



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**20 Settembre 2024**

**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

**quotidiano**sanità.it

## Pnrr. In Sicilia Schifani convoca vertice: “Occorre accelerare. Al via cabina di monitoraggio”

***Il governatore chiede il massimo impegno per portare a termine i progetti finanziati dal Pnrr "Missione 6 Salute" e annuncia la creazione di una struttura interna di monitoraggio per vigilare sul rispetto dei tempi di tutti i cronoprogrammi. Alla Regione sono stati assegnati 638 milioni di euro. “È una grande opportunità, non possiamo permetterci ritardi o indugi di nessun tipo”, ha detto il presidente della Regione.***



Accelerare tutte le procedure per portare a termine i progetti finanziati dal Pnrr "Missione 6 Salute" destinati all'ammodernamento del sistema sanitario regionale. Con questo obiettivo, il presidente della Regione Siciliana, **Renato Schifani**, ha convocato ieri a Palazzo d'Orleans un vertice al quale hanno partecipato l'assessore alla Salute **Giovanna Volo**, i dirigenti generali dei dipartimenti Pianificazione strategica e Attività sanitarie dell'assessorato, **Salvatore Iacolino** e **Salvatore Requirez**, il capo di gabinetto della Presidenza, **Salvatore Sammartano** e i dirigenti degli uffici competenti. **Alla Regione sono stati assegnati 638 milioni di euro** per 260 interventi infrastrutturali e 471 di innovazione e digitalizzazione del sistema sanitario regionale. Nel corso dell'incontro, è stata presentata una relazione dettagliata su ogni linea di investimento e sullo stato di avanzamento dei lavori degli interventi previsti. Alcuni target sono già stati raggiunti, così come previsto dalla tabella di marcia del ministero della Salute, in altri, si sono superati gli obiettivi assegnati grazie all'ottimizzazione delle spese, in altri ancora è necessaria allungare il passo per rispettare la scadenza del 2026. **In quest'ottica, il presidente della Regione ha deciso di creare una struttura interna di monitoraggio**, con sede a Palazzo d'Orleans, per vigilare rigorosamente sul rispetto dei tempi di tutti i cronoprogrammi. **“Ho chiesto a tutti i dipartimenti regionali coinvolti – dichiara Renato Schifani in una nota - uno sforzo ulteriore per superare ogni criticità e raggiungere gli obiettivi nei tempi previsti.**

La Missione Salute del Pnrr è una grande opportunità per migliorare il nostro sistema sanitario e l'assistenza territoriale, sia in termini di infrastrutture che di servizi e non possiamo permetterci ritardi o indugi di nessun tipo". "Nel ribadire la mia fiducia a tutti i soggetti competenti - aggiunge il presidente della Regione - ho chiesto il massimo impegno. Io sono al loro fianco, pronto a intervenire per rimuovere ogni ostacolo che potrebbe separarci dal raggiungimento dei nostri obiettivi. L'ho detto e lo ripeto: sono qui per dare una svolta alla Sicilia, anche in tema di sanità e non arretrerò di un millimetro fino a quando non vedrò un sistema più moderno, più efficiente e al servizio di ogni singolo siciliano. I tempi dell'immobilismo sono passati, questo è il momento di rimboccarsi le maniche e di pensare al bene comune».

#### **Scheda tecnica Regione Sicilia**

Tra le opere previste, c'è la realizzazione delle 50 Centrali operative territoriali, per un finanziamento di 8,5 milioni di euro, attualmente risultano collaudate e certificate il 92%. Il restante 8% degli interventi verrà completato entro fine settembre, termine entro il quale è prevista la piena funzionalità di tutte le strutture. Ha già raggiunto l'obiettivo di almeno il 75% delle risorse impiegate il progetto che prevede la Digitalizzazione di 29 Dipartimenti di emergenza e accettazione (Dea), per un totale di 73 interventi e un finanziamento complessivo di 140 milioni. Il completamento, secondo i target dettati dal ministero, è previsto entro il terzo trimestre del 2025. Altro risultato ottenuto, è quello relativo al tema delle Grandi apparecchiature. Quelle previste sono in tutto 298, con un budget di 115 milioni di euro. A oggi ne risultano già operative e funzionanti il 57% (169). Il restante 43% delle strumentazioni risulta ordinato o consegnato agli enti del Servizio sanitario e sarà progressivamente messo in funzione. Grazie a un'attenta gestione dei processi di approvvigionamento è stato possibile acquistare ulteriori 36 apparecchiature aggiuntive rispetto alle 262 inizialmente previste. Per quanto riguarda le Case della comunità, sui 155 interventi previsti e finanziati con 217 milioni di euro, risultano già avviati 44 cantieri. Entro la fine dell'anno partiranno i lavori per tutte le altre strutture. Con riferimento, infine, ai 43 ospedali di comunità previsti con una dotazione di 96 milioni di euro, 11 sono già in costruzione ed entro dicembre sarà dato il via anche agli 32. Sui dodici interventi previsti per rendere gli Ospedali più sicuri e sostenibili con un investimento di 61,6 milioni di euro, ne sono già partiti 4 e altri 6 saranno avviati entro qualche mese.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# LIVESICILIA

