



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

28 Ottobre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

UNA STORIA COMMOVENTE (E A LIETO FINE)

Intervento su entrambi gli occhi Il neonato salvato dalla cecità

Il piccolo, affetto da una malattia rarissima, ha 40 giorni ed era destinato a una vita "al buio". Scongiurata grazie all'intervento in 3D, primo del genere al mondo, alle Molinette di Torino

LUCA PUCCINI

■ Si potrebbe dire che abbia del miracolo, però è un'altra cosa. È scienza. È ricerca applicata. È quella medicina innovativa, a metà tra la sala operatoria e l'aula di informatica, che ci assolve da tutti i mali perché ci salva (letteralmente) la pelle: e sì, rende possibili interventi (mai successi prima, in nessun luogo del mondo) che fino all'altro ieri sembravano pura utopia. Un bimbo di appena quaranta giorni che rischia la cecità totale. Un gruppo di medici che non si dà per vinto. Un'operazione, delicatissima, eseguita attraverso la visualizzazione in 3d: e quel lieto fine che sembra un prodigio, sembra quasi magia, portento; invece è la caparbia della chirurgia che lo salva dal "buio" regalandogli la possibilità più colorata di tutte. Quella di vedere come tutti gli altri.

Torino. L'ospedale delle Molinette della Città della Salute. Reparto di Oculistica. Sorridono tutti, il giorno dopo. Sorride il professore Michele Reibaldi con il suo aiuto Matteo Scaramuzzi, loro hanno eseguito materialmente l'intervento; sorride il collega Roberto Balagna che dirige l'équipe di Anestesia e rianimazione assieme alla sua omologa (per il polo pediatrico infantile Regina Margherita) Simona Quaglia; ma soprattutto sorride lui, quel fagottino nato a metà settembre che non si sarà accorto di nulla e che, però, per lui davvero, è cambiata ogni cosa.

Aveva una cataratta congenita associata a una rarissima e grave patologia dalla parte posteriore dell'occhio, questo piccolissimo che in al-

tri tempi sarebbe (purtroppo) stato destinato a non vedere più nulla. In

poche parole lo sviluppo anatomico dei suoi occhietti era incompleto: un problema che lì per lì, subito dopo la sala parto, non si era manifestato, ma che in appena qualche giorno aveva cominciato a notarsi con un anomalo riflesso bianco in corrispondenza della pupilla (cioè quella che i dottori chiamano una "leucocoria").

Che cosa significasse, quel microscopico "lampo" che in Neonatologia non si sono fatti scappare, loro, i camici bianchi, lo sapevano benissimo. E per fortuna. Perché solo così (la medicina è avanguardia, certo, ma è anche tempismo: e se c'è una lezione che ci ha impartito il Covid è esattamente questa) sono stati in grado di intervenire. Non una passeggiata, semmai una corsa studiata ma contro il tempo: perché era tutto questione di di, nei primi giorni di vita del bimbo non si poteva far nulla perché il paziente era troppo piccolo, non si poteva tuttavia nemmeno aspettare molto, oltre le sei o le sette settimane, perché allora l'opacità nei suoi occhi sarebbe stata totale e la cecità assoluta (e persino irreversibile: che vuol dire che un'operazione da adulto era fuori discussione).

È stato, quello di questo bambino per cui continuiamo a fare il tifo, il primo caso al mondo di "vitrectomia bilaterale associata alla chirurgia per la cataratta congenita su un neonato" (ché basterebbe questo ma c'è di più, perché il tutto è stato seguito con un sistema di visualizzazione in 3d - le mani sul bisturi e gli occhi a uno schermo - che permette a chi opera una percezione della profondità molto più accurata ri-

spetto ai tradizionali microscopi).

Ora, terminata con successo l'operazione, il piccolo sarà sottoposto a un rigoroso monitoraggio post-operatorio che dovrà valutare la risposta dei suoi occhi alla chirurgia in modo da garantirgli il recupero visivo migliore possibile nelle sue condizioni. «La tempestività dell'intervento e la competenza degli specialisti di tutti gli ospedali della Città della Salute», dice, adesso, l'assessore regionale alla Sanità piemontese Federico Riboldi (Fdi), «sono state determinanti per offrire a questo neonato una possibilità concreta di vedere la bellezza del mondo attorno a sé».

«Questo intervento rappresenta un esempio significativo dei progressi della chirurgia oculistica e di come l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche alla Città della Salute di Torino permettano di affrontare i casi più complessi, fino a poco tempo fa ritenuti non trattabili, come qui», aggiunge, invece, Giovanni La Valle che è il direttore generale della stessa struttura torinese: «I nostri professionisti, in un intervento senza precedenti, hanno dato nuove speranze di vista a un piccolo neonato».



Il costo della Salute Per le visite un aumento di 6 miliardi

Per le prestazioni specialistiche si paga il 57% in più
È l'effetto del calo della spesa pubblica in rapporto al Pil mai così in basso come oggi

Michele Bocci

Cercano prestazioni specialistiche, cioè visite, esami e accertamenti diagnostici, ma nel sistema pubblico spesso non le trovano più. O almeno, non riescono ad ottenerle in tempi accettabili. La sanità italiana soffre e tra i problemi provocati dall'insufficiente stanziamento di risorse c'è lo slittamento verso il privato di una parte delle attività. I cittadini pagano di tasca propria per ottenere la risonanza in tempi brevi o farsi vedere, ad esempio, dal dermatologo, uno dei professionisti più difficili da incontrare nelle Asl. Non si spende per comprare alta specialità, come la chi-

rurgia di eccellenza, o per farsi ricoverare, ma per quella fascia di prestazioni diffusissime di cui ogni famiglia ha bisogno spesso. I volumi di attività sono altissimi, e alla fine l'esborso è importante, arriva a 18 miliardi.

IL FONDO TROPPO POVERO

L'Italia ha un sistema sanitario pubblico quasi unico in Europa, ma da



tempo non lo finanzia adeguatamente. Altri Paesi, come Francia e Germania, investono molto di più nell'assistenza ai cittadini. Il problema non è nuovo. Se si guarda agli ultimi anni, il rapporto tra la spesa sanitaria e il Pil, cioè il dato considerato fondamentale per capire quante

risorse sono davvero messe a disposizione della sanità, è sempre stato tra il 6 e il 7%, numero superato solo per fronteggiare il Covid (a fronte, tra l'altro, di un Prodotto interno lordo più basso). I livelli che si stanno raggiungendo con il governo Meloni, però, non si erano mai visti. Nei prossimi due anni si scenderà sotto il 6,3%, a dispetto di un aumento del Fondo sanitario nazionale di 2,48 miliardi nel 2025 e di altri 4 nel 2026. Evidentemente si tratta di incrementi troppo ridotti rispetto all'andamento del Pil. E così non si riescono a fare riforme e assunzioni. Meno medici e infermieri vuol dire anche meno capacità di rispondere alla domanda di prestazioni specialistiche. Certo, i tempi di attesa dipendono anche dall'organizzazione delle Regioni e dalle prescrizioni inappropriate, ma sono pure connessi in modo forte con gli organici.

