspettati, in quanto c'è stato un **immediato recupero**, soprattutto circa il benessere da parte del malato: senso di leggerezza, scomparsa del dolore, tendenza alla guarigione delle lesioni. Importante è anche il mantenimento dei risultati negli anni- sottolinea Bellisi- Abbiamo fatto un follow-up a tre anni dal trattamento e **nel 90% dei casi** abbiamo risultati veramente soddisfacenti, una riduzione dell'arto che viene mantenuta nel tempo». Per chi volesse contattare l'**ambulatorio di flebolinfologia**, è possibile farlo mediante il CUP del Policlinico con l'impegnativa del curante con l'apposita dicitura 'Visita di chirurgia vascolare in flebolinfologia', oppure tramite email flebolinfologia@policlinico.pa.it.

«Il linfedema è definita dall'OMS una malattia **cronica, ingravescente e invalidante** nelle forme più gravi. Ad oggi purtroppo non esiste una terapia risolutiva. Si parla piuttosto di un'assistenza continua che deve essere assicurata ai pazienti, senza lasciare che diventino 'orfani' di cure mediche», afferma il dott. Bellisi, esponendo quello è che un triste quadro sociale e familiare in cui purtroppo spesso si ritrovano i pazienti affetti da linfedema.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Ad oggi, il **gold standard terapeutico** del linfedema consiste nella cosiddetta **CDP**, ovvero un trattamento fisico decongestivo compreso che consiste nell'erogare più procedure (linfodrenaggio manuale, bendaggio multistrato, farmaci, attività fisica riabilitativa) che, combinate, portano a un netto miglioramento delle condizioni di vita del paziente.

Tra le varie opzioni terapeutiche è possibile integrare, appunto, la **medicina rigenerativa** con lo scopo di stimolare una neolinfogenesi. «Il trattamento consiste nell'inoculare nei tessuti cellule mononucleate isolate dal sangue periferico dello stesso malato, prelevato poco prima- spiega Bellisi- Quest'ultime hanno un compito importantissimo, ovvero quello di stimolare e indirizzare il processo di neolinfogenesi, con la conseguente creazione di nuovi vasi linfatici».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Al via la campagna “Derma point, facciamo il punto sulla cheratosi attinica”

Al Policlinico G. Rodolico di Catania il 7 ottobre dalle 9 alle 12.30 i dermatologi coordinati dal Prof. Giuseppe Micali, Direttore dell’Uoc di Dermatologia offriranno consulti gratuiti. Un’opportunità per ricevere una diagnosi di cheratosi attinica, patologia della pelle che può evolvere in un tumore cutaneo.



02 OTT - Si presenta con lesioni cutanee piane o in rilievo, ruvide o squamose, di colore rosso, marrone, bianco o rosa, che possono essere facilmente confuse anche con semplici inestetismi. Ma in realtà potrebbero essere campanelli d’allarme. Stiamo parlando della cheratosi attinica, patologia della pelle che interessa in particolare le persone con un’età avanzata e la pelle chiara, ma non solo, con una prevalenza del 27,4% negli over 30 (Fagnoli *et al*, 2017). Una patologia da non sottovalutare perché la cheratosi attinica può evolvere verso una forma invasiva di tumore cutaneo, il carcinoma squamocellulare.

Diagnosi precoce è la parola d’ordine: la cheratosi attinica se individuata in tempo può essere trattata, così da ridurre la possibile progressione e la potenziale pericolosità. Insomma, più precoce è la diagnosi, più facile è la cura. Ecco, quindi, che per sensibilizzare la popolazione a rischio, aumentando il grado di consapevolezza sulla patologia, prende il via la campagna “Derma Point, facciamo il punto sulla cheratosi attinica”, con il contributo non condizionante di Almirall in collaborazione con SIDeMaST, la Società Italiana di Dermatologia e Malattie Sessualmente Trasmesse. Da settembre a novembre 2023, saranno coinvolte 12 strutture ospedaliere/universitarie distribuite sul territorio nazionale con una giornata di screening dermatologico.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il 7 ottobre al Policlinico G. Rodolico di Catania in Via Santa Sofia 78 dalle 9.00 alle 12.30 i dermatologi coordinati dal Prof. **Giuseppe Micali**, Direttore dell'Uoc di Dermatologia offriranno consulti gratuiti per favorire la diagnosi di una patologia ad oggi ancora troppo spesso sottovalutata. La prenotazione è obbligatoria al link: <https://eventi.derma-point.it/catania>

“Le macchie della pelle non sono tutte uguali e alcune necessitano di attenzioni specifiche perché potenzialmente gravi – spiega il Prof. **Giuseppe Argenziano**, Presidente della SIDeMaST – tra queste ci sono le cheratosi attiniche. Esse compaiono infatti per l'80% su aree del corpo esposte al sole, quindi viso, collo, mani, avambracci e cuoio capelluto, soprattutto nelle persone meno giovani, di carnagione chiara. Negli stadi iniziali possono essere più facili da sentire alla palpazione che da vedere. Solitamente sono asintomatiche, talvolta dolorose, soprattutto possono evolvere in un tumore cutaneo, il carcinoma squamocellulare. Per questo diagnosticarle e trattarle precocemente è indispensabile”.

“La diagnosi delle cheratosi attiniche – prosegue il Prof. **Giuseppe Micali**, Direttore dell'U.O.C. di Dermatologia del Policlinico G. Rodolico di Catania – è generalmente clinica, ma nei casi dubbi si avvale di metodiche diagnostiche di imaging non invasive, quali la dermoscopia e la microscopia confocale, disponibili soprattutto nei Centri di riferimento come il nostro. Esistono poi numerose opzioni terapeutiche, che vanno dai trattamenti di tipo fisico quali la crioterapia, la laserterapia e la terapia fotodinamica che sono effettuate dal dermatologo, alle terapie topiche domiciliari con creme e/o unguenti a base di 5-fluorouracile, imiquimod, diclofenac o tirbanibulina che sono applicate direttamente dal paziente”.

Sempre meno soldi sulla Sanità prestazioni in calo anche al Nord

Nelle previsioni del governo la spesa in rapporto del Pil è destinata a scendere ancora: siamo al 6%, Francia e Germania al 10 Stangata anche per le Regioni più efficienti. Dove ormai per un'ecografia si attende un anno e anche la prevenzione rallenta

di Michele Bocci

Aspettare un anno per fare una banale ecografia all'addome o rimanere per sei mesi senza alcuna notizia sui tempi dell'intervento alla spalla. Il tutto mentre gli screening oncologici barcollano e dai reparti ospedalieri si alza il grido d'allarme di medici e infermieri, che sostengono di essere troppo pochi. Nella sanità italiana i problemi non ci sono solo a sud della Toscana. Anche i ricchi piangono. Il finanziamento, che tra l'altro il governo non sembra intenzionato ad arrestare viste le stime della NadeF sul rapporto tra spesa e Pil, sta facendo vacillare realtà come il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Lombardia e appunto la Toscana, cioè quelle realtà che in tempo erano definite benchmark, cioè punti di riferimento, per tutte le altre.

Negli assessorati e nelle presidenze sono tutti ben consapevoli che così non si può andare avanti, che per la sanità ci vorrebbero più soldi. Per questioni politiche, però, la gran parte delle Regioni tacciono.

Rapporto spesa/Pil in discesa

Quanti soldi saranno riservati alla sanità si capirà più avanti, quando si chiuderà la manovra. Ma i segnali non sono buoni. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci per l'anno prossimo aveva chiesto quattro miliardi in più ma se andrà bene ne arriveranno la metà o al limite due e mezzo. Nella nota introduttiva della NadeF il ministro all'Economia Giancarlo Giorgetti annuncia investimenti sul personale e per potenziare assistenza territoriale e ospedaliera. Ma visto che solo per i professionisti della sanità si stima una spesa di due miliardi, non è chiaro quanti altri soldi verranno messi su un settore centrale per la vita degli italiani. A preoccupare sono le stime del valore della spesa sanitaria rispetto al Pil. Se in Paesi come Francia e Germania si

arriva intorno al 10%, noi per pochi anni abbiamo superato il 7%. Nel 2023 siamo al 6,6% ma la prospettiva per il 2026 è scendere al 6,1%. Un valore lontanissimo da quello richiesto da molti esperti di sanità e pure da Regioni come Emilia e Toscana, che vorrebbero salire gradualmente addirittura al 7,5%.

