

RASSEGNA STAMPA

3 Ottobre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

OGGI IL VIA LIBERA DELLA CONFERENZA STATO REGIONI

Maxi-piano Inail di edilizia sanitaria, un miliardo al nuovo Policlinico di Roma

ANDREA CAPOCCI

■ La Conferenza Stato Regioni dovrà dare oggi il via libera a un ambizioso piano di investimenti in edilizia sanitaria da parte dell'Inail. Se approvato, si tratta di ben 4,5 miliardi da distribuire alle Regioni per i progetti di costruzione di nuovi ospedali o di ristrutturazione di vecchie strutture. Quasi la metà, circa 1,8 miliardi di euro, sarà destinata al Lazio. Un miliardo servirà alla costruzione del nuovo policlinico «Umberto I» a Roma. Sul progetto però pesano diverse incertezze. Nell'area di Pietralata prevista per la realizzazione esiste già un altro ospedale pubblico, il «Sandro Pertini», e la coesistenza dei due ospedali andrà necessariamente razionalizzata. In più, lo stesso quadrante sembra destinato a ospitare il futuro stadio della As Roma, per il quale sono in corso i sondaggi archeologici e geognostici. I soldi dell'Inail finanzieran-

no anche la realizzazione di nuovi ospedali nelle province della regione, per lo più in sostituzione di strutture esistenti. Per il resto, quasi 900 milioni finiranno in Toscana, dove sarà finanziato un numero maggiore di interventi ma di taglia più piccola. A seguire, il Piemonte riceverà 600 milioni, 350 il Veneto, 300 la Liguria, quasi 200 ciascuna Emilia-Romagna, Umbria e Friuli-Venezia Giulia.

Il piano di investimenti Inail non menziona il progetto più discusso, quello che permetterà all'ospedale pediatrico «Bambino Gesù» di proprietà vaticana di occupare le aree dell'ospedale pubblico «Forlanini» - oggi non utilizzato - nel quartiere Gianicolense. A febbraio 2024 è stata firmata un'in-

tesa tra governo italiano e Santa Sede secondo cui il «Forlanini» sarà ceduto al Vaticano e l'Inail ne finanzia la ristrutturazione. Il tutto in un'area in cui

la Regione è costretta a affittare dalla Croce Rossa - di cui il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca è stato presi-

dente per oltre un decennio - le strutture che ospitano i servizi sanitari pubblici. L'intesa aveva scatenato le proteste dei cittadini, che da anni attendono una nuova destinazione possibilmente pubblica per l'ex-Forlanini e che non vorrebbero l'ennesimo regalo alla sanità privata - anzi, straniera - da parte della Regione Lazio.

L'Inail, come detto, ha un ruolo decisivo nell'operazione: dovrebbe investire oltre 400 milioni di euro nel rinnovo della struttura da consegnare all'ospedale pediatrico vaticano, che poi dovrebbe godere dell'extra-territorialità in base a un accordo diplomatico ancora da stipulare. L'operazione appare complessa ma, nonostante l'assenza dal piano dell'Inps, procede sottotraccia. A quanto risulta al manife-

sto, infatti, il nuovo direttore generale dell'Inail Marcello Fiori - berlusconiano doc, una decina di anni fa considerato il «delfino» del Cavaliere - è stato recentemente nominato nel «Comitato paritetico» che dovrà dare attuazione all'intesa tra governo e Vaticano sulla costruzione del nuovo Bambino Gesù nell'area ex-Forlanini.

**Il progetto sul
Bambino Gesù
all'ex Forlanini
va avanti,
ma sotto traccia**



Le professioni sanitarie sotto la lente della Camera

Verificare direttamente i numeri degli iscritti agli Ordini professionali, divisi per genere e per età, nonché le specifiche carenze di personale e acquisire elementi e spunti su come affrontare le carenze e le criticità che verranno riscontrati.

Sono questi gli obiettivi generali dell'indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie che è stata deliberata, mercoledì 25 settembre, nella Commissione Affari sociali della Camera dei deputati. Nello specifico l'indagine intende, alla luce di quelle che sono le esigenze della medicina del terzo millennio, rivedere i compiti e le caratteristiche delle diverse professioni sanitarie; affrontare il problema delle retribuzioni non commisurate al carico di lavoro e della carenza di personale del Servizio sanitario nazionale; esaminare anche il reato di esercizio abusivo della professione; migliorare, eventualmente, il percorso formativo o abilitante che, allo stato attuale, riguarda trenta professioni sanitarie per l'esercizio delle quali è obbligatoria l'iscrizione ai rispettivi Ordini professionali.

Al fine di svolgere i necessari approfondimenti i deputati, quindi, hanno deciso di avviare un ciclo di audizioni che coinvolgerà i rappresentanti: degli Ordini delle professioni sanitarie; della Conferenza delle regioni; di Agenas; delle organizzazioni sindacali confederali e di associazioni rappresentative delle professioni sanitarie; di esperti della materia come docenti universitari, operatori sanitari di settore oltre al Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute.

Inoltre verranno acquisiti documenti tecnici e verranno organizzate missioni presso le realtà territoriali di maggior interesse, per le quali il Presidente della Commissione si riserverà di chiedere di volta in volta la relativa autorizzazione al Presidente della Camera.

I lavori inizieranno nelle prossime settimane e si concluderanno, salvo eventuali proroghe, il prossimo 31 gennaio 2025.