SEMPRE PIÙ RICHIESTE

La crisi dell'attività specialistica si legge nei dati di Agenas, l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni. Le amministrazioni locali faticano a tornare ai livelli di produttività precedenti alla pandemia. Basta pensare che nel primo semestre dell'anno scorso in Italia sono state fatte 100 milioni di visite e prestazioni di radiodiagnostica (nel dato non è compreso il laboratorio) a fronte dei circa 110 milioni dello stesso periodo del 2019. Ci sono realtà come Calabria, Molise, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Sardegna, Valle d'Ao-

sta che hanno ridotto l'attività di valori compresi tra il 19 e il 27%. Solo Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia, tra le grandi Regioni, calano di una percentuale compresa tra il 2 e il 5%. E mentre il sistema produce meno, la domanda dei cittadini è in crescita. Il risultato? Si comprende dai dati del Rapporto sul benessere equo e sostenibile (Bes) di Istat. Nel 2023 hanno rinunciato a curarsi il 7,6% dei cittadini, cioè 4,5 milioni di persone. Di queste, 2 milioni lo hanno fatto per problemi di lista di attesa e le altre per motivi economici. Poi c'è chi può permetterselo e si rivolge al privato.

LA SPESA PRIVATA

Grazie a un'elaborazione dei dati Istat dell'Osservatorio consumi privati in sanità della Sda Bocconi, inserita nel rapporto Oasi, si comprende quanto hanno pagato di tasca propria gli italiani per vedere lo specialista o fare l'ecografia. Se si osserva la spesa sanitaria privata, ha un andamento costante, nel senso che vale circa il 2% del Pil ogni anno. Significa, in assoluto, che nel 2024 è di circa 43,8 miliardi e nel 2025 di 44,7 miliardi. Ma all'interno di questa spesa le varie voci si muovono in modo diverso e a crescere di più, per l'appunto, è quella che riguarda le attività specialistiche. Se in 11 anni, tra il 2012 e il 2023, la spesa privata degli italiani per l'assistenza ospedaliera è rimasta stabile, intorno ai 2 miliardi di euro (anzi, addirittura è leggermente scesa), e quella per i farmaci è passata da 9,4 miliardi a 11,1 (+18%), ben diversi sono i dati dell'assistenza ambulatoriale. Nel 2012 costava alle famiglie 11,5 miliardi di euro, l'anno scorso è arrivata 18 miliardi, cioè è cresciuta del 57%. Un tasso di crescita ben superiore a quello della spesa privata generale,

che è circa il 2% annuo. «Questo dimostra una cosa semplice e natura-

le – dice il professor Mario Del Vecchio, direttore dell'Osservatorio di Bocconi – nei sistemi di mercato a un certo punto il consumatore rinuncia a qualcosa, perché ha un vincolo di bilancio. Se aumenta un po' il bisogno della specialistica, c'è un rallentamento di altre voci, come quella dei farmaci. Ma dobbiamo tenere conto anche di un'altra variabile. Si parla di maggiori spese, ma bisognerebbe valutare l'andamento dei prezzi di quelle prestazioni specialistiche private. Un maggiore esborso dei cittadini potrebbe essere legato anche a un aumento delle tariffe. Insomma, gli elementi dei quali tenere conto sono tanti».

C'è anche un altro dato interessante che racconta il fenomeno. Nel 2018 il 42% delle visite e il 26% degli esami fatti in Italia erano di tipo privato puro, cioè tutti a carico del paziente. Il report più recente, che valuta il 2022, ha visto una crescita importante di entrambi i parametri. Il primo è salito al 48%, il secondo al 33%. Una crescita che probabilmente non si è arrestata.

IL RUOLO DELLE ASSICURAZIONI

A raccontare la tendenza ad affidarsi al privato è anche il recente successo delle assicurazioni sanitarie. Secondo i dati Ania, l'Associazione nazionale imprese assicurative, il cosiddetto "ramo malattia" sta aumentando gli introiti. Si parla di polizze che un tempo erano diffuse pochissimo nel nostro Paese, cioè di quelle fatte dai singoli cittadini, non delle collettive. Nel 2023 la spesa totale per i premi delle polizze individuali è arrivata 1 miliardo e 280 milioni, con un aumento del 30% in due anni e del 100% in dieci. Tipicamente, i contratti non sono particolarmente costosi, magari danno diritto a pochi esami in un anno, giusto un paio di controlli. E ovviamente si parla sempre di visite ed esami.

CONFESSIONE FINANZIARIA

4,5

SENZA CURE

Il 7,6% degli italiani (4,5 milioni) rinuncia a prestazioni sanitarie per le liste d'attesa e i rincari

IL FONDO

Il Fondo sanitario nazionale salirà di 2,48 miliardi nel 2025. Ma la spesa per la sanità pubblica scende in rapporto al Pil

7%

Solo per far fronte al Covid la spesa era salita oltre il 7% del Pil

6,3%

Il governo ha portato il rapporto spesa sanitaria/Pil al 6,3%



**LA PROTESTA
I MEDICI IN SCIOPERO CONTRO LA MANOVRA**

Parlano di una manovra come uno "schiaffo in faccia". I medici sono arrabbiati per come è scritta la Finanziaria, intanto perché invece di detassare una voce dello stipendio, come avevano chiesto, si è deciso di aumentare il suo valore e quindi dare ai camici bianchi un aumento meno consistente. In generale criticano la norma perché non dà abbastanza soldi a una sanità in crisi. E così i sindacati degli ospedalieri Anao e Cimo, insieme al sindacato degli infermieri Nursing Up, hanno dichiarato sciopero per il 20 novembre. Ma anche altre sigle ospedaliere hanno protestato per l'impostazione della legge di bilancio: Cgil, Aaroi (gli anestesisti), la Uil, la Federazione dei veterinari medici. E poi, c'è la rabbia della Fimmg, i medici di famiglia: «Con questa manovra non investono su tutta la medicina territoriale».

RAI/REUTERS/CONTRASTO



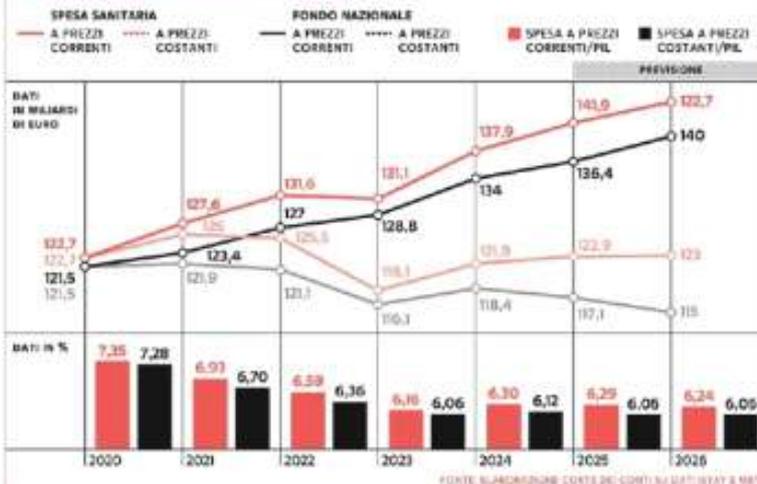
NUMERI

LA SPESA PER LA SANITÀ PRIVATA

IN MILIONI DI EURO	2012	%	2019	%	2023	%	VAR. % 2019-23	VAR. % 2012-23
Spesa sanitaria privata corrente (di tasca propria + regimi volontari)	34,4	100%	40,8	100%	46,9	100%	+12%	+33%
Assistenza ospedaliera (circonaria e diurna)	2,1	6%	2,0	5%	2,0	4%	-2%	-6%
Assistenza ambulatoriale (e domiciliare)	11,5	33%	14,7	36%	16,0	39%	+23%	+57%
Assistenza long-term care (residenziale, ambulatoriale e domiciliare)	3,5	10%	4,1	10%	4,5	10%	+10%	+29%
Servizi ausiliari (laboratorio e diagnostica)	3,4	10%	3,2	8%	3,5	8%	+7%	+2%
Prodotti farmaceutici e altri medicinali	9,4	27%	10,9	27%	11,1	24%	-2%	+18%
Attrezzature terapeutiche	3,1	9%	3,6	9%	4,2	9%	+17%	+36%