Il disastro dei tempi di attesa

Sergio Lotti, 63 anni, di Ardenno in Valtellina nel 2020 ha donato il rene al nipote. In questi giorni aveva bisogno di un'ecografia all'addome e ha trovato posto solo nel 2024. «Bel premio a chi ha dato un organo - dice -. Per fortuna che ora mi controlleranno a Verona, dove mi hanno fatto l'espianto». A Bologna, Carlo Hanau, presidente del Tribunale della salute, ha denunciato di non trovare posto per fare una colonscopia per tutto il 2024. Anche in Toscana i problemi non mancano. Tullio, settantenne fiorentino, è rimasto sei mesi in attesa di sapere quando avrebbero operato la sua lussazione alla spalla. Dopo vari solleciti, dall'ospedale di Careggi gli hanno detto che non erano in grado di dargli una data. Nello stesso ospedale solo un intervento su tre per tumore alla prostata viene fatto entro 30 giorni, il limite massimo di tempo indicato dal ministero. Sempre a proposito di chirurgia, a Bergamo, un uomo è in attesa già da sei mesi dell'intervento di cataratta e dovrà aspettare un altro anno. La segnalazione è arrivata al Pd lombardo, che ha creato il sito *conlasalutenon-sischerza.it*. Una donna, inoltre, ha raccontato di aver chiamato il San Gerardo di Monza il 25 settembre scorso per fare una mammografia. Le hanno dato come prima disponibilità il novembre 2024.

Ovviamente, per superare tutti i problemi legati alle attese basta pagare. E infatti il privato lavora sempre di più.

La crisi degli screening

Uno degli indicatori della qualità dell'assistenza sanitaria sono gli screening oncologici. Le Regioni chiamano le persone appartenenti a determinate fasce di età per proporre esami per prevenire il cancro della cervice uterina, quello della mammella e quello del colon retto. Ebbene, i dati del 2022, che a breve saranno resi pubblici, rivelano gravi problemi anche in questo settore. Il confronto va fatto con i numeri del 2018, cioè prima del Covid. Per quanto riguarda la cervice, ad esempio, l'Emilia è scesa dal 91% al 65% di copertura. La Lombardia è migliorata, ma aveva valori bassissimi e infatti è passata dall'11 al 20%. È molto pesante il passo indietro sulle mammografie. La Lombardia nel 2018 era al 60% di copertura e l'anno scorso è scesa al 50%. L'Emilia è passata dal 70 al 67%, la Toscana dal 65 al 58%. Stabile il Veneto (dal 61 al 60%) ma in un settore nel quale bisognerebbe crescere. Restando al Nord, il Friuli è sceso dal 60 al 54% e il Piemonte dal 55 al 42%. Brutti dati anche per il colon-retto. Il Piemonte scende dal 54 al 47%, la Lombardia dal 45 al 43%, il Veneto dal 59 al 56%, il Friuli dal 56 al 49%, l'Emilia dal 56 al 53% e la Toscana dal 44 al 39%.

Medici che se ne vanno

Ma defanziare la sanità significa anche non risolvere il problema del personale. In Italia mancano in-



fermieri e medici. Se la prima categoria soffre di gravissime carenze diffuse, per i camici bianchi sono in crisi solo certe specialità, il cui numero però è in aumento. Riguardo agli infermieri, le stime sono che in tutto il sistema sanitario nazionale manchino 65 mila persone. Non per niente il ministro Schillaci ha annunciato che farà un accordo con l'India perché mandi in Italia professionisti formati.

I medici sono carenti in settori come l'emergenza. Ma la crisi è diffusa anche nelle chirurgie e nelle terapie intensive, ad esempio. Sono circa 3 mila i dottori che lasciano ogni anno, mille vanno all'este-

ro gli altri si spostano nel privato. Da tempo i sindacati chiedono più soldi e anche Schillaci ha detto che è necessario pagare di più i lavoratori della sanità (e non basta il recente rinnovo del contratto per la dirigenza medica, che è già scaduto perché riguarda il triennio 2019-2021 a soddisfare le richieste). Si ipotizza di detassare gli straordinari ma ai rappresentanti dei lavoratori non va bene, perché non intendono continuare a fare tanto lavoro extra e vorrebbero che i risparmi riguardassero la quota fissa dello stipendio.

I numeri

65 mila

Infermieri

La carenza degli infermieri è la più pesante. In Asl e ospedali mancano in 65

3 mila

Medici in fuga

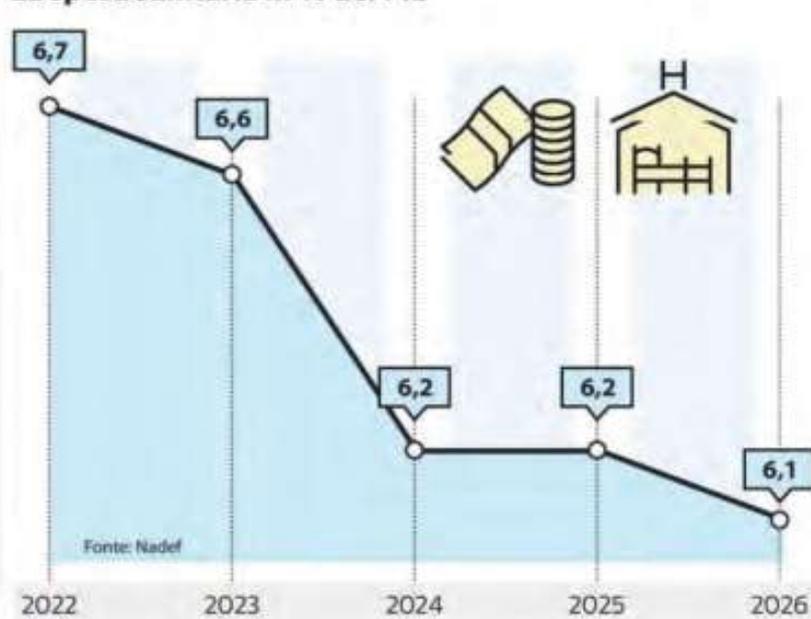
Circa mille medici l'anno se ne vanno all'estero. Altri duemila passano dal pubblico al privato

6,1%

Il rapporto spesa/Pil

Nel 2026 il rapporto raggiungerà livelli inediti. Secondo alcune Regioni il valore dovrebbe essere 7,5%

La spesa sanitaria in % del PIL



OSPEDALI IN RIVOLTA

Sanità, 2 miliardi
in meno: "Addio
a cure Nord-Sud"

© RONCHETTI A PAG. 5

FORBICE SELVAGGIA

NADEF Previsti due miliardi in meno rispetto alle richieste di Schillaci. Fedriga: "Non è abbastanza", Bonaccini: "Deluso". E i privati incassano

Destra e sinistra un'unica voce: Regioni contro i tagli alla sanità

» **Natasha Ronchetti**

Avevano chiesto al governo 4 miliardi in più. Si ritrovano con due miliardi in meno. Taglio che - se la prossima manovra di bilancio confermerà la NadeF, nota di aggiornamento al Def - potrebbe essere il colpo di grazia per la disastrosa sanità pubblica. E su questo i governatori sono tutti d'accordo, anche se con sfumature diverse. Dal leghista Massimiliano Fedriga (Friuli Venezia Giulia, presidente della Conferenza delle Regioni) a Stefano Bonaccini, Pd, ai vertici dell'Emilia-Romagna.