Pasquale Quaranta

— © Riproduzione riservata — ■



 Il commento

Il welfare e la visione che mancano

di **Sergio Harari**

Anziani, malati cronici, non autosufficienti costituiscono un esercito invisibile, che cresce ogni giorno. Una realtà che passa sotto silenzio, fino a quando non impatta in modo drammatico sulla vita della singola famiglia. Un aggravamento repentino o il manifestarsi a una certa età di qualche «fisiologico» problema di salute rompono l'equilibrio di una vita e mandano in frantumi un contesto sociale. Non esistono reti di sostegno, non ci sono paracadute: ci si ritrova soli con il proprio dramma. Non è più il tempo in cui gli ospedali possano accogliere

indefinitamente malati che non necessitano di cure per un fatto acuto, mentre le residenze per anziani hanno posti limitati con costi non banali e l'assistenza a domicilio è in pratica inesistente. Il confine tra non autosufficienza e malattia ha un limite molto sfumato, come lo è anche quello con la cronicità, ma è proprio in questa opacità che si apre tutto il vuoto assistenziale. Laddove c'è una esigenza di salute legata a malattie croniche invalidanti le persone hanno diritto a essere curate dal nostro Servizio sanitario ma, sebbene la legge reciti questo, la realtà è ben diversa. E caricare oggi sul Ssn anche tutti i problemi di questo universo, oltre che essere inappropriato, sancirebbe il suo crollo definitivo. Ma dove finisce

il sanitario e dove inizia il sociale e chi deve occuparsi di cosa? Anche questo resta un tema indefinito che ingenera vuoti istituzionali che ricadono integralmente sulle famiglie. Di questo si occupa il sondaggio online promosso da *Corriere* e dall'Associazione Peripato (su peripato.org). Un Paese con le nostre proiezioni demografiche ed epidemiologiche non può continuare a voltarsi dall'altra parte. E le famiglie devono capire che bisogna affrontare la realtà prima che un problema acuto faccia all'improvviso precipitare la situazione; sono troppi i grandi anziani che vivono soli, senza assistenza e senza possibilità di far fronte domani a una malattia. L'integrazione dei servizi socio-sanitari, del Ssn con il welfare sociale,

l'assistenza sul territorio, le nuove possibilità offerte da tecnologia, domotica e architettura, possono permettere di progettare un futuro migliore e diverso per questa comunità di cui tutti facciamo in qualche modo parte, ma bisogna volerlo pensare. © RIPRODUZIONE RISERVATA



I DIRITTI

**Mollicone: ero in coma
oggi dico sì al fine vita**

FEDERICO CAPURSO

«Ricordo le nostre battaglie sui casi Englaro e Welby. Ma siamo sempre rimasti della stessa idea: la sacralità della vita è un principio non negoziabile che condivido ancora; ma dal giorno in cui ho avuto un malore qualcosa è cambiato», dice il deputato di FdI, Federico Mollicone. - PAGINA 18

L'INTERVISTA

Federico Mollicone

“Fine vita, dopo il coma ho cambiato idea Nei casi limite l'eutanasia è un'opzione”

Il deputato di FdI: “Serve dialogo con chi chiede una legge. Questa non è una battaglia ideologica. Per FdI la vita è sacra e io resto allineato al mio partito, ma il Parlamento ora decida per il bene di tutti”

FEDERICO CAPURSO
ROMA

Un enorme arazzo preso in prestito dai depositi degli Uffizi, raffigurante “Noè ubriaco”, è appeso dietro la scrivania del presidente della commissione Cultura alla Camera, Federico Mollicone. «L'ho scelto per la mia passione per il vino», scherza. Indica poi un paio di quadri secenteschi di battaglie campali, avuti dal museo di Capodimonte e, sopra il divano chesterfield, una piccola tela intitolata “La parsimonia”, «perché chi si siede su quel divano solitamente lo fa per chiedere soldi». Piccoli scampoli di bellezza e di potere. Tra i fondatori di Fratelli d'Italia, e prima ancora in Alleanza nazionale, nel Movimento sociale, nel Fronte della gioventù. Una vita a destra, spesso all'opposizione. «Mio padre, Nazzareno, era dirigente dell'Msi, ma non ho iniziato a fare politica solo per

tradizione familiare. A 14 anni diedi una mano a Massimo Milani, ora anche lui deputato di FdI, nel corso di una manifestazione sotto la sede della Provincia di Roma dove protestavamo perché si erano rotti i bagni del liceo. Era il 1984 e da lì in poi continuai a dare una mano».

In quell'anno arrivò in Parlamento la prima proposta di legge sull'eutanasia. Se lo ricorda?

«Ricordo le nostre battaglie quando il dibattito pubblico si accendeva intorno ai casi di Eluana Englaro o Piergiorgio Welby, qualche anno più tardi. Ma siamo sempre rimasti della stessa idea: la sacralità della vita è un principio non negoziabile».

Lo condivide?

«Lo condivido ancora, ma dal giorno in cui ho avuto un malore qualcosa è cambiato».

In Aula alla Camera, il 18 gennaio del 2022.

«Eravamo ancora all'opposi-

zione. Una giornata faticosa, tanto che alle 21,30 sedevamo ancora in Aula. Avevo appena finito il mio intervento quando sono collassato. Sene accorsero Fabio Rampelli e Davide Galantino. Avevo degli spasmi respiratori. Mi portarono in codice rosso al Gemelli, dove arrivai in pre coma».