## “Non bastano nuovi poliambulatori, serve interconnessione tra i servizi”

20 SETTEMBRE 2024

GIARDINI NAXOS (MESSINA) – In Sicilia i cronoprogrammi e l'avanzamento dei lavori che dovrebbero rivoluzionare il sistema sanitario regionale puntano alla scadenza del 2026: in questa direzione sono in atto le procedure per portare a termine i progetti finanziati dal PNRR “Missione 6 Salute”. “Strutture edilizie e nuove apparecchiature non bastano da sole a cambiare lo stato delle cose – spiega **Pieremilio Vasta**, coordinatore della Rete Civica della Salute, che nelle nove province siciliane conta oltre 70mila cittadini informati – cioè la mancanza di reale continuità assistenziale nella presa in cura dei bisogni sanitari e la disconnessione tra prevenzione, assistenza primaria, specialistica, ospedaliera e riabilitativa del SSR che, seppur unitario, non è gestito e non opera come un sistema integrato di tutela della Salute”. “Occorre soprattutto la **rifunzionalizzazione operativa**, metodologica e valoriale di tutte le risorse umane che hanno insufficiente conoscenza del disegno riformatore, del cambiamento delle prassi che richiede, del coinvolgimento, fiducia e motivazione necessarie per fare un cambio di passo. Ugualmente nelle istituzioni regionali delle Politiche Sociali e degli Enti Locali, nelle imprese del mercato della salute e del welfare. Le vere criticità non sono strutturali bensì gestionali”. “L'attenzione dei vertici regionali dovrebbe comprendere – continua Vasta – l'attuazione delle nuove funzioni assistenziali che il PNRR assegna a Centrali Operative Territoriali, Ospedali e Case della Comunità, come chiarito nel “Documento di indirizzo” di Agenas, dove si precisa l'importanza delle “reti di servizi e reti sociali: le case della comunità come strumento per l'integrazione dei servizi e dei professionisti e per il protagonismo competente della comunità”. Altrettanta “attenzione – precisa Vasta – **manca finora sulle raccomandazioni di Agenas** per la co-progettazione con gli utenti nell'ambito delle Case della Comunità. La funzionalità delle 155 strutture

previste e finanziate con 217 milioni di euro, infatti, dovrebbe passare dalla concreta integrazione del servizio sanitario con quello sociale, con il fondamentale coinvolgimento nella cabina di monitoraggio (annunciata ieri dalla Regione Siciliana) dei Comuni e con il costante confronto con il Terzo Settore nella governance istituzionale. **“Solo con la co-progettazione** e la capacità delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti di lavorare in collaborazione e sinergia con pazienti, sarà possibile apportare un concreto miglioramento a beneficio degli utenti. Per questa ben più ampia consapevolezza dovrebbe intervenire il Presidente della Regione nei suoi poteri e responsabilità d’indirizzo politico”. **“La partecipazione sociale** – aggiunge Vasta – è una parte sostanziale del cambiamento culturale necessario al rafforzamento territoriale della tutela di salute. Non possiamo correre il rischio di non cogliere il senso del DM77 e ridurre le 155 Case della Comunità a poliambulatori a sportello, più o meno attrezzati, e le 50 Centrali Operative Territoriali a scatole vuote”.



**BIG BANG**

MARCO CATTANEO

## LA SCOMMESSA DEL TRAPIANTO DELL'OCCHIO

**I**l primo trapianto d'organo coronato da successo fu eseguito settant'anni fa, il 23 dicembre 1954, da Joseph Murray, che impiantò un rene di Ronald Herrick al suo gemello identico Richard, aggirando così il problema del rigetto. Per quel pionieristico intervento fu insignito del premio Nobel per la medicina, nel 1990. Da allora, grazie ai progressi della chirurgia e allo sviluppo di efficaci farmaci antirigetto, la storia dei trapianti ha riguardato molti organi, e in anni recenti anche tessuti complessi come la faccia. Mai prima d'ora, però, era riuscito un trapianto di faccia che comprendesse un globo oculare come quello descritto il 9 settembre sul *Journal of the American Medical Association*. Nel maggio 2023, con una maratona chirurgica durata 21 ore, l'équipe guidata da Daniel Ceradini al centro medico New York University Langone Health ha trapiantato ad Aaron James, vittima di un incidente sul lavoro, l'intero occhio sinistro, la cavità ossea intorno a esso, il naso, un pezzo di osso del mento e i relativi muscoli, nervi e vasi sanguigni. La complessità dell'intervento ha richiesto nuove procedure chirurgiche, per ottenere un risultato

senza precedenti.

Il paziente ha recuperato subito l'olfatto, che non aveva da due anni, ma non ha riacquisito la vista dall'occhio trapiantato, sebbene la retina risponda alla luce.

Questo, d'altra parte, non se lo aspettavano nemmeno i chirurghi, non c'erano prove che il nervo ottico del donatore potesse ricollegarsi al cervello di James. Il nervo ottico fa parte del sistema nervoso centrale, e ancora non si sa come rigenerarlo. Sarà questa la chiave per trapiantare un occhio funzionale e ottenere il ripristino della vista, ma non tutti concordano sul fatto che si potrà mai fare. Bisognerebbe saper rigenerare il cervello, o il midollo spinale. E per ora un simile progresso non è ancora alle porte.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**A New York** hanno trapiantato un intero occhio, ma ancora non si è ottenuto il recupero della vista





# Ultimissime sull'autismo

UNA RICERCA AUSTRALIANA SULLE DONNE IN GRAVIDANZA HA TROVATO UN COLLEGAMENTO TRA ALTI LIVELLI NEL SANGUE DI **BISFENOLO** (DELLA PLASTICA) E SVILUPPO DEL DISTURBO NEI FIGLI. MA CI SONO ANCHE ALTRE PISTE

di Alex Saragosa

**N**EL 2000 negli Usa era diagnosticato con autismo (il disturbo nello sviluppo cerebrale che porta a una vasta gamma di sintomi come problemi nei rapporti sociali e nel linguaggio) un bambino ogni 150; oggi siamo a 1 su 30. In Italia 1 su 77. E forse una delle ragioni di questo aumento l'ha individuata ora la neurologa Anne-Louise Ponsonby dell'università di Melbourne: l'inquinamento da plastiche e in particolare del loro comune additivo bisfenolo A (Bpa).

«Analizzando i dati biomedici di un vasto campione di madri e figli, abbiamo scoperto che quando a un alto livello di Bpa nel sangue durante la gravidanza si associa un basso livello di enzima aromatasi nei neonati maschi, si ha una possibilità di autismo a 11 anni sei volte maggiore che in figli di madri con poco Bpa», ha spiegato Ponsonby su *Nature Communications*. «Il Bpa ostacola l'azione dell'aromatasi nel cervello, riducendo la conversione del testosterone nei neuro-ormoni indispensabili per il suo corretto sviluppo. Un meccanismo confermato su topi».