"È IL MOMENTO di fare scelte coraggiose, le risorse sono limitate, né Regioni e Comuni possono fare una lista della spesa infinita - dice Fedriga -. Anche noi dobbiamo fare proposte serie, in particolare per la sanità, io penso che non saranno sufficienti le risorse per risolvere i problemi che oggi ha". Fedriga ha parlato ieri ai microfoni di *In Mezz'ora*, su Rai 3. Proprio come Bonaccini. "Sulla sanità sono molto deluso - ha spiegato quest'ultimo - e spero di essere smentito a breve. Quattro miliardi

di euro per me sono persino pochi e quest'anno dopo tanti anni torna al 6,5% la spesa sanitaria in rapporto al Pil. Erano anni e anni che non succedeva. E nelle previsioni del governo, se non le correggeranno, si andrà al 6,2% tra due anni. Siamo già sedicesimi per poca spesa nella Ue". La soluzione? Per Fedriga ci sarà bisogno di potenziare la collaborazione con la sanità privata. Per Bonaccini occorre aumentare di quattro miliardi ogni anno il Fondo sanitario nazionale. Proprio come prevede il progetto di legge di iniziativa popolare rivolto al Parlamento che ha lanciato insieme al suo assessore alla Salute Raffaele Donini, che è poi anche il coordinatore della commissione Sanità della Conferenza delle Regioni, e sul quale sta raccogliendo le firme. Che sia necessario fare molti passi indietro per tornare a una spesa sanitaria in rapporto al Pil intorno al 6,5% è acclarato: parliamo del 2005. Che la spesa pro capite sia decisamente inferiore alla media della Ue a 27, lo è altrettanto: 2.609 euro contro 3.269 nel 2020. In pratica, spendiamo meno della Repubblica Ceca e di Malta, con valori molto distanti dalla Francia (3.807 euro) e soprattutto dalla Germania (4.831). Nel frattempo, le forti disuguaglianze nell'ac-

cesso alle cure crescono. Secondo l'Istat, nel 2021 l'11,1% delle persone hanno dovuto rinunciare alle cure sanitarie, nel 2022 si stima siano state il 7%, per oltre il 4% a causa delle interminabili liste d'attesa e per il 3,2% per motivi economici. Intanto lievitava la spesa *out of pocket*, cioè quella privata, arrivata a quota 36,5 miliardi, su un totale di 168. Ma cosa stabilisce la NadeF per un sistema tragicamente provato dalla pandemia, che ha portato a galla carenze strutturali e di personale, con lunghissime liste d'attesa? Se l'impianto previsto sarà confermato dalla manovra finanziaria, dal 6,7% del Pil (2022) si scende al 6,6% nel 2023, per poi arrivare al 6,2% dal prossimo anno.

Esattamente quanto previsto dal Def (Documento di economia e finanza del 2022, governo Draghi), che fissava la spesa in rapporto al Pil al



6,2% nel 2025.

È passato un mese e mezzo circa da quando le Regioni chiesero al ministro della Salute Orazio Schillaci di prevedere immediatamente per la sanità quei quattro miliardi in più. Ora la doccia gelata. Le conseguenze? "Se sarà tutto confermato il sistema sanitario non potrebbe più restare in piedi nemmeno nelle regioni che stanno assicurando l'assistenza sanitaria ai cittadini che provengono da altre aree del Paese - dice Raffaele Donini -. Mi auguro che questa

Nadefscritta sull'acqua possa essere smentita". La mobilità sanitaria - dato aggiornato al 2020, sulla base del report della Fondazione Gimbe - ha raggiunto un valore che supera i tre miliardi, in contrazione a causa della pandemia, che ha fortemente limitato gli spostamenti (nel 2018 superava i 4,6 miliardi). A ricorrere a cure fuori dalla propria regione sono soprattutto calabresi, campani, siciliani, lucani, sardi, pugliesi e abruzzesi. E ad accogliere di più sono ancora una volta le

regioni del Centro-Nord, Emilia-Romagna in testa, seguita dalla Lombardia, dal Veneto e dalla Toscana. Le tre regioni con il maggiore indice di fuga sempre nel 2020 hanno generato debiti per oltre 300 milioni. Se ciò che prefigura Donini dovesse avverarsi a farne tragicamente le spese, prima di tutte le altre e ancora una volta, saranno le regioni del Meridione.

**MARZABOTTO
POLEMICHE
SUI FONDI**



SCONTO POLITICO
sui fondi per il sacrario di Marzabotto, teatro di una strage delle Ss nel 1944. La miccia sono le dichiarazioni del presidente dell'Emilia Romagna, il dem Stefano Bonaccini: "La sindaca Valentina Cuppi ha ricevuto dal ministero della Difesa comunicazione del taglio di due terzi del finanziamento per il mantenimento del Sacrario di Marzabotto. Decisione sbagliata e inaccettabile, motivata dall'assenza di risorse". Ma la Difesa replica: "Il Comune avrebbe dovuto chiedere il contributo entro il mese di maggio, ma la richiesta è giunta agli uffici preposti solo nel mese di agosto: queste sono speculazioni utili ad accusare l'attuale governo di una deriva fascista e reazionario".

**MOBILITÀ
CRESCONO
I CITTADINI
CHE VANNO
A CURARSI
ALTROVE**



Previsioni
La spesa sanitaria scenderà al 6,2% del Pil entro il 2025
FOTO LAPRESSE



Sanità, servizi bocciati in sette Regioni

Corte dei conti

Da Aosta alla Calabria livelli essenziali mancati anche dove la spesa è sopra media

Tra Regioni e Province autonome, sette su 21 hanno punteggi insufficienti in termini di livelli essenziali di assistenza (Lea). Il quadro emerge dall'ultimo monitoraggio realizzato dal ministero della Salute ed esaminato nel rapporto della Corte dei conti sui bilanci regionali. Valle

d'Aosta e Calabria sono insufficienti in tutte e tre le aree indagate, cioè

ospedali, medicina territoriale e prevenzione. Negli ospedali la spesa più alta si incontra in Molise, che però ha anche il punteggio Lea peggiore. Nella medicina territoriale primeggia l'Emilia-Romagna, che però spende meno della Sardegna al penultimo posto.

Le prospettive della spesa sanitaria, prevista in riduzione di 3,3 miliardi dai tendenziali del prossimo anno, promette di essere uno dei temi centrali nel dibattito sulla manovra. Il servizio sanitario è in difficoltà, il riassetto dopo il Covid

chiede risorse, ma l'analisi sul territorio mostra che non sempre a maggiori fondi corrispondono migliori servizi.

Gianni Trovati — a pag. 5

Sanità, bocciate sette Regioni: servizi scarsi anche con spesa top

Corte dei conti. A confronto i costi pro capite con i risultati monitorati dai Lea: negli ospedali qualità alta a Trento e in Emilia-Romagna, ma uscite massime in Molise dove i risultati sono i peggiori d'Italia

Gianni Trovati

In Molise, Valle d'Aosta, Abruzzo e Liguria la spesa per gli ospedali è oltre la media nazionale, ma i risultati sono modesti. In Emilia-Romagna e Toscana accade il contrario. Trento, Bolzano, Basilicata e Sardegna spendono più di 1.300 euro a testa per medici di famiglia e assistenza territoriale, ma il servizio è migliore in Emilia-Romagna, Veneto, Toscana e Lombardia dove i costi pro capite sono inferiori.

L'indagine dettagliata dalla monumentale relazione che la sezione Autonomie della Corte dei conti ha appena dedicato ai bilanci regionali (delibera 13/2023; relatori Stefania Fusaro e Paolo Peluffo), occupati per quasi l'80% dalla sanità, offre una chiave di lettura originale perché si impegna nel grande assente delle politiche pubbliche italiane: l'analisi d'impatto. E mostra, in sintesi, che in sanità come nella vita i soldi sono importanti ma da soli non fanno la felicità. Perché nel panorama caleidoscopico delle sanità regionali la correlazione fra l'intensità della spesa e i livelli di servizio non è certo ferrea.