Cosa aveva avuto?

«La chiamano sindrome vagale. Un termine che i medici usano in quel 5% di casi in cui non sanno qual è la causa del male. Decisero, per sicurezza, di stabilizzarmi in coma farmacologico. In quelle ore, però, restai



LA STAMPA

sempre cosciente».
Cosciente?

«Perfettamente lucido. Ascoltavo e capivo tutto quel che succedeva intorno a me, ma ero paralizzato. Non potevo muovere neppure gli occhi. Ero diventato un oggetto dotato di coscienza. Mi sentii completamente impotente. Ero disperato».

Il primo pensiero?

«Se sono condannato a restare in queste condizioni, meglio che qualcuno stacchi la spina». Non volevo diventare un peso, restare attaccato a una macchina. Ma non sapevo di essere stato messo in coma farmacologico, temevo che la cosa non fosse reversibile».

Invece il giorno dopo i medici l'hanno risvegliata.

«Sono stati bravi e io ho reagito in modo positivo. Mi sono chiesto, però, se ciò che avevo vissuto in quella terribile notte potesse essere considerata vita. Ora capisco che, in certi casi limite, l'eutanasia possa essere un'opzione».

Il suo partito, Fratelli d'Italia, ha altre idee.

«Razionalmente rimango assolutamente convinto della posizione di Fdi: la vita è sacra.

Quando fai un percorso comunitario in un partito, l'aspetto personale devi metterlo da parte».

Lei è cattolico?

«Sì».

Praticante?

«Sì. E da credente faccio affidamento sulla possibilità dei risvegli dal coma e sull'intervento della divina provvidenza».

La divina provvidenza può far poco per chi, ad esempio, è all'ultimo stadio di una grave tetraplegia.

«È diverso. Lei si riferisce a malati che possono ancora comunicare, anche se non ritengono dignitosa quel tipo di vita, per il dolore e la mancanza di controllo delle proprie funzioni vitali. Io parlo invece di chi entra in coma e resta in uno stato vegetativo. È su questi casi limite che è cambiata la mia sensibilità».

In che modo?

«Ho capito che devo ascoltare le ragioni di chi è dall'altra parte e chiede una legge sul fine vita. Facilito il dialogo, anche con associazioni come la Luca Coscioni».

È iscritto all'associazione Coscioni?

«No, perché non approvo il

suo approccio. Ma assumerò una posizione dialogante con tutti, anche con Marco Cappato».

Cosa gli direbbe?

«Ascolterei. Prima pensavo che su questo tema ci fosse una strumentalizzazione politica, ideologica, oggi invece capisco il dolore di chi vive quella situazione e di chi gli sta attorno».

Ne ha parlato all'interno del partito?

«Ne parlai con Francesco Lollobrigida, che a quel tempo era capogruppo alla Camera. Gli dissi che avevo qualche dubbio e raccontai la disperazione che avevo provato».

Cosa le rispose?

«Fu comprensivo».

Se arrivasse in Aula una legge sul fine vita?

«Seguirei le indicazioni del mio partito».

Fdi è rimasto l'unica forza di maggioranza a non concedere la libertà di coscienza ai suoi parlamentari.

«Perché noi cerchiamo di dare ai nostri elettori un punto di riferimento, di coerenza».

La Corte costituzionale ha aperto, di fatto, al suicidio assistito.

«Noi abbiamo sempre contestato quella sentenza. Per noi la vita va tutelata con ogni mezzo possibile».

Ma è d'accordo sulla necessità di una legge?

«Certo, auspico che si faccia chiarezza dopo un confronto anche aspro in Parlamento. Lasciare tutto così com'è danneggia sia una parte che l'altra. E adesso capisco che non tutto ciò che viene proposto dall'altra parte è ideologico, e che anche lì possono esserci motivazioni reali, concrete».

Prova empatia?

«Molto forte. È come se ora parlassi una lingua che prima non parlavo».

Il malore nel 2022

Mi dissi: "Se sono condannato a restare così, meglio che qualcuno stacchi la spina"

La reazione:
Sono cattolico e credo nella provvidenza ma ascolto le idee di chi è dall'altra parte

Il caso Svizzera e il fine vita in Europa

Italia



L'eutanasia in Italia è illegale. Un malato può rifiutare le terapie o interromperle previa sedazione profonda. Grazie alla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale si può richiedere il suicidio medicalmente assistito (indicato anche come "aiuto indiretto a morire") soltanto se la persona è tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale ed è affetta da patologie irreversibili, fonti di sofferenze psico-fisiche, ma pienamente capace di prendere decisioni.

Tutte condizioni, queste, che devono essere verificate dal personale specializzato di una struttura pubblica del sistema sanitario nazionale. —

di PRODUZIONE PIZZOLI & PIZZOLI

Francia



In Francia è vietato l'accanimento terapeutico. Con la legge Leonetti del 2005 ha introdotto il concetto di diritto al «lasciar morire», la cosiddetta eutanasia passiva, che autorizza i medici a somministrare cure palliative per alleviare il dolore del malato.