La neuropsichiatra infantile Liliana Ruta, dell'Istituto per la ricerca e l'innovazione biomedica del Cnr, è prudente sulle conclusioni di quella ricerca. «Comprendere l'influenza dell'ambiente sullo sviluppo neurologico è importante, ma non si può generalizzare un legame diretto tra Bpa e autismo, anche perché la dimostrazione che anche negli esseri umani la causa

siano disfunzioni negli ormoni cerebrali non c'è ancora». Più importante per lei è invece quanto ha annunciato su *Science Advances* l'ingegnere Gustavo Rohde, dell'Università della Virginia. «È riuscito, analizzando con una nuova IA im-

magini in risonanza del cervello di 40 persone con autismo, a trovare collegamenti fra varianti genetiche sul cromosoma 11, legate al disturbo, e specifiche alterazioni nella corteccia cerebrale. Ciò ci avvicina a capire i rapporti fra genetica, struttura del cervello e manifestazioni cliniche dell'autismo». Lo studio è stato condotto su adulti, ma certo apre prospettive anche sui bambini. «Oggi otteniamo una diagnosi entro i due anni. Arrivarci prima permetterebbe di supportare lo sviluppo del bambino più efficacemente, migliorando la qualità di vita sua e della sua famiglia».

□



GETTY IMAGES



SCIENCE PHOTO LIBRARY



Dall'alto a destra, modello molecolare del **bisfenolo**, additivo della plastica e **Anne-Louise Ponsonby** dell'università di Melbourne



**INCHIESTA**

## Mancano i dati Promosse solo sei Regioni

**L**a fondazione Gimbe denuncia la forte carenza di dati sulle liste d'attesa in sanità: sono solamente sei le Regioni promosse. E davanti alla crisi degli ospedali, sempre più pazienti si rivolgono ai privati o rinunciano alle cure.

> GIULIO CAVALLI

A PAGINA 6

# Liste d'attesa nella Sanità Solo 6 regioni su 21 giocano a carte scoperte

Gimbe segnala una forte carenza di dati  
“Sintomo della crisi del Servizio sanitario

di GIULIO CAVALLI

**I**l labirinto delle liste d'attesa nella sanità italiana si fa sempre più intricato, come rivela l'ultimo rapporto della Fondazione Gimbe presentato oggi 19 settembre 2024 al Forum Mediterraneo in Sanità di Bari. L'analisi, che scruta la trasparenza dei siti web regionali e l'accessibilità dei portali di prenotazione, dipinge un quadro a tinte fosche del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Solo 6 regioni su 21 - Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Puglia, Umbria e Veneto - forniscono informazioni complete e trasparenti sui propri siti web riguardo i tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali. Queste (virtuose) offrono sia dati aggregati regionali che dettagli sulle singole aziende sanitarie, un livello di granularità essenziale per i cittadini in cerca di cure tempestive. La Puglia emerge come un faro solitario nel Sud Italia, unica a raggiungere questo standard di trasparenza in un'area geografica tradizionalmente in affanno sul fronte sanitario. Un dato che solleva interrogativi sulla disparità territoriale nell'accesso alle informazioni, riflesso di un divario più ampio nella qualità dei servizi offerti.

**POCA TRASPARENZA**

Il quadro si fa ancora più fosco

quando si scorre l'elenco delle regioni escluse dall'analisi. Basilicata, Campania e Lombardia non dispongono nemmeno di un portale unico con i dati del mo-

onitoraggio ex-ante, rimandando ai siti delle singole Aziende sanitarie in un gioco di rimbalzi che disorienta il cittadino. Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento e Sicilia si sono fermate al 31 dicembre 2023, come se il tempo si fosse cristallizzato, fornendo dati ormai obsoleti e potenzialmente fuorvianti.

L'analisi Gimbe ha valutato diversi parametri chiave: la visualizzazione dei dati (a livello regionale e/o per singole Aziende sanitarie), il numero di prestazioni monitorate, il tempo di attesa medio, la percentuale di rispetto dei tempi previsti per ciascuna classe di priorità, e la possibilità di confrontare le performance tra Aziende sanitarie. Criteri che, se soddisfatti, permetterebbero ai cittadini di navigare con consapevolezza nel mare magnum delle prestazioni sanitarie. Emergono differenze significative anche tra le regioni che offrono qualche forma di trasparenza. Calabria, Piemonte e Toscana riportano i dati solo per le singole Aziende sanitarie, senza fornire una visione d'insieme regionale. All'opposto, Marche e Sardegna presentano solo dati

aggregati regionali, oscurando le potenziali disparità tra le diverse strutture sanitarie locali. Le modalità di accesso ai portali di prenotazione costituiscono un altro capitolo di questa odissea digitale.

**L'ODISSEA DIGITALE**

Ben 11 regioni richiedono SPID o CIE, alzando una barriera tecnologica non indifferente per fasce significative della popolazione, specialmente anziani e soggetti meno digitalizzati. Cinque regioni optano per il binomio codice fiscale e tessera sanitaria, mentre Basilicata, Friuli Venezia Giulia e Provincia Autonoma di Trento, in un lampo di pragmatismo, consentono la consultazione dei tempi d'attesa senza necessità di autenticazione. Il Molise, in splendida solitudine, offre solo un'app per smartphone, come se tutti i cittadini fossero nativi digitali, ignorando le esigenze di chi non possiede o





non sa utilizzare dispositivi mobili. **Nino Cartabellotta**, presidente di Gimbe, non usa mezzi termini: i tempi d'attesa sono "il sintomo più grave ed evidente della crisi organizzativa e professionale del SSN". Un sintomo che si traduce in disagi concreti per i pazienti, peggioramento degli esiti di salute e aumento della spesa sanitaria privata. In altre parole, chi può paga, chi non può aspetta. O, peggio, rinuncia alle cure, con conseguenze potenzialmente devastanti sulla salute pubblica e sull'equità del sistema sanitario. Il recente Decreto Legge sulle liste d'attesa ha previsto l'istituzione di una Piattaforma Nazionale presso l'Agenas per monitorare in modo

rigoroso, analitico e uniforme i tempi di attesa in tutte le Regioni italiane. Un passo avanti sulla carta, ma Gimbe sottolinea come la sua realizzazione dipenda strettamente dall'eterogeneità e dalla trasparenza delle piattaforme regionali. In altre parole, se alla base i dati sono lacunosi o assenti, anche la piattaforma nazionale rischia di essere un guscio vuoto, incapace di offrire una visione realmente completa e comparativa della situazione a livello nazionale. L'obiettivo dichiarato dell'analisi Gimbe non è creare una "classifica" tra le Regioni, ma identificare le aree di miglioramento dei portali web regionali. Tuttavia, i numeri parlano chiaro e raccontano

di un'Italia a due velocità, dove la trasparenza sembra essere un concetto aleatorio, applicato in modo disomogeneo e spesso insufficiente. In questo scenario la trasparenza non è solo una questione di numeri e dati. È il presupposto fondamentale per un rapporto di fiducia tra cittadini e servizio sanitario. È la condizione sine qua non per garantire un accesso equo e informato alle cure, permettendo ai pazienti di fare scelte consapevoli e di esercitare il proprio diritto alla salute in modo effettivo.