Le prospettive finanziarie del servi-

zio sanitario promettono di occupare un posto centrale nei dibattiti intorno alla manovra ultraleggera prospettata dalla NadeF che il Governo ha approvato mercoledì. Le tabelle «a legislazione vigente» prevedono per il 2024 un calo di 3,3 miliardi nei fondi, che passerebbero dai 136 miliardi di quest'anno a 132,7 (per tacere dell'inflazione). E la legge di bilancio non sembra in grado di fare molto, visto che per provare a non far crescere il debito la manovra dovrebbe fermarsi sotto i 25 miliardi, quasi tutti già impegnati.

Qualcosa potrebbe cambiare per lo slittamento degli oltre due miliardi collegati al rinnovo del contratto dei medici, che dovrà superare l'esame di Corte dei conti e Ragioneria prima di entrare in vigore, ma l'effetto contabile non cambia la sostanza: la sanità arranca, e i margini per un cambio di passo sono stretti.

L'attenzione tutta concentrata sui fondi rischia però di trascurare un pezzo importante del problema, come mostra il lavoro della Corte.

Nelle 436 pagine del rapporto, accanto alla lunga teoria di tabelle con i dati finanziari, trova spazio il confronto fra la spesa pro capite di ogni Regione e

i risultati ottenuti dalla "sua" sanità nelle tre aree indagate dai «Livelli essenziali di assistenza» (Lea), che traducono in un punteggio sintetico (da 0 a 100, con sufficienza a 60) la qualità dei servizi raggiunta da ospedali, assistenza distrettuale (cioè la mitica sanità territoriale, dai medici di base alle cure domiciliari) e attività di prevenzione. Con risultati interessanti.

Primo: secondo i Livelli essenziali relativi al 2021, appena calcolati dal ministero della Sanità, sette Regioni e Province autonome su 21 hanno servizi insufficienti in uno o più settori. Il quadro più fosco arriva dagli estremi del Paese, la Valle d'Aosta e la Calabria, dove tutti e tre gli ambiti indagati si fermano lar-



gamente sotto la sufficienza, in Sardegna solo la prevenzione arranca poco sopra quota 60 punti; prevenzione che soffre a Bolzano, mentre in Molise gli ospedali sono in difficoltà e in Campania zoppica la medicina territoriale.

Ma il punto, si diceva, è la correlazione con i fondi, che non sono sinonimo di qualità. Negli ospedali, per

esempio, la spesa più alta si incontra in Molise, che nonostante i suoi 1.436 euro per cittadino, ha anche il punteggio Lea peggiore (48,55), mentre la Provincia di Trento ottiene i risultati più brillanti (96,52 punti) con 1.191 euro, segui-

ta da Emilia-Romagna e Toscana, sul podio della qualità rispettivamente con 1.067 e 1.051 euro pro capite. L'Emilia-Romagna primeggia anche nell'area distrettuale, pur spendendo 1.292 euro ad abitante cioè meno dei 1.307 della Sardegna, che invece occupa il penultimo posto. Umbria e Provincia di Trento dispiegano le strategie più efficaci in termini di prevenzione, ma la prima lo fa con 92 euro pro capite contro i 125 euro della seconda, che sono comunque meno dei 140 euro spesi dalla Puglia per ottenere prestazioni più spente, in una classifica chiusa ancora una volta dalla Valle d'Aosta (statisticamente penalizzata anche dalle sue dimensioni ridotte). «I Livelli es-

senziali sono il penultimo miglio - ha osservato Sabino Cassese mercoledì parlando al Senato dei Livelli essenziali delle prestazioni per l'Autonomia differenziata, - ma l'ultimo dipende dalla qualità dell'amministrazione che gestisce». Verità indiscutibile, come confermano i numeri della Corte dei conti; e in effetti pochissimo discussa.

È RIPRODUZIONE RISERVATA.

In medicina territoriale Lombardia e Veneto spendono meno di Puglia e Sardegna con risultati migliori

Nuovo contratto Medici e sanitari

Il rinnovo

È stato firmato giovedì scorso il nuovo contratto della dirigenza medica e sanitaria, che riguarda 135mila camici bianchi del San

L'accordo Aumenti e arretrati

Le risorse

Fondi per 618 milioni: aumenti di 289 euro lordi medi al mese per 13 mensilità e oltre 6mila euro di arretrati pro capite

La NadeF Le prospettive

Contratto 2022-2024

La NadeF approvata mercoledì scorso annuncia le risorse per proseguire i rinnovi. Nel mirino c'è il contratto 2022-2024

Verso la manovra La detassazione

Per gli straordinari

Si valuta una flat tax al 15% sui compensi per i sanitari che lavorano extra orario per ridurre le liste d'attesa



Al traguardo il bonus di stipendio del 30% per docenti e ricercatori

I tre decreti a firma Bernini. Ai due Dm sugli aumenti premiali negli atenei ed enti di ricerca se ne aggiunge un terzo sulle polizze sanitarie integrative

Eugenio Bruno

Qualche settimana fa l'ultima tornata di *starting grants* dell'Erc per i ricercatori a inizio carriera ci ha ricordato ancora una volta che le università e gli enti di ricerca italiani hanno bisogno di argomenti (in primis finanziari) per trattenere i talenti migliori o per convincerli a rientrare. Lo dimostra il fatto che, pur essendo secondi per nazionalità dei premiati (57 sui 400 totali), siamo in realtà quarti per destinazione finale, con appena 32 cervelli che hanno scelto il Belpaese per i loro studi. Un mismatch che va avanti da anni e che è figlio di tanti padri. A cominciare dagli stipendi bassi e della limitate prospettive di carriera che spesso siamo in grado di offrire.

La speranza del Governo è che, a breve, possa attenuarsi almeno il primo dei due svantaggi competitivi citati rispetto a gran parte dell'Ue. In arrivo c'è un bonus stipendiale del 30%, che può essere riconosciuto in via premiale ai vincitori di un bando competitivo europeo o internazionale e che sta per vedere la luce insieme a un'altra misura (l'attivazione di polizze integrative per il personale universitario) attesa da mesi. I tre Dm che li disciplinano sono stati firmati dalla ministra Anna Maria Bernini e inviati alla Corte di conti per la registrazione. Una volta pubblicati saranno gli atenei a doversi muovere modificando i loro regolamenti.

L'incentivo stipendiale
Il decreto Pa di aprile (Dl 44/2023)

introduce una premialità aggiuntiva, sotto forma di un incremento stipendiale fino al 30%, per i ricercatori e i professori che si aggiudicano un bando competitivo Ue o internazionale. Ad attuare la misura ci pensano ora due Dm a firma Bernini. Il primo, composto da due articoli, riguarda le università. E stabilisce, all'articolo 1, che gli atenei dovranno adottare un loro regolamento entro tre mesi (o integrarne uno esistente) per fissare i criteri da applicare per la corresponsione di compensi aggiuntivi, oltre al trattamento economico individuale, a professori e ricercatori, anche a tempo determinato, tenendo conto dell'impegno profuso per l'elaborazione e la realizzazione degli interventi proposti e finanziati, nonché dei principi di trasparenza, imparzialità e oggettività; all'articolo 2, invece, chiarisce sia che le risorse utilizzabili per questa partita fanno riferimento esclusivamente alla parte riconosciuta a tassi forfettari, o comunque non destinata a puntuale rendicontazione del bando vinto, sia che i compensi aggiuntivi non possono superare il 30% del trattamento economico individuale calcolato su base annuale, anche nel caso di partecipazione a più progetti di ricerca.