Soltanto lo scorso aprile, il presidente Macron ha presentato una proposta di legge che consente ai pazienti affetti da gravi e incurabili malattie di richiedere farmaci per il fine vita. Nel 2019 fece discutere il caso di Vincent Lambert, il tetraplegico in stato vegetativo a cui i medici, dopo una battaglia legale, decisero di sospendere le cure. —

di PRODUZIONE PIZZOLI & PIZZOLI

Germania



L'eutanasia è proibita dalla legge tedesca. La somministrazione di un'iniezione letale è punita come «uccisione a richiesta». Invece, l'eutanasia passiva, come la rinuncia a misure che prolungano la vita del paziente malato, è possibile soltanto nel caso dell'esistenza di una precisa dichiarazione d'intenti da parte del soggetto interessato.

In questa pronuncia, infatti, si ammette la possibilità che l'eutanasia passiva possa essere portata avanti con l'aiuto di terzi. In questo modo si afferma il principio che «l'autodeterminazione alla fine della propria vita rientra nell'area della personalità umana». —

di PRODUZIONE PIZZOLI & PIZZOLI

Svizzera



In Svizzera è prevista sia l'eutanasia attiva indiretta (cioè l'assunzione di sostanze i cui effetti secondari possono ridurre la durata della vita), sia quella passiva (vale a dire l'interruzione dei dispositivi di cura e di mantenimento in vita), sia il suicidio assistito. Farmaci mortali possono essere prescritti anche ai cittadini stranieri, purché il paziente abbia un ruolo attivo nella stessa somministrazione.

Quest'ultima pratica fu quella scelta sette anni fa da Fabiano Antoniani, conosciuto anche come dj Fabo, che fu accompagnato in una clinica elvetica da Marco Cappato. —

di PRODUZIONE PIZZOLI & PIZZOLI



DAL "CORTILE DEI GENTILI" UNA RIFLESSIONE A PIÙ VOCI SUL SUICIDIO ASSISTITO

«Massimi etici condivisibili»: sul fine vita punto di incontro laici-cattolici

CARLA COLLICELLI

Lo suicidio medicalmente assistito (Sma) è senza dubbio una delle realtà più complesse da affrontare, sia a livello etico che nella vita reale e nella pratica clinica, qualsiasi siano i riferimenti valoriali e le convinzioni etiche di partenza. E la complessità è andata aumentando nel tempo mano a mano che terapie e tecnologie mediche sempre più avanzate hanno permesso di mantenere in vita pazienti in passato destinati a morire molto rapidamente e ad accompagnare con cure palliative e contro il dolore le fasi più avanzate di molte patologie.

Non meraviglia quindi che non si sia ancora riusciti a varare una norma completa, che stabilisca criteri di autorizzazione e modalità attuative concrete e definite, e che si sia fermi a livello normativo alla legge n. 219/2017, che regola il consenso informato e le disposizioni di trattamento, e alla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, che identifica i criteri di non punibilità dell'assistenza al suicidio medicalizzato, ribaditi nella recentissima ulteriore sentenza della Corte n. 135/2024 dello scorso luglio. Disposizioni normative importanti, ma che non definiscono i criteri cui attenersi nei casi nei quali si ponga la necessità di autorizzare lo Sma nel rispetto dei principi costituzionali.

Nell'ambito della sua attività di confronto e dialogo tra cattolici e laici sui temi di maggiore rilevanza sociale ed etica, il Cortile dei Gentili ha varato ora un documento dal titolo *Dialogo sul suicidio medicalmente assistito*, con l'obiettivo di indicare una strada di necessaria regolamentazione nazionale lungo il «crinale tagliente» - come lo ha definito il cardinal Ravasi nella presentazione al Senato - tra due

posizioni apparentemente inconciliabili, quella della tutela della vita a tutti i costi e quella del rispetto della sofferenza estrema e della autodeterminazione della persona. Sulla base dei vari contributi contenuti nel documento a firma dei componenti della Consulta scientifica del Cortile dei Gentili, il capitolo introduttivo (curato da Cinzia Caporale e Laura Pallazzani) offre due contributi di rilievo, il primo relativo ai «massimi etici condivisibili», vale a dire i punti di incontro a livello etico tra le varie posizioni, da porre alla base delle decisioni di etica pubblica; e il secondo relativo alle proposte di regolamentazione, controllo e pratica clinica. Per quanto riguarda i principi bioetici su cui la Consulta nel suo insieme ha trovato un accordo, i principali sono i seguenti: il rispetto del diritto universale alle cure, a qualsiasi latitudine, in qualsiasi fase della malattia e con tutti i mezzi possibili; il rifiuto dell'accanimento terapeutico, come età stabilito dalla legge 219; il rifiuto dell'eutanasia, da tenere ben distinta dal suicidio medicalmente assistito; la prudenza rispetto ai rischi di un «pendio scivoloso» verso una svalutazione della vita, e in particolare delle cosiddette «vite non degne»; la considerazione dei rischi insiti nell'attuale situazione di «staticità normativa». Per ciò che attiene alle proposte di regolamentazione, il documento del Cortile riprende e amplia i criteri autorizzativi già prefigurati dalla sentenza della Corte, soffermandosi in particolare sui seguenti: irreversibilità della patologia, ingravescenza della perdita di autonomia funzionale, complessità clinica assistenziale e limitate aspettative di vita, ovvero «quell'insieme di elementi che determinano una condizione nella quale la malattia diventa l'esistenza stessa del pa-

ziente, il suo unico orizzonte»; sofferenza insopportabile, refrattaria e non lenibile; competenza e capacità autonoma di decisione del paziente, rilevata dal curante con l'aggiunta del parere di uno specialista terzo; dipendenza da trattamenti di sostegno vitale invasivi e onerosi per la vita del paziente e per la sofferenza indotta. A ciò si aggiunge che il Cortile non ritiene in questa fase di prevedere tra i criteri di autorizzazione quello della malattia psichica, se con in presenza degli altri criteri.