FOUR: BCC/CONTRASTO

LA SPESA PER LA SANITÀ PUBBLICA



Le liste d'attesa spingono gli ospedali accreditati

Il fatturato beneficia di chi paga di tasca propria (o con polizze) e dei maggiori fondi dalle Regioni

Carlotta Scozzari

In Liguria, mettendosi in coda per un intervento all'ernia, è capitato di ritrovarsi dopo il posto 17.000, con tempi di attesa stimati in anni. Il malcapitato si è così orientato verso una struttura accreditata piemontese. Se la sanità pubblica annaspa, il giro d'affari degli ospedali privati è visto in crescita del 5,5% nel 2023. Le stime sono firmate dall'area studi di Mediobanca, secondo cui «le lunghe liste d'attesa inducono non solo chi è in grado di sostenere di tasca propria il relativo costo, ma anche i sottoscrittori di assicurazioni private e i destinatari di welfare aziendali a prenotare le prestazioni al di fuori del Sistema sanitario nazionale (Ssn)». Ecco perché «è lecito attendersi, nel prossimo futuro, l'incremento del peso degli operatori sanitari privati, il cui giro d'affari nel nostro Paese è già stimabile in oltre 70 miliardi». Mediobanca ricava il numero, pari a circa il 40% del valore del comparto sanitario complessivo, considerando sia i servizi in accreditamento, forniti cioè per conto del Ssn, sia le prestazioni erogate in solvenza, vale a dire a carico dei pazienti anche attraverso il ricorso ad assicurazioni.

Dal lato delle famiglie, nel 2022 la spesa sanitaria volontaria ha assorbito 44,9 miliardi, secondo stime dell'Istat saliti a 45,9 miliardi nel 2023 e a loro volta suddivisi soprattutto in esborsi diretti per 40,6 miliardi (*out of pocket*) più 5,2 miliardi di componente intermediata, principalmente dalle assicurazioni. Sebbene il peso di queste ultime sia ancora relativamente basso, risultano in forte aumento secondo i recenti dati dell'Ania: nel 2023 i premi del ramo malattia, pagati a fronte di polizze individuali o tramite fondi sa-

nitari, hanno totalizzato 3,7 miliardi, il 10,6% annuo in più.

Tali cifre aiutano a comprendere perché Unipol abbia acquistato i centri medici Santagostino e Generali Italia abbia siglato un accordo con Gruppo San Donato e Gksd per Smart Clinic, con l'obiettivo di realizzare entro il 2030 una rete di 100 strutture sanitarie in tutto il Paese.

«La lettura degli andamenti comparati - commenta Valeria Rappini, direttrice Osservatorio sui consumi privati in sanità (Ocps, Cergas, Sda Bocconi) - ci ha permesso nel tempo di osservare come le dinamiche della spesa sanitaria privata siano associate più al reddito disponibile che alle variazioni della spesa pubblica, con differenze tra le regioni e tra aree urbane e periferiche. Le regioni con un'offerta di servizi pubblici più ricca e un Pil più alto, come Lombardia ed Emilia Romagna, registrano la spesa sanitaria privata più rilevante. Molto dipende infatti dalla presenza di un'offerta qualificata, sia pubblica sia privata».

La Lombardia è il regno dei grandi ospedali accreditati. Secondo la classifica stilata a giugno da Mediobanca e basata sui dati del 2022, guida i ricavi italiani della sanità privata il Gruppo San Donato, che conta anche l'Ospedale San Raffaele e il Galeazzi Sant'Ambrogio, con 1.707 milioni. A seguirlo con 1.122 milioni è Humanitas, mentre al terzo posto staziona il Gruppo Villa Maria con 840 milioni, al quarto il Policlinico Gemelli con 799 milioni e al quinto Kos con 683 milioni. L'area studi di Piazzetta Cuccia, per i 31 operatori analizzati, stima per il 2023 una crescita aggregata del giro d'affari del 5,5%, con variazioni differenti tra i comparti: -4% per la diagnostica, +4,1% per la riabilitazione, +5,7% per

l'assistenza ospedaliera e distrettuale e +14% per le strutture per anziani, con il ritorno alla piena saturazione delle Rsa atteso entro il 2024.

Per alcuni dei gruppi in esame è possibile aggiornare i dati al 2023. Il Gruppo San Donato ha annunciato una crescita del fatturato a 1.835,3 milioni. Per Humanitas non c'è un bilancio consolidato, ma quello civilistico riferito alla struttura di Rozzano (Mi) Mirasole segnala un aumento dei ricavi a 591 milioni dai 548 del 2022, con la sola attività privata "pura" in rialzo del 14% a quasi 193 milioni. I numeri hanno anche beneficiato degli ulteriori 34,6 milioni destinati nel 2023 dalla Regione Lombardia alle strutture accreditate per il recupero delle liste di attesa «incrementatesi nel periodo pandemico», segnala il bilancio del 2023 di Humanitas Mirasole.

L'unica realtà del settore quotata in Borsa è Garofalo Health Care (Ghc), che proprio per questo motivo ha già fornito i numeri del primo semestre del 2024. Nel periodo, ha registrato ricavi per 251,5 milioni, in crescita del 34,7% (ma del 5,3% a parità di perimetro, escludendo cioè Sanatorio Triestino e Aurelia Hospital). Il maggiore fatturato, spiega Ghc, è stato trainato «dall'incremento dei servizi ai pazienti privati e "fuori regione", rispettivamente



+8% e +9%», così come da quello «delle prestazioni ai pazienti regionali in regime di convenzione con il Ssn, a seguito dell'ottenimento di extra-budget finalizzati prevalentemente a ridurre le liste di attesa». Il gruppo romano, aggiunge la semestrale, «continuerà a operare realizzando appieno l'attività accreditata e soprattutto a sviluppare l'attività

verso pazienti privati *out of pocket*, ritenendo tale trend di crescita strutturale e non temporaneo».



NUMERI

CLASSIFICA PER RICAVI 2022 DELLE CLINICHE PRIVATE

	RICAVI (mln €)	TOTALE ATTIVO (mln €)	DIPENDENTI (numero)
Papiniano*	1.707	2.849	10.728
Humanitas**	1.122	1.118	5.423
GVM-Gruppo Villa Maria	840	1.455	4.743
Fondazione Policl. Univ. A. Gemelli	799	1.254	6.180
KOS	683	1.661	11.342
Segesta (Gruppo Clariane)	585	828	5.145
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	413	n.d.	2.913
Synlab (Interessi italiani)**	375	488	1.687
IEO-Istituto Europeo di Oncologia	322	333	1.992
Carba Healthcare (interessi italiani)	317	n.d.	n.d.