## Il rapporto

Davanti alla crisi degli ospedali sempre più persone rinunciano alle cure o si rivolgono alle aziende private



Il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta (Foto A3)





Dir. Resp. Marco Girardo

## WELFARE

### Sulla sanità la tempesta si è fatta perfetta

WALTER RICCIARDI

Aumento dell'aspettativa di vita e malattie croniche: tempesta perfetta sulla sanità.

A pagina 19



WALTER RICCIARDI

**ANALISI** Virus stagionali e Covid attivo, con gli allarmi per nuove pandemie, esigono vigilanza e visione strategica. Che però stanno venendo meno

# Tra spesa inadeguata e medici in fuga tempesta perfetta sul Sistema sanitario

**A**ll'orizzonte si profila una tempesta perfetta, ma anche se il cambiamento climatico sta aumentando i rischi che essa si verifichi pure in ambito meteorologico quella di cui parliamo oggi è legata alla progressiva scomparsa del Servizio sanitario nazionale come lo abbiamo conosciuto e apprezzato negli ultimi 46 anni.

Le tempeste, prima di scatenarsi, sono annunciate da una serie di fenomeni che, adeguatamente considerati, consentono di evitare il naufragio. Ma quando i segnali vengono ignorati i fenomeni si sommano e l'effetto distruttivo diventa irrimediabile. In sanità le onde agitate dalla tempesta sono quelle della domanda e dell'offerta di servizi sanitari: cerchiamo di identificare quelle principali.

**N**egli ultimi vent'anni abbiamo assistito a due fenomeni contrapposti. Da un lato il sorprendente aumento dell'aspettativa di vita della popolazione (circa un anno in più ogni 4 anni) e dall'altro l'aumento della prevalenza delle malattie croniche che si sono diffuse in modo incrementale, raffigurandosi per alcune patologie (ad esempio il diabete) come vere e proprie epidemie. La diretta conseguenza di tali fenomeni è avere una popolazione più longeva, ma al tempo stesso più malata e bisognosa di cure.

L'Italia è con il Giappone il Paese "più vecchio" del mondo, in cui non solo gli anziani aumentano ma aumenta pure il loro peso sulla società, e questo in virtù del fatto che essi rappresentano una fetta sempre più grande della popolazione nazionale. Oggi in Italia metà della popolazione ha un'età superiore a 44,5 anni e, data la scarsa natalità, quando i numerosi quarantenni invecchieranno troveranno pochi giovani a sostenerli.

**D**al punto di vista dell'offerta, ciò che più di ogni altra cosa preoccupa, in particolar modo negli ultimi dieci anni, sono l'inadeguato finanziamento della spesa sanitaria (l'Italia è ultimo tra i Paesi del G7 e al di sotto della media Ocse) e l'aumento delle inefficienze. Tutto ciò rischia di far saltare il Servizio sanitario nazionale, determinando difficoltà sia nel breve periodo - a causa di una riduzione dei servizi di salute offerti alla popolazione (specie a quella meno garantita e con minori disponibilità per curarsi ricorrendo al privato) - sia nel lungo periodo, a causa di un aumento della spesa sanitaria determinato dall'effetto boomerang della riduzione degli investimenti in politiche di prevenzione e diagnosi precoce. Questo perché i risparmi obbligati di oggi, ottenuti secondo le logiche dei tagli lineari con misure quali il blocco delle assunzioni, il contenimento della spesa per farmaci, *medical device*, beni e servizi e per le prestazioni erogate da produttori privati accreditati (tetti), non sono in grado di distinguere il livello di appropriatezza o efficacia delle aziende, lasciando complessivamente immutata - al più leggermente ridotta - la geografia dei servizi, senza una visione strategica e di sviluppo in grado di guidare una vera trasformazione del Servizio sanitario nazionale.





Recentemente a questi problemi "strategici" se ne sono aggiunti alcuni contingenti destinati, se non gestiti adeguatamente, ad accelerare lo scatenamento della tempesta. Eccoli. **1.** La rimozione post pandemica, sia della popolazione sia delle autorità sanitarie: nonostante il rischio di pandemia persista, e in questo momento riguarda soprattutto l'influenza aviaria, l'attitudine generale è quella di ignorarlo. Le ultime campagne vaccinali sono state fallimentari, milioni di cittadini fragili per età e patologia non si sono vaccinati e risultano pertanto esposti a gravi rischi. La stagione invernale appena conclusa nell'emisfero australe ci preannuncia un periodo invernale critico che può portare fino a 20mila morti per influenza e Covid, ma la vigilanza e la consapevolezza delle autorità sanitarie nazionali appaiono esitanti sia nella promozione attiva della vaccinazione, sia nella capacità di informare l'opinione pubblica senza preconcetti ideologici. **2.** Il tracollo del personale sanitario: dopo la momentanea esaltazione degli "eroi" della pandemia, gli operatori sanitari si trovano oggi, demotivati, malpagati e delusi, tra due fuochi: quello dei cittadini che hanno ormai perso qualsiasi riverenza, e anzi riservano ai sanitari un trattamento sempre più indegno e violento, soprattutto nelle strutture per l'emergenza, e i politici, che li abbandonano in trincea senza armi.

Anche se le recenti proposte legislative sull'inasprimento delle pene per chi aggredisce i sanitari e il rafforzamento delle forze dell'ordine nei Pronto Soccorso sono certamente interventi positivi, il problema si risolverà solo finanziando e gestendo adeguatamente le strutture sanitarie, dando agli operatori gli strumenti finanziari, tecnologici, organizzativi e logistici per erogare prestazioni di qualità che soddisfino i bisogni della popolazione.