Con il secondo Dm in attesa di registrazione della Corte dei conti (e anch'esso di due articoli) la stessa facoltà viene, di fatto, estesa al trattamento accessorio di ricercatori, primi ricercatori, dirigenti di ricerca e tecnologi degli enti di ricerca vigilati dal Mur. Anche in questo caso con un tetto del

30% rispetto al loro trattamento economico individuale fondamentale.

Le polizze integrative

Il terzo decreto ministeriale all'orizzonte attua una misura contenuta nel Dl Pnrr del marzo scorso (Dl 13/2023), in base alla quale le università statali possono destinare una quota delle risorse derivanti da progetti di ricerca, europei o internazionali, ammessi al finanziamento sulla base di bandi competitivi - anche qui limitatamente alla parte riconosciuta a tassi forfettari, o comunque non destinata a puntuale rendicontazione, *ndr* - alla stipula di polizze sanitarie integrative a favore di prof e ricercatori fino a un massimo del 2% della spesa sostenuta annualmente per tale personale. Almeno due gli elementi degni di nota. Da un lato, che i destinatari possono essere docenti, ricercatori, assegnisti o contrattisti di ricerca, oltre al personale proveniente dall'estero privo delle tutele del Servizio sanitario nazionale. Dall'altro, che i benefici possono essere estesi ai loro familiari, purché l'università usi risorse proprie. Volendo la polizza può essere arricchita di ulteriori servizi a fronte della corresponsione di un contributo da parte dei diretti interessati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

2%

TETTO PER IL WELFARE
Le polizze integrative per prof e ricercatori non potranno superare il 2% della spesa per il personale

L'attrazione dei talenti.

Con il nuovo incentivo stipendiale del 30% il ministero dell'Università spera di convincere più cervelli a rientrare o a non partire



IL WELFARE

FAMIGLIA RISTRETTA E ANZIANI PIÙ SOLI

LINDA LAURA SABBADINI

Negli ultimi decenni, la diminuzione delle nascite, l'aumento della speranza di vita, l'incremento delle separazioni e dei divorzi hanno determinato non solo un cambiamento nella struttura della popolazione per età, ma anche una ridefinizione delle tipolo-

gie familiari e del ruolo che gli individui giocano nelle famiglie nelle diverse fasi della vita. - PAGINA 15

L'INTERVENTO

Linda Laura Sabbadini

Nuove famiglie e boom di anziani Servono più servizi e assistenza

L'invecchiamento della popolazione richiede finanziamenti adeguati

Negli ultimi decenni, la diminuzione delle nascite, l'aumento della speranza di vita, l'incremento delle separazioni e dei divorzi hanno determinato non solo un cambiamento nella struttura della popolazione per età, ma anche una ridefinizione delle tipologie familiari e del ruolo che gli individui giocano nelle fami-



glie nelle diverse fasi della vita. Si è accentuato l'invecchiamento della popolazione. È aumentato il numero delle famiglie, pur riducendosi il numero di componenti. Sono aumentati single, genitori soli e coppie senza figli. Sono diminuite le coppie con figli e il numero di figli per coppia.

Le previsioni di popolazione appena rilasciate dall'Istat evidenziano un'accentuazione di queste tendenze già in atto da tempo. La popolazione di 65 anni è poco me-

no di un quarto del totale e sarà più di un terzo nel 2050. La percentuale di ultraottantacinquenni raddoppierà. Dobbiamo esserne fieri, perché testimonianza di un crescente miglioramento delle condizioni di vita e al tempo stesso dei progressi della medicina. Ma dobbiamo anche essere coscienti che proprio perché stiamo avanzando nel percorso dell'aumento della longevità, abbiamo bisogno di una ridefinizione delle politiche sanitarie e di assistenza degli anziani, nonché di sviluppo della ricerca per garantirne il maggior benessere possibile. Politiche sanitarie che non possono e non devono avere al centro l'ospedalizzazione, ma gli interventi sul territorio, di prevenzione, riabilitazione, ricostruzione delle reti sociali. Politiche di assistenza socio-sanitaria.

È inutile e anzi dannoso gridare all'allarme per un così grande numero di anziani. Il problema riguarda tutti i Paesi occidentali, il Giappone e la Corea del Sud, e anche la Cina. Serve responsabilità politica. La questione va governata ad ampio spettro,

qui voglio partire dai bisogni degli anziani. E tra questi di quelli più fragili. L'invecchiamento della popolazione impone a livello politico di raccogliere una vera e propria sfida. Non bisogna restare immobili davanti ai mutamenti. Il nostro sistema di welfare deve dare risposta ai cambiamenti che l'elevamento della speranza di vita richiede, a partire dalla perdita di autosufficienza delle persone anziane, soprattutto nelle età più avanzate. Il governo Draghi aveva varato la legge sulla non autosufficienza, poi ripresa dal governo Meloni, con alcune modifiche. Gli anziani non autosufficienti hanno bisogno di più servizi, domiciliari, residenziali, semiresidenziali. Non solo. Necessitano anche di una distri-



LA STAMPA

buzione più equa dei servizi sul territorio e di un accesso semplificato.

I decreti attuativi dovranno essere varati entro gennaio 2024. Ma avranno bisogno di essere finanziati nella prossima legge di bilancio. Sarà previsto il finanziamento? Sarà adeguato? Il fabbisogno era stato stimato in 7-8 miliardi. Ma questo è un nodo fondamentale. Le persone anziane, soprattutto non autosufficienti, devono poter scegliere tra l'utilizzo dei vari servizi messi a disposizione. Anche perché proprio sotto la pandemia si sono evidenziate numerose criticità sul fronte della qualità dei servizi forniti dalle Rsa.

Sono passati 23 anni dalla legge 328 sull'assistenza,

che non è stata applicata. Per di più la famiglia è diventata sempre «più stretta e lunga». Le donne, principali *care giver* nei confronti dei propri genitori anziani, hanno sempre meno tempo da dedicare all'assistenza, perché in numero crescente lavorano e a causa del calo della fecondità hanno sempre meno fratelli o sorelle con cui condividere il carico di cura. Le reti di aiuto informale, elemento di forza del nostro Paese per tanti anni, sono logorate dai cambiamenti strutturali in atto e non possono più garantire il soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana come prima. O si investe seriamente sulla integrazione sociosanitaria, sull'assistenza domiciliare garantita dal servizio pubblico in colla-

borazione con il terzo settore o il rischio che il volume di aiuti per gli anziani si riduca fortemente è molto alto. Tanto più che la stessa configurazione delle famiglie cambierà. Cresceranno, come dice l'Istat, le persone sole, la maggioranza delle quali sono anziani, soprattutto donne. —

LA POLEMICA SULLO SPOT ESSELUNGA



ANSA

Ronzulli e la pesca: "Sinistra ubriaca"

«Da giorni la sinistra si accanisce su un riuscitissimo spot». Lo ha detto Licia Ronzulli capogruppo di Forza Italia al Senato, citando il dibattito sullo spot di Esselunga durante il suo intervento alla kermesse a Paestum. Ronzulli ha mostrato una pesca: «È una sinistra senza idee, ubriaca di ideologia - ha ironizzato -: ha scambiato l'inclusione con l'imposizione di un solo tipo di famiglia e di società. Fa ridere, ma ci sarebbe da piangere». —

L'inchiesta a puntate



Su *La Stampa* di ieri, la seconda puntata dell'inchiesta sulle famiglie italiane: un terzo dei nuclei è composto da single, quelli tradizionali sono sempre meno. Il 29 settembre la prima puntata.



