



RASSEGNA STAMPA

27-09-2019

1. REPUBBLICA.IT Esmo 2019: 'Tradurre' la scienza in cure migliori'
2. ANSA Oncologi, malnutrizione problema 50% pazienti ma sottovalutata
3. ADN KRONOS Digiuno o dieta vegana? Una bufala i benefici per malati di tumore
4. ANSA A Barcellona al via congresso oncologi Ue, Italia premiata
5. REPUBBLICA Modello mutazionale in oncologia: siamo pronti per la sfida?
6. PHARMA KRONOS Sileri, investiremo in cure innovative anticancro
7. STAMPA Fine vita, il turbamento di papa Francesco
8. GIORNALE Int. a Eugenia Roccella – "È stato valicato un limite senza"
9. STAMPA La sentenza non istiga al suicidio
10. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Medici in corsia fino a 70 anni
11. AVVENIRE Medici 70enni e neolaureati Il "pressing" delle Regioni
12. MESSAGGERO Le diversità da cancellare tra ospedali al Nord e al Sud
13. STAMPA Le Regioni contro il calo dei medici "Assumiamo 10 mila neolaureati"
14. MESSAGGERO C'è bisogno di medici, le Regioni: in corsia specializzandi e 70enni
15. LIBERO QUOTIDIANO Spendiamo più per i giochi che per la sanità
16. CORRIERE DELLA SERA L'Agenzia europea vuole controlli su tutti i farmaci
17. GIORNALE Allarme farmaci - L'Ema: test su tutti i farmaci in Europa
18. STAMPA Allarme sulle sostanze a rischio cancro. Controlli a tappeto su tutti i farmaci
19. CORRIERE DELLA SERA Sanità, detrazioni in base al reddito

https://www.repubblica.it/oncologia/news/2019/09/25/news/esmo_2019_tradurre_la_scienza_in_cure_migliori_-236931032/

Esmo 2019: 'Tradurre' la scienza in cure migliori'

Si apre domani a Barcellona Esmo, il congresso della società europea di oncologia. Tumori al seno, all'ovaio e al polmone protagonisti della scena. Giordano Beretta, presidente eletto Aiom, anticipa alcuni temi



'Translate science into better cancer patient care', ovvero portare concretamente la scienza nella vita dei pazienti sotto forma di cure migliori. E' questo lo slogan che caratterizza il Congresso della Società europea di oncologia medica (Esmo) che si apre domani a Barcellona per concludersi il primo ottobre. Cinque giorni densi di appuntamenti con quasi 4mila abstract presentati e oncologi provenienti da vari paesi europei.

Focus su seno, ovaio e polmoni

Sono attesi risultati scientifici che potrebbero cambiare la pratica clinica del carcinoma mammario, polmonare e ovarico con un focus sull'immunoterapia e la medicina di precisione che sono protagonisti della scena. Ma spazio anche al ruolo dell'infermiere in oncologia, alle cure palliative, ai tumori rari e al tema dell'accesso ai nuovi farmaci. "Questo è uno dei più grandi congressi di oncologia nel mondo e uno dei posti migliori per discutere della scienza che

conta davvero per i nostri pazienti”, afferma **Pilar Garrido**, professore associato di oncologia medica presso l'Università di Alcalá, Madrid, e presidente della ESMO Press & Media Affairs Committee. Importante anche la presenza italiana. “Come avviene ormai da diversi anni – spiega **Giordano Beretta**, presidente eletto Aiom e responsabile dell’Oncologia Medica all’Humanitas Gavazzeni di Bergamo - il contributo dell’oncologia italiana sarà rilevante, spaziando sia dalla ricerca su nuovi farmaci sia dalla definizione di caratteristiche atte a meglio selezionare i pazienti. Praticamente tutti gli ambiti del convegno presenteranno almeno una ricerca di autori italiani alcune anche in collaborazione con istituzioni straniere”. E in più quest’anno per la prima volta sarà un italiano, l’oncologo Angelo Di Leo, a ricevere l’Esmo Lifetime Achievement Award.

Portare la scienza nella quotidianità dei pazienti

Il tema del congresso ‘Translate science into better cancer patient care’ si riferisce alla necessità di riportare le recenti scoperte scientifiche, in ambito di biologia molecolare e di fattori predittivi di risposta ai farmaci, nella quotidianità del trattamento dei pazienti. “La capacità di meglio indirizzare le terapie, somministrandole ai pazienti che presentano caratteristiche tali da immaginare un risultato favorevole del trattamento, può consentire di ottimizzare il beneficio, ottenendo il massimo risultato nei pazienti con determinate caratteristiche e, al contempo, evitando di dare effetti collaterali inutili a pazienti con scarsa probabilità di beneficio che, magari, possono essere trattati meglio con altri farmaci”, spiega **Beretta**. “Questo approccio può essere ipotizzato anche nell’ambito della prevenzione, attuando dei percorsi preventivi differenti nelle diverse tipologie di soggetti, sulla base dei loro fattori di rischio, sia in ambito genetico che di stili di vita. Siamo ancora in una prima fase di questo percorso ma, se riusciremo a trasferire alcune conoscenze derivate dalle ricerche alla popolazione non ancora malata, potrebbe essere possibile ridurre l’incidenza, cioè ridurre i nuovi casi, o trovare in fase iniziale la malattia, con maggiori probabilità di guarigione”.

Selezionare bene i pazienti per spendere meglio le risorse

Dunque, un obiettivo ambizioso, ma si può davvero pensare di estenderlo a tutti i pazienti o vista la sempre scarsa disponibilità di fondi saranno pochi i pazienti che potranno beneficiare delle cure migliori? “Proprio la miglior selezione dei pazienti – risponde Beretta - può consentire un più corretto utilizzo delle risorse. Se do un farmaco costoso solo ai pazienti che ne beneficeranno aumento il risultato e, al contempo, riduco la quantità di farmaco impiegato rispetto ad un uso più indiscriminato, in cui la maggior parte dei pazienti, non avendo le caratteristiche per beneficiarne, non avrebbe alcun risultato con quel farmaco determinando, però, un consumo inappropriato di risorse. Questi altri pazienti potranno però beneficiare di trattamenti differenti, adatti alle loro caratteristiche, che potranno determinare loro un beneficio”. Insomma, si tratta di imparare ad usare una terapia personalizzata che, a partire dalle caratteristiche del paziente, porti ad ottenere una elevata probabilità di risultato.



26-09-2019

780.455

<http://www.ansa.it>

Oncologi, malnutrizione problema 50% pazienti ma sottovalutata Terapia nutrizionale precoce migliora decorso e qualità di vita

- BARCELLONA, 26 SET - In Europa, circa il 50% dei pazienti oncologici soffre di malnutrizione e circa un quarto muore a causa della malnutrizione e non per le conseguenze della progressione tumorale, ma solo il 23% dei pazienti affetti da tumori gastro-intestinali, ad esempio, riceve una diagnosi di malnutrizione, a causa della mancanza di uno screening adeguato. Inoltre, il problema è in vari casi sottovalutato. Ad evidenziarlo sono gli oncologi che, in occasione del Congresso della Società europea di oncologia medica (Esmo), sottolineano l'importanza dell'avvio precoce di una terapia di nutrizione clinica nei pazienti per migliorare il decorso e la qualità della vita. Durante le terapie oncologiche, rilevano gli specialisti, sette pazienti su dieci riscontrano problemi di alimentazione che li mettono a serio rischio di malnutrizione e di problemi a questa associati. Se, da un lato, le cure nutrizionali ottimali possono migliorare i risultati ottenuti dai pazienti oncologici, dall'altro, avvertono gli oncologi, il personale sanitario e i pazienti spesso non sono consapevoli del ruolo centrale esercitato dalla nutrizione clinica nella cura dei tumori. La perdita di peso e la riduzione dell'appetito sono infatti spesso considerate conseguenze 'normali' della chemioterapia. Non esistono inoltre linee guida europee specifiche per la nutrizione nel paziente oncologico. Anche nei casi in cui i pazienti non sono in grado di nutrirsi in maniera sufficiente, la nutrizione clinica - somministrata anche attraverso sacche - contribuisce, concludono gli esperti, a sostenere i pazienti nel corso delle terapie. I dati real world europei indicano inoltre che la nutrizione clinica è associata al miglioramento della sopravvivenza anche dei pazienti con tumori metastatici.

<https://www.adnkronos.com>

Digiuno o dieta vegana? Una bufala i benefici per malati di tumore

Stefano Cascinu: "Arrivano quasi ogni giorno in ambulatorio pazienti 'ingannati' da info su siti non controllati"



Da preziosissimo strumento di prevenzione, a vera e propria arma per favorire l'efficacia delle terapie anti-cancro. La **nutrizione è sempre più protagonista in oncologia**, "ma è importante fare chiarezza: il **presunto effetto benefico del digiuno**, presentato addirittura come terapia **per i tumori, semplicemente non è dimostrato**: proporre **una restrizione dietetica o un digiuno a un paziente avanzato o in chemio ha un effetto negativo e può contribuire a farlo morire prima**". A spiegarlo all'AdnKronos Salute, alla vigilia del Congresso 2019 dell'**Esmo (European Society for Medical Oncology)** al via domani a Barcellona, è **Stefano Cascinu**, docente di Oncologia medica all'Università Vita-Salute dell'ospedale San Raffaele di Milano.

Discorso analogo per la dieta vegana: "Ho un rispetto profondo per chi non mangia carne, è una dieta etica - sottolinea l'esperto - ma occorre dire con chiarezza che può avere un effetto drammatico su un malato oncologico". Nella diretta streaming da Barcellona, in programma il 30 settembre sulla pagina Facebook di '**Più forti del cancro**', Cascinu parlerà proprio di nutrizione del paziente oncologico. "Fino a qualche anno fa - dice lo specialista - questo problema era considerato quasi esclusivamente in funzione della prevenzione dei tumori. Oggi invece la **nutrizione entra a far parte della cura del paziente**, affiancata alle normali terapie". Ma il fiorire di informazioni sul web finisce per **confondere le idee** agli stessi pazienti.