In mancanza di ciò continuerà l'esodo biblico dal Paese (negli ultimi vent'anni sono andati via 180mila tra medici e infermieri) e si consoliderà il fenomeno inquietante non solo della disaffezione nei confronti della professione, soprattutto di quella infermieristica, con i giovani che non si iscrivono ai corsi universitari e, addirittura, con centinaia di infermieri che dopo anni di formazione ed esperienza cambiano totalmente lavoro, disperdendo un enorme patrimonio professionale.

La qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori, quali la capacità di gestione, la razionalità dell'uso delle risorse disponibili, la capacità di governo dell'innovazione e di indirizzo dei comportamenti professionali degli operatori e, non ultima, della gestione del rischio. È il risultato di specifiche scelte di politica sanitaria che intervengono sugli assetti organizzativi e sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica e sulla capacità del sistema di documentare i risultati ottenuti. Naturalmente, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti passano anche dalla competenza del personale che, nell'epoca della sanità organizzata, non può fare a meno di apprendere, aggiornandosi continuamente, le migliori e più moderne soluzioni per gestire le complessità e l'aspettativa del cittadino/paziente.

Per questo, il sistema sanitario ha tutte le caratteristiche per essere considerato un sistema complesso: è aperto, è in relazione con il sistema sociale, politico, economico, è dinamico e adattativo, offre una vasta gamma di servizi e prestazioni ed esprime professionalità ad alta specializzazione. Proprio per

questo, una grande responsabilità della politica è quella di valorizzare il capitale umano in sanità e programmare i livelli di accesso alla formazione e al mondo del lavoro. Se questo non avviene si perde l'equilibrio all'interno del sistema e si disperdono risorse umane e finanziarie non più recuperabili. Attualmente nel nostro Paese vi è l'assenza di una visione e di una *governance* nel settore della programmazione delle risorse umane in medicina che, negli ultimi 15 anni, ha visto arrivare l'intero sistema sull'orlo della non sostenibilità a causa della perdita di equilibrio tra accesso alla formazione *pre lauream*, accesso alla formazione *post lauream* di area sanitaria (scuole di specializzazione e formazione specifica di medicina generale) e accesso al mondo del lavoro.

Si parla spesso di problema culturale per definire la situazione di un'Italia da troppo tempo ferma a un livello ben al di sotto delle proprie possibilità; un'Italia frenata da molteplici criticità riconducibili a un unico substrato culturale che fa sì che si possa parlare di colpe largamente diffuse a ogni livello. La catena della responsabilità funziona qualora il substrato della società di riferimento sia forte; perché sia forte una società deve essere formata da individui consapevoli; al contrario, una società è debole quando gli individui che la compongono non si curano del Bene comune né sono capaci di autodeterminare in modo responsabile la propria salute ed il proprio futuro. È ciò che sta succedendo in Italia con il Servizio sanitario nazionale e il nostro Paese corre il rischio di naufragare in una tempesta sociale e sanitaria che si aggiunge a quella economica e meteorologica.

Nel suo recente Rapporto sulla competitività dell'Unione Europea, Mario Draghi ha citato i sistemi sanitari europei come uno degli elementi di forza da cui partire per riconquistare centralità in un mondo che vede favoriti Stati Uniti e Cina, Paesi molto più avanti dal punto di vista dell'innovazione e delle tecnologie ma indeboliti dall'assenza di sistemi sanitari pubblici e in cui la sanità è una *commodity* e la tutela della salute non è un diritto acquisito.

Non sappiamo se i governi dei Paesi membri dell'Unione Europea seguiranno le indicazioni del nostro ex presidente del Consiglio, ma è certo che ove mai l'Italia perdesse la sua più grande opera pubblica dopo la Seconda guerra mondiale - il Servizio sanitario nazionale, che ha contribuito in modo decisivo allo sviluppo economico e sociale del Paese - si ritroverebbe avviata verso "Tagonia" citata da Draghi, travolta da una tempesta che dobbiamo assolutamente evitare.





Dir. Resp. Marco Girardo

## LA GIORNATA

### Alzheimer, malati verso i 2,3 milioni Chi li curerà?

PAOLO VIANA

Saranno 2,3 milioni i malati di Alzheimer entro il 2050; domani la XXXI giornata.

A pagina 10

# Alzheimer 2050: 2,3 milioni di malati Le Rsa rilanciano l'allarme delle rette

PAOLO VIANA

**S**e un anziano, ricoverato in una Rsa, scopre di essere malato di Alzheimer, quella parte di retta che viene pagata dalla sua famiglia dev'essere versata dal Servizio sanitario nazionale. La titolarità del contributo alberghiero di un malato di demenza può sembrare una questione di lana caprina di fronte alla tragedia dell'Alzheimer ed invece nella XXXI Giornata Mondiale diventa un caso e stride con gli sforzi che si fanno per assicurare un presente e un futuro migliore a un milione e mezzo di italiani. Tanti sono, secondo la Federazione Alzheimer Italia le persone con demenza nel nostro Paese. Sono destinate a diventare 2,3 milioni entro il 2050. Assisterli potrebbe avere costi proibitivi per la sanità pubblica, ma il paradosso è che i soldi non vengono neanche spesi. «Come intergruppo parlamentare sull'Alzheimer abbiamo lavorato lo scorso anno al rifinanziamento del fondo ad hoc sulle demenze, che ammonta a 34,9 milioni per il triennio 2024-2026» ha ricordato recentemente Beatrice Lorenzin (Pd). Il fondo ha il compito di finanziare le linee di azione previste dalle Regioni presenti nel Piano nazionale delle Demenze ma, come ha osservato Annarita Patriarca (Fi) «non tutte le re-