Tumore al seno

Cure di nuova generazione per un futuro più rosa

Anche con una diagnosi di triplo negativo, la forma più aggressiva di cancro alla mammella, oggi ci sono più possibilità di sopravvivenza e una migliore qualità della vita

di **Irma D'Aria**

È

il "rosa Barbie" il colore che spopola dall'uscita del film diretto da Greta Gerwig. Lo stesso che veste il mese di ottobre

tradizionalmente dedicato alla prevenzione del tumore al seno. Trenta giorni per ricordare alle donne di dedicare a sé stesse più attenzioni, sia accorgendosi di eventuali segnali sospetti, sia - quando c'è già una diagnosi di tumore - non rinunciando alla propria femminilità. Nemmeno quando quello di cui si soffre è un tumore al seno triplo negativo metastatico, tra le neoplasie più aggressive. Nel 2022, in Italia, sono state stimate 55 mila 700 nuove diagnosi di cancro del seno, il 7 per cento è metastatico all'esordio e circa il 20 sviluppa metastasi nei cinque anni successivi alla diagnosi.

Alcune donne, poi, vengono colpite da un tumore al seno triplo negativo. Cosa significa? «Che non c'è né il recettore dell'estrogeno (ER), né quello del progesterone (PR), né il recettore 2 per il fattore di crescita epidermico umano (Her2), tutti potenziali target per i farmaci. Ecco perché per questa tipologia di tumori le cure sono più complesse», spiega Rossana Berardi, presidente W40-Women for Oncology, ordinario di Oncologia all'Università Politecnica delle Marche, direttrice clinica oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche. Il tumore al seno triplo negativo metastatico è il tipo di cancro della mammella più

aggressivo e rappresenta circa il 15 per cento di tutti i tumori al seno. «Viene diagnosticato più frequentemente nelle donne più giovani e in premenopausa. Il tasso di sopravvivenza a cinque anni per questo sottotipo è del 12-15 per cento, rispetto al 28-30 per il tumore al seno metastatico».

Mentre fino a qualche anno fa ricevere questa diagnosi lasciava poche speranze, oggi le prospettive sono più rosee. «Questo tipo di pazienti» spiega Berardi, «avendo una malattia avanzata in più organi, hanno bisogno di un trattamento sistemico che possa colpire la malattia in ogni parte in cui è presente. Attualmente, anche nell'ambito di questo sottogruppo di pazienti più difficili, la ricerca ha fatto passi avanti e oggi abbiamo a disposizione terapie di nuova generazione come gli anticorpi farmaco-coniugati». Si tratta di farmaci che vengono agganciati ad anticorpi monoclonali e poi rilasciati in sede tumorale dove è proprio l'anticorpo a intercettare il bersaglio specifico, migliorando l'efficacia terapeutica.

Grazie a queste novità è stato possibile allungare la sopravvivenza e migliorare la qualità di vita di pazienti spesso travolte da sensazioni come incertezza del futuro, paura e smarrimento. Del resto, che la prospettiva sia cambiata è dimostrato anche dal fatto che il 13 ottobre si celebra la Giornata nazionale dedicata al tumore metastatico, segno che oggi si può convivere anche con una diagnosi così.

Secondo un'indagine condotta dall'osservatorio di Donne in Meta in collaborazione con Elma Research, su un campione di 110 pazienti con età media di 54 anni, dare qualità al proprio tempo diventa un obiet-

tivo diffuso in presenza del tumore (il 57 per cento dichiara di voler stare di più con le persone care, il 49 di cercare di fare solo cose di loro interesse), ostacolato però in molti casi dalla mancanza di servizi aggiuntivi a quelli strettamente terapeutici e dalla difficoltà di confronto con altre donne nella stessa condizione. «La prevenzione e la cura di sé non vanno mai trascurate, neppure quando c'è già stata una diagnosi o quando c'è familiarità. In ogni caso, bisogna continuare a sentirsi donne senza perdere il contatto con il proprio corpo e senza rinunciare a una quotidianità fatta di affetti e rapporti sociali», esorta Berardi che è anche coordinatrice scientifica di One Healthon, campagna nazionale che promuove una nuova cultura della prevenzione, del benessere e della salute.

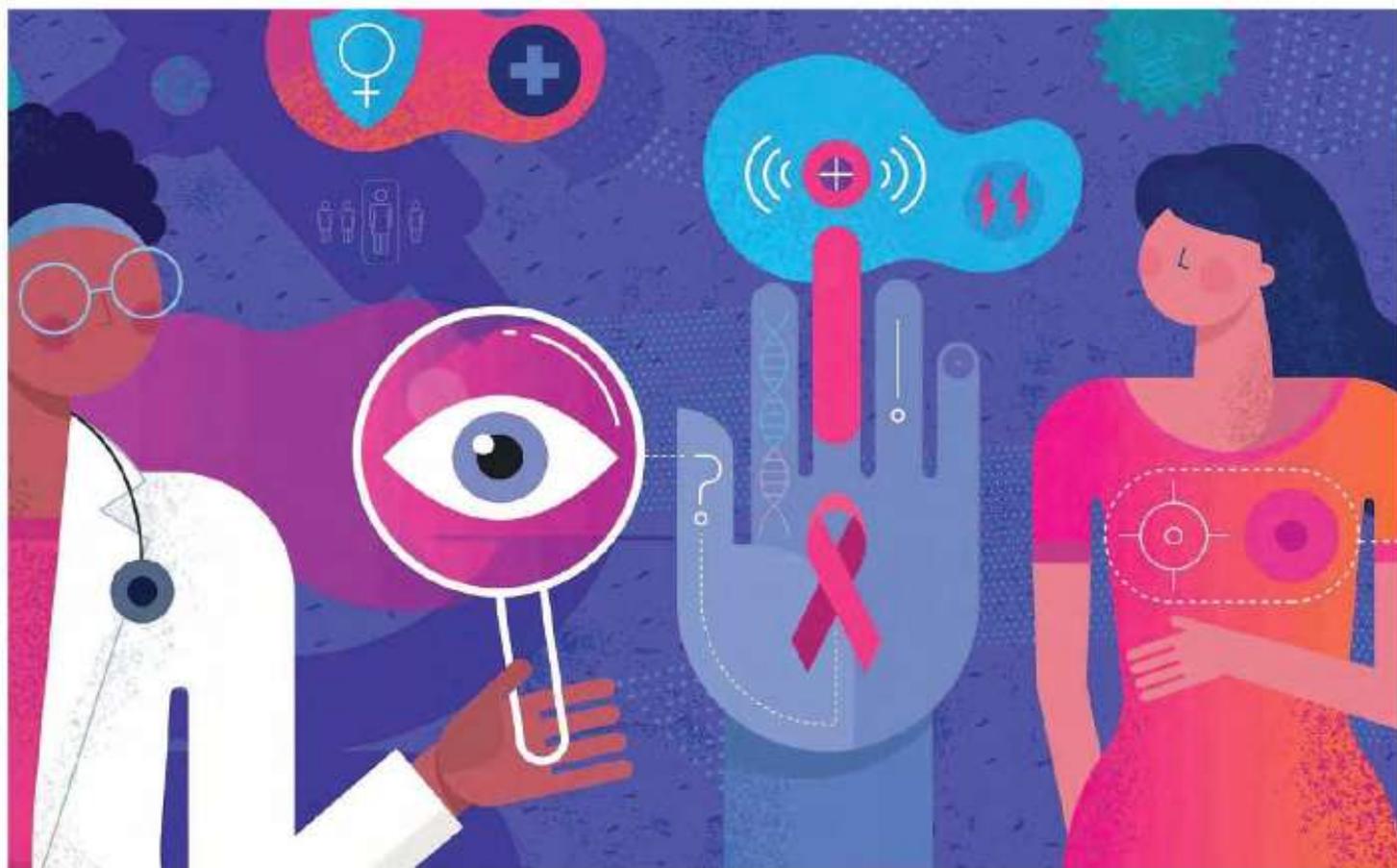
«Le donne devono prendersi cura di sé stesse in modo totale perché ci sono tante piccole sane abitudini che possiamo adottare per ridurre il rischio di tumore e preservare la salute del seno, a cominciare da quello che mangiamo, da quanto movimento facciamo e dalla salubrità dell'ambiente in cui viviamo». Tutti fattori di rischio modificabili. E non va tralasciata neppure la prevenzione secondaria: «È fondamentale che le donne si sottopongano regolarmen-



la Repubblica

te agli screening mammografici perché più che mai in questa patologia la diagnosi precoce fa la differenza», conclude Berardi.