"Ogni giorno - racconta Cascinu - **in ambulatorio** arrivano almeno un paio di persone, spesso istruite, che si sono costruite un'informazione su siti non controllati e non controllabili, e ci chiedono dei presunti benefici della restrizione calorica, della dieta vegana o di altri regimi dietetici. Il problema è che, se anche un'idea ha funzionato sui topi da laboratorio, non è automatico che lo faccia nella popolazione".

Ma intanto il **tam tam rimbalza sul web**. "Così nascono falsi miti, particolarmente pericolosi nel caso di soggetti fragili come i malati di tumore - avverte Cascinu - Quello che ormai sappiamo bene, e che possiamo dire, è che il **controllo del peso corporeo è benefico**: almeno nel 30% dei casi lo stile di vita, e in particolare l'obesità, è collegato ad alcuni grandi tumori come quello alla mammella, al colon o alla prostata. Mentre mantenere il proprio peso riduce in modo importante il rischio di recidiva".

Quanto ai benefici di **super-food come spezie o zenzero**, "si tratta - chiarisce l'esperto - di alimenti che hanno degli effetti, ma da qui a pensare che proteggano, ad esempio, dal tumore al colon ce ne passa: è una bella speranza e poco più".

"Ribadisco: occorre spiegare alle persone che, **se una strategia si è dimostrata efficace sui topi**, non bisogna dare per scontato che lo sia anche nell'uomo. Credo - conclude - che sia sempre più importante da parte di noi medici rispondere in modo corretto, dato l'incremento dei quesiti dei pazienti su questi argomenti".

<http://www.ansa.it>

A Barcellona al via congresso oncologi Ue, Italia premiata

Riconoscimenti ad Angelo Di Leo e Cristiana Sessa



BARCELLONA - Angelo Di Leo e Cristiana Sessa. Sono i due italiani premiati quest'anno dalla Società europea di oncologia medica (Esmo) in occasione del Congresso Esmo che si apre a Barcellona. Di Leo, primario di Oncologia all'Ospedale Santo Stefano di Prato, verrà riceverà il Premio alla carriera 2019 (Esmo lifetime achievement award) il 27 settembre durante la cerimonia di apertura del congresso. Sessa, consulente per i tumori ginecologici all'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) di Bellinzona e con un passato di ricerca anche in Italia, è la vincitrice del prestigioso premio 'Donne per l'oncologia' della Società europea di oncologia medica (Esmo).

Il premio alla carriera, si sottolinea nelle motivazioni per l'assegnazione del riconoscimento, riconosce "l'eccezionale carriera dedicata alla ricerca sul cancro. Di Leo è un esperto di cancro al seno riconosciuto a livello internazionale, che ha condotto ricerche pionieristiche nella biologia di tali tumori e che ha contribuito in modo significativo allo sviluppo di trattamenti personalizzati per i pazienti oncologici.

Ha anche fatto del dipartimento di Oncologia dell'Ospedale di Prato - sottolinea l'Esmo - uno dei principali centri nazionali per la cura integrata del cancro e la ricerca clinica". "E' un grande onore ricevere questo prestigioso riconoscimento da una società globale come è l'Esmo. Credo di aver raggiunto due grandi risultati nella mia carriera - spiega Di Leo -. Il primo è aver creato, dal nulla, una struttura come quella di Prato, dove i pazienti vengono oggi per essere curati dimostrando una grande fiducia nei nostri programmi. Il secondo è che ho avuto l'opportunità di lavorare e far crescere una squadra di giovani oncologi e ricercatori estremamente qualificati". Dunque, conclude, "sono orgoglioso di poter dire che il nostro programma continuerà con successo anche, un giorno, senza di me".

"Imparate ad essere audaci" è invece il motto di Cristiana Sessa 66 anni, una carriera da oncologa specializzata nei tumori ginecologici e due obiettivi che hanno rappresentato il filo rosso del suo percorso umano e professionale: aiutare le donne malate e promuovere il ruolo della nuova generazione di donne-medico nel campo dell'oncologia puntando anche a posizioni apicali.

https://www.repubblica.it/dossier/salute/labrevolution/2019/09/26/news/modello_mutazionale_in_oncologia_siamo_pronti_per_la_sfida_-236982379/

Modello mutazionale in oncologia: siamo pronti per la sfida?



Negli ultimi anni si sta facendo strada una nuova fase nella lotta ai tumori: i farmaci si approvano sulla base delle mutazioni che colpiscono e non dell'organo dove insorge la malattia. Una rivoluzione che il sistema sanitario deve saper governare

Dagli inizi degli anni '20, l'oncologia ha fatto cambiamenti e anche progressi straordinari. All'inizio erano i tempi degli ambulatori della "chemio" con un effetti tossici destruenti e con i pazienti che mostravano nel viso e nel corpo il marchio del male incurabile. Poi la chemio è diventata più selettiva con le combinazioni e i cicli di terapia. Intorno agli anni 2000 sono arrivate le target-therapy su base molecolare, che hanno determinato un avanzamento significativo dell'oncologia in termini di tollerabilità con una efficacia rilevante nel breve periodo, ma con le curve di Kaplan Meier (che indicano la sopravvivenza N.d.R.) che dopo una divaricazione iniziale si appiattivano inesorabilmente nel corso di 12-24 mesi, per l'insorgere delle resistenze.

Al congresso ASCO 2013 sono stati presentati i primi dati delle terapie immunologiche inibitrici del check point (anti PD1 - PDL1) con risultati completamente diversi dalle target-therapy: prima un effetto "detrimental", poi la diversificazione delle curve di Kaplan Meier per il gruppo dei trattati e infine l'effetto più rilevante, cioè il mantenimento dello stato di remissione fino a 5 anni (melanoma - polmone), in

assenza però di una capacità predittiva dei pazienti long survivors. In 15 anni l'oncologia diventava quindi la branca più importante della medicina, la spesa più rilevante dei budget farmaceutici degli ospedali (40% della spesa ospedaliera complessiva) e i servizi/dipartimenti di onco-ematologia salivano dagli scantinati degli ospedali ai piani nobili, si moltiplicavano i Convegni e i Congressi (l'ultimo congresso ASCO ha fatto registrare 39.000 presenze).

Tutti questi cambiamenti erano comunque riconducibili a una oncologia di tipo "istologico", che dalla localizzazione del tumore passava alla istologia, allo staging e ai farmaci attivi per la specifica indicazione istologica. Il modello istologico in oncologia ha guidato fino a oggi la programmazione delle strutture oncologiche e la organizzazione dei servizi da parte dei decisori nazionali, degli assessorati alla Sanità e delle Direzioni Generali, con la individuazione e la strutturazione dei dipartimenti di oncologia, degli IRCCS Oncologici, delle Reti Oncologiche Regionali e, più in generale con i piani regionali sui tumori e più recentemente con i Registri Regionali sui tumori. Sul piano regolatorio i farmaci oncologici del modello istologico sono stati governati con i Registri AIFA di monitoraggio e con gli accordi sul prezzo condizionati al risultato (MEAs: Managed Entry Agreements).

Il 12 ottobre del 2017 nella sezione Perspective del *New England Journal of Medicine* usciva l'articolo: "First FDA Approval Agnostic of Cancer Site - When a Biomarker Defines the Indication", che di fatto inaugurava la fase mutazionale in oncologia, vale a dire l'approvazione di farmaci attivi su una mutazione indipendentemente dalla sede del tumore (cancer site), dall'età e dal sesso (procedura agnostica).

Sta quindi emergendo un nuovo modello in oncologia, seppur con dati preliminari, non solidi e non consolidati, che si fonda sulla mutazione genetica e quindi su un modello diverso dal modello istologico che fino a ora ha governato la ricerca clinica, le decisioni regolatorie e la partita oncologica.

La governance dei nuovi farmaci oncologici del modello mutazionale deve essere molto rigorosa con indicazioni da riservare per i pazienti oncologici in cui la profilazione genomica e i nuovi farmaci devono avere un valore terapeutico aggiuntivo e offrire una nuova opportunità di cura, con particolare riferimento ai tumori rari e ai pazienti che hanno esaurito le linee di trattamento attuali. Inoltre, data la complessità delle interpretazioni dei dati di profilazione genomica (NGS) e della scelta appropriata delle terapie sulla singola mutazione driver, su mutazioni multiple druggable o sul carico mutazionale (terapie immunologiche), serve l'istituzione a livello regionale dei Molecular Tumor Board (MTB) con carattere multidisciplinare. E' necessario quindi un nuovo modello organizzativo, definire una governance clinica rigorosa, evitando un impiego incontrollato, aprendo nuove prospettive di cure ma evitando facili illusioni.

Sileri, investiremo in cure innovative anticancro

Difficile pensare a una sanità futura senza fondi speciali

"Devo parlarne col ministro Speranza, però sicuramente le intenzioni del Governo sono quelle di non tagliare" il Fondo per i farmaci oncologici, "bensì investire nelle cure innovative contro il cancro. E questo perché i risultati che abbiamo visto oggi", un calo delle nuove diagnosi di tumore e un aumento delle persone 'sopravvissute' al cancro, "sono legati non solo ai corretti stili di vita, ma anche all'utilizzo delle nuove terapie, che in passato non c'erano". Così il viceministro della Salute Pierpaolo Sileri a Roma a margine della presentazione del volume 'I numeri del cancro in Italia nel 2019'. "Non possiamo rimanere indietro

in questo senso - ha ribadito - inizieremo presto a parlarne e a ipotizzare anche di rendere fisso il Fondo per i farmaci innovativi. Perché sicuramente non possiamo pensare a un futuro per la sanità senza un fondo per i farmaci innovativi. Spesso si legge che questi medicinali costano tanto, ma assicurano una sopravvivenza prima impensabile. E' evidente che senza la ricerca delle aziende non ci sarebbero stati risultati del genere e per questo occorre ringraziare l'industria, ma anche il Sistema sanitario nazionale che è fra i migliori del mondo".