gioni hanno speso le risorse messe a disposizione». Questi sono problemi che potremmo definire di ordinaria burocrazia, mentre il contenzioso sulle rette rischia di aprire una voragine nei conti pubblici. Lo sanno perfettamente i gestori delle Rsa: a pochissime sono riconosciuti i nuclei Alzheimer, strutture dove il ricovero è finanziato dal Ssn. Le altre, normalmente, assistono persone per le quali viene pagata una retta suddivisa tra Regioni (per la parte medico-assistenziale) e familiari (per la parte che viene definita "alberghiera") e si ritrovano con ospiti che rivelano di esser malati di demenza in un secondo momento: da allora, la parte della retta a carico delle famiglie dovrebbe essere saldata dallo Stato, che ovviamente fa orecchie da mercante. Per questo Uneba, che rappresenta un migliaio di residenze sanitarie assistenziali, chiede chiarezza al governo e al Parlamento: il suo presidente, Franco Massi, parlerà di prestazioni necessarie e omogeneità di trattamento ai gruppi parlamentari. Uneba fa sapere a questo proposito che «ogni Regione ha le sue regole, diverse da quelle delle altre Regioni, sui requisiti delle strutture per anziani fragili, quanto personale ci deve lavorare, quanto paga la Regione per ciascun anziano accolto, quanto deve pagare ciascun ospite o chi lo rappresenta. Con un evidente aumento della complessità per chi ope-

ra nel settore. Le Rsa seguono la normativa regionale e non hanno nessun margine di decisione. Hanno, invece, la responsabilità dell'assistenza, come pure del proprio equilibrio economico. Non sono certo le strutture a scrivere leggi o sentenze per stabilire chi copre la spesa per l'accoglienza dei malati di Alzheimer. Uneba rifiuta però con decisione che i suoi enti vengano additati a responsabili o colpevoli dell'incertezza normativa o della mancanza di aiuti alle famiglie. Gli enti Uneba sono nati per dare assistenza alle persone fragili, e questa resta la loro stella polare».

Il caso rette spegne l'entusiasmo per ciò che riescono a fare invece i medici e gli scienziati, ma soprattutto - quotidianamente - i caregiver. Un impegno celebrato da numerose iniziative. A Brescia, il Comune ha sottoscritto un protocollo con l'Associazione Alzheimer Uniti







d'Italia e una serie di Fondazioni, tra cui l'Istituto di Ricerca a carattere scientifico Fatebenefratelli di Brescia, che è l'unico specializzato nelle demenze degli adulti. L'Irccs Fatebenefratelli è in prima linea nella ricerca su molecole e tecniche riabilitative (il centro per la memoria sta sperimentando le tecnologie più innovative) e ha denunciato gli ostacoli crescenti per questi malati e per coloro che le assistono: esclusione sociale e senso di abbandono che il caso delle rette può

solo acuire, confermati dalla Federazione Alzheimer Italia e Alzheimer's Disease International, che hanno appena lanciato un appello al Governo italiano affinché porti il tema della demenza al prossimo G7 Salute.

Sul fronte scientifico ogni anno vengono annunciate nuove scoperte, ma purtroppo ancora nulla di risolutivo. La prevenzione resta dunque centrale. «Obesità, alcol, fumo e sedentarietà sono tutti fattori di rischio per l'Alzheimer su cui si può agire» ha detto recentemente Alessandro Padovani,

presidente della Società Italiana di Neurologia. La prevenzione può ridurre del 40% il rischio e la mappatura è in corso. Lo fa lo studio ComfortAge, di cui l'Italia, con la Fondazione policlinico Gemelli, è leader della parte clinica.

## PIANETA SANITÀ

Domani la Giornata mondiale: nel nostro Paese il fondo ad hoc sulle demenze non è stato utilizzato da tutte le Regioni. Il ruolo dei caregiver e l'importanza della prevenzione

### Le previsioni sui pazienti e le spese da sostenere

1,5

milioni di persone con demenza in Italia, dei quali la maggior parte con malattia di Alzheimer. Saranno 2,3 milioni nel 2050

34,9

milioni di euro con i quali è stato rifinanziato il fondo ad hoc sulle demenze nel triennio 2024-2026

40%

la possibilità di ridurre il rischio di sviluppare una demenza con uno stile di vita sano, privo di alcol, obesità, fumo e sedentarietà

700

i Centri per i disturbi cognitivi e per le demenze (Cdcd) in Italia, sommando i 536 principali e i 164 distaccati

1.212

costo medio in euro al mese della malattia (varia da 50 a 5.900 euro), molto diverso se il paziente è a casa o in Rsa

Uneba ha chiesto chiarezza al governo: i costi a carico delle famiglie con persone nelle strutture sanitarie dovrebbero essere sostenuti dallo Stato



*Salute*

## Bronchiolite, stop farmaci al Sud. Poi la retromarcia

Niente farmaci gratuiti, nelle Regioni meridionali e nel Lazio, contro la bronchiolite, malattia che colpisce i neonati e può avere conseguenze gravissime. La circolare inviata mercoledì sera dal ministero della Salute ai dirigenti regionali della Sanità manda nel panico i pediatri che si stavano attrezzando per la campagna vaccinale. Il ministro Schillaci cerca un accordo con l'Aifa per rimediare, ma potrebbe essere tardi.

di Bocci, Carlucci e Spica • alle pagine 6 e 7

# Allarme bronchiolite il governo gela il Sud “No al vaccino gratis” Le Regioni in rivolta

Polemica sulla circolare  
che nega la possibilità  
ai bambini dei territori  
con i conti in rosso

di **Davide Carlucci, Bari**  
**Giusi Spica, Palermo**

Niente farmaci gratuiti, nelle Regioni meridionali e nel Lazio, contro la bronchiolite, malattia che colpisce i neonati e può avere conseguenze gravissime. La circolare inviata mercoledì sera dal ministero della Salute ai dirigenti regionali della sanità manda nel panico i pediatri che si stavano attrezzando per la campagna vaccinale, che in Italia dovrebbe coinvolgere poco meno di 400mila bambini fino al primo anno di età.

La motivazione? «Le Regioni in piano di rientro dal disavanzo sanitario (Lazio, Abruzzo, Molise, Cam-

pania, Calabria, Sicilia) non possono garantire la somministrazione dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab, classificato in fascia C da Aifa, in quanto trattasi di prestazione "extra Lea". Non rientrando cioè nelle prestazioni erogabili nei livelli essenziali di assistenza, il prezioso medicinale non può essere fornito dallo Stato alle Regioni che in passato hanno sfiorato. Le altre (tutte quelle del Centro-nord, escluso il Lazio, oltre alla Basilicata e alla Sardegna) invece potranno averlo, ma con i loro bilanci.