* Holding Gruppo San Donato e Ospedale San Raffaele

** Elaborazioni proprie che aggregano i conti delle principali controllate italiane

FONTE: AREA STUDI MEDIOBANCA

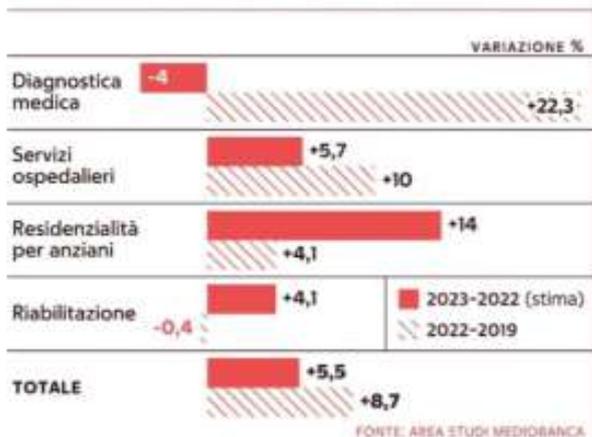
70

GIRO D'AFFARI

L'area studi di Mediobanca arriva a stimare un fatturato da 70 miliardi tra accreditamento e solvenza

① Il Policlinico universitario Gemelli staziona al quarto posto della classifica di Mediobanca con 799 mln di ricavi

L'INDAGINE DI MEDIOBANCA I RICAVI SUDDIVISI PER COMPARTO



LE PROSPETTIVE



L'editoriale

I veri numeri

della Salute

Walter Galbiati

Non è vero che il governo Meloni ha messo più soldi sulla sanità di tutti i

governi che l'hanno preceduto. Perché i dati vanno letti in contropiede e spiegati. E a ben vedere la protesta annunciata da medici e infermieri non è campata per aria. La traiettoria della spesa sanitaria italiana è stata ricostruita con rigore scientifico

dall'Osservatorio dei Conti pubblici dell'Università cattolica.

● segue a pag. 14

L'EDITORIALE

I VERI NUMERI DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA

Walter Galbiati

● segue dalla prima pagina

E vero che in Italia in valori assoluti dal 2000 ad oggi la spesa è sempre cresciuta anno dopo anno, con una sola eccezione tra il 2012 e il 2013. Ma se bastasse questo, tutti i governi che si sono succeduti da allora ad oggi, quindi da Amato a Berlusconi, da Prodi a Monti, da Letta a Renzi e Gentiloni fino a Conte, Draghi e l'attuale Meloni, potrebbero dire di avere messo più miliardi di chi li ha preceduti. Invece è una falsa verità, perché tutto cambia se i numeri vengono letti correttamente ovvero in rapporto al Pil, in termini reali, cioè aggiustati per l'inflazione e a prezzi costanti come se il valore del denaro sia quello degli anni passati.

Così facendo, emergono tre fasi. Una prima di crescita che partendo dal 2000 si interrompe con la crisi finanziaria del 2008 innescata dal fallimento della Lehman Brothers. Una seconda che da allora si protrae fino al 2019 con un calo costante dei finanziamenti che in termini reali si sono ridotti dell'1%. La fine di questo trend coincide con la pandemia Covid, quando, nonostante la diminuzione del Pil, la spesa cresce, ma solo nel 2020, per fronteggiare l'emergenza sanitaria. Da qui parte una terza e nuova fase sempre di decrescita che arriva ai giorni nostri.

L'osservatorio della Cattolica ha calcolato che «ai prezzi del 2000, il finanziamento del

SSN per il 2024 si collocherebbe a un livello più basso, anche se di poco, di quello del 2010 (83 contro 85 miliardi) e di poco inferiore a quello del 2019 (di 300 milioni)». Quindi anche se in termini nominali nessuno ha mai speso come il

governo Meloni, in termini reali, soprattutto a causa della forte inflazione siamo tornati a livelli prima del Covid. Il bilancio è ugualmente scoraggiante se si guarda al di fuori dell'Italia, a quei Paesi con i quali dovremmo competere. In Germania e in Francia, il finanziamento pubblico della spesa sanitaria arriva al 10% del Pil, mentre in Italia siamo al 6,4%, comunque sotto la media europea del 6,8%. Anche la spesa pro-capite langue, perché siamo quasi

mille dollari a persona al di sotto del valore



medio dei Paesi che usano l'euro: in Italia si spendono 3.574 dollari contro 4.470 dollari.

La carenza e i ritardi delle prestazioni sanitarie sono sotto gli occhi di tutti e stanno spingendo la crescita delle polizze sanitarie private, un mercato che in passato era residuale. Secondo l'Ania il totale dei premi pagati sia per gli accordi individuali che per quelli collettivi ha raggiunto i 3,71 miliardi, il doppio di dieci anni fa quando il dato era di 1,9

miliardi. A nessun sfugge però che si tratta di piani che si possono permettere solo in pochi, tanto che sono diffusi nelle regioni più ricche e tra i ceti più abbienti.



L'OPINIONE

Ai prezzi del 2000, il finanziamento al Ssn per il 2024 si collocherebbe a un livello più basso, anche se di poco, di quello del 2010: 83 contro 85 miliardi. E di poco inferiore al 2019



DATAROOM 

La crisi (e gli interessi) dei medici di famiglia

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

L'assistenza territoriale che ruota intorno ai medici di famiglia è in crisi da tempo, ma non cambia nulla. I vertici di categoria puntano sulle visite a pagamento.

a pagina 23

DATAROOM



Corriere.it

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

Medici di famiglia La lobby di interessi

L'ASSISTENZA TERRITORIALE È IN CRISI MA NON CAMBIA NULLA
CARTE, RIUNIONI E VIDEO PERMETTONO DI CAPIRE IL PERCHÉ
I VERTICI DI CATEGORIA PUNTANO SULLE VISITE A PAGAMENTO

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

L'assistenza territoriale che ruota intorno alla figura del medico di medicina generale (Mmg) da anni mostra voragini, ma non cambia nulla. Per capire il perché è necessario rispondere ad alcune domande. Quali sono gli interessi della Fimmg, che riunisce il 63% dei professionisti iscritti al sindacato? Che cosa c'entra il medico di

famiglia, da cui ciascun paziente deve transitare per ogni necessità di salute, con la società Simg, guidata per oltre 30 anni dall'ematologo fiorentino Claudio Cricelli, già presidente dell'azienda Millennium, che vende i software ai medici



di base? Che cosa c'entra con l'Enpam, la più grande cassa pensionistica privata d'Italia, con un patrimonio di 25 miliardi di euro? E perché in campo adesso è entrata Legacoop, la più antica associazione delle cooperative italiane? *Data-room* è in grado di ricostruire attraverso riunioni, video e documenti inediti in che modo queste sigle sono tutte unite come un sol uomo da interessi comuni. Il medico di base, erroneamente considerato una figura di serie B fin dalla formazione post laurea (retribuita meno della metà delle Scuole di specializzazione), negli anni ha visto svillire la propria professionalità fino a ritrovarsi perlopiù un prescrittore di visite, esami, farmaci. Ora l'obiettivo dei vertici della categoria è quello di riorganizzarsi per fornire prestazioni a pagamento.