Barbara Di Chiara



DOPO LA CONSULTA

Fine vita, il Papa “No alla cultura dello scarto”

«Sconcerto e preoccupazione» sono gli stati d'animo nella Chiesa dopo la decisione della Consulta che apre al suicidio assistito. Papa Francesco dice no «alla cultura dello scarto» e ribadisce che «la difesa della vita deve essere integrale». Uno dei problemi che evidenzia il Pontefice è «l'in-

capacità della politica ad assumersi le proprie responsabilità per motivi soprattutto elettorali». Parte subito una corsa nei due rami del Parlamento per intestarsi la nuova legge: il primo braccio di ferro è tra i due presidenti Casellati e Fico.

AGASSO JR, BERTINIE TOMASELLO - PP. 2-3

Fine vita, il turbamento di papa Francesco “I politici non si assumono responsabilità”

I vescovi manifestano “sconcerto e preoccupazione”. Per il Pontefice “la difesa della vita deve essere integrale”

4.000

I medici cattolici che si dicono pronti a fare obiezione di coscienza sul suicidio assistito

237

I medici firmatari di un documento a favore del “pro-scelta”. In prima linea c'è Mario Riccio

Bergoglio teme la deriva sui temi etici dall'Europa all'America Latina

DOMENICO AGASSO JR
CITTÀ DEL VATICANO

Sconcerto e preoccupazione sono gli stati d'animo nella Chiesa, al di qua e al di là del Tevere, dopo la decisione della Consulta che apre al suicidio assistito. Da via Aurelia, sede della Cei, è arrivata prima la reazione a caldo di rabbia e presa di «distanza». Poi ieri, per bocca del segretario generale monsignor Stefano Russo, è stato rilanciato un punto inderogabile: l'inserimento della libertà di obiezione di coscienza nella futura normativa. Mentre a Casa Santa Marta, residenza di papa Francesco, c'è turbamento su come i temi del fine vita vengono regolati in vari paesi. Compresa ora anche l'Italia. Trapela dall'entourage del Pontefice, e con una conferma inequivocabile nelle dure parole di Bergoglio pronunciate in questi giorni delicati. Quando mancavano meno di 96 ore alla riunione decisiva della Corte Costituzionale, il Papa, ricevendo la Federazione nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, affermava senza mezzi termi-

ni: «Si può e si deve respingere la tentazione - indotta anche da mutamenti legislativi - di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia».

Una delle chiavi di lettura del pensiero di Francesco, ricorda un suo collaboratore, è nei ripetuti appelli contro «la cultura dello scarto». Per il Pontefice dare la morte o aiutare a raggiungerla sono due strade «sbrigative» di fronte a scelte «che non sono espressione di libertà, quando includono lo scarto del malato come possibilità», o una «falsa compassione» di fronte alla richiesta «di essere aiutati ad anticipare la morte». Altro concetto espresso una settimana fa.

Un alto prelato ci spiega che la difesa della vita è un tema «centrale per il pontificato», e più volte, «al contrario di ciò che sostengono i suoi oppositori della galassia conservatrice, Francesco è stato chiaro e perentorio, anche in

modo non diplomatico». Nei sei anni e mezzo di udienze generali più volte ha lanciato moniti e richiami, come quello sulle «vicende di Vincent Lambert e Alfie Evans, dei quali ha citato i nomi: fatto eccezionale nella storia degli interventi papali».

Uno dei problemi che rileva Bergoglio è «l'insufficienza della politica in merito - ci rivela un altro monsignore - in America Latina come in Europa: lasciare in mano a poteri paralleli, seppure legittimi e costituzionali, li porta addirittura a legiferare. Questo avviene perché i politici non si assumono le proprie responsabilità, per motivi soprattutto elettorali».



Dunque il Papa «guarda con grande attenzione a ciò che accade in vari paesi, ed è preoccupato». E per lui una delle strade da percorrere è il rafforzamento dell'efficacia e della diffusione delle «cure palliative». Certo non lo entusiasma la strategia delle «battaglie per i principi non negoziabili». Il Papa ha ribadito più volte che «la difesa della vita deve essere integrale», perché «non è pienamente corrispondente al Vangelo mettere in atto campagne, giuste e necessarie, come quella contro l'aborto ma senza pensare anche ad altre situazioni in cui si tenta all'esistenza: popoli affamati, bambini soldato, guerre», evidenziano nel suo entourage.

Cultura della morte
 Sul versante italiano, per il se-

gretario della Cei con la sentenza delle Corte «si creano i presupposti per una cultura della morte in cui la società perde il lume della ragione». La Cei invoca «paletti forti». Uno imprescindibile è la garanzia della libertà di obiezione di coscienza: «Il medico esiste per curare le vite, non per interromperle». I vescovi saranno «attenti e vigilanti» nel caso di un passaggio parlamentare. Russo aggiunge che comunque tutto questo non ha creato «una frattura» tra la Cei e le istituzioni.

Nel frattempo insorgono i medici cattolici: «Siamo oltre 4mila e faremo obiezione di coscienza», annuncia Giuseppe Battimelli, vicepresidente della Federazione. Con il sostegno dell'associazionismo, da cui continuano a levarsi disapprovazioni e irritazione. E

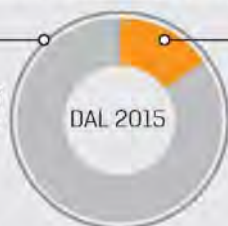
la rettifica diramata ieri dalla Consulta sembra aggravare la questione: «Ha segnalato come la non punibilità dell'aiuto al suicidio non riguardi solo le sofferenze fisiche ma anche le sole sofferenze psicologiche», così «amplia le letture interpretative delle richieste di aiuto al suicidio», spiega il presidente di Scienza & Vita Alberto Gambino. Parole durissime arrivano da don Aldo Buonaiuto, della Comunità Papa Giovanni XXIII: «Ogni totalitarismo intraprende il proprio cammino di morte sopprimendo chi "non serve"». Mentre per Carlo Costalli, presidente del Movimento cristiano Lavoratori, «lascia impietriti la vocazione da Ponzio Pilato dimostrata dal nostro Parlamento al quale non sono bastati 11 mesi per legiferare». —

© BY NC ND AL QUIN DIRITTI RISERVATI

La procedura di suicidio assistito

761

persone hanno chiesto informazioni sul suicidio assistito all'Associazione Coscioni


115

quelle che si sono rivolte a cliniche svizzere (alcune poi hanno cambiato idea)



IL COSTO
10.000 euro



100 italiani
 ogni anno chiedono e spesso ottengono il suicidio assistito secondo l'associazione Exit-Italia



Circa 10-15 minuti
 che passano dal momento di attivazione delle pratiche mediche e farmacologiche alla «morte dolce»

6
 alla Camera

13

i progetti di legge depositati in Parlamento

7
 al Senato

centimetri - LA STAMPA

COSÌ NEL MONDO



SVIZZERA

La normativa elvetica autorizza l'aiuto al suicidio, ma solo se viene prestato senza "motivi egoistici". La possibilità è consentita, come dimostra il caso di Dj Fabo, anche a cittadini stranieri



FRANCIA

E' vietata la cosiddetta "eutanasia attiva", mentre è parzialmente ammessa quella passiva, se avviene in presenza dell'autorizzazione non solo di un medico, ma di due



GRAN BRETAGNA

La situazione è complessa vietato l'aiuto al suicidio, vige però il concetto dell'aiuto "per compassione". Ridotte anche le sanzioni. Proibita l'eutanasia, il giudice può però autorizzarla in casi estremi



OLANDA

E' stato il primo Paese al mondo, nel 2001, ad autorizzare l'eutanasia e il suicidio assistito. Più tardi l'associazione dei medici pediatri ha chiesto di rimuovere il limite dei 12 anni, fin qui senza risposte

L'INTERVISTA Eugenia Roccella

«È stato valicato un limite senza ritorno: la sanità pubblica non può dare la morte»

L'ex sottosegretario: «Intollerabile l'autopercezione della sofferenza»

Sabrina Cottone

■ «Tentammo di fare la legge sul testamento biologico, a seguito della vicenda di Eluana Englaro: sospendere alcune cure anche quando non sei più in grado di esprimerti» ricorda Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute del quarto governo Berlusconi. «La legge bilanciava la libertà di scelta e le necessarie garanzie, infatti contemporaneamente avevamo legiferato sulle cure palliative perché l'idea era: vogliamo dare a tutti le condizioni per sopravvivere alla malattia senza sofferenza. Mancavano quindici giorni, è caduto il governo».

Oggi la Consulta apre all'eutanasia libera o è il male minore, perché l'agevolazione al suicidio è concessa solo a certe condizioni?

«Non è il male minore. E la via al male l'ha aperta la legge 219 del 2017 sul consenso informato e sulle Dat. Allora, nella mia dichiarazione di voto dissi: "è la via italiana all'eutanasia". E tutti a dire: "ma no, no, assolutamente no". Invece l'ha detto la Consulta e con più durezza e di me: se si può scegliere di morire attraverso la sottrazione di acqua e cibo, sia pure somministrati medicalmente, e così morirebbe anche una persona sana, perché non si deve poter morire anche in un altro modo? La Corte riconosce che la 219 è eutanasi. Il resto viene di conseguenza».

Quale limite è stato valicato?

«Il paletto fondamentale era: la sanità non può dare la morte, lo Stato non può dare la morte, i medici non possono dare la morte. Una volta che non c'è più la totale tutela della vita e dici: la sanità pubblica può dare la morte, perché dovrei farlo in un modo solo?».

Esiste anche il tema della tutela della dignità della vita.