Esplode il caso: perfino il governatore siciliano Renato Schifani, di centrodestra, si dice «basito». Il pre-

sidente della federazione dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli, ricorda che per Costituzione «tutti i cittadini sono uguali davanti alla legge» e considera la nota un antipasto della devoluzione. Così come il consigliere pugliese Fabiano Amati, autore della prima legge regionale che impone la somministrazione del farmaco, minaccia di denunciare i dirigenti che non dovessero garantire la copertura. Insorge anche la comu-





nità accademica: «Se era un tentativo anticipato di autonomia differenziata, si è partiti molto male», tuona Claudio Costantino, docente di Igiene all'Università di Palermo.

E così lo stesso autore della nota, il direttore del dipartimento del farmaco Americo Cicchetti, si affretta a precisare, con un'altra comunicazione, che «in considerazione dei possibili profili di iniquità territoriale nell'accesso alle terapie», il ministero sta già interloquendo con l'Agenzia italiana del farmaco per «garantire un equo e tempestivo accesso per i pazienti su tutto il territorio nazionale». Si cercherà, spiegherà poi Maria Rosaria Campitello, capo dipartimento della prevenzione del ministero, di far diventare il monoclone di fascia A, alla portata di tutti. Ma la bronchiolite colpisce già in autunno e un provvedimento del genere richiede tempo: questo potrebbe rallentare la partenza della campagna vaccinale per un'infezione che ogni anno riempie le terapie intensive di bambini che, sia pure in casi rari, possono morire. «Le interloquazioni con Aifa siano condotte ra-

pidamente, per offrire protezione ai neonati fin dall'imminente stagione invernale», scrivono in un comunicato congiunto le sigle di medici di medicina generale, igienisti e pediatri. Il farmaco sarà disponibile in Italia dal 27 ottobre e potrà consentire, in prospettiva, anche un risparmio: una fiala costa 230 euro mentre un giorno di ricovero in Terapia intensiva neonatale ha un costo di 1.500.

Per Michele Emiliano, presidente della Regione Puglia, «è un'ingiustizia incostituzionale. Che differenza c'è tra i bambini delle Regioni che hanno una regolarità contabile e di quelle che non ce l'hanno?». Quanto ai piani di rientro – la Puglia ne sta uscendo ed è in regola con i Lea – sono «il frutto marcio del sottofinanziamento dei sistemi sanitari regionali» perché penalizzano «proprio i cittadini delle Regioni più in difficoltà». In Sicilia, come in Puglia, la campagna di somministrazione era pronta a partire dal primo novembre in tutti i punti nascita e nei centri vaccinali.

Schifani chiama il ministro della Salute, Orazio Schillaci: «Mi ha assi-

curato una marcia indietro nel giro di 24 ore». E così succede. Ma per Alessio D'Amato, consigliere regionale del Lazio, «il ministero è in stato confusionale: se le comunicazioni del massimo organo nazionale in materia di salute pubblica vengono fatte con questa sciattezza, non ci si deve meravigliare se l'Italia ha oggi una bassa copertura vaccinale». La Sicilia ha già acquistato le dosi necessarie: «Abbiamo ordinato 35mila fiale. Adesso ci viene negata la possibilità di utilizzarle», allarga le braccia Mario Palermo, dirigente del servizio prevenzione. E i pediatri siciliani insorgono: «È assurdo che un bambino nato a Palermo non possa avere il farmaco e uno nato a Milano sì».

**Emiliano, presidente della Puglia: "Scelta incostituzionale"**  
**Il siciliano Schifani "Sono basito". E in 24 ore il ministero della Salute corregge il tiro**

#### ▲ I governatori

Qui sopra, da sinistra: Renato Schifani (Forza Italia), 74 anni, presidente della Regione Sicilia, e Michele Emiliano (Pd), 65 anni, governatore della Puglia

#### I numeri

## 350mila

#### I bambini

L'anticorpo monoclonale che previene il virus sinciziale viene raccomandato per tutti i bambini che hanno meno di un anno di età

## 3,5%

#### I ricoverati

Sono i bambini contagiati che hanno bisogno di cure ospedaliere, per il 20% di loro è necessaria la terapia intensiva

## 230 euro

#### Il prezzo

È quanto pagato per una fiala di medicinale dalle Regioni che hanno deciso di passare il farmaco ai loro cittadini

## 90%

#### La protezione

L'esperienza di Paesi che hanno già usato il medicinale, come Germania, Spagna, Francia e Usa, suggerisce che dia un'alta protezione





*Il retroscena*

# E Schillaci fa dietrofront “Il farmaco sarà per tutti” Ma potrebbe essere tardi

di Michele Bocci

Non è stato un fulmine a ciel sereno. Da tempo le Regioni, nei tavoli tecnici, discutono dell'anticorpo monoclonale che previene il virus sinciziale. Era stato lo stesso ministero, mesi fa, a segnalare alle amministrazioni locali la disponibilità del nuovo farmaco, senza però dire come ci si doveva muovere, cosa che ha fatto lamentare più volte i tecnici. Martedì scorso, durante una riunione tra i responsabili del settore della Prevenzione delle Regioni e il ministero della Salute, è stato ribadito il problema delle realtà in piano di rientro. Infine si è mossa la politica, con le realtà del Sud infuriate, a partire dall'«amica» Sicilia, e a lungotevere Ripa è partito un cortocircuito.

Mercoledì una direzione, quella della Programmazione e del farmaco, ha scritto alle Regioni che il medicinale, essendo stato messo da Aifa in «fascia C», cioè a carico dei pazienti, deve appunto essere pagato dai cittadini delle realtà locali con i bilanci in rosso (prevalentemente al Sud). Nelle altre, le amministrazioni possono decidere di farsene carico.

Il giorno dopo, cioè ieri, un dipartimento ministeriale ha detto una cosa opposta, cioè che lavora per portare il medicinale in «fascia A», quella gratuita per tutti i cittadini. Tra l'altro con una premessa un po' comica. Ci si muove «in considerazione dell'aumentata incidenza del

virus nella popolazione». Ma la stagione del virus non è ancora iniziata, la crescita dei casi risale all'inverno scorso. È ben nota da mesi, si poteva intervenire molto prima.