Quando tutto inizia

A maggio 2021 viene inviato a Bruxelles il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr): sono messi a budget 2 miliardi di euro per la costruzione di 1.038 Case della Comunità. Si tratta di strutture pubbliche attrezzate di punto prelievi, macchinari diagnostici per gli esami, e un team multidisciplinare che comprende il medico di famiglia, per offrire assistenza ai cittadini tutti i giorni, dalle 8 alle 20. Lo scopo è alleggerire il pronto soccorso e potenziare l'assistenza sul territorio, i cui limiti ormai sono sempre più evidenti.

Lo dimostra la riunione del 22 settembre 2021 della commissione Salute che fa capo alla Conferenza delle Regioni. Gli assessori alla Sanità firmano un documento: «La pandemia da Sars-Cov-2 ha evidenziato ulteriormente che il profilo giuridico del medico di medicina generale e i loro contratti collettivi nazionali non sono idonei ad affrontare il cambiamento in atto, anche pensando (...) alla gestione delle multi cronicità, aumento delle fragilità, programmazione dell'assistenza domiciliare, ecc.». È il riconoscimento ufficiale del problema da parte degli assessori alla Sanità.

Cosa finisce sotto accusa

Al contrario di ciò che molti pensano, il medico di base non è un dipendente del Servizio sanitario, ma un libero professionista pagato dal Servizio sanitario per garantire ai pazienti dei servizi in base a ciò che viene stabilito dagli accordi collettivi. Fuori da questo perimetro ogni richiesta è destinata a cadere nel vuoto, come per esempio l'esecuzione dei tamponi durante il Covid. La parte fissa della busta paga è la cosiddetta «quota capitaria», composta dalla somma di 3,51 euro al mese per ogni pazien-

te in carico. Poi una vaccinazione antinfluenzale vale 6,16 euro; la sutura di una ferita superficiale 3,32 euro; una medicazione va dai 6,16 euro ai 12,32, ecc. Il loro reddito varia a seconda del numero dei pazienti e da Regione a Regione, tuttavia la media pro capite è indicata in 107.270 euro lordi annui (fonte: Enpam), che in molti arrotondano con visite parallele a pagamento, o la presenza per esempio a eventi sportivi.

Che qualcosa vada cambiato lo pensa anche una parte sempre più numerosa dei medici di famiglia. In quegli stessi mesi infatti sta prendendo piede il «Movimento Mmg per la Dirigenza», nato nel 2020, indipendente dalle sigle sindacali e ormai diffuso su tutto il territorio nazionale che riconosce: «A quasi 50 anni dall'ultima grande riforma dell'assistenza territoriale del 1978 il nostro Servizio sanitario necessita di un nuovo modello di cure primarie, differente da quello che vede il medico di base lavorare da solo applicando normalmente il modello della medicina d'attesa. Il modello più promettente è quello di mettere insieme diversi professionisti che lavorino in team multiprofessionali e che siano proattivamente impegnati nella medicina preventiva».

Il documento inedito

I mesi successivi alla riunione del settembre 2021 sono convulsi. Il ministero della Salute, guidato allora da Roberto Speranza, lavora con le Regioni alla riforma della medicina di famiglia. Il 21 luglio 2022 il premier Mario Draghi rassegna le dimissioni. Sul tavolo del governo c'è pronto un documento finora rimasto riservato. S'intitola: «Bozza di norma di riforma dei Mmg», e questi sono i contenuti: «Il medico di famiglia, con un rapporto di lavoro che sarà di "para subordinazione", dovrà garantire alle Case della Comunità, 18 ore a settimana su 38 a cui è vincolato il 30% della busta paga». Ma ormai è tardi e questa riforma, per mancanza di coraggio politico, non sarà mai approvata. Intanto la lobby dei medici di famiglia prepara la contromossa.

Le Case della Comunità private

Il 20 settembre 2023, all'Hotel Nautico di Riccione, si svolge la convention nazionale della Simg (Società italiana medicina generale). Tra i relatori ci sono Alberto Olivetti e Luigi Galvano, rispetti-



vamente presidente e vicepresidente dell'Enpam, a cui i medici di famiglia versano una quota della busta paga in quanto lavoratori della Sanità autonomi. Viene presentato in anteprima il nuovo progetto di Enpam: i medici di famiglia potranno aggregarsi per dare vita a Case della Comunità spoke (ossia satelliti rispetto alle Case della Comunità pubbliche definite hub). Potranno essere gestite in autonomia e prese in affitto o in leasing con il sostegno di Enpam. L'investimento preventivato da Enpam è di 8 miliardi di euro.

La riunione rivelatrice

Il 21 ottobre 2023 nel corso di una riunione del sindacato Fimmg, il segretario provinciale e vicesegretario nazionale Pier Luigi Bartoletti prende la parola: «È chiaro che qualcosa va rivisto, perché vai da qualche collega e trovi il lettino con sopra i libri (...). Sul mercato privato, che si aprirà sicuramente nei prossimi

mi due anni, tutti abbiamo capito come funziona. I 40 miliardi di *out of pocket* (il valore del mercato sanitario a pagamento, ndr) sono 40 miliardi: noi dobbiamo essere in condizione di aggredire quella fascia di mercato, il che significa portare *molte* risorse nel nostro stipendio. Ma, per farlo, devi essere attrattivo per quel mercato, e lo sei non se fai ricette, ma se fai prestazioni sanitarie di primo livello». L'obiettivo è organizzarsi per un business privato: «Altrimenti ti trovi come un deficiente — conclude Bartoletti —. E c'è la Casa della Comunità (quella pubblica, ndr) che ti aspetta».

Alle 13.30 dell'8 febbraio 2024, il sindacato Fimmg, insieme alle altre associazioni di categoria, firma il nuovo Accordo collettivo nazionale. Che cosa prevede l'intesa? Gli ambulatori medici potranno continuare a restare aperti solo fino a 15 ore alla settimana. In compenso, in base alle nuove regole, chi ha meno di 400 pazienti, dunque la mag-

gioranza dei giovani medici di famiglia, è chiamato a mettere a disposizione delle Asl e delle Case della Comunità 38 ore, contro le sei ore di chi ha 1.500 pazienti, cioè i più anziani, per i quali tutto continuerà come prima. Il cerchio si chiude il 22 maggio 2024: la Fimmg firma un'intesa con Legacoop che metterà a disposizione ecografi, elettrocardiografi, servizi di segreteria e infermieri ai medici di famiglia che lo vorranno. Ecco garantiti tutti gli strumenti per lavorare nelle Case della Comunità private. Le necessità dei cittadini, ancora una volta, vengono dimenticate.