«La vita si tutela affermando che qualunque persona vivente è dignitosa, in qualunque situazione. Nel

momento in cui si diffonde la tutela della vita animale, e io sono animalista e mi sono incartata l'estate per tutelare un gatto, perché non dovrei tutelare la vita umana? Esiste una scala delle priorità. Disabili, persone con gravi disabilità psichiche non devono essere tutelati?».

La difesa della vita è un valore in cui credono solo i cattolici?

«La sacralità della vita dovrebbe essere ancora più tutelata da un laico, da chi non ha fede nella vita ultraterrena. Cerchiamo di offrire alle persone fragili le condizioni per vivere al meglio, non offriamo loro la morte».

L'Europa va altrove. È una lotta contro la storia?

«Una volta c'era l'eccezione italiana, fondata sui nonni, la famiglia, il volontariato, la vocazione alla solidarietà. Era un'eccezione positiva che alleggeriva parecchio il welfare. Non credo che da domani chiederanno il suicidio assistito migliaia di italiani, ma non mi convince una lettura positiva del Belgio e dell'Olanda rispetto all'Italia».

Non crede che esista un diritto all'autodeterminazione?

«Non amo la parola autodeterminazione, un tempo ero radicale e mi piace la parola libertà. Il problema è l'autopercezione introdotta dalla Corte, che parla di "qualunque patologia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili". Io reputo intollerabile quest'autopercezione senza criteri di oggettività».

È bene che decida il Parlamento?

«Era un bene prima. La Corte ora ha dato i criteri e a leggere il comunicato, i paletti sono blandi e il Parlamento dovrà seguire quella lettura: quando si tratta di sofferenza fisica o psicologica, la strada all'eutanasia è aperta. Forse si può pensare a referendum abrogativi, ma bisogna aspettare di leggere per intero il parere della Corte».



ANIMALISTA

«Ho passato l'estate a curare un gatto, la vita umana vale meno?»



ETICA E DIRITTO

LA SENTENZA NON ISTIGA AL SUICIDIO

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Il dettagliato comunicato della Corte costituzionale sulla sentenza che ha dichiarato incostituzionale l'articolo del codice penale che puniva incondizionatamente chi avesse aiutato una persona a mettere in atto la sua decisione di por fine alla propria vita, consente qualche nota di commento anche senza attendere la pubblicazione della motivazione. Vengono subito in luce alcune questioni. Prima di tutto è chiara la estrema cautela dimostrata dalla Corte, che ha posto una serie di condizioni alla depenalizzazione dell'aiuto al suicidio. Una cautela che l'ha portata a delimitare strettamente i casi in cui l'aiuto prestato non sarà più punito. Il rigore manifestato dalla Corte rende incomprensibili alcuni primi commenti che lanciano l'allarme sull'incombente suicidio di Stato e sulla cultura della morte che starebbe per prevalere.

In realtà la Corte ha ripreso la definizione dei casi in cui era incostituzionale punire l'aiutare colui che abbia già deciso di darsi la morte, che aveva descritto nella ordinanza di un anno fa: deve trattarsi di "un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli". Come si vede la Corte ha definito situazioni gravissime e limitate. Non solo, ma essa ha anche cercato tra le leggi già vigenti quelle pertinenti, per definire le modalità ammissibili per l'aiuto dato al suicida. La Corte ha stabilito che tutto debba svolgersi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Importantissima condizione, che rende priva di fondamento la previsione di chi denuncia l'imminente apertura in Italia di cliniche della morte.

Ciò detto per sottolineare la prudenza della Corte e l'evidente sua consapevolezza della gravità e delicatezza del tema che doveva affrontare, vanno segnalate alcune difficoltà. È probabile che con questa sentenza i giudici che avevano sollevato le questioni di costituzionalità ora decise dalla Corte costituzionale possano definire senza troppe difficoltà i processi pendenti davanti a loro. Ma la legislazione che deriva ora dalla sentenza della Corte si applicherà naturalmente anche ai casi futuri. Ed è per i casi futuri che i problemi sono seri. Perché prima dell'intervento dei giudi-

ci, caso per caso, saranno i medici del Servizio Sanitario Nazionale a doversi confrontare con richieste di aiuto al suicidio provenienti da pazienti che si trovano (o paiono trovarsi) nelle condizioni descritte dalla Corte. Da un lato dovranno assicurare l'attuazione di quanto la Corte ha deciso, ma dall'altro avranno come guida norme generiche, non definite in funzione di questa specifica finalità, in un quadro di incertezza. È quindi ben comprensibile che la Corte abbia dichiarato indispensabile l'intervento legislativo. Al Parlamento si chiede ora di provvedere rapidamente, con leale osservanza dei principi costituzionali enunciati dalla Corte.

E così si arriva al tema finale. Se, come è chiaro, la soluzione adottata dalla Corte costituzionale è al tempo stesso obbligata, ma anche insufficiente, ancora una volta la colpa è del Parlamento, dei parlamentari, dei partiti politici, che non hanno adempiuto al loro dovere. Non è la prima volta e non solo in casi di particolare complessità, come questo. Da sempre il Parlamento ignora o lascia troppo a lungo senza risposta le indicazioni della Corte costituzionale (le si chiama moniti) che segnala la necessità di mettere la legislazione in linea con la Costituzione. La vicenda che ha portato alla sentenza sul suicidio assistito indica, con ogni verosimiglianza, un cambio di passo. Di fronte alla inefficienza, noncuranza, incapacità del Parlamento e delle forze politiche che lo compongono la Corte ha ora fatto intendere di essere pronta a pienamente adempiere al proprio ruolo di guardiana della Costituzione e di non essere più disposta a tollerare che norme incostituzionali siano lasciate troppo a lungo in vita.

Gli strumenti di cui dispone la Corte non sono però quelli del Parlamento. I suoi interventi, come in questo caso, lasciano aperti problemi non da poco. L'architettura originaria del sistema costituzionale e la definizione del ruolo proprio di ciascun potere finiscono per essere alterati. Anche di questo problema va fatto carico al Parlamento. —

© BY NC ND ALCUN DIRITTI RISERVATI



L'EMERGENZA LA PROPOSTA DELLE REGIONI, PER AFFRONTARE LA CARENZA DEI CAMICI BIANCHI, SARÀ PRESENTATA AL MINISTRO SPERANZA

Medici in corsia fino a 70 anni

L'Europa: test su tutti i farmaci per verificare le impurità cancerogene È scontro dopo l'apertura al suicidio assistito da parte della Consulta

SERVIZI ALLE PAGINE 2-3 E 5 >>>

LE PROPOSTE DELLA CONFERENZA. PROTESTANO I SINDACATI

Contro la carenza dei medici ipotesi «corsia fino a 70 anni»

Le Regioni al ministro: sì pure ad autonomi e specializzandi

● **ROMA.** Medici specializzandi, contratti autonomi, ed in corsia fino a 70 anni: queste alcune delle proposte per affrontare la carenza dei medici che la Conferenza delle Regioni ha approvato con un documento in 16 punti che sarà trasmesso al ministro della Salute. Secondo le proposte delle Regioni, nel prossimo triennio i medici senza specializzazione potranno accedere in soprannumero al SSn, garantendo loro di conseguire una scuola di specializzazione sulla base di protocolli d'intesa tra Regione ed Università. Si prevede poi l'assunzione di camici bianchi con incarichi di lavoro autonomo quando è impossibile individuare medici dipendenti o convenzionati, e anche specializzandi all'ultimo anno di corso con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale.

«Per il prossimo triennio - si legge nel documento - possibilità per i medici di accedere al Ssn, oltre che con il diploma di specializzazione, anche con la laurea e l'abilitazione all'esercizio professionale, stabilendo l'utilizzo di questi professionisti all'interno delle reti assistenziali, per lo svolgimento di funzioni adeguate alle competenze possedute». Il documento spiega che «la Regione potrà anche organizzare o riconoscere percorsi formativi dedicati all'acquisizione di competenze teorico-pratiche negli ambiti di potenziale impiego». Ancora: «I medici assunti accederanno in soprannumero, per esigenze del Servizio sanitario regionale, ad una scuola di specializzazione sulla base di protocolli d'intesa tra Regione ed Università che disciplineranno il numero di accessi e le modalità di frequenza al corso». E «dovrà in particolare essere previsto lo

svolgimento presso l'Università della parte teorica e presso l'Azienda di appartenenza della parte pratica e di tirocinio, garantendo a quest'ultima almeno il 70% del complessivo impegno dello specializzando».

Stando alle proposte della Conferenza delle Regioni inoltre, «si potrebbe pensare di modificare la norma secondo cui i dirigenti medici, raggiunti i 65 anni o i 40 di servizio, devono cessare, consentendo a tutti i medici di rimanere in servizio fino a 70 anni, su base volontaria, compatibilmente con lo stato di salute e previa valutazione aziendale».

Il documento della Conferenza delle Regioni non è piaciuto al più grande sindacato dei medici dirigenti Anao Assomed, che contesta sia il punto che riguarda i neolaureati che i medici autonomi in corsia. «In Italia ci sono 9 mila specializzandi di Medicina al quarto e quinto anno di corso con contratto a tempo determinato. Non c'è bisogno di prendere medici laureati al primo anno di specializzazione per risolvere la carenza di camici bianchi: basta utilizzare anche solo 5 mila di quei ragazzi che sono praticamente a fine percorso per affrontare la situazione». Il segretario nazionale Carlo Palermo conclude con un no deciso alla possibilità che in corsia ci finiscano anche medici con contratti autonomi.



LA PROPOSTA

Medici 70enni e neolaureati Il “pressing” delle Regioni

Un documento in sedici punti per cercare di superare il problema (anzi l'emergenza) della carenza di medici specialisti. Le Regioni – che lo sottoporranno prossimamente al ministro della Salute, Roberto Speranza – per superare l'impasse suggeriscono tra le altre misure «l'adozione di una disposizione legislativa (e previsione contrattuale) per consentire l'accesso al Servizio sanitario nazionale dei medici privi di diploma di specializzazione, garantendo agli stessi la possibilità di conseguire un titolo di specializzazione». Una misura che per i governatori «rappresenta la più efficace, e potenzialmente più tempestiva, azione per superare l'attuale situazione».