Sul piano delle procedure il documento propone il superamento urgente per via normativa dei Comitati etici territoriali come soggetti della valutazione e l'istituzione di Comitati per l'etica clinica, con la partecipazione di esperti clinici e bioeticisti. Si richiede inoltre il rafforzamento dell'impegno nelle cure palliative, nell'ascolto del malato e della sua famiglia e nel sostegno psicologico, e si condivide l'opzione dell'introduzione di una clausola di coscienza per gli operatori coinvolti. Infine si «sollecita un maggiore impegno nella ricerca scientifica e biomedica, attinente al fine vita, e nella formazione degli operatori».

Presentando il documento, Giuliano Amato, presidente del Cortile e della sua Consulta scientifica, ha posto l'accento sul ruolo fondamentale del terzo settore e del mondo del volontariato e dell'associazionismo nel sostenere i malati, le loro famiglie e gli operatori nel difficile processo di accompagnamento nella fase del fine vita, un accompagnamento di cui ci sarà comunque ancora bisogno dopo la definizione necessaria delle norme.

La Consulta scientifica definisce alcuni principi per un'intesa in vista di regole capaci di aggregare consensi



Il volume «Dialogo sul suicidio medicalmente assistito» si può scaricare su tinyurl.com/22ptw4c6 (Edizioni Cnr, 125 pagine)



Dengue, altri focolai. "Calano, ma c'è allerta" Rezza: "I rischi crescono se l'estate si allunga"

Il ministero della Salute e l'Istituto superiore di Sanità (Iss) rassicurano sui focolai di Dengue, malattia tropicale che si deve a un virus trasmesso dalla zanzara tigre. In genere dà solo febbre, cefalea e dolori articolari, raramente evolve in forme più severe. Il problema principale è a Fano (Pesaro), con 102 casi registrati dalle autorità sanitarie marchigiane e dieci sospetti, ma solo 22 confermati dall'Iss. L'ultimo però sarebbe del 25 settembre. "Situazione sotto controllo. L'incidenza, dopo due picchi registrati il 6 e il 14 settembre, risulterebbe in diminuzione", ha detto ieri Francesco Vaia, direttore della Prevenzione alla Salute. C'è però un possibile focolaio con almeno tre casi a Ortona (Chieti), sempre sulla costa adriatica ma oltre 200 chilometri più a Sud. "Bisogna evitare allarmi, ma i medici di famiglia devono essere allertati e richiedere il test in casi sospetti", ha detto Anna Teresa Palamara, direttore delle Malattie infettive all'Iss.

Il punto, ribadiscono tutti, è disinfestare, evitare il proliferare della zanzara tigre. Alla Salute sottolineano anche che "la Regione deve fare il *contact tracing*", cioè testare i contatti stretti dei contagiati. Poi c'è il problema dei kit anti-dengue. Costano 15 euro e il Pd che nelle Marche è all'opposizione chiede di distribuirli gratis, mentre il virologo Roberto Burioni ci crede poco: "Pepe della Tasma-

nia, olio di avocado, camomilla e calendula nell'inutile kit dopo puntura. Nel repellente, oli essenziali di lavanda e menta. E il principio attivo repellente quale sarebbe?".

"Da almeno due anni la Dengue si manifesta con frequenza in Europa: in Italia, in Francia, in Spagna o in Croazia. Quello di Fano è forse il focolaio più importante", spiega Gianni Rezza, epidemiologo esperto di malattie infettive già che ai tempi del Covid passò dall'Iss alla direzione della Prevenzione alla Salute. Tra il 2007 e il 2017, Rezza studiò i primi focolai in Europa di Chikungunya, altra malattia virale tropicale importata pubblicò i risultati su *Lancet*. "Sono frutto del turismo, della globalizzazione, del trasporto veloce - spiega ancora Rezza - Anche la zanzara tigre arrivò in Europa dalla Georgia (Ussr) nei copertoni dei Tir, dove c'erano piccoli residui d'acqua in cui poteva riprodursi". La Dengue preoccupa? "La stagione calda volge al termine, non dovrebbe espandersi troppo. Ma se le stagioni estive dovessero allungarsi, in futuro potrebbe crescere il rischio di epidemie su vasta scala".

ALESSANDRO MANTOVANI

DA FANO A ORTONA



Fondazioni, governo diviso e riordino congelato

Innovazione. Il progetto Mef per mettere gli enti attivi nella ricerca sotto il coordinamento dell'Iit di Genova esce dalla versione finale del Psb. I dubbi del ministero dell'Università

**Eugenio Bruno
Carminio Fotina**

Con un po' di enfasi chi lo ha proposto lo definisce il piano per il Fraunhofer italiano. In realtà il progetto governativo per riorganizzare le fondazioni di ricerca del settore pubblico avrebbe di certo un respiro più corto, se davvero andasse in porto. E non si può che parlarne al condizionale, visto che le divergenze tra i ministeri fondatori e vigilanti hanno congelato o quantomeno rinviato il riordino, un'operazione che dovrebbe porre sotto un'unica regia, per ridefinire le "mission" ed evitare le duplicazioni, una serie di Fondazioni da cui passano un fiume di risorse pubbliche e una rete di progetti per il trasferimento tecnologico in partnership con i privati.