Magari non dimenticando mai che, anche se dovesse arrivare una diagnosi di tumore, non per questo si perde la propria identità di compagne, madri, lavoratrici e amiche.



«INDUSTRIA FARMACEUTICA, FIORE ALL'OCCHIELLO DEL SUD»

Marcello Cattani, presidente nazionale di Farindustria: «Il Mezzogiorno è un decisivo polo dell'export, un ponte verso il mondo. Con livelli di produttività altissimi rispetto ad altri settori»

di Emanuele Imperiali

La filiera farmaceutica meridionale contribuisce al ruolo di leadership che ha l'Italia in Europa. Parola di Marcello Cattani, presidente nazionale di Farindustria. «L'andamento del settore al Sud è molto positivo, il 2022 è stato un anno eccezionale, grazie anche all'export per il Covid, e quest'anno prevediamo un buon anno pur se non a quei livelli. Il 17% delle unità produttive della farmaceutica è ubicato nel meridione, con circa 6.200 occupati diretti, pari al 9% del dato nazionale. E la dislocazione è prevalentemente concentrata tra Abruzzo, Campania, Molise, Puglia e Sicilia».

Presidente quanto contribuisce l'industria farmaceutica meridionale all'export del settore dei medicinali?

«È un decisivo polo dell'export, un ponte verso il mondo, perché dal Sud si esportano sia farmaci che intermedi semilavorati. Gli investimenti nella farmaceutica meridionale consentono il raggiungimento di livelli di produttività molto elevati, rispetto agli altri settori del manifatturiero: siamo a 320 contro 100. È davvero un fiore all'occhiello per il Mezzogiorno».

Quanto guadagnano mediamente al Sud gli addetti alla farmaceutica?

«Grazie alla produttività elevata, gli stipendi dei dipendenti sono molto più alti: fatta 100 la media, nel nostro comparto siamo a 191. Praticamente il doppio nei confronti del resto della manifattura meridionale. Senza considerare gli importanti risultati ottenuti nel welfare aziendale e nella contrattazione di secondo livello. Rappresentiamo un polo di lavoro di alta qualità ed elevata specializzazione».

E avete un significativo indotto nei ter-

ritori meridionali?

«Ogni 100 euro di produzione farmaceutica, ne attiviamo altri 42 nell'indotto sul territorio e attraverso i fornitori. Insomma, un valore aggiunto davvero significativo».

Nella farmaceutica sono richieste competenze elevate, anche al Sud. Organizzate corsi di formazione ad hoc?

«Per noi la formazione è centrale, per le sfide di oggi e di domani. La filiera farmaceutica non può prescindere dalla ricerca e dall'innovazione, se l'Italia vuole restare leader in quest'ambito. L'industria farmaceutica ha questa peculiarità, è ben distribuita da Nord a Sud e anche il Mezzogiorno rappresenta un'area chiave per il nostro successo».

Nella farmaceutica meridionale stanno subentrando molti investitori multinazionali, acquistando stabilimenti un tempo italiani. Merito anche delle Zes?

«Le Zes sono un fatto positivo, ma già prima il Sud appariva attrattivo verso l'estero per capitali e competenze italiane. L'intero Sistema, fatto di governo, Regioni e Industria, ha davanti la sfida di mantenere quest'attrattività nel momento in cui la competizione globale nel nostro settore si è completamente trasformata a valle del Covid. I paesi più avanzati hanno capito il valore strategico dei farmaci e dell'industria di settore, che resta il primo comparto per investimenti in innovazione, ricerca e sviluppo».

L'Europa e segnatamente l'Italia riescono a stare al passo con i tempi?

«Sì, ma a patto che il sistema delle regole evolva, perché gli Stati Uniti, la Cina, gli Emirati e Singapore stanno aumentando l'aggressività degli strumenti di attrazione degli investimenti nel farmaceutico. Durante il Covid abbiamo imparato che una guerra può giocarsi anche attorno alle filiere e alle forniture di farmaci».

Cosa sta facendo il governo Meloni su



L'ECONOMIA MEZZOGIORNO

questo versante?

«Stiamo lavorando bene col governo Meloni per coniugare, attraverso un tavolo con i ministri Urso e Schillaci, le politiche della salute con quelle di attrazione degli investimenti per darci più autonomia strategica lungo tutta la filiera farmaceutica. Noi abbiamo bisogno soprattutto di rapidità e di regole nuove».

Che tipo di regole, presidente?

«Costruire da zero uno stabilimento farmaceutico richiede 5 anni dalla posa del primo mattone alla inaugurazione, considerando anche le autorizzazioni. Un aspetto ancora critico è l'accesso ai farmaci.

L'Italia ha prodotto nel 2022 farmaci per un valore di 49,7 miliardi. Il 97% sono stati esportati. Scontiamo tempi ancora troppo lunghi dal momento in cui si deve approvare e rimborsare un nuovo farmaco».

Quanto lunghi?

«Mediamente 14 mesi, a cui in alcune Regioni se ne aggiungono altri 16. I cittadini si trovano così in una situazione di disparità verso la Germania e la Francia. La prima rende accessibili i farmaci entro due mesi dall'approvazione dell'Agenzia europea. E il tema dell'accesso è decisivo per chi viene a investire in Italia. La riforma dell'Aifa vuole andare proprio in questa direzione».

ne».

Come sta funzionando il sistema del rimborso dei farmaci da parte del Sistema Sanitario Nazionale?

«In merito alla valorizzazione dei farmaci rimborsati dal SSN il nostro Paese è all'ultimo posto nella media europea. È una logica perversa che ha portato negli ultimi 15 anni all'erosione del prezzo dei farmaci, certificato dalla Banca d'Italia e dall'Istat. Avere farmaci scarsamente valorizzati significa essere deboli. Se vogliamo essere più autonomi nella filiera, dobbiamo valorizzare di più almeno i farmaci ad ampia diffusione e salvavita».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ogni 100 euro di produzione, ne attiviamo altri 42 nell'indotto sul territorio e attraverso i fornitori. Un valore aggiunto davvero significativo



Farmaceutici e non solo le nuove sfide dell'healthcare

Le scelte dei gestori sui titoli e i settori migliori per cavalcare il trend dell'invecchiamento mondiale

Luigi dell'Olio

L'ultimo BlackRock Etp Landscape Report, relativo ad agosto, indica l'healthcare - insieme al tech - come il settore traino dei flussi in entrata per i fondi passivi a livello globale. Stesso periodo di analisi, ma sguardo alla sola Eurozona per Rize (emittente di Etf), che individua nell'healthcare innovation il settore emergente tra gli Etf tematici, con una raccolta di 45 milioni dopo i 3 milioni nei primi 7 mesi dell'anno. Dunque, c'è grande interesse verso il settore, che comprende tutte le attività riconducibili all'assistenza ai malati e della tutela della salute (anche complice la nuova variante Covid). Un perimetro molto vasto che comprende aziende con business più tradizionali e tendenzialmente stabili (come la gestione delle case di cura), e realtà innovative, proiettate sulle frontiere delle nuove scoperte scientifiche e tecnologiche.