La Conferenza chiede poi modifiche della disciplina concorsuale e anche delle disposizioni inerenti il collocamento a riposo del personale medico. «Si potrebbe pensare di modificare» le norme in vigore «consentendo a tutti i medici di rimanere in servizio fino a 70 anni, su base volontaria, compatibilmente con lo stato di salute e previa valutazione aziendale». Tra gli altri provvedimenti da adottare le Regioni suggeriscono anche il via libera per il prossimo triennio alla «stipula di contratti di lavoro autonomo anche per lo svolgimento delle funzioni ordinarie» esclusivamente quando «risulti impossibile il reclutamento di medici con rapporto di dipendenza o convenzionato», e anche l'assunzione a tempo determinato degli specialisti già presenti nelle graduatorie. «Per affrontare l'attuale carenza di medici specialisti sono necessari interventi urgenti al fine di garantire adeguati servizi sanitari», ha spiegato Stefano Bonaccini, presidente della Conferenza delle Regioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il commento

Le diversità da cancellare tra ospedali al Nord e al Sud

Silvio Garattini

Con l'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) ed in seguito con la decentralizzazione regionale (Ssr), sono completamente cambiate le funzioni del Ministero della Salute che ha sempre meno compiti di dettaglio e sempre più funzioni di coordinamento che richiedono specifiche strutture e complesse competenze. Dopo 40 anni cosa può essere modificato o migliorato?

Manca certamente una Scuola Superiore di Sanità che dovrebbe essere una fonte obbligatoria di formazione per i top dirigenti del Ssn e Ssr, anziché essere spesso l'espressione di formazione in sede industriale o più frequentemente frutto di lottizzazione politica. La scuola dovrebbe trasmettere competenze di tipo sanitario e manageriale puntando sulle esigenze del Ssn che richiedono più attenzione alla prevenzione come metodologia fondamentale per la sostenibilità del Ssn, alla validazione scientifica degli interventi, alla ricerca come indispensabile investimento perché venga assicurato un continuo miglioramento dei servizi, alla valutazione comparativa degli interventi per assicurare il miglior rapporto costo-benefici.

Le competenze dovrebbero esercitarsi anche nelle Scuole sanitarie. La formazione del medico, degli infermieri, degli operatori sanitari non può essere lasciata al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (Miur) completamente avulso dalle necessità di programmazione e soprattutto dall'adeguatezza della formazione rispetto alle esigenze del Ssn.

I medici ed in generale il personale sanitario escono dall'Università con scarse conoscenze del Ssn, delle sue strutture, della sua organizzazione e soprattutto del suo ruolo pubblico che contrasta con l'attività privata rivolta al profitto.

Mentre è stata realizzata

un'agenzia per i farmaci (Aifa) mancano altre strutture che si occupino in modo approfondito degli ospedali, delle apparecchiature scientifiche dei dispositivi medici e dei reattivi diagnostici. Mentre abbiamo un formulario farmaceutico - che dovrebbe essere ampiamente sfoltito - non abbiamo ancora un elenco di tutti gli altri prodotti con relativi prezzi che permetta una omogeneità negli acquisti regionali. Aste nazionali potrebbero essere molto utili per diminuire la spesa ottenendo i migliori prodotti nell'interesse dei pazienti.

Il Ministero della Salute dovrebbe avere una maggiore attività di controllo per evitare la eterogeneità dei comportamenti regionali con gravi differenze fra Nord e Sud del Paese. I livelli essenziali di assistenza (Lea) dovrebbero tener molto più conto della evidenza scientifica. Non dovrebbe essere permesso che alcune Regioni rimborsino prodotti omeopatici e fitoterapici che nulla hanno a che fare con la conoscenza scientifica.

Infine una funzione essenziale del Ministero della Salute dovrebbe essere la ricerca biomedica. La complessità del Ssn esige un continuo sostegno della ricerca scientifica per capire cosa succede nel mondo e per evitare che l'opprimente mercato della medicina abbia il sopravvento sulle reali esigenze degli ammalati. Oggi spendiamo intorno allo 0,3 per cento del fondo sanitario pari a circa 115 miliardi per anno. L'industria del farmaco spende circa il 7 per cento, l'industria degli smart-telefoni spende il 10 per cento del suo fatturato. Non solo ma il Ministero preferisce ascoltare gli animalisti piuttosto che i ricercatori rendendo difficili e addirittura tassando esperimenti sugli animali ancora indispensabili per il progresso delle conoscenze. Come è possibile che il Ssn possa essere efficiente? C'è bisogno di ricerca indipendente per fare ad esempio ciò che non sarà mai fatto dall'industria farmaceutica: la ottimizzazione



LA PROPOSTA: IMPIEGHIAMOLI ANCHE SE NON HANNO LA SPECIALITA'

Le Regioni contro il calo dei medici “Assumiamo 10 mila neolaureati”

**Nei nostri ospedali
entro il 2025
mancheranno
17 mila specialisti**

Per fronteggiare la carenza di camici bianchi, assumere nei nostri ospedali giovani neo laureati in medicina, senza che abbiano ancora messo piede in una scuola di specializzazione. La proposta choc, che fa già andare su tutte le furie i dottori che in corsia ci lavorano già, è stata avanzata dalle Regioni e recapitata sul tavolo del Governo. Dove dal canto suo il neo-ministro della Salute, Roberto Speranza, cala sul tavolo la sua bozza di nuovo Patto per la salute con proposte più soft, che vanno dall'attenuazione dei vincoli per le assunzioni di personale sanitario stabilite dal decreto Calabria (che consente un aumento di spesa massimo del 5% rispetto all'incremento della quota di finanziamenti del 2018 per lo stesso personale, in pratica briciole), al progressivo utilizzo dei medici specializzandi nei nostri ospedali. Proposte contenute anche nel piano in 16 punti messo a punto delle Regioni, che sparano però molto più alto.

Innanzitutto, puntando a recuperare i 10 mila medici laureati e abilitati alla professione, ma rimasti fuori dalla porta delle scuole di specializzazione. Dovrebbero poter essere assunti ga-

rantendogli un percorso di formazione-lavoro, con una parte teorica svolta nelle Università e quella pratica negli ospedali, dove dovrebbero passare il 70% del loro tempo. Una misura pensata per fronteggiare la desertificazione delle nostre corsie, dove mancheranno da qui al 2025 ben 17 mila medici specialisti.

Ma i medici ospedalieri non ci stanno. «Così si abbassa il livello di sicurezza delle cure. Senza un percorso formativo specialistico rischiamo di avere medici che scambiano un infarto per gastrite e un aneurisma dell'aorta per una banale lombalgia», mette in guardia Carlo Palermo, segretario nazionale dell'Anaa, il sindacato di categoria. Che ricorda come avviando i concorsi in base al decreto Calabria potrebbero essere assunti a tempo determinato circa 9 mila specializzandi del quarto e quinto anno.

Non piace al sindacato nemmeno la proposta di derogare all'orario di lavoro europeo, che per i medici prevede 11 ore di riposo tra un turno e l'altro con un tetto settimanale di 48 ore lavorative.

Tra gli altri punti del piano regionale, la possibilità, oggi vietata, di scorrere le graduatorie anche oltre i posti messi a concorso, e la possibilità per i medici di scegliere se rimanere in servizio fino a 70 anni. Magari evitando che trasferiscano all'estero il bagaglio della loro esperienza. PA. RU. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



C'è bisogno di medici, le Regioni: in corsia specializzandi e 70enni

**NEL NOSTRO PAESE
MANCANO 56 MILA
CAMICI BIANCHI
I GOVERNATORI TEMONO
DI DOVER SOSPENDERE
L'ASSISTENZA**

**LE PROPOSTE PRESENTATE
DALLE REGIONI:
ALLUNGARE L'ETÀ
LAVORATIVA, CONTRATTI
AUTONOMI E VIA LIBERA
AI NEOLAUREATI**

IL PIANO

ROMA A "quantificare" l'emergenza è il Governatore, Luca Zaia: «In Italia mancano 56 mila medici, di cui 1.300 in Veneto». Una situazione, legata anche all'applicazione di Quota 100, che accomuna tutte le Regioni italiane. Che, infatti, hanno prodotto un documento in 16 punti da sottoporre al ministro della Salute, Roberto Speranza.

Tra le proposte, quella di arruolare anche specializzandi, fare contratti autonomi e medici in corsia fino a 70 anni.

IL PIANO

Il testo, approvato ieri dalla Conferenza delle Regioni, coinvolge cinque ambiti di intervento: l'accesso al lavoro nel servizio sanitario nazionale, la formazione, la valorizzazione e l'attrattività del lavoro all'interno dello stesso, il miglioramento della programmazione futura dei professionisti, l'armonizzazione agli standard e ai riferimenti europei in materia di tempi e funzioni. All'interno di un piano triennale rientra l'idea di far accedere al Servizio sanitario nazionale i medici senza specializzazione, garantendo loro di conseguirla sulla base di protocolli d'intesa.

«Dovrà in particolare essere previsto - si legge nel documento - lo svolgimento presso l'Università della parte teorica e presso l'azienda di appartenenza della parte pratica e di tirocinio, garantendo a quest'ultima almeno il 70% del complessivo impegno dello specializzando».

Una misura, questa, su cui i governatori puntano molto, consi-

derandola "la più efficace, e potenzialmente più tempestiva, azione per superare l'attuale situazione". Ma c'è anche un'altra opzione prevista dal documento delle Regioni: la Conferenza chiede infatti modifiche alla disciplina concorsuale e alle disposizioni che riguardano il collocamento a riposo del personale medico. "Si potrebbe pensare di modificare le norme in vigore - suggeriscono i Governatori - consentendo a tutti i medici di rimanere in servizio fino a 70 anni".