Tra fondi assegnati negli anni scorsi e non spesi e fondi potenzialmente disponibili per nuovi progetti, il rischio può rimettere in gioco la gestione di oltre 1-1,5 miliardi di euro e gradualmente innescare un ricambio di oltre 60 poltrone tra componenti dei consigli di amministrazione e revisori. Per ora potrebbero essere della partita Enea Tech Biomedical (biomedicale e in parte altri settori, come l'agritech), Biotecnopolo di Siena (biotecnologie e scienze della vita), Human Technopole (salute, genomica, alimentazione e scienza dei dati), Ugo Bordoni (Irc), Tecnopolo Mediterraneo (transizione green), e le più recenti Chips-IT (microelettronica) e AI4Industry (intelligenza artificiale con focus su auto e spazio).

Le grandi manovre sono iniziate da tempo. Il ministro delle Imprese e del made in Italy (Mimit), Adolfo Urso, aveva anticipato quasi un anno fa l'idea di intervenire nell'ambito di un disegno di legge sulle tecnologie emergenti. E il Mimit ci ha lavorato a lungo, soprattutto in tandem con il ministero dell'Economia a cui piacerebbe riunire le fondazioni attive sulla ricerca e le tecnologie sotto il coordinamento (non solo strategico, ma anche amministrativo) dell'Istituto Italiano di Tecnologia (Iit) di Genova. Al ministero dell'Università e della Ricerca però qualche tassello dello schema non deve essere sembrato proprio condivisibile, viste le obiezioni tecniche sollevate negli ultimi mesi con richiesta di correttivi.

I contrasti, o quanto meno le diversità di vedute, sarebbero proseguiti anche nella stesura del Piano strutturale di bilancio approvato al Consiglio dei ministri il 27 settembre. Fino a poche ore prima della riunione, in una delle ultime bozze del documento, nel capitolo sul miglioramento dell'ambiente imprenditoriale, il riassetto era stato messo nero su bianco: «Un ulteriore contributo può essere apportato da interventi tesi a rafforzare e dare maggiore organicità al sistema delle fondazioni di ricerca istituite dal settore pubblico per promuovere ricerca scientifica e tecnologica, prevedendo un ruolo di coordinamento strategico e amministrativo da parte dell'Istituto Italiano di Tecnologia». Passaggio poi espunto nella versione finale pubblicata dal ministero dell'Economia.

Chiamato in causa il Mur - che in-

sieme ad altri dicasteri è tra le amministrazioni vigilanti di alcune delle fondazioni citate - tende a ridimensionare la vicenda. Pur condividendo la necessità di sistematizzare gli interventi a supporto della ricerca industriale, del trasferimento tecnologico e della capacità di previsione strategica sulle tendenze scientifiche e tecnologiche, se possibile ottimizzando l'utilizzo delle risorse pubbliche e degli investimenti privati, e l'idea di connettere le attività svolte da alcuni enti di recente istituzione, monitorandone progetti e obiettivi strategici, il dicastero guidato da Anna Maria Bernini pone un paio di paletti. Da un lato, chiede di prestare la dovuta attenzione al tema del coordinamento tra ministeri vigilanti per evitare il rischio che, anziché semplificare, il nuovo assetto finisca per irrigidire le procedure. E, dall'altro, di tenere conto dei diversi ambiti della ricerca coinvolti perché non tutti (e non sempre) sono sovrapponibili.

**Anche il Mimit
in campo
per rivedere
i compiti sul
trasferimento
tecnologico.
Partita
da oltre
1-1,5 miliardi
e 60 poltrone
in gioco**



VERSO LA MANOVRA

La spesa farmaceutica sale ancora
Governo pronto ad alzare i tetti

Marzio Bartoloni — a pag. 24

Farmaci, la spesa continua a correre il Governo pronto ad alzare i tetti

Verso la manovra

Dopo il boom del 2023
nei primi due mesi del 2024
i costi sono già a 4 miliardi

Le risorse a disposizione
potrebbero salire al 15,8%
del Fondo sanitario

Marzio Bartoloni

Far salire di mezzo punto - che vale circa 700 milioni - la quota delle risorse messe a disposizione per la spesa farmaceutica targata Servizio sanitario nazionale raggiungendo il 15,8% del Fondo sanitario nazionale contro l'attuale soglia che assorbe il 15,3% dell'intera torta del Ssn che nel 2024 ha raggiunto i 134 miliardi. Questo l'intervento che il ministero della Salute sta studiando in vista della manovra di bilancio - attesa entro il prossimo 20 ottobre - per provare a tamponare una spesa farmaceutica che corre senza sosta e rischia di mettere sempre più in crisi i conti della Sanità già in grandissima difficoltà. «Credo che la vera sfida sia quella di continuare a mantenere la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e offrire le nuove terapie a tutti. Ma le nuove terapie costano», ha ricordato nei giorni scorsi il ministro della Salute Orazio Schillaci.