Non è chiaro come mai Americo Cicchetti, il capo della Direzione farmaco, e Maria Rosaria Campitiello, la capo del Dipartimento di prevenzione, non si siano parlati prima di prendere due posizioni opposte (anche se poi Cicchetti ieri ha mandato una nuova circolare per allinearsi alla collega). Potevano da subito affrontare il problema insieme e presentarsi alle Regioni del Sud, giustamente molto arrabbiate, con una soluzione. Evidentemente la riorganizzazione del ministero con aumento degli incarichi di vertice voluta da Orazio Schillaci non ha prodotto semplificazione. Anzi. E ieri sera c'è stata una riunione tesa nelle stanze del capo di gabinetto del ministro.

Ma la vicenda del Beyfortus chiama in causa altri problemi di coordinamento. Moltissimi medicinali per la prevenzione delle malattie sono messi da Aifa in fascia C, ad esempio i vaccini. Però per i cittadini non sono a pagamento perché vengono inseriti nel Piano di prevenzione vaccinale. L'anticorpo, citato già in una circolare ministeriale di marzo, non è stato fatto entrare nel piano, come accaduto in altri Paesi (che hanno cambiato il nome in «Piano di immunizzazione»). Neanche ora che è partita la marcia indietro si pensa di usare quello strumento, ma si annuncia una richiesta all'Aifa.

Maria Rosaria Campitiello fa sape-

re che sono iniziate «interlocuzioni con Aifa affinché si proceda al trasferimento dell'anticorpo in fascia A». Campitiello assicura che la procedura può essere molto rapida. Questione di giorni, l'importante è chiamare l'azienda produttrice, Sanofi, e accordarsi sul prezzo. Ma non è detto che fili tutto liscio. Intanto, il farmaco è in fascia C perché il produttore non ha accettato di contrattare il prezzo, cosa necessaria per l'ingresso in fascia A. Non è detto che ora Sanofi sia disponibile ad accordarsi con l'agenzia. Inoltre la spesa farmaceutica sta già sfondando tutti i tetti e aggiungere un medicinale la farebbe aumentare ancora. Poi va valutata la presenza di altri prodotti meno costosi e simili sul mercato. Infine, c'è il tema dei tempi. Malgrado l'ottimismo del ministero, un cambio di fascia potrebbe richiedere settimane o mesi. Ma la campagna contro il virus sinciziale dovrebbe partire a ottobre.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“In corso trattative con Aifa”. La campagna per i piccoli dovrebbe partire a ottobre





## Materia oscura Antibiotici, una pericolosa resistenza

ANDREA CAPOCCI

**L**a resistenza agli antibiotici potrebbe diventare una delle prime cause di morte. Se nessuno la prenderà sul serio, le vittime dirette o indirette di batteri resistenti ai farmaci a livello mondiale passeranno dai cinque milioni del 2019 ai circa 10 milioni del 2050, superando la mortalità dei tumori e di molte malattie oggi più diffuse. La proiezione, frutto del lavoro di centinaia di esperti in tutto il mondo, è stata pubblicata lunedì sulla rivista *The Lancet* e si basa sulle tendenze osservate tra il 1990 e il 2021. Non è il primo allarme: il problema dell'antibiotico-resistenza è periodicamente sottolineato dalle autorità sanitarie internazionali ma riceve scarso ascolto. L'Italia è uno dei Paesi più indietro tra quelli avanzati: un terzo delle morti causate dai super-batteri in Europa si verifica da noi. Negli anni a venire, saranno però l'Asia e l'Africa a subirne maggiormente l'impatto.

Agli antibiotici dobbiamo gran parte dell'aumento dell'aspettativa di vita regi-

strato nei paesi sviluppati nell'ultimo secolo. Senza, ogni ferita o intervento chirurgico comporterebbe un rischio di infezione enorme. L'uso - e l'abuso - degli antibiotici ha però esercitato una pressione selettiva sui batteri e favorito lo sviluppo di nuovi ceppi resistenti. Non è una sorpresa perché così funziona l'evoluzione di tutte le specie, microbi compresi. Ma mentre i batteri hanno fatto passi avanti per resistere alle nuove molecole, non si può dire altrettanto per l'industria farmaceutica. Senza nuovi antibiotici, la salute mondiale rischia di fare un salto all'indietro di molti decenni.

Le strade per contrastare lo sviluppo di resistenza agli antibiotici sono due. La prima riguarda un uso più attento, che non sempre vengono prescritti in modo appropriato. Contrariamente alla prassi seguita da molti medici di famiglia, infezioni come diarrea, bronchite, sinusite, faringite e otite nella stragrande maggioranza dei casi sono di origine virale e non richiedono l'uso di antibiotici, che non hanno alcun effetto sui

virus. Durante la pandemia, molti medici di famiglia hanno prescritto l'azitromicina per combattere il coronavirus, nonostante sia inefficace e l'Oms da anni raccomandi di limitarne l'uso a causa dell'elevato potenziale di sviluppo di resistenza.

La seconda strada è lo sviluppo di antibiotici di nuova generazione. Gran parte dei farmaci attualmente utilizzati risalgono agli anni '50 e '60.

Oggi, secondo uno studio della fondazione britannica Wellcome, dei circa diecimila farmaci in corso di sperimentazione solo 62 sono antibiotici e appena 19 sono in uno stadio intermedio o avanzato.

Solo una piccola percentuale di questi supereranno tutte le fasi di test e arriveranno sul mercato. Peralto queste nuove molecole mirano a contrastare solo 8 delle 14 famiglie di antibiotici indicate come «prioritarie» dall'Oms. La ragione si chiama «profitto», vedi alla voce «mancanza di». Secondo un report della società di analisi *Boston Consulting Group*, lo sviluppo di un farmaco oncologico costa in media 640 milioni di dollari e garan-

tisce 1,7 miliardi annui di fatturato. Un antibiotico, al contrario, costa mediamente un miliardo di dollari e in un anno rende appena 46 milioni. Diversi Paesi stanno studiando meccanismi commerciali nuovi per incentivare lo sviluppo di antibiotici. La nuova legislazione europea sui farmaci, per esempio, ricompensa le aziende che sviluppano nuovi antibiotici con un diritto di monopolio rafforzato su altri farmaci. Ma molte associazioni e Ong criticano questo «scambio» che rischia di aumentare ancora il potere dei brevetti senza garantire l'arrivo di nuovi farmaci.