Si tratterebbe di un'adesione su base volontaria, che dovrebbe risultare compatibile "con lo stato di salute" e disposta "previa valutazione aziendale".

IL RECLUTAMENTO

Le Regioni prevedono inoltre la possibilità che si entri nel servizio sanitario nazionale attraverso contratti autonomi con l'obiettivo di "evitare l'interruzione di pubblico servizio". Una terza opzione, dunque, che sarebbe però percorribile esclusivamente qualora risultasse "impossibile il reclutamento di medici con rapporto di dipendenza o convenzionato", e anche l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi già presenti nelle graduatorie concorsuali.

Il piano per combattere la carenza di medici, punta a rendere possibile una erogazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza, come spiega il presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini: «Proponiamo provvedimenti sia temporanei che strutturali e di sistema che implicano il coinvolgimento di più soggetti istituzionali». Il do-

cumento viene messo "a disposizione del ministero della Salute" per "condividerlo, nella consapevolezza che siano necessari interventi immediati e quindi normative straordinarie e urgenti". Il governatore dell'Emilia Romagna sottolinea inoltre che «serviranno anche risorse aggiuntive per valorizzare con adeguati compensi le professionalità sanitarie rivolte alla guardia medica o in pronta disponibilità sanitaria e per aumentare i posti a livello nazionale nelle scuole di specializzazione».

I LAUREATI

Il documento non è tuttavia stato accolto favorevolmente da Anao Assomed, il più grande sindacato dei medici dirigenti, che contesta sia l'ipotesi che riguarda i neolaureati sia quello relativo ai contratti autonomi.

Il segretario nazionale, Carlo Palermo, spiega che «in Italia ci sono 9 mila specializzandi di Medicina al quarto e quinto anno di corso con contratto a tempo determinato. Non c'è bisogno di prendere medici laureati al primo anno di specializzazione per risolvere la carenza di camici bianchi».

Barbara Acquaviti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MEGLIO L'AZZARDO DELLA SALUTE

Spendiamo più per i giochi che per la sanità

I soldi complessivi che gli italiani sborsano per lotterie e slot machine superano i costi pubblici per ospedali e case di cura. Quando si tratta di sussidi, mance e agevolazioni, però, tutti piangono miseria chiedendo l'intervento diretto dello Stato

SANDRO IACOMETTI

■ Quando si tratta di chiedere sussidi, aiuti e agevolazioni gli italiani sono tutti poveri. Pensioni da fame, stipendi bassi, precariato, disoccupazione. Nessuno riesce ad arrivare alla fine del mese, tutti invocano il sostegno dello Stato per riuscire almeno, dicono, a sfamare i propri figli.

Quando si tratta di buttare soldi in una slot machine o in una lotteria, però, non si bada a spese. Qualcuno, raramente, viene baciato dalla fortuna e vince milioni con un investimento di pochi euro. Altri sono convinti di riuscire ad ingannare il banco, il quale, in effetti, è obbligato per legge a restituire indietro una quota prefissata di vincite.

Ma la realtà è che questo popolo di sedicenti poveracci ogni anno è disposto a spendere più di 100 miliardi di euro (senza contare i quattrini buttati nelle attività illegali) per tentare la sorte nei giochi d'azzardo, che tutto possono fare tranne che produrre ricchezza o risolvere i problemi sociali delle classi meno abbienti. Nel dettaglio, nel 2018 i soldi sborsati dai cittadini italiani tra lotto, scommesse sportive, casinò online, slot machine e videolotterie sono ammontati a 107 miliardi di euro. In crescita del 5,6% rispetto all'anno precedente.

POLIZZE

Qualche giorno fa il presidente dell'Ivass e dg di Bankitalia, Fabio Panetta, ha ricordato che la cifra enorme spesa in giochi e lotterie legali non solo è raddoppiata rispetto a 10 anni fa, ma fa una certa impressione rispetto ai 17 miliardi di premi del ramo danni non-auto sborsati sempre nel 2018. Il che significa che i cittadini preferiscono gettare i dadi sperando che esca il numero vincente, piuttosto che investire un po' di denari per proteggersi da possibili imprevisti, incidenti, fatalità o altro. Al problema culturale della sottoassicurazione degli italiani si dedicano da tempo istituzioni e operatori. Tra qualche giorno partirà anche un vero e proprio corso di educazione finanziaria organizzato dal sindacato bancario Fabi, finalizzato proprio a sensibilizzare e infor-

mare i cittadini sulla migliore allocazione delle risorse.

Ma il confronto che impressiona di più è quello lanciato da Luca Ricolfi nel corso di un dibattito televisivo nei giorni scorsi su Rete4 con Vittorio Feltri. Rispondendo alle affermazioni del direttore di Libero sulla ricchezza degli italiani, il sociologo ha fatto presente che la spesa per i giochi si allinea a quella che lo Stato spende per la sanità pubblica, che ammonta appunto a circa 110 miliardi. Il tema sarà approfondito da Ricolfi nel suo ultimo libro *La società signorile di massa*, che di qui a poco uscirà per i tipi della Nave di Teseo. L'idea del professore è che il parallelismo tra le due cifre non sia solo un gioco o una provocazione, ma spieghi meglio di altre teorie il comportamento della nostra popolazione.

STATO SOCIALE

Se solo una parte di quelle risorse, invece di essere bruciata nel gioco d'azzardo, fosse dedicata alla tutela della salute, potremmo avere uno stato sociale di stampo nordeuropeo, con servizi migliori e più efficaci. Certo, entrando nel merito ci sono molte valutazioni da fare. La spesa effettiva degli italiani in lotterie e slot machine è più bassa, perché bisogna tener conto delle vincite. I soldi dei giochi portano nelle casse dello Stato circa 10 miliardi di euro sotto forma di tasse. E la sanità pubblica è pagata dalla fiscalità generale, quindi sono gli stessi cittadini, alla fine dei conti, a pagarla.

Ma la sostanza cambia poco. In Italia i cittadini trovano senza problemi il denaro per un gratta e vinci o un biglietto della lotteria, mentre sbraitano se il servizio sanitario nazionale non fornisce gratis tutte le cure di cui hanno bisogno. E l'equivalenza tra le due cifre, quella della spesa sostenuta dai privati per giocare e quella della spesa sostenuta dallo Stato per finanziare le cure dimostra che i conti non tornano. Né quelli sulla povertà degli italiani, né quelli sul welfare, che se continua ad allargarsi come accaduto negli ultimi anni fagociterà presto ben più della metà dell'intera spesa pubblica italiana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DOPO L'ALLARME RANITIDINA

L'Agenzia europea vuole controlli su tutti i farmaci

di **Adriana Bazzi**

Sostanze cancerogene, test sui medicinali con molecole sintetiche. a pagina 21

Caso ranitidina, l'Agenzia Ue chiede test su tutti i farmaci

Caccia alle contaminazioni. L'Ema dà sei mesi di tempo alle aziende per le verifiche

Farindustria

Il presidente Scaccabarozzi: «Ben vengano i controlli e la sicurezza»

di **Adriana Bazzi**

C'è caos nel mondo dei farmaci. L'ultima notizia è che l'Ema, l'Agenzia europea per il controllo dei medicinali, ha chiesto alle aziende farmaceutiche di testare tutte le molecole di produzione sintetica, autorizzate al commercio sul mercato europeo, per escludere la presenza di nitrosammine, sostanze ritenute cancerogene. Un compito immenso per le aziende perché i farmaci in commercio sono decine di migliaia e da eseguire nei prossimi 6 mesi.

È una decisione che, però, non deve allarmare più di tanto chi assume medicine (e vedremo perché), ma risponde a un principio precauzionale (cioè: cerchiamo di capire in anticipo se ci sono problemi prima che i buoi siano scappati dalla stalla).

Perché questa presa di posizione? Dobbiamo fare un passo indietro e partire dal «caso ranitidina». La ranitidina è un farmaco vecchio più di trent'anni, pensato per curare l'ulcera, poi uscito di brevetto, ma ancora usatissimo, anche come medicinale da banco, per combattere bruciori di stomaco e reflussi esofagei. Ebbene, la nostra agenzia italiana del farmaco, l'Aifa, qualche giorno fa, su suggerimento peraltro dell'Ema, ha deciso due cose: da un lato di ritirare

tout court dal commercio alcuni prodotti contenenti ranitidina (prodotti, nel caso specifico, da un'azienda indiana), proprio per il sospetto di contaminazione con nitrosammine, dall'altro di sconsigliare l'uso di altri prodotti, sempre a base di ranitidina, ma fabbricati da altre aziende, salvo la verifica con il medico di fiducia.

Oggi ci sono grandi aziende farmaceutiche, soprattutto indiane e cinesi — e non parliamo di aziende che lavorano nei sottoscala —, che sintetizzano il principio attivo di farmaci: questo, poi, viene acquistato dalle multinazionali farmaceutiche che lo confezionano e continuano a produrre il farmaco come *branded*, cioè di marca, o come generico, a più basso costo, perché si tratta di farmaci per i quali è scaduto il brevetto. E forse qui si dovrebbe concentrare l'attenzione delle autorità sanitarie. Pur di abbassare i prezzi dei farmaci, molte aziende riducono gli standard di qualità. Pena la loro scomparsa. È l'effetto della globalizzazione.

Ma ritorniamo a noi. Quello della ranitidina non è l'unico caso. Qualche mese fa lo stesso problema si era proposto con il valsartan, un farmaco antipertensivo, anche lui contaminato da nitrosammine. Questo principio attivo era prodotto da un'azienda cinese. Ecco allora la domanda: ma da dove deriva la presenza di queste sostanze cancerogene nei farmaci? «A volte la presenza di nitrosammine (che non ci dovrebbero essere, ndr) può derivare da conta-

minazioni — spiega Alessandro Mugelli, Presidente della Società Italiana di Farmacologia (Sif) —. Altre volte è proprio legata al processo di produzione. Ecco perché l'Ema sta invitando le industrie anche a rivedere questi processi per ridurre al minimo il rischio».