Secondo l'Agenzia italiana del farmaco (l'Aifa) già nel 2023 la spesa farmaceutica è volata a 21,766 miliardi con una crescita del 6% spinta soprattutto dalla richiesta di cure di una popolazione che vive sempre di più - la mortalità per le grandi patologie è crollata del 40% negli ultimi 20 anni - anche grazie a farmaci innovativi

sempre più efficaci, ma anche sempre più costosi. Una corsa che non sembra rallentare più visto che sempre l'Aifa ha appena certificato che nei primi due mesi del 2024 la spesa in farmaci ha già raggiunto i 4,093 miliardi, 710 milioni più del tetto complessivo attuale (il 15,30%), con il rischio di chiudere a fine anno alla cifra record di 24 miliardi (il 18,5% del Fondo sanitario). «È auspicabile che di fronte a una società che invecchia sempre di più e di fronte a una innovazione che bussa così forte sia aumentato il fondo destinato alla farmaceutica», spiega il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato.

Il trend di crescita spaventa anche le Regioni che proprio nei giorni scorsi hanno scritto ad Aifa, Mef e ministero della Salute per segnalare le «proiezioni preoccupanti» della spesa del 2024 e per chiedere anche un calcolo dell'impatto del primo trasferimento di alcuni farmaci dalla distribuzione diretta (quella ospedaliera) alla convenzionata (in farmacia). Il tetto del 15,3% che dovrebbe essere portato al 15,8% con la manovra racchiude infatti in sé due tetti della spesa farmaceutica: quello appunto dell'ospedaliera (oggi calcolato all'8,3% del Fondo sanitario) e quello delle farmacie (6,8%) a cui si aggiunge uno 0,2% dei gas medicinali. Il primo tetto è sempre in deficit - nel 2023 la spesa

ha sfiorato di oltre 3 miliardi - e il secondo invece è sempre in avanzo (circa 900 milioni sempre nel 2023). L'effetto dello sfondamento del primo tetto tra l'altro fa schizzare anche la "tassa" occulta del payback, il pesante obolo che sono costrette a pagare di tasca propria le aziende farmaceutiche ogni volta che si supera il tetto di spesa previsto. Solo per il 2023, ad esempio, le imprese del farmaco dovranno sborsare 1,64 miliardi.

Per questo un rialzo dei tetti vuol dire ossigeno anche per le aziende che dovrebbero vedere abbassarsi questo ripiano dello sforamento che per metà è a carico loro (l'altra metà alle Regioni). Ma come sarà declinato questo 0,45-0,50% in più a disposizione della spesa farmaceutica? Come già avvenuto in passato il rialzo dovrebbe riguardare soprattutto il primo tetto, quello dell'ospedaliera



che è da sempre in affanno. Mentre di fronte all'avanzo di fondi dell'altro tetto il ministero della Salute già dall'anno scorso ha cominciato a spostare alcuni medicinali dall'ospedale alla farmacia, anche per rendere più facile l'accesso delle terapie ai cittadini che potranno trovarle più facilmente sotto casa (si è cominciato con alcuni anti diabetici). Il primo travaso di questi farmaci ha spostato circa 130 milioni da un tetto all'altro e già entro il prossimo 30 marzo Alfa e ministero della Salute dovrebbero aggiungere nuovi farmaci da trasferire in farmacia (per un importo simile). Un passaggio su cui le Regioni chiedono di far luce all'Agenzia del

farmaco, anche perché gli avanzi del secondo tetto (quello legato alle terapie vendute in farmacia) finiscono nelle casse regionali.

«Premesso che larga parte dello sfondamento di spesa è determinato da farmaci essenziali, tengo a precisare che l'Alfa si impegna nel contenimento della spesa predisponendo ripiani a carico delle aziende da 1,5 miliardi l'anno che richiedono procedimenti complessi», avverte il presidente di Alfa, Robert Nisticò. «Negli ultimi sei mesi sono state portate a termine 342 rinegoziazioni di prezzo e solo negli ultimi due Cda autorizzati nuovi generici per un risparmio di circa 200 milioni», continua

Nisticò. Che sottolinea come «il governo della spesa passa anche per il territorio, predisponendo percorsi di cura e controlli efficaci sulle prescrizioni. Perché il prezzo da pagare per l'inappropriatezza cresce di pari passo con quello dei sempre più costosi farmaci innovativi».

di GIUSEPPE DI GIACCA



In aumento. È in crescita la spesa per l'acquisto dei farmaci



L'INTERVENTO ALLO STUDIO

Bronchiolite, vaccino verso la gratuità

Dopo il clamore delle settimane scorse per lo stop in alcune regioni al "vaccino" gratuito contro la bronchiolite il ministero della Salute è pronto a correre ai ripari con il suo inserimento nel calendario nazionale delle immunizzazioni a fianco ai vaccini già raccomandati. In un primo momento si era pensato anche al passaggio dell'anticorpo monoclonale Nirsevimab - un farmaco "vaccino" che riduce i ricoveri del 90% in caso di bronchiolite provocata dal virus respiratorio sinciziale - nella fascia dei medicinali gratuiti. Ma la strada imboccata più facile sarà quella di inserire sia l'anticorpo sia

altri due vaccini disponibili sul mercato tra quelli "raccomandati" per i bimbi tra i zero e i due anni e su cui le Regioni potranno fare le gare per l'acquisto. In questi giorni il Ministero sta individuando le risorse necessarie per alcune decine di milioni.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Girardo