«Il mondo sta invecchiando rapidamente, conseguenza dell'allungamento dell'aspettativa di vita e della forte riduzione nel tasso di natalità degli ultimi decenni», racconta Giulia Culot, senior fund manager di Sycomore Am (Generali Investments). Il quale indica come esempio lampante la Cina, che dopo decenni di crescita ininterrotta della popolazione, nel 2022 ha invertito il trend ed entro la fine di questo decennio entrerà a far parte delle cosiddette "super aged societies" in base alla definizione dell'Onu (più del 21% della popolazione oltre i 65 anni). Un'evoluzione che mette al centro il settore della salute. Considerate le difficoltà dei conti pubblici, spiega Culot, a beneficiare dei trend in atto saranno le aziende

che sviluppano soluzioni innovative e accelerano sulla prevenzione e sul contenimento della spesa degli Stati.

Passando ai singoli titoli, la fund manager di Sycomore mostra interesse per l'italiana Amplifon, una delle principali realtà a livello internazionale nella distribuzione di apparecchi acustici (12% di market share), in un mercato estremamente frammentato. «Amplifon beneficia di un network di oltre 9 mila punti vendita, grazie al quale distribuisce prodotti innovanti di aziende riconosciute nel settore. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che ci siano un miliardo e mezzo di persone che soffrono di un calo auditivo e Amplifon è un attore fondamentale della catena del valore», racconta Culot.

Fuori di Piazza Affari, l'esperta segnala Siemens Healthineers («una delle principali aziende nel settore della tecnologia medica e delle soluzioni diagnostico-terapeutiche, con il titolo che tratta a 20 volte gli utili attesi nei prossimi dodici mesi, ovvero nella parte bassa del range dalla quotazione in Borsa nel 2018, a dispetto di una posizione di leadership indiscussa nel mercato dell'imaging e della radioterapia») e Novo Nordisk, azienda farmaceutica danese specializzata nella lotta al diabete e alle malattie metaboliche, al centro delle cronache con il farmaco semaglutide, che funziona anche contro l'obesità.

Gianpaolo Nodari, amministratore



delegato di J. Lamarck, segnala le potenzialità di Biogen, colosso da dieci miliardi di fatturato quotato a Wall Street che a giugno ha ottenuto l'approvazione definitiva per un nuovo farmaco contro l'Alzheimer. Negli Usa Nodari punta anche su Gilead Sciences, «che negli ultimi anni ha speso circa 40 miliardi di dollari in acquisizioni (Kite Pharma, Forty Seven e Immunomedics) che le hanno permesso di registrare una consistente crescita del fatturato, portando in casa prodotti che hanno ancora potenziale di crescita». A Piazza Affari J.Lamarck vede spazi di rivalutazione per Cube Labs, quotata sul listino Euro-next Growth. «La strategia di investimento e l'esperienza del management

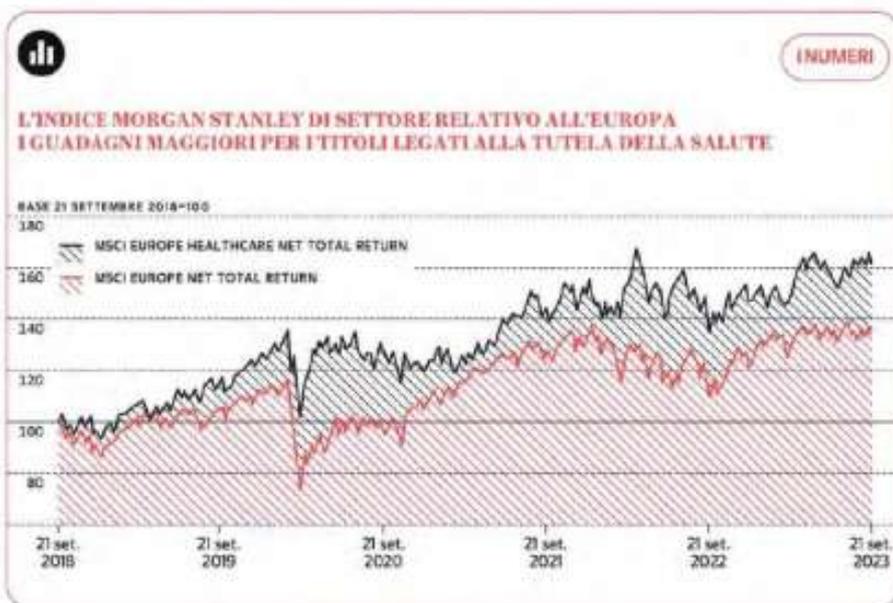
suggeriscono che potrebbe essere un partner potenzialmente vantaggioso per altri operatori», spiega Nodari.

Matt Jenkin, gestore del Bny Mellon Smart Cures Innovation Fund, sottolinea i temi chiave che si candidano a guidare lo sviluppo del mercato dell'healthcare nel prossimo decennio: le tecnologie genetiche (metodi scientifici utilizzati per comprendere e valutare i geni di un organismo), l'obesità, l'elettrofisiologia (lo studio del funzionamento dell'organismo dal punto di vista elettrico) e le value-based care (sanità basata sul rapporto tra il benessere reale delle persone e i costi). Quanto alla prima categoria, Bny Mellon guarda con interesse a BioMarin Pharmaceuticals, società

biotecnologica tecnologica focalizzata sulle malattie rare, «che ha da poco lanciato due farmaci dall'elevato potenziale, uno per le malattie che causano bassa statura, l'altro focalizzato sull'emofilia A». Quanto alla cura dell'obesità segnala la già citata Novo Nordisk ed Eli Lilly. Per l'elettrofisiologia, l'attenzione del gestore americano si concentra su uno dei principali produttori di dispositivi medici come Boston Scientific, mentre sulla frontiera della riduzione dei costi legati all'assistenza sanitaria segnala Evolent Health.



① Un'immagine della Borsa tedesca. Gestori di fondi comuni ed Etf tematici hanno registrato un interesse crescente per i settori legati alla tutela della salute



Nel 2022 il «pendolarismo» sanitario ci è costato 161 milioni

••• È arrivata la "resa dei conti" fra le Regioni italiane per i rimborsi delle prestazioni sanitarie rese ai residenti oltre i propri confini.

Un pendolarismo sanitario che vede il Lazio nella top-5 dei saldi passivi più alti: ammonta a 161 milioni di euro, infatti, la somma da restituire alle altre Regioni per degenze, operazioni chirurgiche, visite ed esami ai pazienti laziali in trasferta nel corso del 2022.

Tanta è la differenza fra i 356 milioni e 772 mila euro di crediti vantati dalle strutture sanitarie laziali per le prestazioni rese ai residenti nelle altre regio-

ni e i 518 milioni e 667 mila euro di debiti maturati nel resto d'Italia per le cure rese ai pazienti laziali.

Sono 14 le Regioni in debito, ma nelle prime 5 posizioni ce ne sono 4 del sud (Campania con -277 milioni, Calabria con -206 e Puglia con -177) e, al quinto posto, il Lazio. Che, già negli ultimi 10 anni, ha visto quasi raddoppiare il costo della mobilità passiva dei residenti laziali in fuga per la cura

negli ospedali delle altre Regioni. Alle quali, nell'arco del decennio, il Lazio ha dovuto rimborsare queste prestazioni extra-confini per complessi-

vi 2 miliardi e 195 milioni di euro. Passando dai saldi negativi di 118 milioni e 979 mila euro, registrati nel 2011, ai 230 milioni e 710 mila euro del 2020.

Nel 2021 la Regione Lazio si era confermata «con l'indice più alto di fuga dell'utenza verso altre realtà con un pesante saldo negativo del Lazio fra mobilità attiva e passiva, pari a -220 milioni di euro per il 2021», ha scritto la Corte dei Conti.

Con quasi i tre quarti di questi rimborsi finiti in 2 strutture extraterritoriali, fisicamente ubicate nel Lazio, ma appartenenti alla Città del Vaticano. Perché «la mobilità interregionale per ciascun anno include i

flussi connessi alla produzione dei servizi sanitari dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM)», spiegano i magistrati contabili.

ANT. SBR.

2.2

Miliardi

La cifra mostra spesa dal Lazio negli ultimi 10 anni per rimborsare le altre regioni