Dataroom@corriere.it

Com'è composta la busta paga

VOCI FISSE

al mese per ogni paziente (massimo 1.500)

 Quota pro capite	3,51€	 Extra per over 75	2,59€
 Per i primi 500 assistiti	1,12€	 Extra per under 14	1,57€

VOCI VARIABILI

cambiano a seconda della collocazione geografica

 Vaccinazione antinfluenzale	6,16€	 Sutura ferita superficiale	3,32€
 Assistenza domiciliare a chi non riesce a camminare	18,9€ a visita	 Medicazioni: -prima -successive	12,32€ / 6,16€
 Quota mensile a paziente per chi:		 Rimozione punti	12,32€
	-lavora in gruppo	1,04€	
	-ha la segretaria	0,29€	
	-ha l'infermiere	0,33€	

Il reddito

107.270€
Media pro capite nazionale

Continuità assistenziale inclusa, da cui togliere tasse, contributi e spese di gestione dello studio

Quota variabile in base agli obiettivi di cura forniti dalle Regioni



Fonti: Ricostruzione Dataroom «Accordo collettivo nazionale», Annuario statistico Enpam 2022 riferito al 2021

Il progetto di Case della Comunità private



I Mmg individuano gli immobili



L'Enpam li acquista e li dà in affitto ai Mmg



I medici si potranno organizzare in cooperative o società

I protagonisti

FIMMG
Rappresenta il 62% dei medici di famiglia iscritti al sindacato

SIMG
Società italiana di medicina generale e delle cure primarie guidata per oltre 30 anni dall'ematologo fiorentino Claudio Cicelli

ENPAM
La cassa pensionistica privata dei medici che sorreggono l'attività in maniera autonoma (compresi i medici)

LEGACOOP
La più antica associazione delle cooperative

Le ore settimanali da garantire

PER CHI È GIÀ IN SERVIZIO

In ambulatorio

 5 ore	 10 ore	 15 ore
Assistiti: fino a 500	da 501 a 1.000	da 1.001 a 1.500

PER I NUOVI INGRESSI
(Accordo collettivo nazionale 2019-2021 del 28 aprile 2022)

Casa della Comunità (art. 38)

 38 ore	 24 ore	 12 ore	 6 ore
Assistiti: fino a 400	da 401 a 1.000	da 1.001 a 1.200	da 1.200 a 1.500

LE REGOLE DEL DECRETO-LEGGE MAI APPROVATO



LA SUPER FARMACIA (ALCHEMICA) DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Pallavicini a pagina 18



La super farmacia (un po' alchemica) dell'intelligenza artificiale

I nuovi Nobel della chimica hanno a che fare con le proteine. Che si possono progettare ex novo con una forma utile per combattere le malattie

Quando pensiamo all'AI, l'intelligenza artificiale, pensiamo a uno strumento tra lo stupido e il diabolico. Abbiamo in mente alcune delle cose che sa fare, e queste ci stanno antipatiche o addirittura ci fanno paura: per esempio i testi insipidi che l'AI sforna sostituendosi agli scrittori, o i video falsi che l'AI genera, talvolta utilizzati per costruire fake news.

Sono tutti output che hanno bisogno di istruzioni: «mostrami Kamala Harris e Donald Trump che passeggiano tenendosi per mano e poi si baciano». È un video che ancora gira in rete, ma per generarlo l'AI ha dovuto prima imparare. E cioè digerire video (veri) di Trump e Harris, nonché apprendere il concetto di passeggiata e di bacio. I premi Nobel per la fisica e per la chimica, assegnati martedì 8 e mercoledì 9 ottobre, hanno molto a che fare con questo. Ma ci suggeriscono che all'AI possiamo guardare anche con rispetto, se non gratitudine.

Bisogna partire dalle proteine. Sono fatte di aminoacidi come ala-

nina, leucina, cisteina... (ce ne sono venti), piccole molecole considerate i mattoni della vita. Le proteine sono costituite da lunghe catene di aminoacidi, fino a qualche migliaio. Caratteristica fondamentale delle proteine è la struttura, cioè forma, perché ne determina la funzione. Funzione che può andare dal costituire il tessuto muscolare al degradare molecole tossiche, o al trasportare ioni ferro nel sangue. Ma da cosa deriva la forma di una proteina? Da come le sue catene di aminoacidi si ripiegano e si avvolgono, cosa che a sua volta dipende da come gli aminoacidi di certe parti della catena interagiscono con gli aminoacidi di altre parti della catena. Ma se conosciamo la sequenza degli aminoacidi di una proteina, cioè come questi sono allineati lungo la catena, dovremmo essere in grado anche di sapere co-



il Giornale

me questi interagiscono tra loro e, dunque, di prevedere la forma che avrà la proteina. Giusto? Fino a sei anni fa assolutamente no.

Ci sono tecniche sperimentali che ci permettono di conoscere la struttura di una determinata proteina: la si isola, purifica, cristallizza, si conduce un esperimento di diffrazione di raggi X sul cristallo, e, dopo tanti calcoli, ecco la struttura. È una faticaccia, ma lo si fa dagli anni 50.

A loro volta le proteine possono essere sequenziate, cioè in laboratorio può essere determinata la loro composizione quanto ad aminoacidi, e sapere come questi sono messi in fila lungo la catena. Ebbene, sul rapporto sequenza/struttura nel 1994 è stata aperta una competizione pubblica biennale tra i biochimici, la CASP (Critical Assessment of Protein Structure Prediction). Chi vi partecipava aveva accesso alle sequenze di aminoacidi di nuove proteine di cui era anche appena stata determinata la struttura per diffrazione su cristallo. Quest'ultima, la struttura, non era però resa nota ai partecipanti. Si doveva appunto prevederla sulla sola base della sequenza aminoacidica. Risultato? Solo fallimenti. Non è sorprendente: dopotutto anche una proteina fatta di appena 100 aminoacidi ha 10 elevato alla 47 (e cioè più di un miliardo di miliardi di miliardi di miliardi di miliardi) potenziali strutture tridimensionali. Le cose sono cambiate radicalmente nel 2018 quando Demis Hassabis ha partecipato alla CASP. Hassabis è uno dei tre premiati con il Nobel per la chimica di quest'anno, e non è un chimico. Laureato in computer science e con un dottorato in neuroscienze, ora CEO di GoogleDeepMind, nel suo esordio nella competizione CASP è riuscito a centrare le previsioni delle strutture delle proteine al 60% usando l'AI.

Un suo sistema, AlphaFold, era stato istruito con tutte le strutture di proteine note sin lì, e con le corrispondenti sequenze di aminoacidi. John Jumper invece ha una laurea in fisica teorica della materia e un dottorato in chimica teorica. Esperto di proteine, è entrato in GoogleDeepMind nel 2017, ha iniziato subito a lavorare con Hassabis, e ha portato nell'approccio AI i concetti delle reti neurali per modellizzare le proteine, migliorando AlphaFold in una nuova versione. Nel 2020 lui e Hassabis usando AlphaFold2 hanno centrato pressoché al 100% i quesiti della competizione CASP, tanto che da allora tutti i partecipanti lo usano (è stato reso open source).

Quest'anno Jumper ha ottenuto metà del Nobel per la Chimica, divisa a sua volta con il collega Hassabis. E il Nobel per la Chimica ha seguito di un solo giorno quello per la Fisica, assegnato a John Hopfield e Geoffrey Hinton, per lo sviluppo della tecnologia delle reti neurali nel machine learning, cioè quel processo che attraverso l'apprendimento da parte di un computer di schemi noti, e con il confronto tra quelli noti e quelli proposti, può portare, per dire una cosa semplice, al riconoscimento di una persona o di un oggetto in una foto. O, per dirne una più complicata, alla previsione della struttura reale di una proteina.

Manca il terzo vincitore del Nobel per la Chimica 2024, quello che se n'è aggiudicato l'altra metà. È David Baker, questa volta un biochimico a tutti gli effetti, del genere che usa l'approccio "in silico" (cioè al computer), ma che poi le molecole le sintetizza davvero. Baker ha elaborato un programma che ha chiamato Rosetta (come la stele), che fa il lavoro opposto di quello di Hassabis e Jumper: nota la struttura di una proteina, ne trova la sequenza di aminoacidi. Rosetta si basa sull'esplorazione dei



il Giornale

database delle strutture delle proteine e delle corrispondenti sequenze, e cerca piccoli frammenti di sequenze aminoacidiche che abbiano una struttura simile a frammenti di quella desiderata. Un lavoro da AI. E infatti nel 2020 Baker ha implementato in Rosetta un sistema simile ad AlphaFold2, migliorandone notevolmente l'uso.

L'approccio di Baker ha un importante vantaggio: se ti inventi una proteina con una data struttura, con Rosetta puoi capire con quale sequenza di aminoacidi la puoi ottenere, e poi prepararla in laboratorio. Se già questi imponenti risultati scientifici ci fanno prova-

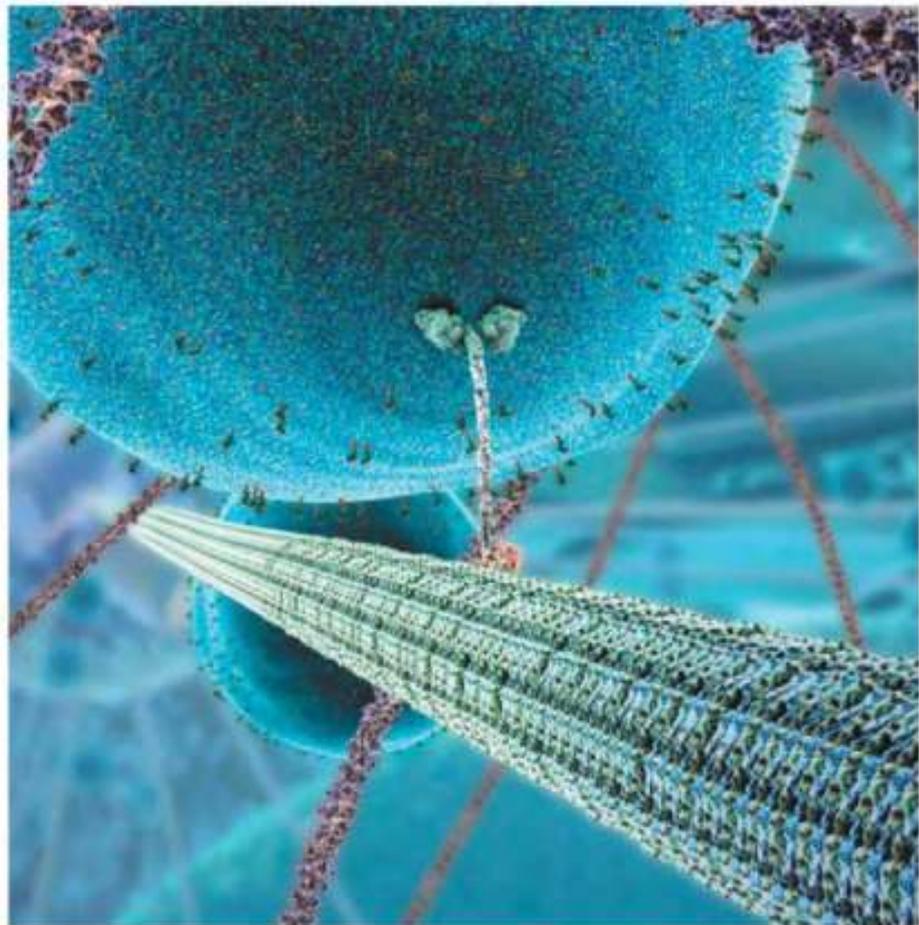
re rispetto, è qui che arriva anche la gratitudine. Perché si possono progettare ex novo proteine con una forma che gli permette di svolgere funzioni utili, determinarne la sequenza aminoacidica, e poi sintetizzarle davvero: proteine utili come vettori per la somministrazione più efficace di farmaci, sensori selettivi per molecole specifiche (come per esempio il fentanyl, la cosiddetta «droga degli zombie»), o proteine che imitano la struttura dei virus dell'influenza, che possono essere usate come vaccini.

**Professore ordinario di chimica inorganica all'Università di Pavia*

di Piersandro Pallavicini*

LA STORIA

Le proteine sono composte da aminoacidi: i mattoni della vita



LA STRUTTURA SEGRETA
Il Nobel per la Chimica 2024 è stato assegnato a David Baker, Demis Hassabis e John M. Jumper per le ricerche sulla struttura delle proteine



FARMACEUTICA

BIOTECH IN CORSA MA SERVE PIÙ RICERCA E NUOVI TALENTI

L'azienda del pharma innovativo Incyte ha organizzato il secondo forum su questi temi. «Il nostro compito è portare risposte in ambiti nuovi», dice il president R&D Pablo Cagnoni. Ma l'Europa sta frenando sugli investimenti con solo il 16% del totale globale

di VALENTINA IORIO

Lo scorso anno il settore farmaceutico e biotech ha investito 2 miliardi di euro in Italia, con un aumento del 21% in 5 anni. E si prevede che, dal 2025 al 2030, a livelli mondiale ci saranno 2 mila miliardi di euro di investimenti, l'80% dei quali sarà destinato a reti di ricerca. Le biotecnologie svolgono un ruolo chiave nell'affrontare le sfide in termini di salute pubblica, a partire dalla necessità di fronteggiare i cambiamenti associati all'aumento e invecchiamento della popolazione.

Inoltre, la ricerca in settori ad alta innovazione è una leva fondamentale per colmare il divario in questo campo con Usa e la Cina. Ma, a oggi, le biotech europee possono accedere solo al 20% circa dei finanziamenti disponibili per i loro omologhi americani. Per colmare questa distanza è fondamentale avere una strategia nazionale a supporto della ricerca e la capacità di attrarre investimenti.

La seconda edizione del «Forum Incyte» sulla ricerca, che si è svolto a Roma nei giorni scorsi, è stata l'occasione per fare il punto sul settore. «Quasi la metà della nostra popolazione aziendale a livello globale è impegnata in ricerca e sviluppo, un quarto dei nostri addetti alla ricerca sono basati in Europa e circa il 45% dei pazienti arruolati nei nostri studi clinici sono cittadini europei — ha evidenziato Pablo Cagnoni, president e head of R&D di Incyte, azienda

biofarmaceutica nata negli Usa e presente in Nord America, Europa e Asia —. Portare risposte in ambiti nuovi, in cui i pazienti hanno a disposizione scarse opzioni terapeutiche, o anche nessuna, richiede investimenti, partnership strategiche e un forte orientamento all'innovazione. Per questo, l'ecosistema in cui un'azienda si inserisce è fondamentale e deve evolversi ai ritmi che le sfide attuali richiedono, con flessibilità e lungimiranza».

«L'Italia ha un peso importante nell'attività di ricerca grazie agli eccezionali standard qualitativi delle istituzioni di ricerca che supportano i trial clinici — ha aggiunto Onofrio Mastandrea, vice presidente e general manager di Incyte Italia —. Da quando siamo arrivati qui, nel 2016, a oggi abbiamo portato avanti 63 studi clinici, di cui il 25% in Fase I. Alla luce di questo impegno, abbiamo voluto inaugurare un percorso di dialogo sul tema della ricerca. Il Forum diventerà un appuntamento annuale, un'occasione per riflettere insieme sulle aree in cui è urgente intervenire per richiamare investimenti e talenti e rendere il Paese competitivo e attrattivo sul fronte della ricerca».