Resistenza agli antibiotici Più informazioni ai cittadini

Le infezioni resistenti batteriche resistenti agli antibiotici si stima saranno la causa di 39 milioni di decessi nel mondo nei prossimi 25 anni. Ma già oggi, ha detto Francesco Vaia, direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute, provocano 11 mila decessi l'anno in Italia. Un tema che sarà anche discusso al prossimo G7 della Salute in programma ad Ancona dal 9 all'11 ottobre. Promuovere la ricerca e l'utilizzo mirato di nuovi antibiotici per contrastarle è importante tanto

quanto sensibilizzare i cittadini su come ridurre i rischi. Questo l'obiettivo di un progetto che vede riunite 40 associazioni di pazienti nel contrasto della resistenza agli antibiotici, in collaborazione con la Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica di Roma, che ha avviato un percorso di formazione partecipata dedicato a loro. «Alcuni antibiotici definiti "di riserva"

(efficaci ma ultima spiaggia contro alcuni batteri, ndr), dovrebbero entrare nel Fondo Farmaci innovativi per garantire un accesso rapido in caso di necessità» ha detto Francesco Saverio Mennini, capo dipartimento della Programmazione del ministero: «Potrebbe essere proposto in sede di discussione della legge di Bilancio».



Fibrosi cistica: nei geni la speranza di una cura

In attesa di nuove terapie (quelle attuali sono inefficaci in un caso su tre), sono fondamentali il sostegno alla ricerca e gli screening prenatali

Fino a qualche anno fa la fibrosi cistica era una malattia solamente pediatrica, tanto poca era l'aspettativa di vita, mentre oggi le prospettive sono ben diverse: **molte persone possono convivere con questa condizione anche in età adulta, grazie alla ricerca e ai nuovi trattamenti.** «Con lo screening neonatale, la maggior parte delle bambine e dei bambini con fibrosi cistica viene individuata precocemente, quindi trattata in centri specializzati», spiega Carlo Castellani, direttore scientifico della Fondazione per la Ricerca sulla fibrosi cistica (Ffc Ricerca) e responsabile del Centro fibrosi cistica dell'Istituto Gaslini di Genova. «È disponibile anche un test genetico che permette di identificare la maggior parte dei portatori».

La fibrosi cistica è una malattia genetica senza – per ora – una cura risolutiva: chi nasce con questa patologia presenta due copie mutate (una da ciascun genitore) del gene responsabile della sintesi di una proteina, denominata CFTR, coinvolta nel funzionamento di diversi organi.

Dal controllo dei livelli di infiammazione all'attenzione agli aspetti psicologici, la gestione di questa malattia è complessa e molto articolata, con molti specialisti

si», continua Castellani.

Le terapie a disposizione, che permettono di recuperare in parte il funzionamento della proteina CFTR, non sono in grado di aiutare tutti i pazienti: in Italia circa un malato di fibrosi cistica su tre, infatti, non ne può beneficiare, perché queste cure sarebbero del tutto inefficaci. Proprio su questo aspetto, oltre alla ricerca di bersagli terapeutici alternativi, si sta focalizzando l'impegno scientifico. «Finanziare progetti per fare avanzare la ricerca, supportando la carriera dei ricercatori che si occupano di questa alterazione genetica, è essenziale per migliorare la gestione della malattia», specifica il direttore scientifico. «Attraverso borse di studio, intitolate al pioniere della ricerca italiana sul tema Gianni Mastella, vengono finanziati progetti per approfondire la conoscenza dei meccanismi della patologia e individuare nuove terapie, utili soprattutto a ridurre l'infiammazione delle vie aeree». La Giornata mondiale della fibrosi cistica, l'8 settembre, è ogni anno l'occasione per sensibilizzare la collettività su una malattia che nel nostro Paese colpi-

sce circa 6 mila persone e su cui c'è ancora tanto da fare, sia a livello di ricerca sia di comunicazione. «Una persona su trenta è portatrice sana di fibrosi cistica, quindi può avere un figlio con questa patologia, ma in pochi sanno che è possibile effettuare dei test genetici prenatali per identificare, nella maggior parte dei casi, questo fattore di rischio», specifica Castellani. «Spiegare nel dettaglio in che cosa consiste questo esame, informando correttamente le persone, è decisivo per valorizzare i progressi scientifici che sono stati compiuti».

Sul fronte clinico si sta investendo anche nella terapia genica, un approccio di cura nuovo e diverso, molto complesso e con numerose sfide da superare. L'obiettivo ultimo è riuscire a inserire dell'opportuno materiale genetico nelle cellule che hanno l'alterazione, così da permettere una regolare formazione della proteina CFTR.

Oltre a risolvere il problema a monte, la terapia genica ha le potenzialità per curare efficacemente anche quella percentuale consistente di malati su cui le terapie odierne non hanno effetto.



Gianluca Dotti
giornalista
scientifico



CARLO CASTELLANI
64 ANNI,
GENETISTA

76 **EC** 40/2024

coinvolti. «La malattia si manifesta a diversi livelli, ma la maggior parte dei danni è alle vie aeree: le secrezioni e l'infiammazione nei bronchi e nei polmoni determinano i sintomi più gravi e spesso sono anche le principali responsabili dei deces-