L'Ema, dunque, ha emanato delle linee guida che sono per un'assoluta tutela del cittadino. E ha anche indicato priorità di intervento, visto l'elevato numero di prodotti in commercio, che dovrebbero tenere conto delle dosi giornaliere assunte dal paziente, della durata del trattamento, del numero di pazienti trattati. «Ben vengano i controlli — ha detto il presidente di Farindustria Massimo Scaccabarozzi — la sicurezza è più importante dell'efficacia. Servirebbe estenderli ovunque».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

● L'agenzia europea per i medicinali (Ema) ha invitato le compagnie produttrici di farmaci autorizzati al commercio nell'Ue, compresi quelli generici e di automedicazione, a verificare l'eventuale presenza di nitrosammine, le impurità



sospette cancerogene, alla base del ritiro da parte dell'Aifa dei lotti di ranitidina

● La valutazione del rischio andrà fatta entro sei mesi

● La parola

RANITIDINA

Nota con la sigla AH19065, la ranitidina è una molecola con attività antagonista dei recettori H₂ dell'istamina il cui effetto è l'inibizione della produzione di acido da parte dello stomaco. Come farmaco viene usata per trattare l'ulcera gastrica o il reflusso gastroesofageo



Gli anni

Quelli della ranitidina, farmaco usato inizialmente per curare l'ulcera. Oggi è ancora usatissimo

I lotti

dei farmaci che, con il nuovo aggiornamento, verranno ritirati in attesa di accertamenti

Bloccati

L'Aifa, secondo il principio di precauzione, ha disposto il ritiro di tutti i lotti di medicinali con ranitidina prodotta in India (Getty)

SALUTE A RISCHIO

ALLARME FARMACI

Gli esperti: verifica su centinaia di medicine. Ecco quali sono

■ L'Agenzia europea per i medicinali chiede controlli a tappeto su alcuni farmaci a caccia di sostanze potenzialmente cancerogene per l'uomo. Al *Giornale* Silvio Garattini, fondatore del Negri consiglia: «Chi ha acquistato un prodotto nel mirino smetta di prenderlo».

Angeli e Sorbi a pagina 14
servizi alle pagine 4 e 5

DOPO IL CASO RANITIDINA

L'Ema: test su tutti i farmaci in Europa

L'Agenzia europea chiede verifiche sulla possibile presenza di sostanze cancerogene

FARMINDUSTRIA

«Siamo sicuri dei nostri prodotti, attenzione alle bufale sul web»
L'Aifa: un'operazione di routine

Francesca Angeli

Roma Controlli a tappeto su tutti i farmaci autorizzati al commercio nell'Unione Europea per il sospetto che possano contenere sostanze potenzialmente cancerogene per l'uomo.

È l'Ema, l'Agenzia europea per i medicinali a richiedere i test per verificare l'eventuale presenza di nitrosammine, elementi che potrebbero essere cancerogeni e che sono la causa del ritiro da parte dell'Aifa, Agenzia italiana del Farmaco, dei lotti di ranitidina. Ovvero la stessa sostanza (la N-nitrosodimetilamina) che era stata incriminata nel 2018, causando il ritiro di molti farmaci antipertensivi con principio attivo Valsartan.

Certo la stessa Agenzia europea specifica che si tratta di controlli precauzionali per sostanze solo «potenzialmente» cancerogene. E anche il direttore generale Aifa, Luca Li Bassi parla di «un'operazione di routine». Ma non ci sono dubbi: l'indagine ha una portata enorme e l'idea che sostanze finalizzate alla cura di disturbi frequenti co-

me l'acidità di stomaco possano contenere sostanze tossiche per l'uomo desta preoccupazione. Già due giorni fa l'annuncio che l'Aifa aveva dovuto ritirare dei lotti di Buscopan antiacido, Ulcex, Zantac e altri medicinali contenenti il principio attivo della ranitidina aveva suscitato preoccupazione tra i consumatori. Sotto pressione in particolare i farmacisti che in diversi casi erano stati presi d'assalto da richieste di informazioni sulle possibili conseguenze dell'assunzione dei farmaci finiti nel mirino dell'Aifa. E ora arriva anche il monito dell'Agenzia Europea che avverte: «Se vengono rilevate nitrosammine in uno qualsiasi dei medicinali, i titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio devono informare tempestivamente le autorità affinché possano essere intraprese adeguate azioni normative».

L'Ema ricorda anche che le nitrosammine: «Sono presenti in alcuni cibi e nell'acqua potabile e quando sono stati trovati nei farmaci il rischio di sviluppare un tumore è stato giudicato basso». Purtroppo come spesso succede quando si diffonde un allarme stanno circolando sui social elenchi di farmaci che nulla hanno a che vedere con le indagini. È l'Aifa a denunciare che si stanno diffondendo liste fake di farmaci e dunque raccomanda di con-

sultare esclusivamente le informazioni pubblicate sul portale dell'Agenzia.

La richiesta di testare i farmaci in commercio ovviamente chiama in causa anche Farmindustria che non si tira indietro e si dice tranquilla rispetto alle procedure di sicurezza seguite dalle aziende. «Sono contento che i controlli abbiano funzionato al meglio, consentendo di mettere in luce la presenza di alcune impurità potenzialmente cancerogene -dice il presidente Massimo Scaccabarozzi. - E fa bene l'Ema a intensificare i controlli affinché ci sia l'assoluta certezza che i farmaci sono sicuri».

Scaccabarozzi si sente di poter affermare che «la produzione di farmaci è un processo estremamente controllato, molto più di ogni altro settore manifatturiero». Le medicine sono «testate» «prima, durante e dopo la produzione, grazie anche alla farmacovigilanza». Dunque Farmindustria è convinta che i controlli finiranno «in un nulla di fatto». Pronti comunque a recepire le indicazioni e le disposizioni dell'Ema, da Farmindustria lanciano pure un appello «ad evitare le fake news» sul web.



Dopo il ritiro dei prodotti a base di ranitidina, l'Agenzia europea sollecita test su ogni classe di medicinali. "Sui social diffuse liste false"

Allarme sulle sostanze a rischio cancro

Controlli a tappeto su tutti i farmaci

SILVIO GARATTINI
FARMACOLOGO



Gli accertamenti precauzionali sono una buona notizia, stupisce che non siano fatti a monte

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Mentre a scopo precauzionale l'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, vieta l'utilizzo di medicinali a base di ranitidina, tra cui i noti antiacidi Buscopan, Ranidil e Zantac, l'Ema, sua omologa europea, sollecita controlli a tappeto da parte delle industrie che producono tutti i farmaci sintetizzati chimicamente, compresi generici e prodotti da banco acquistabili senza ricetta in farmacia. Insomma, larga parte dei medicinali commercializzati in Italia e in Europa. Una richiesta non da poco motivata dalla necessità di escludere nei prodotti la presenza di nitrosammine, sostanze presenti in alcuni alimenti e nell'acqua, non pericolose quando ingerite in modica quantità, sospettate di essere cancerogene a dosi maggiori. Nel frattempo l'Ema raccomanda a medici e pazienti di continuare ad usare i farmaci come di consueto, tenendo conto delle informazioni contenute nei foglietti illustrativi.

L'Ndma, che fa parte della stessa famiglia, era stata rilevata lo scorso anno in una classe di farmaci antiipertensivi, i sartani, già allora oggetto di momentanea sospensione della vendita. Ora, per lo stesso motivo, sotto sequestro sono finiti alcuni lotti di pillole a base di ranitidina pro-

dotti dall'indiana Saraca. La stessa Agenzia in via precauzionale ha anche vietato l'uso di tutti i farmaci commercializzati in Italia con lo stesso principio attivo. Una lista già nutrita che i sempre attivi produttori di fake sanitarie hanno subito pensato di arricchire, diffondendo sui social elenchi contenenti medicinali anche molto noti, come gli analgesici Moment e Antalgin, che con la ranitidina non hanno nulla a che fare. Tanto che l'Aifa si è dovuta affrettare a diffondere una nota «antipánico», precisando che gli unici medicinali oggetto del ritiro e del divieto di utilizzo sono quelli elencati alla pagina dedicata del sito dell'Agenzia.

Ma a volerci vedere chiaro è ora l'Agenzia europea Ema, dove il caso italiano ha fatto scattare la campanella d'allarme. Anche perché il problema non riguarda la molecola ranitidina che è in sé per sé sicura, quanto eventuali falle nei sistemi produttivi, che quando vengono utilizzati determinati solventi e reagenti o altre materie prime possono generare impurità, come la presenza della potenzialmente cancerogena Ndma. Sebbene, precisa sempre l'Ema, non si prevede la presenza della sostanza «per la stragrande maggioranza dei casi». In più -ricorda l'Agenzia europea- è vero che le nitrosammine sono classificate come possibili agenti cancerogeni sull'uomo e che l'esposizione a lungo termine sopra determinati livelli può aumentare il rischio di cancro, è anche accertato che «quando sono state rilevate nei medicinali il rischio di sviluppare tumori è risultato molto basso». Insomma niente allarmismi ma come sempre avviene in questi casi occorre indagare. Per questo le aziende produttrici dovranno fornire alla stessa Agenzia entro sei mesi i risultati dei test e informare tempestivamente le autorità nazionali nel caso si riscontri la presenza

di sostanze pericolose. Vista l'enorme mole di medicinali interessati i controlli daranno la priorità a quelli più utilizzati e che vanno assunti ad alto dosaggio e lungo termine.