Di circa 20 mila farmaci in sviluppo nel mondo, il 45% è di origine biotech. Malgrado questo la quota degli investimenti in ricerca da parte delle biotecnologie è sottovalutata da coloro che non operano nel settore, come dimostra una ricerca condotta da YouTrend per Incyte che ha coinvolto

800 giovani di età compresa tra 18 e 35 anni. L'80% degli intervistati, infatti, sottostima la quota di fatturato che le aziende del settore reinvestono. Ciò non toglie che la metà dei giovani che hanno preso parte al sondaggio ritiene che gli investimenti nelle biotecnologie producano valore per la società e avanzamento per la ricerca e quasi otto su dieci sostengono che le biotecnologie siano uno strumento di competitività da valorizzare.

Competitività

«A oggi, però, l'Unione europea sta perdendo competitività, soprattutto nella ricerca e sviluppo, dove nel 2023 gli Stati Uniti hanno investito il 52% del totale globale, mentre l'Europa solo il 16%. Se guardiamo poi all'Italia, la fotografia è di un Paese leader nella produzione farmaceutica, con il 18% del totale europeo, ma con solo il 6% degli investimenti continentali in ricerca e sviluppo. Per rimanere competitivi in questo settore, il nostro Paese deve quindi diventare più attrattivo per gli investimenti esteri, combinando incentivi per la



L'ECONOMIA

R&S a semplificazione, stabilità e certezza delle regole», ha evidenziato Fabrizio Greco, presidente di As-sobiotech.

Secondo Carlo Riccini, vicedirettore generale di Farminindustria: «L'innovazione nelle Life Sciences è fondamentale per salute, sicurezza, crescita, occupazione di qualità». L'industria farmaceutica in Italia è prima per investimenti in Open Innovation, con un aumento del 75% in dieci anni, grazie a partnership con università e centri pubblici. «E i brevetti — conclude Riccini — crescono più che

negli altri grandi Paesi europei. Investire in ricerca significa credere nel futuro e l'Ue deve fare di più, con politiche per l'attrattività e regole competitive sulla proprietà intellettuale, per invertire una tendenza che la vede perdere quote degli investimenti mondiali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Da quando siamo arrivati nella penisola, nel 2016, abbiamo condotto 63 studi clinici, di cui il 25% in Fase I»

La Ue deve fare di più, con politiche per l'attrattività e regole concorrenziali sulla proprietà intellettuale



● Identikit

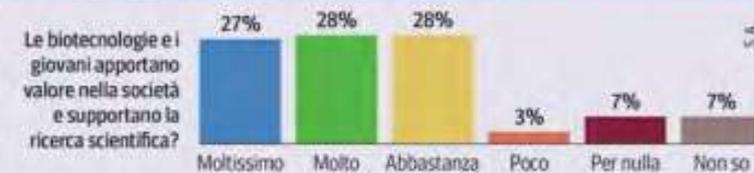
L'azienda biofarmaceutica Incyte nasce a Wilmington, in Delaware (Usa), e ha sedi operative in Nord America, Europa e Asia. La sua attività di ricerca e sviluppo si estende attraverso gruppi di ricerca presenti in altri 14 Paesi, per un totale di oltre mille dipendenti. La sede di Incyte Italia è a Milano. Da due anni l'azienda organizza il Forum sulla ricerca per promuovere un confronto sul settore in Italia.



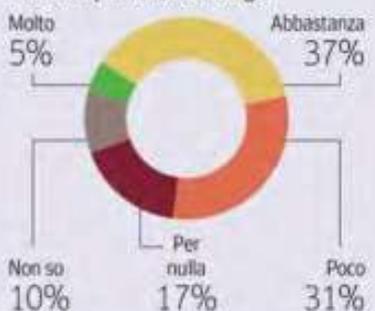
Alla guida

Pablo Cagnoni è president e head of R&D dell'azienda biofarmaceutica Incyte

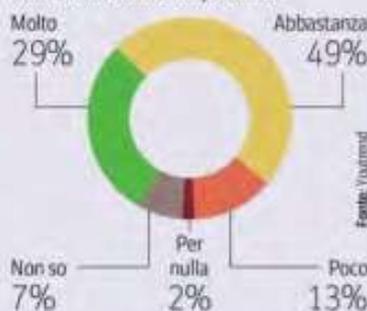
La mappa La percezione dei giovani verso le biotecnologie



È probabile che, in futuro, investirai in società che si occupano di biotecnologie?



È importante valorizzare le biotecnologie come strumento di competitività?



LA RICERCA FARMACEUTICA DELLA MENARINI SULLE INFEZIONI RESISTENTI AGLI ANTIBIOTICI

È italiana l'azienda in prima linea contro i batteri killer

LUCA PUCCINI

■ Ci sono già (circa) 33mila morti all'anno solamente in Europa, ma senza soluzioni efficaci i decessi planetari potrebbero diventare, nei prossimi 25 anni, addirittura 39 milioni. Parliamo dell'antibiotico resistenza che in Italia è un vero e proprio bollettino di guerra (fa 11mila pazienti morti all'anno, un terzo del totale europeo, infettati da batteri resistenti, appunto, agli antibiotici esistenti e che non hanno, purtroppo, a disposizione nuove terapie) e che anche in termini di giornate di degenza ospedaliera non scherza (se ne registrano un milione e 300mila). Tanto per capirci: i "batteri killer" sono la seconda causa di morte per i pazienti col cancro.

Un'emergenza, però silente. Nel senso che generalmente se ne parla poco (se ne è discusso, invece, al G7 della Salute di Ancona) e, forse, si potrebbe fare di più per arginarla. Un'emergenza su cui la Menarini, una tra le più importanti aziende far-

maceutiche del nostro Paese, ha deciso di investire. Con esperti e ricercatori, studi e approfondimenti: ché in fondo è la lezione della pandemia, la scienza ci salva la pelle, ma per salvare la scienza servono gli investimenti.

Menarini è tra le poche case al mondo a portare avanti un intero filone di ricerca e sviluppo relativo alle soluzioni terapeutiche contro le infezioni multi-resistenti: «Abbiamo scelto di impegnarci in questo settore», raccontano Lucia e Alberto Giovanni Aleotti, entrambi azionisti del gruppo, «andando contro il parere degli analisti. Siamo orgogliosi di questa scelta, ma di certo non siamo stati premiati. Per stimolare sempre più aziende a investire è necessario pensare a un nuovo modello di pagamento, simile a quello dei farmaci orfani per le malattie rare, riconoscendo l'altissima innovazione di questi prodotti salvavita». Una scelta etica, la loro, visto che il prezzo di vendita negoziato con le autorità per questi prodotti innovativi è

così basso da non coprire quasi i costi che ci sono per realizzarlo.

Menarini, che è presente in 140 Paesi, ha 17mila dipendenti e conta su un fatturato di 4,3 miliardi di euro, ha aderito anche a un fondo globale che è riuscito a raccogliere oltre un miliardo di euro proprio in vista dell'obiettivo di scoprire e sviluppare nuovi antibiotici entro il 2030. «Alla luce dell'ultimo G7 Salute siamo convinti che qualcosa cambierà», chiosano con ottimismo gli Aleotti, «quella dell'antibiotico resistenza è una battaglia che abbiamo il dovere di vincere perché potremo trovarci presto in una situazione simile a quella del Covid».