«È una buona notizia quella dei controlli che comunque sono precauzionali», commenta il farmacologo Silvio Garattini. «D'altra parte -aggiunge- desta anche sorpresa che questo tipo di test non venga fatto a priori e in modo regolare». Che è quanto poi previsto dalle attuali procedure per l'immissione in commercio di nuovi farmaci. Dove forse qualche falla c'è. —

© BY NC ND AL CUN I DIRITTI RISERVATI

I dubbi dell'agenzia comunitaria riguardano la presenza di nitrosammine

CHE COSA SONO

Le molecole usate negli anti-acido e anti-ipertensivi

La ranitidina è una molecola che inibisce la produzione di acido da parte dello stomaco. Viene comunemente utilizzata per il trattamento dell'ulcera gastrica o del reflusso gastroesofageo. L'Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto il ritiro dalle farmacie e dalla catena distributiva di tutti i lotti di farmaci con questo principio attivo, tra cui gli anti-acido Buscopan, Ranidil e Zantac, prodotto dall'officina Saraca Laboratories Ltd in India, a causa della presenza di un'impurità potenzialmente cancerogena: la N-nitrosodimetilammina (NDMA) della classe delle nitrosammine, già trovate nel 2018 in alcuni anti-ipertensivi (sartani).



Sanità, detrazioni in base al reddito

Arriva la card ricaricabile unica. La soglia del deficit verrebbe fissata al 2%
Servono almeno 5 miliardi per ridurre il cuneo fiscale

Il deficit

Per il 2020 si stima un disavanzo intorno al 2,2-2,3% del prodotto interno lordo

ROMA Il deficit pubblico di quest'anno potrebbe essere più basso di quanto previsto, fermandosi al 2% del prodotto interno lordo. Per il 2020, invece, l'esecutivo guidato da Giuseppe Conte, immagina un disavanzo intorno al 2,2-2,3%, contando sulla flessibilità da parte della Commissione Europea.

Ieri sera il premier Giuseppe Conte e il ministro dell'Economia, Roberto Gualtieri,

hanno fatto il punto della situazione in vista della presentazione del nuovo quadro delle previsioni economiche e di finanza pubblica atteso lunedì prossimo.

Il minor deficit deriverebbe dai risparmi di spesa su Quota 100 e Reddito di cittadinanza, che per il 2019 si aggirano sui 3 miliardi di euro (1,7 solo da Quota 100) e che per il 2020 potrebbero salire a 5 miliardi (sui 16 stanziati per le due misure), ma anche dalle entrate assicurate dalla fattura elettronica.

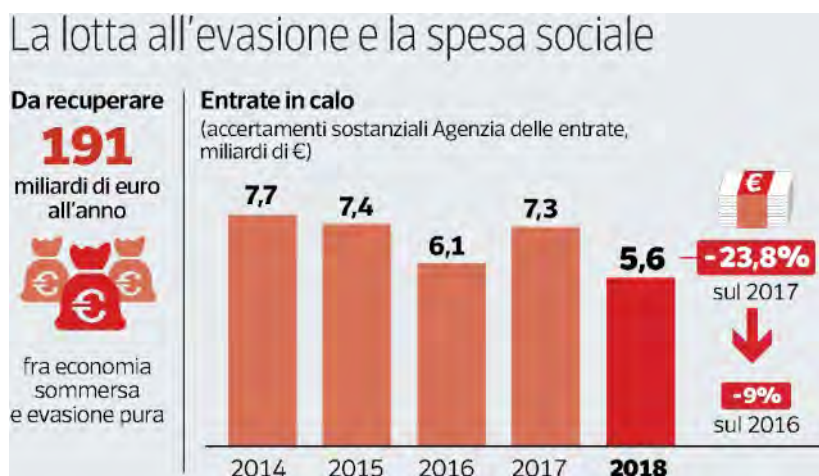
Una nuova stretta all'evasione, in particolare sull'uso del contante, è tra le priorità della manovra 2020, che deve recu-

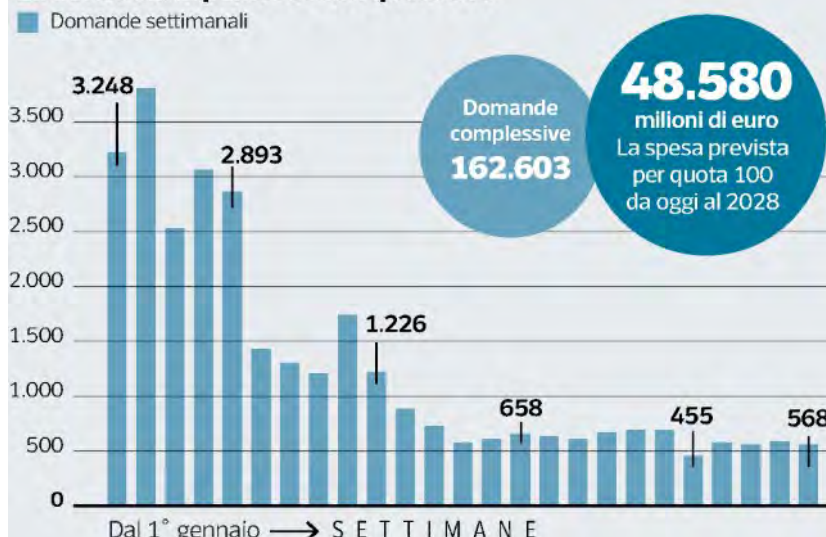
perare circa 30 miliardi per scongiurare gli aumenti Iva (il sottosegretario al Mef, Alessio Villarosa non ha escluso un riordino delle aliquote, ma non per fare cassa), e altri 5 per il taglio del cuneo fiscale. Per favorire l'uso della moneta elettronica le Poste stanno mettendo a punto una nuova carta ricaricabile a costi contenuti.

Si lavora anche sul salario minimo, chiesto dal M5S, e sui tagli alla spesa. Tra le ipotesi la revisione di ticket e detrazioni sanitarie in base al reddito Isee.

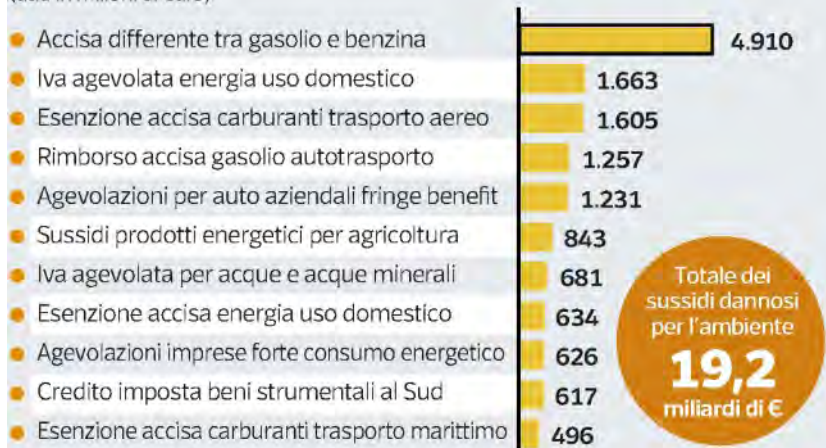
Mario Sensini

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La domanda di pensione con quota 100**I sussidi nel mirino**

(dati in milioni di euro)



Fonti: Corte dei Conti, Agenzia delle Entrate, Inps ed elaborazioni del Corriere della Sera

CdS

Lotta al contante**Tasse, sconto del 2% per chi usa il bancomat**

Una nuova stretta sul contante per contrastare l'evasione fiscale. Il piano del governo prevede incentivi per le spese fatte con bancomat e carte di credito, sia per i commercianti, che per i clienti. Per i primi si prevede il taglio delle commissioni e un credito d'imposta per l'acquisto dei Pos. Per i clienti si profila uno sconto "fiscale" sugli acquisti, che potrebbe arrivare al 2%. Il nuovo giro di vite sull'evasione potrebbe interessare anche le detrazioni fiscali (si valuta anche la possibilità di scontare dai redditi alcune spese, se tracciate) e le piattaforme online di commercio elettronico. Per favorire chi oggi non ha bancomat o carte di credito le Poste studiano anche una nuova carta a costo zero, come quella sulla quale viene caricato oggi il reddito di cittadinanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pensioni

Quota 100, meno spese per quasi due miliardi

Quota 100, la misura sperimentale che consente di andare in pensione con 62 anni d'età e 38 di contributi, resterà in vigore anche il prossimo anno, ma la minor spesa consentirà di prorogare il meccanismo Opzione donna e, forse, di rendere strutturale l'Ape sociale, che scade a fine anno.

La spesa per Quota 100 si è rivelata quest'anno inferiore alle stime per quasi 2 miliardi. L'Ape sociale, anche questa sperimentale, prevede un'indennità per chi lascia il lavoro a 63 anni, se disoccupato o impiegato in lavori usuranti, fino al conseguimento della pensione vera e propria. L'Opzione donna consente alle lavoratrici con 59 anni d'età e 35 di contributi, di accedere alla pensione, ma tutta ricalcolata in base al metodo contributivo, meno favorevole.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Imposte

Restano gli incentivi agricoli, il nodo accise

Il decreto con le nuove misure fiscali per l'ambiente, con il possibile aumento delle accise sul gasolio (più inquinante, ma meno caro della benzina), tornerà in Consiglio dei ministri il 3 ottobre. E sarà probabilmente collegato alla manovra di bilancio che sarà varata poche settimane dopo. «Cercheremo di evitarlo» dice il ministro dello Sviluppo, Stefano Patuanelli, a proposito dell'inasprimento fiscale. Ma considerato il ghiotto gettito che garantisce la completa parificazione dell'accisa tra gasolio e benzina (5 miliardi l'anno), non sarà facile. Si allontana invece l'ipotesi di un taglio delle detrazioni sul gasolio per agricoltura e pesca, ma si avvicina quella di una tassa sugli imballaggi di plastica. Dovrebbe scattare anche il bonus per la rottamazione auto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA