

16 dicembre 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.
Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
Largo della Sanità Militare, 60
00184 Roma
Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

Il Messaggero

Sessanta anni di Aris, la sanità cattolica "al fianco delle persone"

13 dicembre 2024





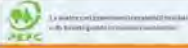
la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Lunedì 16 dicembre 2024

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

POLITICA

Meloni contro tutti

Nel comizio di chiusura di Atreju difende i centri per migranti in Albania e attacca Schlein, Landini e Prodi

La segretaria Pd: "Ormai è arroccata nel palazzo". Il fondatore dell'Ulivo: "Costretta a riscrivere la storia"

Duello sulla manovra. Le opposizioni: "Impossibile votarla"

ROMA - Meloni chiude Atreju, la festa di Fdi al Circo Massimo, con un comizio in cui attacca Schlein, Landini, Prodi e Saviano. La premier ha anche rivendicato la scelta di costruire centri per migranti in Albania, ha difeso la sorella Arianna e promesso di durare oltre il 2027. Immediatamente le repliche di Schlein e Prodi, mentre sulla manovra è scontro aperto.

Il racconto La maschera della premier di Francesco Bei

Esistiamo per smentirvi e stupirvi, dice Giorgia Meloni all'odiata sinistra, ai «gufi», a chi prova ad anteporre i fatti al racconto di un'Italia che corre, che sarebbe «stornata protagonista in Europa e nel mondo». Effettivamente stupire, ha stupito. Soprattutto quelli che pensavano si fosse convertita al populismo europeo, si fosse moderata, istituzionalizzata.

L'intervento Draghi avvisa l'Ue "Salari troppo bassi serve investire" di Filippo Santelli

Le idee L'erosione di élite e popolo di Matteo Maria Zuppi

Papa Francesco ha indicato la strada dell'ascolto e il Sinodo, sia quello generale sia quello italiano, l'ha largamente praticata. Attraverso l'ascolto la Chiesa entra nella storia e nelle sue contraddizioni e il radiomessaggio di Pio XII del Natale 1944 costituisce ancora oggi una importante lezione di ascolto attento della realtà. Quella di allora era una "spaventevole realtà" fatta di "brutalità, iniquità, distruzione, annientamento". L'Europa, il mondo erano in guerra dal 1 settembre 1939: più di cinque lunghi anni di guerra, troppi. "L'alba del Natale - diceva il Papa - si leva su campi di battaglia sempre più estesi, su cimiteri ove sempre più numerose si accumulano le spoglie delle vittime, (...) sulle rovine di città dianzi fiorenti e prospere (...) Quale desolazione! (...) Non vi sarebbe più dunque speranza per l'umanità?". Sono parole terribilmente attuali. Il mondo è oggi nuovamente dominato dalla guerra come non accadeva dal 1945: in Ucraina da più di mille giorni, a Gaza, in Libano, ora anche in Siria, in Sudan e in tanti altri luoghi. I pezzi della guerra mondiale sembrano saldarsi in una pandemia che non suscita analoghe reazioni e solidarietà internazionale come quella del Covid. Anzi. La guerra appare la "normalità". Il radiomessaggio di Pio XII annunciava la speranza che viene da Betlemme, ma il Papa sapeva di parlare a "cuori ottenebrati, afflitti, abbattuti". La speranza cristiana sfida anche gli orizzonti più cupi, è sempre una spes contra spem.

Bergamo Ottavia intrappolata nella grotta dal nostro inviato Massimo Pisa FORTENO (BERGAMO) - Le sue grotte, le cascate e i laghetti, le sorgenti e i tunnel come quello che con la sua squadra chiamava "White Rabbit", quasi fosse il passaggio del Bianconiglio. E in quel paese delle meraviglie sotterraneo, l'Abisso del Buono Forteno con i suoi quaranta e passa chilometri di sentieri naturali scavati nella roccia, Ottavia Piana stava aprendo un fronte nuovo.



La speleologa Ottavia Piana, 33 anni, intrappolata nella grotta di Buono Fonteno (Bergamo)



SuperG Goggia show, vince e balla il samba di Giampaolo Visetti Vasco a Salvini sulla stretta proibizionista "Odio i bulli" di Elena Dusi

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63707310
mail: servizioclienti@corriere.it

Valleverde logo and brand name.



Gratis mercoledì
La guida al nuovo
Codice della strada
di Alessio Ribaudò
a pagina 25

Vittoria in Colorado
Una super Goggia
torna a trionfare
di Flavio Vanetti
a pagina 51



Spazi e federatori
LA SINISTRA
CHE DETESTA
IL CENTRO

di Paolo Mieli

Esiste solo la destra che a questo punto dobbiamo unificare in un'Internazionale. Il Centro lo prendano altri. Esso «è complice e funzionale al socialismo». Non ce ne facciamo niente del Centro, anzi il solo evocarlo fa danno, ha detto il presidente argentino Javier Milei parlando dal palco di Atreju, con parole che hanno provocato una standing ovation del pubblico. Come mai quegli applausi carichi di entusiasmo? Perché la sola parola «Centro», secondo Milei, evoca le fumisterie dei «politici». Altro bersaglio dello stesso Presidente argentino, appunto «i politici»: «ho sempre disprezzato i politici»; «delle loro opinioni non ce ne importa un fico secco»; «ascoltarli significa voltare le spalle ai cittadini»; «a differenza dell'economia, la politica è un gioco a somma zero». Curioso discorso al cospetto di una platea composta in gran parte da persone che non hanno conosciuto altro mestiere del dedicarsi, più o meno disinteressatamente, alla cosa pubblica. Ma ai politici di destra negli ultimi due secoli è spesso piaciuto denigrare in pubblico quella che i loro avversari definiscono invece la «nobile arte». La verità è che, considerazioni sui politici a parte, la destra, quasi dappertutto, il centro se l'è già preso. Anche in Italia, per merito del postberlusconiani. (cont.)

continua a pagina 35

Atreju Il Pd: arroccata tra i palazzi, non conosce il Paese. Manovra, la protesta delle opposizioni

Meloni attacca e rilancia

La premier contro Schlein, Prodi e Landini. «Il 2025 anno delle riforme»

di Monica Guerzoni e Virginia Piccolillo

«Il 2025 sarà l'anno delle riforme»: la premier Giorgia Meloni dalla festa di Atreju torna ad attaccare l'opposizione e a rilanciare l'azione del governo. Critiche alla segretaria del Pd Elly Schlein, all'ex premier Romano Prodi e al leader della Cgil Maurizio Landini. Replica il Partito democratico: la presidente del Consiglio non conosce il Paese e rimane arroccata dentro i palazzi. E sulla Manovra l'opposizione torna ad attaccare le misure del governo.

da pagine 2 a pagina 11
Logrosino, Marro Sacchetti, Zapperi



IL PALLONCINO

IL MINISTRO DEGLI ESTERI
Tajani: daremo più aiuti alle imprese che esportano

di Paola Di Caro

«Nuova politica del governo, dice Tajani, «per dare più aiuti alle imprese, specie all'export». a pagina 7

STEFANO BONACCINI, PRESIDENTE PD
«Il M5S si indebolisce se rifiuta l'alleanza»

di Maria Teresa Meli

«Il centrosinistra è unito, dice Bonaccini, «ma il M5S fatica a fare il passo e si indebolisce». a pagina 9

LA SENTENZA A IMPERIA
Femminicidio,
l'ergastolo
inflitto a 30 anni
di distanza



Sargonia Dankha, uccisa a 21 anni

di Ferruccio Pinotti

Condannato all'ergastolo a trent'anni dal delitto commesso in Svezia. Carcere a vita per il pizzaiolo e ristoratore Salvatore Aldobrandi, 75 anni, originario di San Sostì (Cosenza) ma da anni residente a Sanremo, per avere ucciso la 20enne Sargonia Dankha, di origini irachene ma naturalizzata svedese, svanita nel nulla nel pomeriggio del 13 novembre '95 a Linköping.

a pagina 23

Bergamo La speleologa Piana sotto terra. Come un anno fa



La speleologa bresciana Ottavia Piana, 32 anni, è intrappolata nella stessa grotta in cui era caduta nel 2023

Ferita e in trappola
Corsa per salvarla

di Alessandro Fulloni e Federico Rota

Intrappolata nella grotta. La speleologa Ottavia Piana stava esplorando le profondità di Buono Fonteno, dove era già caduta un anno fa. Immediati i soccorsi ma saranno necessari giorni per riportarla in superficie.

alle pagine 20 e 21

ISRAELE / LETTERA A MIA FIGLIA
«Ti sei arruolata ma non perdere la tua umanità con il nemico»

di Eshkol Nevo



Il memoriale delle vittime del 7 ottobre

Combattente? Perché mai in un'unità combattente? Ho reagito la prima volta che ci hai raccontato che volevi servire in un'unità di donne combattenti. Avevi diciassette anni e la guerra era appena iniziata.

continua alle pagine 14 e 15

LE POLEMICHE SUL TRAPPER
Roma ha deciso:
Tony Effe fuori
dal Concertone

di Andrea Arzilli e Maria Egizia Fiaschetti

Niente concerto di Capodanno per Tony Effe al Circo Massimo. Il Comune di Roma ha chiesto al trapper di fare un passo indietro. La decisione dopo la protesta di diverse associazioni.

a pagina 43

DATAROOM
Boom turistico
Venaria rinata

di Milena Gabanelli e Andrea Priante

La cultura porta ricchezza. La Rastaranta, la Reggia di Venaria ha trasformato il paese fuori Torino: più lavoro, più laureati e reddito. Eppure il governo taglia i fondi.

a pagina 27

Advertisement for 'La nostra Essenza. Il tuo Natale' featuring 'LE ESSENZE DI ELPA' and 'BUONOCAP'.

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Cari bambini, ho ricevuto le vostre lettere e sono proprio felice di lavorare con persone intelligenti e divertenti come voi. Qui dove vivo la neve è così alta che abbiamo dovuto scavare un tunnel per raggiungere la slitta. Per fortuna ad aiutarmi ci sono sempre tanti elfi, ognuno con il suo compito: quelli vestiti di verde si occupano di leggere la posta, quelli rossi provvedono alle consegne nelle case, anche perché non sempre nelle case ci sono i camini e loro riescono a passare anche dal buco della serratura! C'è anche un terzo gruppo, gli elfi bianchi, espertissimi nel raggiungere quelli di voi che non sanno che esisto, che non mi scrivono perché sono tristi o hanno perso la loro casa... Alcuni di voi mi hanno chiesto nelle loro lettere se esiste Mamma Na-

Posta riservata



fale; certo! Come farei senza di lei, soprattutto nei giorni in cui fa così freddo che senza un suo abbraccio mi si gelerebbero il cuore e le mani? Ci dividiamo i lavori da fare e ridiamo tanto grazie alle vostre lettere. Ci siamo conosciuti in una mattina di Sole, cosa che qui accade solo tre giorni all'anno. Lei era vestita di bianco e ballava sopra un tetto. Allora sono salito su dal camino e lei, che non se l'aspettava, è scoppiata a ridere. E così abbiamo ballato insieme su quel tetto e lei profumava di bosco. E sapete che cosa è successo? Le ho confidato che la mia passione era andare su e giù per i camini, per questo i miei vestiti erano così affumicati. Lei mi ha risposto che a lei piaceva camminare e ballare sui tetti innevati.

continua a pagina 31

Advertisement for 'Investire' by Marco Casario, published by Hoepli.

IDIRITTI

Il divieto alla firma digitale che nega le pari opportunità

FILOMENA GALLO - PAGINA 27



L'INCIDENTE

Di nuovo in trappola nella grotta esplosivi per salvare la speleologa

NICCOLÒ ZANCAN - PAGINA 17



SCI

La danza in SuperG di Goggia vittoria show dopo l'infortunio

DANIELA COTTO - PAGINA 35



LA STAMPA

LUNEDÌ 16 DICEMBRE 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € L'ANNO 158 II N.347 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN.L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



IRA SU PRODI: "IMPROPERI ISTERICI DA UN MAESTRO DI OBEDIENZA". IL PROFESSORE: "RISCRIVE LA STORIA. HO COLPITO NEL SEGNO"

Atreju, il manifesto di Meloni

"Apro i centri in Albania, libero i giudici e faccio le riforme. Landini? Folle parlare di rivolta sociale"

L'ANALISI

Quell'elenco di nemici per indebolire Schlein

FLAVIA PERINA

Cinquantamila presenze, 73 ore di dibattiti con 527 interventi, 415 volontari, oltre mille giornalisti accreditati da tutto il mondo e una domanda rimasta in sospeso fino all'ultimo: dopo la pax meloniana con l'Europa di Ursula von der Leyen, la tregua con Emmanuel Macron impantanato nei guai suoi, il recupero del feeling con Donald Trump, sappiamo chi sono i nuovi e vecchi amici della destra italiana, ma chi le è rimasto come nemico?

Le cifre di Atreju 2024 sono un buon punto di partenza per spiegare il problema. Segnano un indubbio successo ma anche una insidiosa differenza col passato. Ieri la difficoltà era trovare ospiti e pubblico, respingere le accuse di autoritarismo o addirittura di fascismo, limitare gli scivoloni dei neofiti del potere. Oggi il guaio è diventato respingere l'assalto ai panel e misurarsi con un consenso fin troppo ossequioso. Alla festa volevano esserci tutti, e tutti in posizione di massima visibilità, e alla fine tutti ci sono stati nell'inevitabile atto di omaggio a chi comanda, gestisce, nomina. - PAGINA 2

I COMMENTI

Giorgia globale tra spumante e popolo

Alessandro De Angelis

La segretaria del Pd dimostri la leadership

Federico Geremicca

ILARIO LOMBARDO

Giorgia Meloni si definisce attraverso i suoi nemici. Sono loro, Maurizio Landini, Roberto Saviano, Romano Prodi, i giudici, e poi Elly Schlein e Giuseppe Conte, a scandire i capitoli del suo lungo discorso, colmo di rabbia, di risentimento e di decibel alle stelle. Grida tutto il suo sdegno verso chi la critica. - PAGINE 2 E 3

Foti: più soldi ai ministri una questione di equità

Niccolò Carratelli

L'ECONOMIA

Manovra, testi nel caos ma il governo tira dritto

LUISE, MONTICELLI

È ancora scontro sulla manovra. Ieri, pur essendo stata una giornata in cui la commissione Bilancio non si è riunita, il confronto tra opposizioni e maggioranza sugli emendamenti è stato durissimo. Pd, M5S, Avs e Italia Viva hanno chiesto al presidente della Camera di bloccare gli ultimi emendamenti depositati da esecutivo e relatori. - PAGINE 8 E 9

IL SOCIALE

Terzo settore punito dai bandi al ribasso

CHIARA SARACENO

In questi giorni il mondo del terzo settore è stato colpito da due importanti perdite. La prima riguarda la morte, pochi giorni fa, di Riccardo Bonacina. Aveva fondato Vita, rivista di riferimento per il Terzo Settore. La seconda perdita non riguarda una persona, ma un'altra newsletter: *Redattore Sociale*, agenzia di stampa nata nel 2001. - PAGINA 27

IL REPORTAGE

Storia di Haamed "Torturato in cella dagli uomini di Assad lavavo gli amici morti"

FRANCESCA MANNOCCHI



«Vedere questo posto non è come sentire parlare, nessuno può immaginare quello che i miei occhi hanno visto qui dentro». Fino a domenica scorsa Haamed Ibraheem al-Bulkhi, quarantenne di Dara'a, era un prigioniero del carcere del direttorato militare n° 215 a Damasco. - PAGINE 12 E 13

IL CASO

Il regime siriano allarme profughi e gli 007 italiani

FRANCESCA SFORZA

Dopo Assad è ufficialmente cominciato, non solo all'interno del Paese, dove i nuovi padroni stanno cercando con fatica di stabilire una diversa verticale del potere, ma anche fuori dai confini siriani, dove le potenze più direttamente interessate ai nuovi assetti politici stanno cercando di ritagliarsi un posto al sole. Che spesso passa per l'ombra degli altri. - PAGINA 13

LE IDEE

Il dicembre nero degli ultimi dittatori

Bill Emmott

Tutti gli oligarchi alla corte di Trump

Alan Friedman

INTERVISTA ALLA CONDUTTRICE DI BELVE: LA FEDE, LA FAMIGLIA E IL CASO MAMMUCARI

Fagnani: "Cari uomini, rispettateci"

ALBERTO INFELISE



Se la sinistra si suicida per attaccare un rapper

ASSIA NEUMANN DAYAN

Di cosa morirà, o è morta, la sinistra? Di cosa morirà, o è morto, il senso del ridicolo della sinistra? La strada è ancora lunga. - PAGINA 21

LA CULTURA

Solo la dotta ignoranza ci riporterà il sapere

MASSIMO CACCIARI

Stupefacente lo stupore. Il nostro è un Paese fermo dagli anni Settanta dello scorso millennio (e chi sta fermo arretra) e la sua "intelligenza sociale" avrebbe dovuto invece miracolosamente crescere? La classe politica non è riuscita a condurre in porto nessuna delle riforme che tutti ritenevano necessarie. - PAGINA 28



Fattal: "La mia Beirut e l'arte che ci trasforma"

GUIDA CORTASSA

La memoria storica di Simone Fattal riesce a riunire epoche e culture molto diverse tra loro. Artista visiva, scrittrice, editrice, Fattal ha attraversato più di otto decenni tra il Medio Oriente e i principali centri della cultura occidentale. «Crescere in Libano è stata una grande gioia», racconta a *La Stampa*. - PAGINA 29





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 346
Sped. in AP. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC/23

NAZIONALE

TEL 06491404

Lunedì 16 Dicembre 2024 • S. Adelaide

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

Obiettivo sorpasso (20,45)

La lunga notte della Lazio: stasera c'è l'Inter

Abbate e Faccini nello Sport



A Como finisce 2-0

Roma, un horror

Due punti dalla zona retrocessione

Angeloni e Carina nello Sport



Ma il mister non si tocca

Ira dei Friedkin: a gennaio sarà una rivoluzione

Lengua nello Sport

«Avanti con i centri in Albania»

► Meloni ad Atreju tiene il punto sui migranti e sferza la sinistra: «Il 2025 sarà l'anno delle riforme»
► Salvini verso la sentenza Open Arms: se condannato non lascio. E dice no al partito del Nord

ROMA Meloni chiude la kermesse di Atreju con la sfida sui migranti: «In Albania i centri funzioneranno». Eattaca la sinistra. Ajello, Malfetano e Pucci da pag. 2 a pag. 4

L'editoriale

LA GRANDE ILLUSIONE DEL PROGETTO CENTRISTA

Alessandro Campi

Si è riaperta la discussione, ossessivamente ripetitiva, non si capisce quanto appassionante fuori dalla cerchia degli addetti ai lavori, sul centro politico che non c'è e che si dovrebbe costruire per dare finalmente al sistema partitico italiano stabilità, serietà, rigore ed efficienza.

Continua a pag. 21

L'analisi

AFFITTI BREVI I POSSIBILI BENEFICI PER LA COMUNITÀ

Giuseppe Vegas

Molti lamentano che siano gli affitti brevi la causa del degrado dei centri storici. In realtà, il cambiamento del tessuto urbano, evento che peraltro interessa tutta Europa, non dipende dalla tipologia di locazione degli immobili, ma dai (...)

Continua a pag. 21

Il nuovo codice



Caos monopattini

Multe a Napoli, Roma zona franca

ROMA Il nuovo codice della strada è in vigore ma sui monopattini è caos: mancano i decreti attuativi e le multe fioccano a macchia di leopardo. Pozzi pag. 11

Perché si Marina Valensise Perché no Vittorio Sabadin a pag. 11

Le opposizioni si appellano a Fontana

Manovra, più difficile avere la Naspì

Ai neoassunti sconti per la pensione

Francesco Pacifico

Una nuova stretta da parte del governo contro i furbetti dalla Naspì cambiano i requisiti, e ottenere l'assegno sarà più difficile.

A pag. 7

Siria in allarme: escalation pericolosa

Israele resta nel Golan e annuncia: «Raddoppieremo la popolazione»

ROMA Israele ha approvato un piano per lo sviluppo delle alture del Golan. E ha previsto un investimento di 11 milioni di dollari per raddoppiare la popolazione israeliana nell'area. «Rafforzare il Go-



lan significa rafforzare Israele», ribadisce Netanyahu. Ma il capo dei ribelli anti Assad, Al-Jolani, avverte: «È una minaccia di escalation ingiustificata nella regione».

Ventura a pag. 8

A 10 mesi dall'infortunio, trionfa nel SuperG dopo il 2° posto nella libera



Favolosa Goggia, il samba della vittoria

Sofia Goggia esulta dopo la vittoria nel SuperG di Beaver Creek (FOTO RED/ITER). Arcobelli nello Sport

A pag. 14

Aborti, mai così tanti negli ultimi 20 anni

Picco tra le under 18

► Oltre 65 mila interruzioni di gravidanza nel 2022. E ogni 100 adolescenti, tre vi hanno fatto ricorso

Laura Pace

È dal 2004 che non si registra un aumento così marcato degli aborti in Italia: 65 mila donne nel 2022 (+3,2% rispetto al 2021). E su 100 ragazze della Gen Z, tre hanno fatto ricorso all'interruzione di gravidanza. Numeri che raccontano di una società in cambiamento e che emergono dall'ultima relazione del Ministero della Salute sulla Legge 194.

A pag. 14

Dal 18 al 6 gennaio

Al Messaggero un Natale di luci dedicato al Giubileo



Alvaro Moretti

Sarà un Natale speciale, quello che arriva. E, in occasione del Giubileo, la storica sede del Messaggero di via del Tritone torna a illuminarsi per le sere delle Feste.

A pag. 13

Ergastolo al killer

Uccisa 29 anni fa in Svezia, cold case risolto a Imperia

ROMA A distanza di 29 anni dalla scomparsa di una Ziemne di origini svedesi, il suo ex fidanzato è stato condannato all'ergastolo dalla Corte d'assise di Imperia.

Di Corrado a pag. 10

Il Segno di LUCA



PESCI, LA STRADA DELLA SPONTANEA

Iniziare la settimana con la Luna favorevole cambia tutto, non sei obbligata a fare sforzi e puoi affidarti al tuo lato più naturale e spontaneo, sapendo che se lasci fare l'istinto avrai i risultati migliori. È una configurazione che stimola la tua creatività e moltiplica le risorse, facendoti capire che se resti fedele alla tua verità interiore non puoi sbagliare. Nel lavoro adesso le cose vanno come vuoi tu, tutto può ripartire.

MANTRA DEL GIORNO
Quello che imparo diventa spontaneo.

© IMPIAZZAZIONE RISPALATA
L'oroscopo a pag. 21

SPADA Merry Christmas spadaroma.com

* Tardano con altri quotidiani (non disponibili separatamente) con la grafica di Mattia Lucare, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20; la domenica € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport-Spazio € 1,40; nel Mezzogiorno, Il Messaggero - Primo Piano € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport-Spazio € 1,50; "Roma strepata" - € 0,90 (solo Roma); "L'ora dei gladiatori" - Vol. 2* - € 0,90 (solo Roma)

L'INTERVISTA

Walter Ricciardi

“È la vigilia di una sanità su due binari pubblica per i poveri, privata per i ricchi”

L'igienista docente della Cattolica: “I numeri raccontavano il declino già dieci anni fa. Serve una riforma strutturale: l'Italia tra i Paesi del G7 è quello che investe meno per la salute”

PAOLORUSSO

Walter Ricciardi, docente di Igiene e Sanità Pubblica all'Università Cattolica, il primo allarme lo lanciò nel 2015. Allora, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, scrisse un volume: “La tempesta perfetta – Il possibile naufragio del Servizio Sanitario nazionale: come evitarlo”. Non l'hanno ascoltata? «Capita sempre così», ammette senza tuttavia assumere la posa di chi si arrende all'idea che la salute possa diventare un diritto negoziabile. «Il tema è che di fronte a diritti sanciti costituzionalmente e che sembravano acquisiti per sempre nessuno prese sul serio quello che i numeri ci dicevano in modo chiaro ormai dieci anni fa. Non lo ha fatto la politica, e non tutti i cittadini hanno pensato che una delle più straordinarie forme di tutela offerte dallo Stato potesse peggiorare così. Però alla fine il conto arriva, sempre. E senza una riforma strutturale sarà ogni anno più salato».

Nel 2015 i pazienti in assenza di risposte scivolavano verso le visite a pagamento. Ora chi ha il portafoglio capiente trova liste d'attesa anche rivolgendosi al privato. Siamo alla vigilia di un collasso generalizzato della nostra sanità?

«Più che al collasso siamo alla vigilia di una sanità con doppio bi-

nario: un servizio pubblico per i poveri e un servizio privato che può essere offerto a chi ha i soldi o una buona assicurazione. E siccome ci stiamo arrivando senza programmarlo, il servizio pubblico per i poveri sarà un servizio mediocre».

Questa situazione è figlia della carenza di risorse o c'è anche altro?

«Il balletto sui decimali è inutile e stucchevole: l'Italia tra i Paesi del G7 è quello che finanzia meno la sanità, e ora è anche sotto la media OCSE. E allora dobbiamo fare i conti: o è sottofinanziato il sistema oppure devono dirci che non siamo più un grande Paese, che certi servizi non possiamo permetterceli. Il tema delle risorse è fondamentale, ma non è il solo. C'è una perdurante disattenzione verso il nostro personale medico. Oggi i camici bianchi sono in trincea ma dal quartier generale, dal palazzo, non arrivano mezzi, strumenti, strategia, insomma non ci sono le condizioni ottimali per operare».

La migrazione sanitaria continua a essere una piaga. Come è possibile rimarginarla?

«Perché accade? Bisogna essere onesti nel rispondere a questa domanda. Ci sono Regioni, purtroppo sempre meno, dove l'accesso alle prestazioni avviene in ospedali che funzionano, le tecnologie sono accettabili così come l'accesso ai farmaci e ci sono Regioni dove la sanità funziona peggio, o non funziona affatto. Io non credo la colpa sia dei governatori delle Regioni, anzi ci sono tentativi am-

mirevoli di affrontare la questione. C'è un problema di norme di riferimento, dai piani di rientro alla possibilità di ingaggiare i medici, che non sono più sostenibili. Occorre una nuova spinta che dal governo centrale arrivi su tutto il territorio. O così, o chi è indietro resterà sempre più indietro».

Nonostante tutto abbiamo ancora tante eccellenze sanitarie e medici che molti Paesi ci invidiano. Cosa occorre fare per salvaguardare questo patrimonio prima che si disperda?

«Facile: offrire condizioni di lavoro adeguate, non solo economiche. Il personale sanitario pretende che il merito sia premiato, con percorsi di carriera per chi dimostra capacità e abnegazione, e che il posto di lavoro sia sicuro».

Le liste di attesa restano la prima causa di iniquità d'accesso alle cure. Il governo punta a pagare i medici e il privato affinché si impegnino a smaltire gli arretrati. Basterà?

«Certo che non basterà se ciò non accade all'interno di una strategia che inauguri una nuova stagione introducendo maggiori risorse in un nuovo modello organizzativo. Altrimenti perdiamo solo altri soldi e altro tempo».

Dove le liste di attesa sono troppo lunghe e non accenna-



no a diminuire non sarebbe giusto sospendere il doppio lavoro dei medici?

«Sarebbe l'ennesimo errore. Si creerebbe altro disagio e malcontento. Oggi il medico è un professionista che trova porte aperte nel privato e all'estero. Il nostro sistema deve essere competitivo rispetto alle sirene, altrimenti assisteremo solo a una più rapida fuga dal pubblico».

Le Case di comunità rischiano di rimanere scatole vuote senza medici di famiglia. Le Regioni vorrebbero farceli lavorare portandoli alla dipen-

denza. Si può fare?

«Nel medio periodo forse sì, ma oggi devi gestire garantendo una presenza con gli strumenti che hai. Quindi incentivare, in attesa di un nuovo patto con le nuove generazioni di medici».

Che segnale manda la decisione del governo di cancellare le multe ai no vax?

«Un segnale terribile, in termini scientifici ma anche etici. Hanno permesso di farla franca a persone che hanno messo a rischio le vite proprie e quello dei loro concittadini. Un precedente terribile che speriamo

mai debba mettersi a confronto con una nuova pandemia».

Dica due cose che farebbe subito se fosse alla guida del ministero della Salute.

«Già fatto: avviare un processo di riforma del nostro servizio, ma una riforma vera, che guardi ai prossimi vent'anni. Con maggiori risorse finanziarie e un nuovo rapporto tra Stato centrale e Regioni perché in gioco c'è la vita del cittadino italiano». —

Su La Stampa



L'inchiesta pubblicata ieri sulle conseguenze pratiche di una sanità italiana sempre più in crisi di risorse e personale: negli ultimi quattro anni le spese delle famiglie per le visite private sono aumentate del 13,7%



“

Le multe ai no vax

La decisione di cancellarle è stato un segnale terribile in termini etici e scientifici



Le liste d'attesa

Sono il primo scoglio per l'accesso alle cure. Il governo punta a pagare i medici e il privato affinché si impegnino a smaltire gli arretrati

ANSA



L'INCHIESTA

Code nel privato e viaggi fuori sede
il lato oscuro degli ospedali in crisi

GIUBILEI, DEL VECCHIO, RUSSO - PAGINE 20 E 21

Dalle dichiarazioni dei redditi emerge un aumento del 13,7% in quattro anni. La denuncia di Welfare&Salute

Boom di visite mediche private

Lunghe attese anche se si paga

“È l'effetto della sanità in crisi”

L'INCHIESTA

PAOLORUSSO
ROMA

«Sono stata ricoverata per un versamento pleurico dovuto a insufficienza cardiaca. A 92 anni, al momento di dimettermi mi hanno raccomandato di eseguire controlli periodici al cuore senza però sapermi indicare una sola struttura pubblica che potesse prendermi in carico qui a Roma. Allora ancora una volta mi sono rivolta al cardiologo di un grande ospedale pubblico che mi segue per 200 euro a visita. Ma mi sono sentita rispondere che anche la sua agenda privata era piena e che avrebbe visto se inserirmi più in là, magari la sera». Maria Carmela Silvestri racconta una storia che sta diventando comune a molti pazienti, «perché le liste di attesa sempre più lunghe nel pubblico stanno allungando i tempi anche nel privato, mettendo per di più in crisi fondi e casse sanitarie integrative», spiega Ivano Russo, presidente dell'Osservatorio Welfare&Salute, che monitora il terzo settore della nostra sanità sempre più vicina al collasso, e non più solo nel pubblico.

Secondo i dati dell'Osservatorio, infatti, nell'ultimo anno e mezzo la percentua-

le di richieste di rimborso rispetto a premi e contributi versati a fondi e mutue è salita dal 50 al 65%, «costringendo molte realtà del terzo settore a programmare aumento dei contributi da un lato e tagli alle prestazioni dall'altro», spiega sempre Russo. Per 115 mila lavoratori del settore editoria e carta iscritti al fondo SaluteSempre scatterà a breve un aumento delle franchigie sull'alta specializzazione, sugli accertamenti diagnostici e sulle visite specialistiche. Peggio ancora va ai giornalisti ma anche a chi, pur non appartenendo alla categoria, si è iscritto alla Casagit. Con una mail, la cassa ha annunciato franchigie in rialzo e aumento dei contributi in generale. Questo perché, viene specificato, «l'allungamento delle liste d'attesa e l'aumento delle spese sanitarie private per visite specialistiche, indagini diagnostiche e ricoveri hanno avuto ripercussioni significative sulla nostra realtà».

«Questo - assicura il presidente dell'Osservatorio Welfare&Salute - accadrà in molte realtà del terzo settore». Anche perché a mandare in debito d'ossigeno sanità privata e mutue è la fuga sempre più massiccia

dal pubblico generata dalle liste di attesa e da un'assistenza territoriale che non riesce a prendersi carico dei sempre più numerosi anziani cronici.

Per capire meglio basta vedere i dati raccolti dai Caf delle Acli. L'analisi dei "730" presentati quest'anno evidenzia infatti il peso crescente di costi sostenuti privatamente dalle famiglie per la salute, che salgono del 13,7% rispetto alle dichiarazioni del 2020, con una punta del 24,7% per le spese specialistiche.

Che si tratti di orfani della sanità pubblica lo dice un altro dato, quello delle ricevute per il rimborso dei ticket, in calo del 3,5%, mentre la somma media portata in detrazione per le spese sanitarie sostenute dai contribuenti è arrivata oramai a 1.244 euro, al netto della franchigia di 129 euro. Ma se le medie le andiamo a calco-



lare per fasce di reddito vediamo che il ricorso al privato genera sempre più discriminazioni sociali, perché sotto i 75 mila euro di reddito l'importo medio detratto è di 1.061 euro, mentre i più ricchi portano in detrazione quasi il doppio: 1.922 euro. Come a dire che per aggirare le liste di attesa chi può paga, chi non può salta visite e accertamenti.

Colpa dei tagli inferti alla sanità per 15 anni e delle carenze di personale, ma anche di una scarsa

produttività. I dati di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) dicono infatti che nel primo semestre dello scorso anno sono state eseguite 100 milioni di visite e prestazioni di radio diagnostica, 10 milioni in meno dell'analogo periodo del 2019, «nonostante siano stati nel frattempo inseriti nel Servizio sanitario nazionale 40 mila dipendenti in più», rimarca il direttore dell'Agenas, Domenico Mantoan. E se il pubblico arranca anche il

privato inizia ad avere il fiato corto, con le visite fatte pagando la parcella passate dal 42% del 2018 al 48% del 2022, mentre gli esami a carico dei pazienti sono saliti dal 26 al 33%. Tanto da doversi mettere in fila anche pagando. —

**Dal 2018 al 2022
gli esami a carico
dei pazienti sono saliti
dal 26 al 33%**



DOMENICO MANTOAN
DIRETTORE
DI AGENAS



IVANO RUSSO
PRESIDENTE OSSERVATORIO
WELFARE&SALUTE

Nel pubblico calano le visite e gli esami nonostante ci siano 40 mila dipendenti in più

Molte realtà del terzo settore costrette ad aumentare i contributi e tagliare le prestazioni



Effetto a catena
Manifestanti a un corteo per il diritto alla salute. Le difficoltà del servizio pubblico si ripercuotono anche sulla sanità privata

I NUMERI

1.244 €

La somma media portata in detrazione nel 730 del 2024 (sui redditi del 2023) per le spese sanitarie sostenute (al netto della franchigia di 129 euro)

1.061 €

L'importo medio detratto da chi ha un reddito inferiore ai 75mila euro

1.922 €

L'importo medio detratto da chi ha un reddito superiore ai 75mila euro

-3,5%
Le richieste di rimborso dei ticket della sanità pubblica

+13,7%
I costi sostenuti privatamente dalle famiglie per la salute nel 2023 rispetto al 2019

+24,7%
L'aumento maggiore si registra per le visite specialistiche

Fonti: Acil, Agenas e Osservatorio Welfare&Salute

100 MILIONI

Le visite e prestazioni di radio-diagnostica eseguite nel primo semestre del 2023 (10 milioni in meno rispetto al 2019)



Le visite private

48%

Nel 2022

42%

Nel 2018

Gli esami privati

33%

Nel 2022

26%

Nel 2018

Dal 50% al 65%: l'aumento, in un anno e mezzo, delle richieste di rimborso di prestazioni sanitarie rispetto a premi e contributi versati a mutue e fondi integrativi



“Con 120 euro mia moglie visitata in 24 ore” “Anche da assicurato l’attesa è di 45 giorni”

FRANCO GIUBILEI
TORINO

Felice Bombaci è presidente dell’Associazione italiana leucemie-linfomi e mielomi di Torino. Quella che racconta è una vicenda personale, capitata alla moglie, che gli ha fatto scoprire come in una struttura sanitaria privata convenzionata esistano ben tre liste d’attesa: una per i pazienti inviati dal Servizio sanitario nazionale, una per chi ha un’assicurazione e una per chi paga di tasca propria.

La prima ha tempi biblici, la seconda comporta comunque una certa dose di pazienza e la terza non esiste, nel senso che il paziente viene ricevuto subito. «Ci siamo rivolti a un centro privato per

una visita specialistica per mia moglie – racconta Bombaci -. Ci hanno detto che via Ssn avrebbe dovuto aspettare un anno, così abbiamo chiesto per la seconda soluzione, perché mia moglie ha un’assicurazione, e ci è stato risposto che avrebbe dovuto aspettare un mese e mezzo.

Quella però era una cosa da verificare urgentemente». Una sorpresa per marito e moglie, cui si aggiunge la constatazione che esisteva una via molto più breve: «Pagando noi, la visita è stata fissata per l’indomani al prezzo di 120 euro. Non me l’aspettavo, pensavo che assicurazione e privato avessero gli

stessi tempi». Per la sua attività nell’Ail, Bombaci verifica spesso l’inefficienza del servizio pubblico anche quando si ha a che fare con malati oncologici: «Per le prime visite i pazienti devono aspettare troppo». —



Felice Bombaci



Il medico: "Il dolore non era più sopportabile"

“Per farmi operare sborsai 11 mila euro”

TORINO

Savio Fornara, medico di medicina generale con studio a Novara, ha avuto un'esperienza personale che lo ha messo direttamente a contatto con le storture del Sistema sanitario nazionale: un intervento chirurgico urgente, non per la gravità della patologia ma per l'intensità del dolore, per cui avrebbe dovuto aspettare diversi mesi in un ospedale pubblico e che è riuscito a ottenere di lì a qualche settimana in clinica privata, ma a carissimo prezzo. «Ho avuto un improvviso, fortissimo dolore alla schiena – racconta Fornara -. Sembrava una comune sciatica ma in realtà era una cisti scinoviale sull'articolazione di due vertebre».

Il percorso via Usl si rivela subito impercorribile: «Mi hanno fissato l'intervento dopo sei mesi, una cosa impossibile da sopportare – spiega -. Per la sofferenza atroce non potevo camminare, non potevo guidare, non riuscivo neanche a dormire sul letto ed ero obbligato a farlo su una poltrona.

Dovevo per forza trovare un'altra soluzione». E così il medico si rivolge a un neurochirurgo privato che gli programma l'operazione in breve tempo: «Con una notte di degenza me la sono cavata e il problema è stato velocemente superato - aggiunge Fornara -, l'intervento però è costato 11 mila euro che fortunatamente la mia as-

sicurazione ha coperto in buona parte». Anche nella sua esperienza di medico di famiglia, registra casi di estremi ritardi nelle prestazioni rivolte ai "suoi" malati: «C'è chi deve aspettare un anno per una risonanza». F. GIU. —



Savio Fornara



I viaggi della salute

Fra malati e familiari
un milione e mezzo
di persone ogni anno
costretto a spostarsi
dal Sud al Nord Italia
per trovare le cure adatte

FRANCESCA DEL VECCHIO
MILANO

Costretti a emigrare per curarsi: è la realtà, in aumento, dei pazienti italiani - soprattutto provenienti dalle regioni del Sud - che ogni anno si spostano verso Nord per accedere a prestazioni sanitarie impossibili (per disponibilità, tempi ecc.) nella propria provincia di residenza. Nel post Covid questa tendenza era stata fotografata in aumento. Tant'è che già nel dicembre scorso si parlava di numeri superiori al periodo pre pandemico. Agenas, nell'ultimo rapporto, stima che la fuga dei pazienti in cerca di cure sfiora ormai un giro d'affari da 3 miliardi. Ne sono protagoniste come regioni "ricettive" Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana e come regioni di "partenza" soprattutto Campania, Calabria, Sicilia e Puglia.

«Quello che si è visto negli ultimi anni è che la mobilità ad alta complessità si è ridotta mentre è aumentata quella dei pazienti per prestazioni a bassa complessità, anche a fronte di un'azione di alcune

Regioni del centro Nord interessate ad attrarre pazienti da altre Regioni», spiegano dal Dipartimento di Programmazione del ministero della Salute. Quello che è certo è che ci si sposta da casa alla ricerca di strutture sanitarie/ospedaliere con maggiori disponibilità. Spesso per cure oncologiche in rinomati istituti.

Ma come si organizza una famiglia per una trasferta sanitaria? Uno studio del Censis su dati del 2015 indica che sarebbero state 1.400.000 le persone costrette a spostarsi, di cui 750.000 pazienti e 650.000 accompagnatori. E se i volumi economici e numerici di questa mobilità vengono osservati, monitorati e analizzati anno dopo anno, ancora poco si sa e si parla delle spese che affrontano le famiglie per potersi permettere questi viaggi della speranza. Quelle per vitto e alloggio pesano sulla cifra per oltre il 50%: un paziente oncologico, per esempio, tra viaggio, visite private, farmaci e assistenza infermieristica spende in media 7.000 euro. Solo per gli spostamenti, secondo una ricerca condot-

ta su circa 4.000 cittadini italiani, nel 43% dei casi chi è andato fuori dalla propria Regione sostiene spese comprese tra 200 e 1.000 euro e nel 21% dei casi fra 1.000 e 5.000 euro. Su circa 1.300 pazienti oncologici, poi, il 45,1% sostiene spese per mezzi di trasporto (in media 359 euro all'anno) e il 26,7% per l'alloggio lontano dalla propria residenza (in media 227 all'anno).

Il 25% dei malati, infatti, si sposta entro 100 chilometri da casa, ma ben il 23% va oltre i 400. «Nel 2022 le richieste di accoglienza da parte di malati costretti a curarsi lontano da casa e dei loro familiari è aumentata del 18% rispetto al 2021», spiegano da CasAmica onlus, associazione che ha diverse case destinate proprio ai "migranti sanitari" in Italia. «Nel 2022, solo a Milano abbiamo accolto circa 3.000 persone», spiegano. Nelle zone limitrofe all'Istituto dei Tumori, per esempio, un monoloca-



LA STAMPA

le per pochi mesi può costare anche 1.200 euro. Impraticabili, invece, le tariffe alberghiere per periodi che vadano oltre la settimana di permanenza. Un rapporto del Censis del 2017 (sono i dati più recenti) evidenziava infatti che il tempo di permanenza minimo lontano da casa è di una o due settimane. Nel 21% dei casi, supera i 15 giorni.

Storia a parte è quella che riguarda i pazienti oncologici pediatrici: «In questi casi - spiegano i volontari di CasAmica - l'alloggio solidale per il genitore che accompagna è

quasi una necessità: molto spesso sono le mamme ad accompagnare, madri che nel frattempo hanno lasciato il lavoro per poter seguire il decorso della malattia del bambino. Quella famiglia si ritrova a essere monoreddito. Impossibile sostenere le spese di un affitto». CasAmica, come molte altre onlus non solo in Lombardia, ogni anno accoglie centinaia di famiglie e sempre più «della classe media, non indigenti. Persone che lavorano ma che con i costi attuali della

vita e forse anche un mutuo sulle spalle non possono permettersi di restare un mese a 700 chilometri da casa». —

**Il ministero
“È cresciuta la mobilità
per prestazioni
non complesse”**

7.000

euro, la spesa media sostenuta dai pazienti oncologici, fra viaggio, alloggio e assistenza

23%

la quota dei malati che si sposta a una distanza superiore ai 400 km da casa

1-2

settimane, è la durata minima di permanenza lontano da casa, ma per il 21% si va oltre i 15 giorni



IL CASO

Per l'assistenza integrativa siamo l'ultimo Paese in Europa

Le aziende non pagano il 40% dei contributi per la copertura sanitaria

ROMA

Sarebbe il terzo pilastro della nostra sanità, quella integrativa, che dove il servizio sanitario nazionale non arriva dovrebbe metterci al riparo dalle spese sanitarie catastrofiche. Quelle che, secondo l'ultimo rapporto Crea, finiscono per impoverire 9 milioni di italiani.

Ma a causa di una elusione contributiva senza pari delle imprese private, fondi e mutue integrative non decollano, coprendo appena il 4,6% delle spese sanitarie sostenute nel privato. Questo perché, nonostante quasi tutti i contratti dei lavoratori dipendenti del settore privato prevedano l'obbligo di versare una quota al fondo inte-

grativo di categoria, il 40% dei contributi non viene pagato dalle imprese.

Un furto ai danni dei lavoratori pari a 2,5 miliardi di euro l'anno, che lascia fuori dal terzo pilastro della sanità integrativa 7,2 milioni di lavoratori dei 16,2 del settore privato, il 92% della platea che in teoria sarebbe coperto con una mutua dal contratto nazionale. «E con questa elusione diventa poi difficile fornire una copertura adeguata delle spese sanitarie ai lavoratori iscritti ai fondi contrattuali», spiega Ivano Russo, Presidente dell'Osservatorio nazionale Welfare&salute che ha elaborato per noi i dati. Il mancato rispetto del capitolo "sanità in-

tegrativa" dei contratti finisce poi per pesare anche sulle liste di attesa del pubblico, «perché se non ci fosse elusione contributiva - spiega sempre Russo - le attuali 10 milioni di prestazioni sanitarie coperte dal terzo pilastro salirebbero a 30 milioni, consentendo così di allentare la pressione sulle strutture dell'Ssn». Invece non è così e questo, rilevano sempre i dati dell'Osservatorio, soprattutto tra le piccole e medie imprese e tra quelle del Sud, dove sono concentrati quasi i due terzi dell'evasione contributiva. Che invece, guardando ai comparti del privato, è più forte in quello della logistica, dove il 40% delle aziende non versa i contributi e più in generale in quei settori dove più bas-

so è il tasso di sindacalizzazione. Così, pur avendo di gran lunga la spesa sanitaria privata più alta d'Europa, salita dal 2009 al 2022 da 30,6 a 41,5 miliardi, l'Italia è buona ultima in fatto di copertura integrativa. Che da noi arriva appena all'11% dei costi sostenuti di tasca propria dai cittadini contro il 25% di Spagna e Regno Unito e il 20% della Germania, per non parlare della Francia, dove a carico del terzo pilastro è il 43% della spesa privata. PA.RU.—



L'obbligo integrativa in Italia non decolla benché sia prevista da quasi tutti i contratti del privato



L'appello

SANITÀ, OCCORRE CAMBIARE MODELLO IL SSN TORNI FATTORE DI DEMOCRAZIA

La legge di Bilancio attualmente in discussione rappresenta un pesante passo indietro per la sanità pubblica, già in affanno da anni. L'inadeguatezza dei finanziamenti previsti non sono solo un errore di politica economica, ma una scelta di campo che colpisce un diritto fondamentale. L'intero Servizio sanitario nazionale è messo in discussione da scelte che mortificano il principio di universalità e che rischiano di trasformare la salute in una merce. Non a caso la Corte costituzionale ha già lanciato un monito chiaro: non si può sacrificare l'assistenza sanitaria per mere esigenze di bilancio. Da troppo tempo, infatti, assistiamo alla progressiva erosione del Ssn, un'eredità preziosa che aveva garantito standard elevati e accessibilità diffusa, un modello invidiato a livello internazionale. Ora l'appello «Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica» si presenta come un atto di coraggio, che non intende ridursi a un semplice elenco di rivendicazioni tecniche. Perché un sistema sanitario pubblico che arretra, lasciando scoperti interi settori della cura – dalla cronicità all'assistenza territoriale, dalla prevenzione alla riabilitazione – genera la paura di non potersi curare per mancanza di mezzi, che riemerge quasi come un incubo dal passato. In questo contesto, il ricorso al privato non è più neanche una libera scelta, ma diventa una sorta di costrizione. Si finisce per accettare, con rassegnazione,

l'idea che la salute sia un privilegio, non più un diritto universale. Le associazioni della società civile firmatarie dell'appello, già più di cento, rivendicano invece la necessità di un cambio di paradigma. La salute non è un servizio da acquistare sul mercato. La salute è un fenomeno complesso, che intreccia fattori sociali, economici, culturali, ambientali, abitativi ed educativi, quelli che l'Oms chiama i «Determinanti sociali di salute». Una persona in difficoltà economica, un anziano isolato, un bambino che cresce in un contesto di degrado, un giovane senza prospettive lavorative stabili, famiglie monoreddito: tutti questi fattori incidono profondamente sulla salute. L'obiettivo allora è molto più ambizioso: restituire alla salute il suo significato profondo, ricollocandola al centro di un progetto condiviso di comunità. Accanto a fenomeni come liste d'attesa interminabili, rinunce alle cure per motivi economici, mancanza di personale, demotivazione dei professionisti, rischia di sfuggirci il contesto più ampio: non siamo di fronte a un semplice problema di prestazioni sanitarie erogate con lentezza o in modo insufficiente, ma è l'intera idea di salute come bene comune, come patto sociale fondato su relazioni, inclusione e responsabilità reciproca, a essere messa in discussione. Ecco perché la salute deve tornare a essere una priorità nell'agenda del Paese. Non possiamo abbassare la guardia mentre la legge di Bilancio non prevede risorse

sufficienti o le rialloca in modo inadeguato, favorendo di fatto la privatizzazione dell'assistenza. Così come non possiamo limitarci a chiedere più risorse senza pensare a come utilizzarle ovvero non possiamo immaginare la sanità come un ospedale isolato dal resto della comunità. Occorre rigenerare i legami di prossimità, valorizzare la formazione continua del personale, promuovere Case della Comunità come luoghi di ascolto e co-progettazione tra tutti gli attori di un territorio. Il Ssn non è un lusso, ma un elemento costitutivo della nostra democrazia. Investire in salute significa investire nella coesione sociale, nel rispetto della dignità umana, nella riduzione delle disuguaglianze tra territori e gruppi sociali. L'appello della società civile non è un grido nostalgico né un sogno ingenuo. È la richiesta, ferma e determinata, di arginare il declino e di rilanciare il Ssn come garanzia di diritti, come strumento di giustizia sociale, come spazio di partecipazione e cittadinanza.

**Sacerdote e presidente
dell'Associazione
"Prima la comunità"**
VIRGINIO COLMEGNA



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Come finanziarla? |

LA SANITÀ
E IL DILEMMA
SUI COSTIdi **Maurizio Ferrera**
e **Sergio Harari**

Il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di maggiori risorse. I vincoli di bilancio restringono però i margini di espansione della spesa. C'è ovviamente spazio per risparmiare rafforzando l'efficienza, soprattutto nei rapporti tra ospedale e medicina territoriale. Ma l'invecchiamento demografico — in Italia più marcato e più rapido che altrove — genera una richiesta crescente di servizi che necessita di un

incremento di risorse davvero imponente. Appare dunque urgente aprire un ampio dibattito su come affrontare il dilemma del finanziamento.

Il Ssn è ispirato al principio dell'universalismo: copertura garantita a tutta la popolazione. La riforma del 1978 aggiunse due aspirazioni: prestazioni gratuite all'accesso, con oneri a carico della fiscalità generale. Obiettivi nobili, ma che nella percezione dei cittadini e di molti politici (soprattutto se all'opposizione) hanno finito per offuscare il nesso fra costi e benefici. Alimentano anche l'illusione che i secondi

(sotto forma di prestazioni gratuite) potessero/dovessero essere considerate come «variabili indipendenti». L'antipatia per i ticket riflette in larga parte questa illusione.

Come si esce dalla morsa fra l'incudine (vincoli di bilancio) e il martello della domanda crescente? Più efficienza, certo. Ma non può bastare. Allora più tasse? Tagli di spesa in altri ambiti? Limiti alle prestazioni? Aumento delle compartecipazioni?

continua a pagina 38

COME FINANZIARE LA SANITÀ

Salute e conti Assicurare le cure a una popolazione che invecchia ma è necessario anche trovare il modo per coprire i costi

di **Maurizio Ferrera** e **Sergio Harari**

SEGUE DALLA PRIMA

Iniziamo dal fondo. Oggi le famiglie italiane già spendono una cifra rilevante per le spese sanitarie *out of pocket*. In termini aggregati, il gettito delle compartecipazioni non è elevato sul piano comparato. E in molti Paesi (fra cui, da decenni, la Svezia) il ticket si paga anche per l'ospedale. Il problema italiano è duplice. Così come è oggi disegnato, il sistema delle esenzioni genera oneri importanti anche per le fasce di reddito medio, soprattutto in certe situazioni di bisogno. Inoltre, la quota di spesa privata intermediata dalle mutue volontarie è bassa rispetto agli altri

Paesi: tutta la spesa *out of pocket* resta a carico dell'utente.

Mutuando dall'esperienza di altri Paesi Ocse, si può immaginare una strategia volta a rendere più efficiente, più equo e più consistente il contributo diretto delle famiglie al finanziamento delle prestazioni che esse consumano. Soprattutto se questo fosse compensato da rimborsi mutualistici o assicurativi. Teniamo poi presente che gran parte della spesa delle famiglie e della spesa sanitaria si concentra negli ultimi anni di vita,



soprattutto in caso di non autosufficienza. In Italia la quota di spesa che resta a carico degli utenti è molto più elevata che in altri Paesi. L'introduzione di coperture mutualistiche per questo rischio, che partano dalla giovane età come già avviene in altri Paesi, sarebbe un'altra ipotesi da considerare, insieme a nuove imposte di scopo (ad esempio sulle sigarette) da destinare a ricerca e prevenzione/screening.

Veniamo alla selezione delle prestazioni. I livelli essenziali di assistenza (Lea) già consentono di effettuare ritocchi basati su criteri di costo-efficacia. In parte ciò è già stato fatto, ma esistono ampie aree di miglioramento, che andrebbero definite contestualmente alla riforma del sistema di esenzioni. La revisione del Prontuario farmaceutico è a sua volta vecchia di decenni.

La terza opzione è quella di tagliare la spesa in altri ambiti e stornare i risparmi alla sanità. L'unico settore con una capienza sufficiente sarebbe la previdenza. Dopo le tante e incisive riforme degli ultimi anni è già tanto accontentarsi che la spesa pensionistica non cresca più dello stretto necessario.

Resta l'ipotesi di più imposte. I contribuenti onesti ovviamente protesterebbero. Ma attenzione: come è noto, il nostro sistema tributario è sperequato e caratterizzato da alta evasione. L'attuale finanziamento del Ssn riproduce tutti i limiti e le iniquità del nostro fisco, soprattutto l'enorme disparità fra contribuenti fedeli e evasori. Se ben designate e monitorate, le compartecipazioni potrebbero non solo portare risorse aggiuntive, ma

anche perequare il rapporto fra consumi sanitari e capacità contributive. Un'altra strada potrebbe essere l'introduzione di un «contributo sociale (o sanitario) generalizzato» da versare una volta l'anno, come in Francia. Per contrastarne l'evasione, si potrebbe accertarne il versamento effettivo (salvo esenzioni) con un qualche «bollino» incorporato nella tessera sanitaria.

Il dibattito da aprire, come collettività, non tradisce il principio dell'universalismo nella sua formulazione generale (copertura universale basata sulla residenza). Si tratta di discutere su una questione ormai ineludibile: come assicurare un più consistente e più equo finanziamento della sanità pubblica, in linea con le esigenze di una società che invecchia, che aspira a fruire dei migliori standard di qualità, ma che è anche gravata da un enorme debito pubblico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le esigenze
Il tema delle risorse per far
funzionare il sistema non è più
rinviabile: la richiesta di prestazioni è
destinata a crescere**



Così cambieranno «le cure per tutti»

L'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza partirà con l'anno nuovo. Dalle indagini in oncologia alle protesi, sono molte le novità introdotte nelle prestazioni sanitarie che si ha diritto a ricevere dallo Stato gratis o pagando un ticket

di **Maria Giovanna Faiella**

Livelli essenziali di assistenza (Lea) sono i servizi sanitari che ogni assistito ha diritto a ricevere dallo Stato, gratuitamente o pagando il ticket se dovuto. Vi rientrano, tra l'altro, le attività di prevenzione gratuite come screening oncologici e vaccinazioni contro malattie infettive; l'assistenza ospedaliera (Pronto Soccorso, ricovero in ospedale o in strutture di lungodegenza o di riabilitazione); l'assistenza sul territorio, quindi il diritto al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, al servizio di continuità assistenziale (guardia medica), a cure a domicilio se non si è autosufficienti, ma anche a ricevere prestazioni specialistiche ambulatoriali quali visite, esami diagnostici di laboratorio e strumentali e, in caso di bisogno, ausili e protesi.

I Lea devono stare al passo con innovazioni

tecnologiche e scientifiche e bisogni di salute degli assistiti. L'ultimo aggiornamento risale al 2017 ma, di fatto, molte nuove prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica non erano ancora disponibili perché prima andavano approvate le relative tariffe da corrispondere a quanti, enti pubblici e privati accreditati, le forniscono. Un iter lungo e travagliato, conclusosi da poco. Nel frattempo, il Servizio sanitario nazionale ha continuato a fornire prestazioni e ausili compresi nei precedenti Lea, fermi al 1996 per la specialistica e al 1999 per la protesica, «fatte salve le prerogative delle Regioni». Vuol dire che le Regioni coi conti in ordine hanno potuto garantire, con fondi propri, le nuove prestazioni in modalità «extra-Lea»; non è stato possibile, invece, in quelle in Piano di rientro (quasi tutte al Sud).

Ora, col via libera al «Decreto Tariffe», si potranno richiedere dappertutto. Ecco come.

continua alla pagina seguente



Che cosa si potrà richiedere nel 2025

Le principali novità dell'assistenza sanitaria (e le lacune da colmare) in campo diagnostico, terapeutico e protesico

di **Maria Giovanna Faiella**

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

Come cambierà l'assistenza nel 2025? Quali nuove possibilità diagnostiche, terapeutiche, protesiche si potranno avere a carico del Servizio sanitario nazionale, gratuitamente o pagando il ticket? Tutti gli assistiti potranno beneficiare di una serie di prestazioni innovative, nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica (per i dispositivi su misura), inserite nel Dpcm di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) nel 2017, ma di fatto non ancora disponibili in attesa dell'approvazione del cosiddetto «Decreto Tariffe», che entrerà in vigore il 30 dicembre 2024 (si veda la scheda a sinistra). Ma ecco le principali novità.

Analisi e radioterapia

Tra gli approfondimenti diagnostici di alta precisione, prescrivibili dai medici sulla ricetta del Servizio sanitario nazionale indicando il quesito o sospetto diagnostico, ci sono per esempio: nuovi esami di laboratorio, tra cui indagini per la diagnosi di malattie rare; la tomografia ottica computerizzata (Oct) per individuare e monitorare gravi malattie oculari quali retinopatia, glaucoma, maculopatia; l'enteroscopia con microcamera ingeribile (o videocapsula) per indagare eventuali patologie del tratto gastrointestinale senza introdurre l'endoscopia. Ancora: tutti i pazienti che ne hanno

bisogno potranno usufruire, sull'intero territorio nazionale - e non solo in alcune Regioni - di prestazioni innovative per le cure oncologiche quali radioterapia stereotassica, adroterapia (per alcuni tipi di tumore non operabili o resistenti alla radioterapia tradizionale), radioterapia con braccio robotico.

Per le coppie

Saranno a carico del Servizio sanitario nazionale, per le

coppie che non possono avere figli, tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi del percorso di procreazione medicalmente assistita (Pma). «È una bella notizia perché finalmente tutte le coppie potranno accedere al trattamento nell'ambito dei Lea, senza più differenze economiche e geografiche — commenta il presidente della Società italiana di riproduzione umana, Antonino Guglielmino —. I più penalizzati sono stati gli abitanti del Sud, vivendo in Regioni in Piano di rientro che non potevano erogare prestazioni ex-

tra-Lea, come avvenuto invece in Regioni settentrionali; chi poteva permetterselo si è rivolto al privato, pagando; molte coppie sono state costrette a migrare verso il Nord per ricevere il trattamento in centri pubblici o convenzionati. Ora è auspicabile che ci sia un centro per la Pma in ogni Provincia».

Endometriosi

Le pazienti con endometriosi

«moderata» e «grave» potranno usufruire, in esenzione, di alcune prestazioni specialistiche di controllo. Commenta Annalisa Frassinetti, presidente di Ape-Associazione Progetto Endometriosi: «Dopo oltre sette anni di attesa, le tutele riguarderanno solo le pazienti con endometriosi allo stadio III e IV, diagnosi che arriva grazie all'esame istologico, quindi solo a chi affronta un intervento chirurgico. Anche le donne con endometriosi allo stadio I e II dovrebbero poter accedere a trattamenti e terapie riconosciute dai Lea poiché è fondamentale prevenire l'aggravarsi della patologia. Inoltre — aggiunge Frassinetti — a fronte di una malattia che colpisce circa il 10 per cento delle donne, a oggi in alcune Regioni mancano del tutto i Centri specializzati in endometriosi, in altre sono troppo pochi, costringendo chi ne soffre a lunghe liste d'attesa o ad affrontare viaggi della speranza per fare i controlli».

Riabilitazione

Sono state aggiornate anche le prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitativa.

«C'è una maggiore attenzione all'esercizio terapeutico e s'introduce l'uso di nuove tecnologie, come ad esempio



la robotica — spiega Giovanna Beretta, past President Società italiana di medicina fisica e riabilitativa (Simfer) —. Purtroppo, la lunga gestazione del provvedimento lo ha già reso datato per certi aspetti, visto il rapido progredire delle conoscenze scientifiche».

Autismo

Si potranno avere a carico del Servizio sanitario prestazioni per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico.

L'Associazione nazionale genitori persone con autismo e altre Associazioni segnalano «il mancato inserimento delle terapie psico-educative basate sull'analisi applicata del comportamento (Aba)» nel nuovo «Decreto Tariffe».

Test genetici

I pazienti che effettuano indagini utili a confermare o a escludere un sospetto diagnostico potranno usufruire della consulenza genetica nel Pubblico. Viene rivisto, inoltre, l'elenco delle prestazioni di genetica. Il sequenziamento dell'esoma e altri esami genetici fondamentali per la diagnosi di malattie rare e rarissime restano esclusi dalle prestazioni specialistiche am-

bulatoriali che spettano ai pazienti nell'ambito dei Lea.

Malattie rare

«Finalmente sarà possibile usufruire di prestazioni che le persone con malattia rara aspettavano da tempo — dice Annalisa Scopinaro, presidente Uniamo - Federazione italiana malattie rare —. Un esempio? Fin dal 2017 i pazienti con cheratocono avevano diritto al rimborso delle lenti ma potranno ottenerlo solo ora; in tutti questi anni le hanno pagate di tasca propria, a meno che non vivessero in Regioni in cui il rimborso era previsto extra-Lea.

Screening neonatali

Rientra nei Lea lo screening neonatale esteso (Sne), obbligatorio e gratuito per quasi 50 malattie metaboliche ereditarie rare: il test alla nascita permette di individuare precocemente queste patologie e, in caso positivo, di iniziare subito il trattamento adatto, quindi di evitare ai piccoli gravi disabilità o anche salvare la vita.

La Legge di Bilancio 2019 ha esteso lo screening a malattie

neuromuscolari genetiche (come Sma-Atrofia muscolare spinale), immunodeficienze congenite severe e malattie da accumulo lisosomiale, per le quali oggi sono disponibili

trattamenti. Ma non è ancora un diritto di tutti i neonati.

Con l'entrata in vigore del «Decreto Tariffe» si procederà ad aggiornare i Lea, quindi lo screening dovrebbe essere esteso a ulteriori patologie.

Dispositivi

Nell'ambito dell'assistenza protesica, sono prescrivibili ausili e dispositivi all'avanguardia, quali apparecchi acustici digitali, attrezzature domotiche, protesi di ultima generazione, carrozzine basculanti. Rispetto ai dispositivi «su misura», disponibili nel 2025 in seguito all'aggiornamento delle tariffe, secondo

la Società italiana di medicina fisica e riabilitativa «restano purtroppo escluse alcune tipologie di ausilio che necessiterebbero di personalizzazione, e che invece sono incluse nell'elenco dei dispositivi cosiddetti "di serie". Per quest'ultimi è prevista la possibilità di procedure pubbliche di acquisto da parte del Servizio Sanitario». In tal modo «si rischia di accentuare le disomogeneità regionali, visto che le modalità per le gare di acquisto possono essere differenti nelle diverse realtà», secondo gli esperti della Società scientifica, che ricordano: «La fornitura di un ausilio non è un semplice atto prescrittivo, ma va individua-

to in base ai bisogni dell'assistito nell'ambito di un Progetto riabilitativo individuale».

Restano fuori dai Lea le protesi peniene impiantabili in caso di disfunzione erettile dovuta all'intervento chirurgico per un tumore alla prostata. Dice Alessandro Palmieri, presidente della Società italiana di andrologia: «Per i pazienti oncologici non è un vezzo, come non lo sono le protesi mammarie impiantate, a carico del Servizio Sanitario, alle donne che hanno subito un intervento di mastectomia. Per lo stesso motivo andrebbero inserite nei Lea, per garantire lo stesso diritto a tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In oncologia

diventano «per tutti» anche la radioterapia con braccio robotico e l'adroterapia

Il sequenziamento

dell'esoma e altri esami genetici fondamentali per le malattie rare restano esclusi

Per la Pma, e non solo, sono stati penalizzati i residenti in Regioni in piano di rientro (soprattutto al Sud)

Il decreto

● Con l'entrata in vigore del «Decreto Tariffe» il 30 dicembre, ogni assistito avrà diritto - a prescindere dal luogo di residenza - a ricevere le prestazioni contenute nei nomenclatori tariffari dell'assistenza specialistica ambulatoriale (esami, visite, procedure diagnostiche e terapeutiche) e di quella protesica «su misura» (ausili e protesi), ovvero i rispettivi elenchi ufficiali di ciò che può essere prescritto nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza sulla ricetta del Servizio Sanitario Nazionale. I nomenclatori, tra l'altro, riportano il codice identificativo di ciascuna prestazione

La lunga gestazione del decreto lo ha reso per certi aspetti datato, visto il rapido progresso delle conoscenze scientifiche

1996

Nomenclatore tariffe

Risale a 18 anni fa il precedente elenco di prestazioni offerte agli assistiti nell'ambito delle prestazioni di specialista ambulatoriale. Il vecchio nomenclatore degli ausili e delle protesi a carico del Ssn, invece, è del 1999



Monitoraggio

Chi verifica l'applicazione dei Lea

Il compito di monitorare e verificare se tutti gli italiani ricevono il «livello essenziale» di cure, in condizioni «di qualità, appropriatezza e uniformità» è affidato al «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza», istituito presso il ministero della Salute, che utilizza da gennaio 2020 un «Nuovo sistema di garanzia» con un set di indicatori per la valutazione. Il rispetto degli adempimenti consente alle Regioni di accedere alla quota premiale del Servizio sanitario nazionale. «Dal 30 dicembre i cittadini potranno accedere, almeno sulla carta, a una serie di nuove prestazioni attese da

sette anni, ma ad oggi non è stato adeguato il sistema di monitoraggio, controllo e valutazione degli adempimenti regionali — osserva Tonino Aceti, presidente di Salutequità —. Andrebbero previsti specifici indicatori per verificare l'effettiva erogazione dei «nuovi» Lea, come pure servirebbe introdurre ulteriori indicatori, per esempio su liste di attesa, tasso di rinuncia alle cure, innovazione tecnologica, personale e infrastrutture adeguati, mobilità sanitaria».

Altra criticità da risolvere riguarda l'aggiornamento continuo dei Lea, già previsto da una legge dello Stato (n.208/15). L'entrata in vigore del nuovo nomenclatore

tariffario, ovvero l'elenco ufficiale di ciò che può essere concesso, permetterà anche di aggiornare i Lea: sono stati già predisposti due Decreti dal Ministero della Salute che, però, prima di entrare in vigore, dovranno seguire l'iter per l'approvazione. Dovrebbero rientrare, tra l'altro, l'estensione degli screening neonatali a ulteriori malattie rare (si veda a sinistra) e il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante. «L'aggiornamento continuo dei Lea deve avvenire in modo dinamico — sottolinea Aceti —. I tempi delle innovazioni, infatti, mal si conciliano con gli attuali passaggi burocratici, che vanno snelliti». Concorda

Giovanna Beretta, past President Società italiana di medicina fisica e riabilitativa: «È auspicabile lo snellimento delle procedure di aggiornamento, nonché una maggiore e più sistematica possibilità di interlocuzione con la Commissione Lea da parte dei portatori di interesse, tema su cui sembrano concordare anche i responsabili della programmazione nazionale. Si faciliterebbe così un più tempestivo adeguamento delle prestazioni ai bisogni degli utenti e all'evoluzione tecnico-scientifica».



Il Ssn sotto-finanziato? La vera crisi nasce con la pandemia e con la drammatica carenza di personale medico e infermieristico. Lo studio "Il Sistema della salute in Italia", condotto da "italiadecide" e Censis, realizzato in collaborazione con Intesa Sanpaolo

Un ecosistema che integra pubblico e privato

Due fattori hanno contribuito in maniera determinante alla percezione delle difficoltà del Servizio sanitario nazionale (Ssn), evidenziata negli ultimi anni: uno imprevedibile, la pandemia, e l'altro prevedibilissimo, la drammatica carenza di personale, a partire da quello medico, ma non solo. Nel caso dei medici, la carenza è destinata ad acuirsi per la loro età media molto avanzata: la percentuale di medici con più di 55 anni è in Italia di gran lunga la più alta (56% contro una media Ocse del 34%). Fino al 2019, l'anno prima della pandemia, lo stato di salute del Ssn appariva buono a dispetto dell'evidente sottofinanziamento rispetto agli altri Paesi.

È una delle visioni che emerge dallo studio "Il Sistema della salute in Italia", condotto da "italiadecide" e Censis, realizzato in collaborazione con Intesa Sanpaolo per approfondire le dinamiche in corso nel settore salute e suggerire possibili interventi, in funzione dei mutamenti della società italiana. Lo studio si articola intorno a tre temi, orientati a cogliere le dinamiche innovative che stanno interessando la Sanità in Italia.

Il primo, inevitabile, riguarda il finanziamento e il "sotto-finanziamento" della Sanità, la caren-

za di personale sanitario, il rapporto fra strutture pubbliche e private nell'erogazione delle prestazioni.

DIGITALIZZAZIONE

Il secondo analizza il rapporto fra sanità e mondo digitale per migliorare i servizi al cittadino. È la complessa questione della digitalizzazione del sistema sanitario. Questo processo è visto soprattutto come opportunità per facilitare la transizione verso un servizio di prossimità e per valorizzare il potenziale di innovazione della medicina.

Il terzo focus riguarda la filiera della salute e la solidarietà sociale. C'è il concetto-chiave di "filiera", che rimanda a una struttura organizzativa, logistica e distributiva in grado di mettere insieme i diversi contributi – specialistici e generalisti, di servizio e di prodotto, di assistenza e di cura, regolati a livello centrale e diffusi sul territorio – mantenendo un livello di integrazione e di coerenza interna funzionale alla garanzia del diritto alla salute.

Alla presentazione della ricerca sono intervenuti tra gli altri Anna Finocchiaro, presidente di "italiadecide", che sulla digitalizzazione rimarca la necessità di rafforzare «l'attenzione alla sicurezza dei dati sanitari e della privacy, essenziali alla ricerca e alla gestione sanitaria», Giorgio De Rita, segretario ge-

nerale del Censis, il quale evidenzia il bisogno di «agire su fenomeni di povertà, marginalità e indigenza» e «sviluppare la collaborazione fra pubblico, privato e Terzo Settore» e Massimiliano Dalla Via, amministratore delegato e direttore generale di Intesa Sanpaolo Protezione.

SFIDE CRUCIALI

«La ricerca Censis-italiadecide – ha spiegato Dalla Via – ha evidenziato alcune sfide cruciali per il sistema sanitario italiano. Intesa Sanpaolo Protezione intende supportare e integrare il Sistema sanitario nazionale attraverso un approccio che promuove l'accesso alle cure, incentiva la prevenzione, investe nella digitalizzazione e collabora attivamente con il settore pubblico e il Terzo settore. L'obiettivo è creare un ecosistema sanitario centrato su prevenzione, digitalizzazione e accessibilità alle cure, operando in sinergia tra pubblico e privato per migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini».

In generale, il vecchio paradigma del sistema della salute, è travolto da fenomeni di grande portata: l'invecchiamento della popolazione e la dimensione della non autosufficienza; la moltiplicazione delle cause di disuguaglianza



nell'accesso ai servizi.

Oltre all'inverno demografico l'Italia nello stesso tempo, fra tutti i Paesi dell'Unione, nel 2022, ha la quota maggiore di over 64 sul totale della popolazione (23,8%), un valore superiore di 2,7 punti percentuali rispetto al dato complessivo europeo. Emergono differenze e disuguaglianze che, di fatto, attenuano i risultati generali fin qui raggiunti.

Una causa della mobilità sanitaria fra regioni si ritrova nella differente distribuzione dei posti letto: fra il 2010 e il 2020 si è assistito a un loro moderato aumento pari a 10.500 posti, ma con significative

differenze a livello regionale e nel numero dei posti letto per 1.000 abitanti; Lombardia, Piemonte e Marche hanno incrementato di oltre un quarto i posti letto disponibili, Molise e Calabria hanno subito una riduzione pari rispettivamente al 28,3% e al 24,1%.

Marco Barbieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**RISORSE FINANZIARIE,
INNOVAZIONE
E ORGANIZZAZIONE
SUL MODELLO FILIERA:
I TRE FOCUS
DELLA RICERCA**

**DALLA VIA (INTESA):
ACCESSO ALLE CURE,
PREVENZIONE
E INTEGRAZIONE
CON IL PUBBLICO E
IL TERZO SETTORE**

I numeri

56%

La percentuale dei medici over 55 in Italia

34%

Percentuale di medici over 55 nei Paesi Ocse



10,5

Le migliaia di posti letto aggiunti in Italia

23%

La percentuale della popolazione over 64



La digitalizzazione della sanità potrebbe favorire i servizi di prossimità e aumentare l'innovazione della medicina. Nella foto alcuni medici in corsia in un ospedale romano



13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Agenas: dalle risonanze magnetiche ai mammografi, il 37% delle apparecchiature ha più di 10 anni

Il 34% delle grandi apparecchiature sanitarie, dalle risonanze magnetiche alle Tac fino ai mammografi, ha un'età minore o uguale a 5 anni, il 29% tra 5 e 10 anni, il 37% più di 10 anni. Lo rileva un report dell'Agenas che ha censito 8.228 apparecchiature. Di queste, il 51% risulta allocato in strutture pubbliche, il 44% in strutture private accreditate e il 6% in strutture private non accreditate. "Si rileva una maggiore prevalenza nel pubblico

per tutte le tipologie di apparecchiature - sottolinea Agenas - ad eccezione delle risonanze magnetiche, che risultano collocate per il 60% in strutture private accreditate, e dei mammografi, di cui il 52% si trova nel privato, accreditato e non accreditato".

Le apparecchiature che presentano una maggiore numerosità rispetto alla popolazione sono le TC (37,3 per milione di abitanti), i mammografi (35,2 per milione di abitanti), le RM (32,9 per milione di abitanti). A livello europeo, l'Italia presenta un numero di TC e RMN per milione di abitanti paragonabile a quello della Germania e superiore a quello di altri Paesi quali Spagna e Francia.

Il livello tecnologico delle apparecchiature sanitarie e la loro adeguata distribuzione sul territorio, sottolinea l'Agenas, rivestono un ruolo fondamentale nel garantire la qualità dell'assistenza erogata dal Servizio sanitario nazionale, l'equità nell'accesso alle prestazioni, la riduzione dei tempi di degenza e delle liste d'attesa, la razionalizzazione delle risorse.

Le apparecchiature più diffuse in Italia, secondo il report, sono le Tc (2.198), davanti ai mammografi (2.079) e alle risonanze magnetiche (1.940). Nel dettaglio, le Tc si trovano principalmente in Lombardia (321) e nel Lazio (268), mentre risultano solo 76 in Calabria, 49 in Sardegna e 46 in Abruzzo. Dei 2.079 mammografi, la Valle d'Aosta non ne ha neanche uno, mentre se ne contano 7 e 11 rispettivamente nelle province autonome di Trento e Bolzano. Quanto alle risonanze magnetiche, la Calabria ne ha solo 58 contro ad esempio le 144 della Sicilia e i 159 della Puglia. La Valle d'Aosta risulta non avere, oltre ai mammografi, anche angiografi, gamma camere computerizzate (nessuna apparecchiatura anche per la Provincia autonoma di Bolzano), sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica (anche Bolzano e Basilicata), sistemi tc/Gamma camera (anche Abruzzo e Molise).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Calo dei sinistri in Sanità, ma crescono gli importi che pesano sui bilanci

I numeri. Dall'Osservatorio di Aon emerge come il costo sia cresciuto in due anni del 7% - Le specialità più rischiose: Traumatologia, Pronto soccorso e Ginecologia. I fondi messi a riserva impattano sui conti degli ospedali: risk management cruciale per risparmiare

Marzio Bartoloni

Cala leggermente il numero dei sinistri in Sanità, ma schizza in su il loro costo che è aumentato di 7 punti percentuali nel 2022 e 2023 con un impatto significativo sul Sistema sanitario italiano, sia pubblico che privato già alle prese con fondi sempre più contati e una difficile ripresa dopo il Covid. Una zavorra che pesa sui bilanci delle strutture soprattutto quando sono costrette a "riservare" fondi ingenti per l'esito di cause che si chiudono dopo qualche anno. Ecco perché diventa sempre più cruciale puntare sulle best practice del risk management per risparmiare.

La fotografia aggiornatissima sulla malpractice arriva dall'ultimo report dell'Osservatorio rischi in Sanità di Aon che il Sole 24 ore ha potuto visionare in anteprima. E che racconta come nel decennio 2014-2023 il costo totale dei sinistri ha superato oltre 1,5 miliardi di euro, con un aumento di 100 milioni negli ultimi 2 anni, determinato in buona parte anche dall'inflazione. Sotto la lente del report sono finiti ben 27.533 sinistri gestiti direttamente da Aon, tra le aziende leader nell'intermediazione assicurativa, e dai numeri dell'Osservatorio emerge come il costo medio del sinistro sia aumentato passando da 50.500 euro medio a 54.900. «È ora - avverte Andrea Parisi, Ceo Italy and Eastern Mediterranean di Aon in una nota diffusa ieri - che si diffondano in maniera pervasiva le best practice di risk management all'interno del mondo sanitario. Una necessità intuita e recepita anche dai decreti attuativi della Legge 24/2017, i quali spingono le compagnie assicurative verso una riduzione dei premi in funzione delle attività di risk management e dell'analisi sistemica degli incidenti da parte delle singole strutture, al fine di favorire appunto la diffusione delle buone pratiche».

In questo senso una mano importante la possono dare le tecnologie: ad esempio, da qualche anno sono com-

parse nelle sale operatorie check list automatizzate, che guidano tutte le fasi degli interventi chirurgici con tanto di telecamera che segnala al chirurgo se il bisturi è posizionato nel posto giusto. Queste tecnologie riducono molto gli errori umani soprattutto se abbinate a strategie di clinical risk assessment, che tracciano tutte le fonti di rischio per il paziente durante il percorso di assistenza. Procedure, queste, che oltre a ridurre la sinistrosità, mettono in sicurezza anche il medico, il quale, seguendo i protocolli, è più tranquillo sotto il punto di vista della responsabilità. Tutto questo ovviamente si riverbera sul costo delle assicurazioni, che se da una parte prevedono il pagamento di un premio al contrario delle autoassicurazioni non comportano vincoli troppo pesanti sui fondi da riservare che impattano per anni sui bilanci. Un particolare non da poco, visto che, come ricorda Parisi, il mondo della sanità già «soffre per la scarsità di risorse economiche e umane», con le prestazioni che «sono sempre più complesse anche a causa dell'invecchiamento della popolazione: tutti elementi che portano ad un aumento del costo dei sinistri». Per questo, l'osservatorio può essere «un solido elemento di paragone per le singole strutture sanitarie che vogliono confrontare le proprie performance sulla sicurezza, consentendo di identificare - avverte ancora il Ceo Italy and Eastern Mediterranean di Aon - luci e ombre del proprio operato e abilitando azioni tempestive sulle aree di maggiore criticità».

In linea con la precedente edizione del report, i reparti con più sinistri sono sempre Ortopedia e Traumatologia (13,3%) e Pronto Soccorso (11,1%), seguite da Ostetricia e Ginecologia (6,1%) che guadagnano una posizione rispetto alla rilevazione precedente e dove si registrano i sinistri top: 2,3 milioni il liquidato massimo per un errore chirurgico nel 2024 e 4 milioni il "riservato" per un errore diagnostico. E proprio per quanto riguarda la tipologia di sinistro, troviamo in alto

alla classifica gli errori chirurgici (29,4%), quelli diagnostici (16,1%) e le cadute (8,2 per cento). L'altro dato che emerge dall'Osservatorio è appunto il decremento del numero di contenziosi nel decennio 2014-2023: dalle mediazioni (-21%) ai procedimenti civili (-21%) fino a quelli penali (-8 per cento). «Questo elemento - spiega Enrico Trombetta, Deputy Head of consulting for Italy and South-East Europe di Aon - indica una crescita degli accordi stragiudiziali tra le parti, segno di una maggiore maturità ed esperienza del comparto nel saper valutare in maniera condivisa le responsabilità in gioco e l'entità dei danni subiti dalla parte lesa. Sebbene inizi a dare dei primi segnali positivi in termini di maggiore efficacia (passata dal 3 all'8% di casi andati a buon fine), la mediazione conciliativa in ambito sanitario rappresenta ancora un punto debole del processo di gestione del contenzioso, in quanto nel 92% dei casi non raggiunge il suo scopo principale, ovvero trovare un accordo tra le parti evitando il contenzioso civile». Tra l'altro in circa 7 casi su 10, «i sinistri si chiudono senza responsabilità per la struttura o per il professionista».

Il report dell'Osservatorio di Aon ricorda anche come il Covid abbia portato a un aumento del numero e del costo dei sinistri da infezione. Dopo aver raggiunto il picco di 375 segnalazioni (di cui 108 riconducibili a danni relativi al Covid) nel 2021, anno clou della pandemia, nel 2022 e 2023 questi numeri si sono più che dimezzati, riportando i valori ai livelli pre-pandemia del 2019. «Le infezioni - spiega Trombetta - registrano il più alto importo medio riservato, che raggiunge un valore di oltre 180mila euro, con un incremento del 19% rispetto all'edizione del 2023».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo scudo penale anche nel 2025 in attesa della riforma

Decreto Milleproroghe
La misura anti cause

medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari strappano un altro anno senza l'incubo di cause penali a pioggia. Il decreto Milleproroghe appena varato dal Governo, come già accaduto l'anno scorso, ha infatti prorogato anche per tutto il 2025 il cosiddetto scudo penale, uno strumento sperimentato per la prima volta durante i mesi più duri della pandemia proprio per dare più tranquillità agli operatori sanitari durante l'emergenza sanitaria e poi da allora mai più abbandonato. Ma già prima della pandemia l'alea di una causa penale - ce ne sarebbero migliaia che ingolfano i tribunali - è sempre stata considerata una minaccia alla serenità della loro attività professionale tanto da essere considerata una delle responsabilità principali del fenomeno della "medicina difensiva" che secondo alcune stime costa fino a 10 miliardi l'anno al Servizio sanitario nazionale tra prescrizioni di visite ed esami spesso non necessarie se non addirittura inutili.

Lo scudo penale - confermato dal decreto Milleproroghe licenziato lunedì scorso dal Consiglio dei ministri - invece limiterà di fatto la punibilità di medici e operatori sanitari ai soli casi di dolo e colpa grave per tutto il 2025 e in presenza di gravi carenze di personale. Lo strumento scatterà in particolare

in relazione ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del Codice penale (omicidio colposo e lesioni personali colpose) commessi nell'esercizio di una professione sanitaria.

Si tratta comunque di una misura provvisoria perché si è in attesa che arrivi la riforma della colpa medica, a cui lavora già da diversi mesi il ministero della Giustizia.

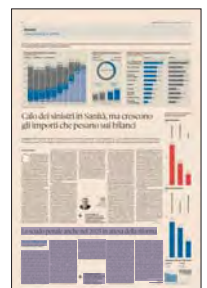
Da alcune settimane si sono infatti conclusi i lavori della commissione istituita dal ministro della Giustizia Carlo Nordio e presieduta dal magistrato Adelchi d'Ippolito. Un lavoro che potrebbe presto diventare un disegno di legge e che si poggia su alcuni punti cardine: dai medici mai imputabili per colpa lieve alla previsione di una sanzione pecuniaria per le denunce infondate fino alla centralità delle buone pratiche clinico assistenziali e alla possibilità di prevedere delle archiviazioni veloci. Anticipazioni della riforma, queste, che però non sembrano incassare l'apprezzamento dei medici. «La proroga dello scudo penale a tutto il 2025 risponde a una richiesta dell'Anao Assomed di tutela dei professionisti sanitari, in attesa di porre basi solide per una riforma organica della responsabilità medica che ad oggi non vede miglio-

ramenti nella proposta della commissione D'Ippolito», ha spiegato nei giorni scorsi il segretario della principale sigla degli ospedalieri, Pierino Di Silverio. «Ribadiamo con forza che non miriamo all'impunità dei professionisti, ma chiediamo garanzie per lavorare in serenità. Oggi - conclude Di Silverio - non ci sentiamo tutelati, sostenuti, rispettati e siamo sempre più isolati nei luoghi di lavoro. Curare in sicurezza migliora la qualità del lavoro e rende più sicuri medici e pazienti».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il prossimo anno la punibilità degli operatori sanitari sarà limitata soltanto ai casi di dolo e colpa grave



13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Gimbe: flax tax su straordinari e fondi a specializzandi segnale positivo ma non sono la soluzione

“Le proposte di emendamento del Governo alla manovra 2025 – emerse dalle anticipazioni – che prevedrebbero una flat tax del 5% sugli straordinari degli infermieri del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e un contributo mensile di 500 euro per gli specializzandi sanitari non medici, rappresentano certamente un segnale di



attenzione verso due categorie professionali fondamentali per il SSN. Tuttavia, analizzandole più a fondo, emergono evidenti limiti”. Lo afferma Nino Cartabellotta, presidente Fondazione Gimbe sottolineando che “la flat tax del 5% sugli straordinari degli infermieri è un riconoscimento economico che potrebbe incentivare l’impegno di questi professionisti, già sottoposti a carichi di lavoro insostenibili”. Tuttavia c’è il rischio concreto che questa misura venga percepita come una spinta a “lavorare di più”, ignorando la radice del problema: la cronica carenza di personale. “Questo circolo vizioso - aggiunge - non fa che aumentare il burnout e peggiorare le condizioni di lavoro. Per essere realmente efficace, questa iniziativa deve essere accompagnata da un piano straordinario di assunzioni, indispensabile per garantire organici adeguati e qualità delle cure”.

“Quanto al contributo di 500 euro per gli specializzandi sanitari non medici, come odontoiatri, psicologi e veterinari, - continua Cartabellotta - si tratta di un gesto che riconosce il ruolo strategico di queste figure. Rischia però di suonare più come un intervento di facciata che come un reale supporto. In assenza di un piano equo e continuativo, che coinvolga tutti gli specializzandi in modo strutturale, questa misura rischia di essere percepita come una promessa temporanea, limitata a pochi beneficiari, incapace di risolvere le difficoltà economiche che molti di loro affrontano quotidianamente”.

È positivo che ci sia la volontà di valorizzare il personale sanitario, conclude il presidente della Fondazione Gimbe “ma queste proposte non rispondono affatto alle urgenze strutturali del sistema. Non bastano soluzioni tampone per affrontare le criticità che minacciano la sostenibilità e l’equità del nostro Ssn. È indispensabile un approccio più coraggioso e lungimirante, capace di garantire risorse, stabilità e dignità per chi opera in prima linea nella sanità, per tutelare la salute di tutte le persone”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Pensioni: il recupero dell'inflazione non sarà pieno, si torna al meccanismo del passato

di Claudio Testuzza

Per le pensioni, nel 2025, il recupero dall'inflazione non sarà pieno, come ha cercato di indicare il Governo, ma verrà ripristinato il meccanismo già in vigore in passato e previsto dalla legge n. 388 del 2000. Certamente più favorevole ai pensionati, ma disatteso negli ultimi anni per consentire risparmi alla spesa.

Il recente decreto, pubblicato la scorsa settimana sulla Gazzetta Ufficiale n. 278 (firmato il 15 novembre dal ministero dell'Economia e dal ministero del Lavoro) riconosce un indice di incremento dello 0,8% sulle pensioni. Un indice, quindi, persino più basso di quello che era stato ipotizzato quando il Governo aveva chiuso e inviato alle Camere la manovra, e che era circa dell'1%. Da questo dato, e quindi dalle irrisorie ricadute sui conti previdenziali, nasce la condizione di un recupero del vecchio sistema delle fasce di rivalutazione dei trattamenti rispetto a quelle degli ultimi due anni che prevedevano un + 8,1% del 2022 ed un + 5,4% del 2023. L'ultima legge di Bilancio assicurava solamente il recupero del 100% dell'inflazione, calcolata dall'Istat, per tutte le pensioni sino a 4 volte il minimo. Sopra questa soglia la copertura veniva poi ridotta in maniera progressiva: all'85% per gli assegni da 4 a 5 volte il minimo (2.993,05 euro), al 53% tra 5 e 6 volte (3.591,66), al 47% tra 6 e 8 volte (4.788,88), al 37% tra 8 e 10 volte e al 22% per i più fortunati che ricevono assegni oltre 10 volte il minimo (5.961,1 euro). Con buona pace delle pensioni medio-alte che hanno visto il loro potere d'acquisto precipitare a causa dell'elevata inflazione non certo recuperata. Dal nuovo anno si cambia e si torna al passato con le pensioni che sino a 4 volte il minimo riceveranno aumenti sempre legati al 100% dell'inflazione dell'anno prima. Quelle comprese tra 4 e 5 volte anziché l'85 ottengono il 90% e quelle sopra il 75%, guadagnando da 22 a 53 punti in più quando si arriva sopra quota 5.986 euro. Oltre a questo gli aumenti sopra quattro volte il minimo si fanno più robusti anche per effetto del ripristino del vecchio meccanismo di calcolo che anziché applicare un'aliquota unica alla pensione lorda torna ad essere fatto per fasce diventando di fatto progressivo. Per cui anche chi ha un lordo di 6 mila avrà il 100% di recupero sui primi 2.394,4 euro lordi come i pensionati che ricevono assegni sotto 4 volte il minimo, il 90% sulla quota che arriva a 2.994,5 e il 75% solo sulla parte che eccede questa soglia.

Bisogna ricordare che negli ultimi 30 anni abbiamo avuto 100 miliardi di euro di tagli, oltre 16 miliardi negli ultimi due. Alle pensioni è stato chiesto da sempre un contributo di solidarietà, che però non torna mai indietro. A meno che adesso non intervenga la Corte Costituzionale. Mercoledì 29 gennaio 2025, alle ore 9 e 30, la Corte Costituzionale esaminerà i due ricorsi contro il taglio della rivalutazione delle pensioni all'inflazione voluti dal Governo Meloni. Ricorsi della Corte dei Conti della Toscana e della Campania



accolti dalla Corte Costituzionale a settembre e promossi da due indignati ex presidi di scuola pubblica, ora pensionati, che si erano ritrovati, con altri colleghi altrettanto arrabbiati, a tentare un recupero del valore della loro pensione. La novità è che ora saranno spalleggiati, in questa battaglia, anche dai dirigenti d'azienda e dai magistrati. Si sono infatti costituiti nel procedimento, con un "atto di intervento", anche la Cida e l'Anm. Dall'altra parte troveranno l'Inps e la Presidenza del Consiglio. Tutti, accusa e difesa, dovranno depositare le memorie entro il 9 gennaio. Le esigenze da contemperare sono infatti due. Da una parte la stabilità dei conti pubblici. E' impensabile che la Consulta possa chiedere al Governo di rimborsare al 100% i pensionati. Il taglio cumulato nel biennio 2023-2024 vale oltre 37 miliardi al netto delle tasse fino al 2032. Dall'altra parte ci sono le ragioni dei pensionati, fatte proprio nelle due ordinanze delle Corti dei Conti molto dettagliate. Infatti la Consulta, questa volta sarà chiamata ad esprimersi non solo sulla legittimità costituzionale di questo taglio reiterato, ma anche sull'effetto di trascinarsi per cui la pensione resta più bassa per sempre. Il risparmio di spesa è strutturale su tutta la vita dei pensionati. Se reiterata nel tempo, quella misura da temporanea, infatti, diventa definitiva. Già in passato altre sentenze della Consulta avevano fermato la rivalutazione perché applicata a tutti i pensionati o per troppi anni, ma anche, spesso, hanno dato ragione all'intervento restrittivo dei Governi sulla base delle esigenze di bilancio. In questo caso però la Corte dei Conti toscana ricorrente ha osservato prioritariamente che il quadro storico è diverso. Il taglio del Governo Meloni è «al di fuori di crisi finanziarie», inserito in una manovra «fortemente espansiva e fatta in deficit» e in anni di «sospensione del Patto di stabilità Ue». Non sussiste dunque il dato dell'emergenza economica. E' inoltre, poi, entrata nel cuore della possibile incostituzionalità del taglio che lederebbe gli articoli 36 e 38 della Costituzione. La pensione è, infatti, retribuzione differita. Non è una prestazione assistenziale né di carattere fiscale. Al pari dello stipendio, deve essere proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro ed adeguata non solo al momento del riposo, ma anche dopo, durante la quiescenza, in relazione ai mutamenti del potere d'acquisto. Ecco perché i tagli «ledono la dignità» dei pensionati. E vanno al di là dei principi costituzionali di «ragionevolezza» e «temporaneità» visto che vanno avanti da 20 anni e con sistemi di calcolo non proporzionali, dunque iniqui.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Aborti, mai così tanti negli ultimi 20 anni Picco tra le under 18

► Oltre 65 mila interruzioni di gravidanza nel 2022
E ogni 100 adolescenti, tre vi hanno fatto ricorso

Laura Pace

È dal 2004 che non si registra un aumento così marcato degli aborti in Italia: 65 mila donne nel 2022 (+3,2% rispetto al 2021). E su 100 ragazze della Gen Z, tre hanno fatto ricorso all'interruzione di gravidanza. Numeri che raccontano di una so-

cietà in cambiamento e che emergono dall'ultima relazione del Ministero della Salute sulla Legge 194.

A pag. 14

Mai così tanti aborti negli ultimi 20 anni Il picco tra le under 18

► 65 mila donne hanno scelto l'Ivg nel 2022, +3,2% rispetto al 2021. E su 100 ragazze della Gen Z, tre hanno fatto ricorso all'interruzione di gravidanza

IL DOSSIER

ROMA A quindici anni, Sofia (nome di fantasia) non si aspettava che un test positivo avrebbe sconvolto la sua vita, spingendola a una decisione tanto difficile quanto inevitabile: abortire. Come lei, Giulia, appena sedicenne, che ha affrontato la stessa scelta: «Non ero pronta, non lo eravamo né io né il mio ragazzo», racconta. Le nuove giovani, la cosiddetta GenZ, figlia dei cellulari e del mito della bellezza a tutti i costi, si ritrovano a vivere la difficile scelta dell'aborto. I numeri parlano chiaro. Nel 2022, oltre 1.861 ragazze come Sofia e Giulia, sotto i 18 anni, hanno scelto di interrompere una

gravidanza. Un dato che racconta una realtà in crescita: 3 teenager su 100 in Italia hanno scelto l'aborto, segnando un incremento rispetto

agli anni precedenti. Per la prima volta in vent'anni, il 2022 segna un'inversione di tendenza. In totale, sono state registrate 65.661 Ivg (interruzioni volontarie di gravidanza), il 3,2% in più rispetto al 2021. Numeri che raccontano di una società in cambiamento e che emergono dall'ultima relazione del Ministero della Salute sulla Legge 194, pubblicata in anteprima dal sito Prochoice.it.

I DATI

È dal 2004 che non si registra un aumento così marcato delle Ivg in Italia. A spiccare sono i dati delle minorenni: nel 2022, il tasso di abortività delle under 18 è salito a 2,2 per mil-



le, rispetto al 2,1 dell'anno precedente. Un piccolo ma significativo incremento che racconta una realtà complessa, fatta di sfide educative, culturali e sociali che la Gen Z sta affrontando. Ragazze più libere, sicuramente e anche più consapevoli delle possibilità della scienza. Ma spesso lasciate da sole negli anni della formazione durante i quali sono bombardate da immagini e stimoli di ogni tipo, soprattutto di natura sessuale. E poi mancano nella stragrande maggioranza delle scuole i corsi di "educazione all'affettività".

E a questo si aggiunge il fattore "famiglie" che molto spesso non sono capaci di affrontare in maniera profonda certe dinamiche. È forse anche per questo che il tasso di abortività – ovvero il numero di interruzioni per mille donne tra i 15 e i 49 anni – è salito a 5,6, con un incremento del 5,1% rispetto al 2021. Anche se l'Italia rimane tra i Paesi con i tassi di abortività più bassi a livello internazionale, confermando l'efficacia della Legge 194, che garantisce l'accesso all'aborto legale dal 1978. Rispetto al picco massimo del 1983, il tasso di abortività è diminuito del 66,9%. C'è da considerare tuttavia che l'incremento delle Ivg ha riguardato quasi tutte le fasce d'età, con l'unica eccezione delle donne tra i 40 e i 49 anni, il cui tasso è rimasto stabile.

PILOLA VS. BISTURI

Spesso la donna è spaventata dall'approccio chirurgico. Una delle novità più significative del report infatti riguarda forte aumento delle

Ivg farmacologiche. Per la prima volta, oltre la metà delle interruzioni di gravidanza (il 52%) è stata effettuata con farmaci come il mifepristone e le prostaglandine, che provocano l'interruzione di gravidanza senza bisogno del bisturi. Gli aborti in sala operatoria, i cosiddetti chirurgici, invece, sono scesi al 46,6%, un dato in continua discesa negli ultimi anni. Questo passaggio è stato facilitato dall'introduzione della pillola Ru486 nei protocolli ospedalieri e dalla rimozione dell'obbligo di prescrizione per la contraccezione d'emergenza, anche per le minorenni. Tuttavia, l'Italia si trova ancora indietro rispetto a Paesi come la Francia, il Regno Unito e la Finlandia, dove l'aborto farmacologico rappresenta una percentuale nettamente più alta, variando tra il 76% e il 98% delle interruzioni.

PIÙ MEDICI "NON OBIETTORI"

Un dato significativo emerso riguarda il calo della percentuale di medici obiettori di coscienza. Nel 2022, il 60,5% dei ginecologi italiani si è dichiarato obiettore, con una riduzione di tre punti rispetto all'anno precedente. Questo cambiamento, insieme all'aumento del 21,5% dei ginecologi "non" obiettori negli ultimi otto anni, ha reso meno gravoso il carico di lavoro per coloro che praticano l'interruzione della gravidanza, migliorando l'accesso ai servizi in diverse regioni. Ma permangono delle disparità tra nord e sud del Paese. In Molise, per esempio,

oltre il 90% dei ginecologi è obietto-re, rendendo l'accesso ai servizi quasi impossibile per molte donne.

TEMPI DI ATTESA

La riduzione dei tempi di attesa cambia tra la certificazione e l'intervento, in gran parte grazie al crescente ricorso all'aborto farmacologico nelle prime fasi della gravidanza. Nel 2022, ben il 54% degli aborti è stato effettuato entro le prime otto settimane di gestazione.

Nonostante l'aumento degli interventi, l'Italia continua a mantenere uno dei tassi più bassi d'Europa. In Francia, ad esempio, sono stati registrati oltre 200.000 aborti nel 2022, mentre in Germania e Spagna si sono avvicinati ai 100.000. In Polonia, dove la legislazione è molto più restrittiva, gli aborti notificati sono stati appena 161.

Laura Pace

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

60,5%

La percentuale dei ginecologi italiani che, nel 2022, ha dichiarato di essere obiettore di coscienza

2023

L'anno del nuovo record negativo di nascite: 298.948 bambini secondo i dati diffusi dall'Istat

54%

La percentuale degli aborti praticati in Italia nel 2022 entro le prime otto settimane di gestazione

IN NETTO CALO IL NUMERO DI MEDICI OBIETTORI ANCHE SE A MACCHIA DI LEOPARDO: IN MOLISE SONO ANCORA IL 90%



L'intervista **Massimo Segato**

«Teenager senza una guida e condizionate dai social»

«**L**e adolescenti oggi sono più libere rispetto al passato, ma troppo spesso si trovano sole e mal informate. Per questo ci sono così tanti aborti». Così il dottor Massimo Segato, ex vice primario di Ginecologia a Valdagno (Vicenza), ginecologo dal 1981 e tra i primi a praticare l'aborto dopo l'approvazione della legge 194, analizza l'aumento delle Ivg tra le minorenni e le cause sociali ed educative alla base di questo fenomeno. Segato, oggi 70enne in pensione, continua la sua attività come libero professionista. **Negli ultimi anni si è registrato un aumento di aborti tra le minorenni. Cosa sta succedendo?**

«Le dinamiche sociali sono cambiate drasticamente: le adolescenti vivono una sessualità più libera, influenzate dai social media e dalla pressione del gruppo. Il grande problema rimane la carenza di informazione istituzionale. Le scuole non offrono corsi di educazione sessuale adeguati e le famiglie, spesso assenti o impegnate, non riescono a colmare questo vuoto. Le teenager si trovano così sole e mal informate. Questo ha

portato non solo a un aumento degli aborti tra le giovani, ma anche delle malattie sessualmente trasmissibili tra ragazzi e ragazze».

Quindi di pari passo c'è anche questo altro trend.

«Esattamente. Un dato preoccupante è la diminuzione dell'uso del preservativo tra i 15enni. Questo ha contribuito alla diffusione di infezioni come gonorrea, sifilide e altre malattie. Sarebbe un inizio fornire ai ragazzi preservativi gratuiti».

Parlando di Ivg invece: le farmacologiche superano le chirurgiche. Come mai?

«L'aborto farmacologico è una scelta più semplice e meno traumatica, sia per la donna che per il medico. Non c'è bisogno di anestesia, di intervento in sala operatoria, né di lunghe liste d'attesa. Basta prendere delle pillole e il processo si completa in modo meno invasivo. Questo ha reso la procedura più accessibile e meno complessa psicologicamente».

I dati recenti mostrano un aumento anche dei medici non obiettori. Come spiega questa inversione di marcia?

«L'80% dei nuovi ginecologi sono donne. Questo fa una grande differenza, perché hanno una sensibilità diversa rispetto ai colleghi uomini della mia generazione. Si sentono più vicine alle pazienti e meno condizionate dall'ideologia. Inoltre, l'aborto farmacologico ha ridotto il rischio operatorio e la pressione emotiva, rendendo più semplice per i giovani medici scegliere di non essere obiettori».

La. Pa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL GINECOLOGO:
LE GIOVANI SPESSE
MALE INFORMATE,
RISCHI MAGGIORI
ANCHE DI CONTRARRE
MALATTIE VENEREE**

**Massimo
Segato
(70 anni),
ginecologo
ed ex vice
primario,
tra i primi a
praticare
l'aborto nel
1979**



MINISTERO DELLA SALUTE / In occasione dell'incontro dei referenti tecnici e politici del G7 a Bari, focus sull'esigenza di ridurre il consumo di farmaci

Antibiotico-resistenza, quell'emergenza ormai ineludibile

I dati nazionali e continentali sul consumo umano sono preoccupanti e rischiano di innescare una situazione di non ritorno. Meglio, però, quelli relativi al consumo animale

“Vogliamo proseguire la discussione avviata ad Ancona lo scorso ottobre e andare oltre condividendo proposte concrete per il contrasto alla resistenza agli antimicrobici, insieme a referenti politici e tecnici dei Paesi del G7 (Giappone, Germania, UK, USA, Francia, Canada, Unione Europea, più Arabia Saudita e Albania) le organizzazioni internazionali (FAO, OMS, OECD), la comunità scientifica, i parlamentari italiani, le istituzioni nazionali e locali, l'industria e tutti i portatori di interesse.”

Lo ha detto il Sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato in occasione della conferenza stampa di presentazione dell'evento conclusivo del G7 Salute sul tema dell'antibiotico-resistenza, che si è svolto a Bari il 28 e 29 novembre.

“Vorrei evidenziare - ha continuato il Sottosegretario - che mentre gli altri eventi satellite dei G7 sono stati preparatori alla riunione ministeriale, questo di Bari viene proprio a chiudere il ciclo dei lavori dei tavoli internazionali per avviare la discussione con un passaggio di consegne per i successivi appuntamenti.”

Il G7 Salute ha avuto luogo pochi giorni dopo la pubblicazione del rapporto OsMed 2024, il consuntivo di un anno di farmaci curato dall'Agenzia Italiana per il Farmaco (Aifa). Il report registra un consumo di antibiotici che è ancora in linea con le aspettative. Cosa ancor più preoccupante è che il consumo smodato di antibiotici sia più marcato in alcune Regioni italiane, senza però alcuna corrispondenza con i dati epidemiologici. Nelle regioni del Mezzogiorno l'uso è molto maggiore rispetto a quelle settentrionali, e l'impressione degli addetti ai lavori è che ci sia una resistenza culturale da abbattere, sia nei pazienti sia nei medici di medicina generale. Resistenza culturale che si traduce in altra resistenza, quella al

principio attivo dell'antibiotico.

La resistenza antimicrobica e, in particolare, agli antibiotici, è la capacità di un microrganismo di sopravvivere o

creocere in presenza di una concentrazione di agente antimicrobico generalmente sufficiente a inibire o uccidere tale microrganismo. Si tratta di una minaccia sanitaria sempre più significativa a livello globale, che ha un impatto importante sulla salute umana e animale, sulla produzione alimentare e sull'ambiente. I patogeni resistenti ai farmaci rappresentano una minaccia per tutti, ovunque.

In Europa sono 670 mila/l'anno le infezioni di batteri resistenti alle cure che causano 35 mila decessi, di cui 12 mila solo in Italia.

Nel biennio 2022-23 sono stati 430 mila i ricoverati che hanno contratto un'infezione: l'8,2% contro una media UE del 6,5%. In Italia sono stati somministrati antibiotici al 44,7% dei degeniti contro una media europea del 33,7%.

Si potrebbero ridurre del 30% le infezioni facendo più prevenzione negli ospedali e riducendo i consumi di antibiotici. Tra le 135 e le 210 mila infezioni nosocomiali evitabili con maggiori accorgimenti igienici. In Italia desta preoccupazione la ripresa, a partire dal 2022, del consumo di antibiotici, aumentato del 6,4% nel 2023 rispetto all'anno precedente; la prevalenza aumenta con l'avanzare dell'età, raggiungendo il 60% negli over 85.

Ma la resistenza agli antimicrobici e antibiotici non è un fenomeno limitato solo al consumo umano. Anzi. Oltre la metà degli antibiotici prescritti è destinato alla filiera zootecnica.

E negli animali sono impiegate le stesse classi di antibiotici usati in medicina umana ma in base alla taglia in dosaggi maggiori di quelli per l'uomo, e pertanto gli animali possono trasmettere batteri resistenti agli stessi antibiotici usati per trattare le infezioni umane.

Secondo i dati dell'European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption, in Italia nel periodo 2010-2022 si osserva una riduzione del 62,7% delle vendite totali di antibiotici per animali produttori di alimenti.

“A Bari vogliamo anche mettere in risalto un risultato positivo che l'Italia può vantare nel contrasto alla resisten-

za agli antibiotici e di cui non si parla spesso, che riguarda il comparto della sanità animale e della sicurezza e igiene alimentare. Infatti il 50% del consumo di antibiotici in Italia nella filiera zootecnica è in sensibile riduzione (oltre il 46% rispetto al 2016) e questo grazie ad un rigoroso sistema di tracciatura dei medicinali reso possibile dalla ricetta elettronica veterinaria e all'applicazione di precise stewardship previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR), sul quale non a caso abbiamo destinato un finanziamento di 40 milioni di euro annui - ha proseguito Gemmato - La strategia veterinaria di contrasto all'antibiotico-resistenza è ad oggi tra le più all'avanguardia. Basti pensare che grazie al sistema informativo Classyfarm siamo in grado di classificare gli allevamenti sulla base del rischio di sviluppo e diffusione di resistenza agli antibiotici, premiando gli allevatori virtuosi con un fondo annuale di 376 milioni nell'ambito della Politica Agricola Comune”.

“È importante anche parlare delle buone pratiche e soprattutto ringraziare chi ne è fautore - ha continuato il Sottosegretario - ovvero i medici veterinari che svolgono un lavoro eccezionale di sorveglianza e prevenzione, nel nostro sistema sanitario nazionale pubblico come in quello produttivo. A tutto ciò vanno aggiunti gli obiettivi presenti e futuri già delineati nel G7 di Ancona, come l'ingresso per la prima volta dell'Italia a livello internazionale nel sistema strutturale di incentivi per favorire lo sviluppo di nuovi antibiotici attraverso i 21 milioni per il finanziamento della partnership globale no profit CarbX. In questo modo promuoviamo gli incentivi push per incoraggiare gli investitori privati ad allocare risorse nella fase di ricerca di nuovi antibatterici. Allo stesso tempo, a livello nazionale con le misure in Legge di Bilancio 2025 intendiamo destinare fino a 100 milioni di euro del fondo farmaci innovativi per lo sviluppo di agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti”.

“La formazione e l'informazione - ha poi aggiunto il Ministro Schillaci - sono tra le direttrici principali del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza 2022-2025, un'attività che per questo Governo è strategica e che può dare risultati solo se può contare su finanziamenti consistenti. Questo Governo ha stanziato 40 milioni di euro l'anno, dotando per la prima volta il piano di fondi strutturali per tutto il triennio”.

Ma per contrastare l'antibiotico resistenza occorrono anche innovazioni e ricerca.

“Penso - ha sottolineato - all'importanza di promuovere l'uso di test diagnostici rapidi, per migliorare l'appropriatezza prescrittiva o, soprattutto, alla necessità di favorire le innovazioni farmacologiche per poter disporre di nuovi antibiotici. A questa necessità abbiamo iniziato a dare risposte, mettendo a disposizione di una partnership internazionale 21 milioni di euro nel prossimo triennio per lo sviluppo di nuovi antibiotici, diretti a stimolare l'interesse dell'industria a investire nella ricerca (incentivi push). E siamo al lavoro già nell'ambito di questa finanziaria per individuare strumenti per ridare attrattività al mercato”.



«Stop esperimenti»

Scienziati in allarme «I batteri-specchio un rischio globale»

ROMA «I batteri-specchio un rischio globale». Trentotto scienziati da tutto il mondo chiedono lo stop alla sperimentazione sugli organismi sintetici: «Sono una seria minaccia per la salute».

Travisi a pag. 20



«I batteri specchio un rischio globale»

L'ALLARME

Tutti gli esseri viventi sulla Terra, uomini, animali e vegetali sono a rischio. È un grido d'allarme pesante quello lanciato da 38 scienziati di fama mondiale - compresi due premi Nobel, il biochimico britannico Gregory Paul Winter e il biologo canadese Jack W. Szostak, insieme al pioniere degli studi sulla vita sintetica Craig Venter - che sulla nota rivista scientifica *Science*, in un dossier di 300 pagine, descrivono a cosa potremmo andare incontro se non venisse fermata la ricerca mondiale sui cosiddetti batteri specchio. Se al di fuori dai laboratori scientifici questo nome può non dire nulla, per il nutrito gruppo di scienziati che ha scritto il paper questi batteri artificiali (degli organismi sintetici costituiti da molecole speculari rispetto a

quelle esistenti in natura) potrebbero contaminare tutto se si insediassero nel pianeta, oltrepassando le barriere immunitarie di qualsiasi forma di vita. Insomma una catastrofe che suona come l'Apocalisse. Nell'abstract del documento, gli scienziati scrivono che "i batteri specchio non potevano evolversi dalla vita esistente, ma la loro creazione diventerà sempre più fattibile man mano che la scienza avanza... Appare quindi plausibile, addirittura probabile, che lo specchio sia sufficientemente robusto; i batteri potrebbero diffondersi nell'ambiente senza

essere controllati dai controlli biologici naturali e agiscono come pericolosi agenti patogeni opportunisti in una gamma senza precedenti di altri organismi multicellulari, compreso l'uomo".

LE INFEZIONI

Dunque, come dicono gli scienziati, i batteri specchio non sono ancora una realtà e per questo occorre fermare adesso la ricerca: la loro struttura molecolare a specchio potrebbe non essere riconosciuta dalle difese immunitarie di umani e animali, provocando infezioni senza controllo.



«Sebbene i batteri specchio siano ancora un concetto teorico e qualcosa che probabilmente non vedremo per qualche decennio, abbiamo qui l'opportunità di considerare e prevenire i rischi prima che si presentino», afferma Patrick Cai dell'Università di Manchester, tra i firmatari dell'appello nonché esperto nel campo della genomica sintetica e della biosicurezza. Una precauzione dunque, quella che avanzano i 38 uomini di scienza, sottolineando la necessità di riflettere su un percorso rischioso; una richiesta condivisa anche da chi, all'interno dei firmatari, ha svolto ricerche proprio sui batteri specchio, che dovevano essere usati come una sorta di fabbriche biologiche per sviluppare farmaci innovativi su larga scala, in virtù della loro specifica struttura molecolare speculare che li renderebbe più efficaci nell'organismo umano contro determinate malattie croniche. Jack Szostak, coautore e chimico presso l'Università di Chicago, vincitore del Nobel nel 2019, è convinto che «il risultato potrebbe essere un danno irreversibile catastrofico, forse molto peggiore di qualsiasi sfida che abbiamo incontrato in precedenza». In realtà i biologi hanno già sintetizzato alcune proteine e molecole genetiche specchio, cioè con la forma opposta a quella presente in natura, ma quel che temono gli scienziati è che

Trentotto scienziati da tutto il mondo chiedono lo stop alla sperimentazione sugli organismi sintetici: «Sono una seria minaccia per la salute»

proseguendo in questa direzione i batteri specchio potrebbero potenzialmente danneggiare un'ampia gamma di microbi, piante e animali, resistendo anche a quelle molecole che consentono ai predatori naturali, come fagi e protisti, di uccidere i microbi esistenti, difendendo l'ecosistema vivente. «Se i batteri specchio si diffondessero - afferma Ruslan Medzhitov, immunologo presso Yale - gran parte dei numerosi ambienti del pianeta potrebbero essere contaminati. Qualsiasi esposizione a polvere o terreno contaminati potrebbe essere fatale». Secondo i firmatari dell'appello mondiale, lo stop deve esse-

re immediato, a meno che «non emergano prove convincenti che la vita specchio non rappresenti un pericolo straordinario, crediamo che i batteri specchio non debbano essere creati, nemmeno con misure di biocontenimento ingegnerizzate», scrivono i 38 scienziati su *Science*. Ma come sempre accade nel mondo della scienza, dove la dialettica tra voci contrarie è sempre stata alla base del progresso e della conoscenza, c'è chi non è esattamente dello stesso parere.

LA DISCUSSIONE

NELL'APPELLO SU "SCIENCE" SI SPIEGA CHE QUESTI MICRORGANISMI POTREBBERO ELUDERE LE DIFESE IMMUNITARIE DI UMANI E ANIMALI

Tra questi, Gigi Gronvall, immunologa ed esperta di biosicurezza presso la Johns Hopkins University, che alla rivista *Science* ha definito le preoccupazioni espresse nel documento «molto teoriche», ed anche se è concorde con la richiesta dei colleghi scienziati di avviare una discussione globale della comunità, non sostiene la linea super difensiva di fermare del tutto la ricerca internaziona-

le. «Sarebbe come vietare il transistor perché sei preoccupato per la criminalità informatica che verrà 30 anni dopo», precisa Andrew Ellington, un biologo sintetico dell'Università del Texas ad Austin, anche se da quel che ha scritto il gruppo scientifico non sembra proprio lo stesso tipo di minaccia. Intanto, già dal prossimo anno, sono in previsione una serie di convegni e conferenze, anche al celebre Istituto Pasteur di Parigi, con l'obiettivo di esaminare i risultati del documento e quindi mettere sul piatto potenzialità della ricerca e rischi eventuali, per capire qual è la strada migliore per l'umanità.

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRA I FIRMATARI, ANCHE DUE PREMI NOBEL: IL BIOCHIMICO BRITANNICO GREGORY PAUL WINTER E IL BIOLOGO CANADESE JACK W. SZOSTAK



POLITICA E SCIENZA

NON CANCELLIAMO L'OBBLIGO VACCINALE

di **Sergio Harari**

Mai come in questi ultimi anni sembra difficile mantenere politica e scienza ben distinte, la pandemia ha sparigliato le carte e rimetterle in ordine non è una impresa semplice. Però bisogna farlo, per il bene di tutti. I temi di salute pubblica non possono diventare argomenti da bar di cui discutere dimenticando qualsiasi dato e prova scientifica. Se oggi invecchiamo, abbiamo tecnologie super moderne e farmaci efficacissimi, è grazie al progresso del metodo scientifico, affinato in secoli di studi e di positivismi, buttare tutto al mare è una follia collettiva di cui rischiamo di pagare le amarissime conseguenze. Svilire il valore dei vaccini che hanno liberato il mondo da malattie come la poliomielite e il vaiolo e fatto risparmiare milioni e

milioni di vite durante la pandemia Covid è inaccettabile. Siamo stati in prima linea, cercando di arginare la marea montante di pazienti che arrivava nei nostri ospedali, ci siamo trovati nella difficile situazione di scegliere chi intubare e chi abbandonare al proprio infausto destino, i vaccini sono stati la via di salvezza che ci ha permesso di uscire dalle secche di una situazione che sembrava disperata e senza speranze e di arrestare la progressione esponenziale del virus che si diffondeva ogni giorno di più. Forse qualcuno l'ha dimenticato, noi no. Così come non dimentichiamo che i ruoli della politica e della scienza sono diversi; se alcuni, anche in ambito medico, hanno peccato di protagonismo e passato il confine, questo non può cambiare il posto che deve avere la ricerca scientifica e la medicina nella società.

Bene ha fatto l'accademia dei Lincei a prendere una posizione netta, esprimendo viva preoccupazione per il messaggio diseducativo della sanatoria per chi non

ha rispettato l'obbligo vaccinale durante la pandemia. L'obbligo vaccinale per le malattie infettive è uno dei cardini della prevenzione in tutto il mondo e da decenni rappresenta una delle misure più importanti di igiene pubblica, svuotarlo di significato è un fatto gravissimo. Cosa diremmo se in una sperduta regione dell'Africa si sviluppasse una terribile malattia infettiva contro cui ci fosse un vaccino efficace ma la popolazione non lo volesse fare per una qualche stupida superstizione? Così sta avvenendo nel nostro moderno Paese. Pensiamoci, prima che sia troppo tardi.

**Le malattie «scomparse»
Svilire il grande valore
dell'immunizzazione
è veramente inaccettabile**



I Lincei contro lo stop delle sanzioni ai no vax «Rischi per la società»

Mantovani: così si mettono in dubbio scienza e vaccini

di **Maria Giovanna Faiella**

«**V**iva preoccupazione per la sostanziale sanatoria delle sanzioni per chi non ha rispettato l'obbligo vaccinale nei confronti del virus responsabile del Covid-19, che risulta introdotta dal Decreto legge Milleproroghe». A parlare è l'Accademia Nazionale dei Lincei, tra le più prestigiose accademie scientifiche al mondo, presieduta fino al 2021 dal premio Nobel Giorgio Parisi. In un documento elaborato dalla Commissione Salute, presieduta dal professor Carlo Patrono, «auspica un responsabile ripensamento di una scelta così discutibile».

Ricordando l'efficacia clinica e la sicurezza dei vaccini sviluppati durante la pandemia, gli Accademici lanciano l'allarme: «Se permanesse in sede di conversione in legge, tale provvedimento avrebbe un potenziale impatto diseducativo sui cittadini, declassando l'obbligo vaccinale a scelta opzionale, con conseguenze gravemente dannose per l'individuo che rifiuta tale obbligo e per tutta la comuni-

tà. Inoltre, rendere di fatto non sanzionabile l'obbligo vaccinale minerebbe dalle fondamenta qualunque serio piano governativo di preparazione a un'eventuale prossima pandemia».

Il messaggio è chiaro: abolire le multe ai no vax suscita sfiducia e scetticismo nella scienza e nel suo metodo, dimenticando che proprio questo è alla base di scoperte e ricerche che salvano vite e migliorano le condizioni di salute di milioni di persone.

Ricorda un esponente di spicco dell'Accademia, il professor Alberto Mantovani, presidente della Fondazione Humanitas per la ricerca: «Eravamo al centro di uno tsunami: il nostro Paese è stato tra i più colpiti al mondo e con la mortalità più alta; non possiamo dimenticarlo. Il vaccino contro Covid-19 ha salvato in Europa almeno dieci milioni di vite, tra cui malati di cancro, anziani fragili, persone con sistema immunitario compromesso. Siamo preoccupati per il presente e il futuro — sottolinea il professor Mantovani —. Questo segnale può mettere in dubbio l'efficacia dei vaccini in gene-

rale. In questi giorni nei Pronto Soccorso arrivano tantissime persone con infezioni da pneumococco, che si potrebbero prevenire col vaccino offerto gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale. Oltre al vaccino contro lo pneumococco, ad anziani e persone con malattie croniche pregresse, a rischio se s'infettano, è raccomandato anche quello anti Covid, contro l'influenza — ogni anno provoca almeno cinquemila morti — e contro l'Herpes Zoster».

Vanno poi protetti i più piccoli. «Già oggi, purtroppo, si registra un calo della copertura per le vaccinazioni contro le malattie infettive in età pediatrica — dice Mantovani —. Per esempio, per il morbillo si è lontani dalla soglia limite di sicurezza del 95 per cento raccomandata per proteggere la comunità, compresi i più fragili che non possono vaccinarsi. In Italia ci sono almeno mille bambini con tumori e un sistema immunitario fortemente compromesso, oltre a tanti altri piccoli con malattie croniche ad alto rischio».

Intanto, negli Stati Uniti il neoletto presidente Donald

Trump sta pensando, insieme al ministro designato alla Salute Robert Kennedy jr, proprio a una revisione dei programmi vaccinali per i bambini perché «i casi di autismo sono troppi» e «c'è qualcosa che lo causa».

«Che i vaccini possano provocare l'autismo è una notizia falsa: risale agli anni Novanta e fu diffusa da Andrew Wakefield, ex medico inglese radiato dall'Ordine dei medici proprio perché aveva truccato i dati sulla correlazione tra vaccino contro il morbillo e autismo — ricorda Mantovani —. Ha fatto gravi danni non solo alla salute dei bambini ma anche alla comunità scientifica e, di riflesso, a tutti noi: molti ricercatori sono stati costretti per quasi vent'anni a smentire, a livello scientifico, quella bugia, invece di dedicarsi allo sviluppo di nuove scoperte al servizio della salute. Ed è molto triste che questa notizia falsa continui a circolare oggi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Accademia

«Impatto diseducativo
Serve un responsabile
ripensamento di una
scelta così discutibile»

● Accademico

L'IMMUNOLOGO



Alberto Mantovani (foto), è presidente della Fondazione Humanitas e membro dell'Accademia nazionale dei Lincei: fondata nel 1603 da Federico Cesi, è la più antica accademia scientifica del mondo e la massima istituzione culturale italiana



Allarme influenza

«Vaccini potenziati già dai 60 anni»

● Anticipare già a 60 anni la somministrazione dei vaccini antinfluenzali potenziati, più protettivi, come già raccomandato per la protezione degli over 65 e dei soggetti più deboli. A proporlo sono i geriatri, secondo i quali si è più a rischio già dai 60 anni, con probabilità di complicanze influenzali nel 62% degli individui di questa età, «soglia critica di inizio del declino del sistema immunitario come evidenziato dalla pandemia». Il picco dell'influenza, come noto, è previsto dopo Natale e le raccomandazioni antinfluenzali del ministero della Salute per la stagione 2024/2025 prevedono un'offerta vaccinale attiva e gratuita per individui di età pari o superiore a 60 anni, ma senza

un'indicazione specifica per l'impiego dei vaccini potenziati per questa soglia, già ad alto rischio. Da qui il richiamo dei geriatri a una maggiore spinta alla vaccinazione per anziani e fragili, ma anche la proposta di anticipare l'età per l'utilizzo dei vaccini potenziati. Una richiesta in linea con quanto già avvenuto in Austria, Germania e Gran Bretagna.



INFLUENZA Allarme già dai 60 anni



Africa/Italia

Dietro il «morbo» che tanto ci allarma

RAFFAELE K. SALINARI

«**E**x Africa semper aliquid novi»: dall’Africa sempre qualcosa di nuovo, diceva Plinio il Vecchio già duemila anni fa. Ed è certamente così per quanto concerne le malattie infettive a base virale come dimostra anche questa “nuova” infezione che ha colpito la regione di Panzi, un’area di difficile accesso nel sud ovest della Repubblica Democratica del Congo. Se è ancora troppo presto per dire di che agente patogeno stiamo parlando, le ipotesi di lavoro sono chiare. Bisogna capire anzitutto se lo conosciamo già, ed in questo caso se siamo di fronte ad una sua possibile mutazione, come per intenderci succede ogni anno con i vari ceppi del virus influenzale, oppure se si tratta di un nuovo *spillover*, cioè di un “salto di specie” dal mondo animale a quello umano com’è avvenuto, sempre in Congo, per il più noto virus dell’Aids negli anni ’80 del secolo scorso passato dalle scimmie verdi a noi. Lì si verificò il fenomeno poiché una zona tradizionalmente di foresta tropicale, molto scarsamente popolata dagli umani ma molto dalle scimmie verdi,

fu ad un certo punto “invasa” dai cercatori d’oro che cominciarono a sottrarre, per le loro attività, territorio alle scimmie, che poi diventarono anche prede da cacciare. Se il caso fosse analogo si riaprirebbe il dibattito sulla relazione tra antropizzazione dei territori e malattie trasmissibili dagli animali all’uomo, un fenomeno relativamente recente che ha visto progressivamente restringersi gli spazi di separazione tra specie diverse per arrivare ad una promiscuità forzata foriera di nuove forme patogeniche. Lo *spillover* è tornato al centro delle cronache soprattutto in occasione della recente epidemia di Covid 19, ragionevolmente partita dalla vicinanza tra animali selvatici ed umani in zone altamente popolate come la città di Wuhan in Cina nel cui mercato molto probabilmente si è sviluppato il contagio. Ma se Wuhan era dotata di un importante laboratorio virologico, che ha al tempo stesso alimentato il sospetto che il Covid 19 fosse stato prodotto artificialmente come agente di una possibile guerra batteriologica, d’altra parte ha consentito il suo isolamento e tipizzazione in tempi relativamente brevi, alla polarità opposta, dal punto di vista sanitario, sembrerebbe invece la situazione congolese. Con un nodo annoso, quello delle

cure di base in aree relativamente remote e soprattutto povere. Non a caso la maggior parte dei pazienti deceduti per il virus non hanno avuto accesso a nessun trattamento adeguato: assistenza respiratoria, trasfusioni, farmaci per contenere infezioni intercorrenti e via enumerando. Ora l’accesso alle cure primarie e la conseguente riduzione della mortalità è uno degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile approvato dal 2015 all’unanimità dall’Assemblea generale Onu da raggiungere entro il 2030. A questo fine le nazioni cosiddette sviluppate del mondo, Italia inclusa, si sono impegnate al loro conseguimento dedicando lo 0,7% del loro Pil per il sostegno dei Paesi più poveri. Al momento, a soli cinque anni dalla scadenza, la quota dedicata a questi importanti obiettivi non arriva, nella media dei Paesi Osce, che allo 0,3, mentre il nostro Paese rimane in coda con un risibile 0,2 che, peraltro, rischia fortemente di essere ancora tagliato in Legge di Bilancio, in distonia con il Piano Mattei per l’Africa che evidentemente non può ridursi prevalentemente agli investimenti in campo energetico se vuole effettivamente creare un partenariato per lo sviluppo del Continente. A ricordare al Governo i suoi impegni internazionali ci pen-

sa la Campagna 070 che da anni vede Ong, mondo del volontariato cattolico e laico, promuovere iniziative a sostegno dei finanziamenti per la cooperazione internazionale allo sviluppo. Dall’altra parte della barricata, è il caso di dirlo, si spinge invece per il vertiginoso aumento delle spese militari che dovrebbero raggiungere il 2% del Pil, secondo gli ordini della nuova amministrazione Usa, preparandosi così a scenari di guerra mondiali tralasciando completamente le iniziative diplomatiche e le soluzioni politiche a lungo termine. E dunque la spirale viziosa percorre un altro giro: povertà che genera malattie e migrazione, migranti che vanno fermati anche perché portano malattie, militarizzazione dei confini e linguaggio bellicista a sostegno dei confini. Rompere questa spirale è l’autentica missione della democrazia.

* Portavoce CINI, Coordinamento Italiano Ong Internazionali



BENESSERE & AUTOMAZIONE

NON SOLO RIABILITAZIONE CON I ROBOT INDOSSABILI SI SUONERÀ ANCHE IL VIOLINO

Il giro d'affari degli esoscheletri sta lievitando e si prevede che raddoppierà entro il 2030. Oltre che risolvere i problemi di movimento, ora le nuove macchine riducono la fatica nel lavoro, potenziano le abilità sportive, insegnano a usare uno strumento. I casi

di **MARCO GASPERETTI**

A volte sono robot, altre volte meccanismi meccanici indossabili. Visti da vicino, nelle ultime versioni miniaturizzate, possono sembrare armature o degli strani giacconi, pantaloni da lavoro. Ma dietro l'estetica che sta diventando sempre più minimalista, si nasconde una tecnologia complessa e sorprendente, che non solo aiuta gli esseri umani nel lavoro, nell'apprendimento, nello sport e nel gioco, ma può far «ringiovanire» gli anziani e far camminare le persone paraplegiche. Si parla degli esoscheletri, dispositivi capaci di potenziare le capacità fisiche che qualcuno, forse con un po' troppa enfasi, ha definito «muscolatura artificiale».

Le università di tutto il mondo li stanno studiando e perfezionando da anni, ma adesso, grazie anche all'impulso di microchip sempre più potenti, del deep learning e dell'intelligenza artificiale, anche per gli esoscheletri (come per i robot) c'è un salto di qualità. Soprattutto, sono tra i protagonisti di un business planetario.

L'impennata

Il mercato è in crescita. Nel 2023 il giro di affari globale di questi strumenti, dicono i dati della statunitense Grand View Research, ha sfiorato i 152 milioni di dollari e per quest'anno si prevede che superi i 177 milioni. Nel 2030 il

business mondiale dovrebbe superare la soglia dei 404 milioni di dollari con una tendenza in continua crescita. I più ricercati sono gli esoscheletri biomedicali, quelli specializzati nel rende-

re meno pericoloso e meno faticoso il lavoro, e i dispositivi di ausilio per gli anziani e i disabili.

Sono macchine che ricordano i robot e in alcuni casi possono essere definiti «androidi indossabili», ma a differenza degli automi questi strumenti non agiscono indipendentemente seguendo i comandi di un algoritmo esperto. È l'essere umano, più o meno consapevolmente, a decidere che cosa devono fare.

Le macchine hanno un cervello elettronico che aiuta a non compiere errori nei movimenti e limitano la fatica sul lavoro, mentre un'intelligenza artificiale capisce che cosa la persona vuole fare e

l'aiuta preventivamente.

«È lo stesso meccanismo degli esoscheletri dedicati alle persone disabili



— spiega Simona Crea, ricercatrice dell'Istituto di biorobotica della Scuola Sant'Anna, una delle eccellenze in questo settore —. Sono realizzati per un utilizzo intelligente e dunque attrezzati con motori elettromagnetici, sensori e sistemi esperti capaci di prevedere i movimenti. Se, per esempio, un essere umano con difficoltà di movimento vuole salire gli scalini, l'esoscheletro misura l'altezza e la profondità degli scalini e aiuta le gambe ad alzarsi nel modo giusto. Allo stesso modo il sistema valuterà il modo migliore per scendere le scale o sedersi su una sedia, straniarsi sul letto e così via».

La ricerca

Dietro a piccoli gesti e movimenti si nascondono tecnologie sofisticate e software esperti, capaci di apprendere anche dall'esperienza. La ricerca in questo campo è diventata anche una risorsa imprenditoriale. Iuvo è una spin off della Scuola Superiore Sant'Anna partecipata dalla multinazionale robotica Comau. Qui sono nati due esoscheletri dedicati al lavoro.

Uno si chiama Mate XT ed è un supporto per chi deve tenere spesso le braccia sollevate e durante il lavoro ha movimenti ripetitivi. Indossandolo, diminuisce sensibilmente la fatica e si evitano errori o movimenti dannosi.

Il dispositivo può servire per spostare oggetti in modo sicuro e veloce, può aiutare un imbianchino a tinteggiare un ambiente, in ambito agricolo è utile per la raccolta di olive e in generale della frutta. L'altro dispositivo è Mate XB, un supporto per la schiena che serve, per esempio, nella movimentazione pacchi. L'azienda cinese Enanched Robotics, invece, produce esoscheletri per il fitness, per allenarsi con un trainer hi-tech personale. Non è escluso che in un futuro prossimo sia possibile con un dispositivo tecnologico imparare a giocare a tennis, potenziare le abilità sportive, scalare montagne in sicurezza, correre veloci.

I prezzi

Sul potenziamento della corsa la ricerca è in fase avanzata. «All'università di Stanford è stato progettato un esoscheletro che aiuta a correre con meno fatica — spiega Simona Crea —. È un

po' il concetto della bicicletta elettrica assistita: si pedala, ma un motore aiuta, soprattutto nelle salite più ripide».

I prezzi degli esoscheletri, acquistabili su Internet, variano tra i 100 euro circa del mercato consumer (i prodotti più semplici per lo sport o l'apprendimento: per esempio su Amazon) ai 4-6 mila euro per la salute o il lavoro (come sul sito di Comau).

Ci sono anche esoscheletri capaci di imparare e insegnare, come il dispositivo progettato dai ricercatori della Scuola Sant'Anna che aiuterà a suonare il violino (non ancora in vendita). Ma gli esoscheletri sono anche negli ambiti dell'industria della guerra, come già accaduto per i droni. Sta nascendo il super soldato? Un Rambo mezzo uomo e mezzo macchina? «Speriamo di no — risponde Simona Crea —. Noi non creeremo mai un esoscheletro di questo tipo, né guerriero né super uomo, magari da sfruttare come operaio. La nostra ricerca guarda al bene comune».

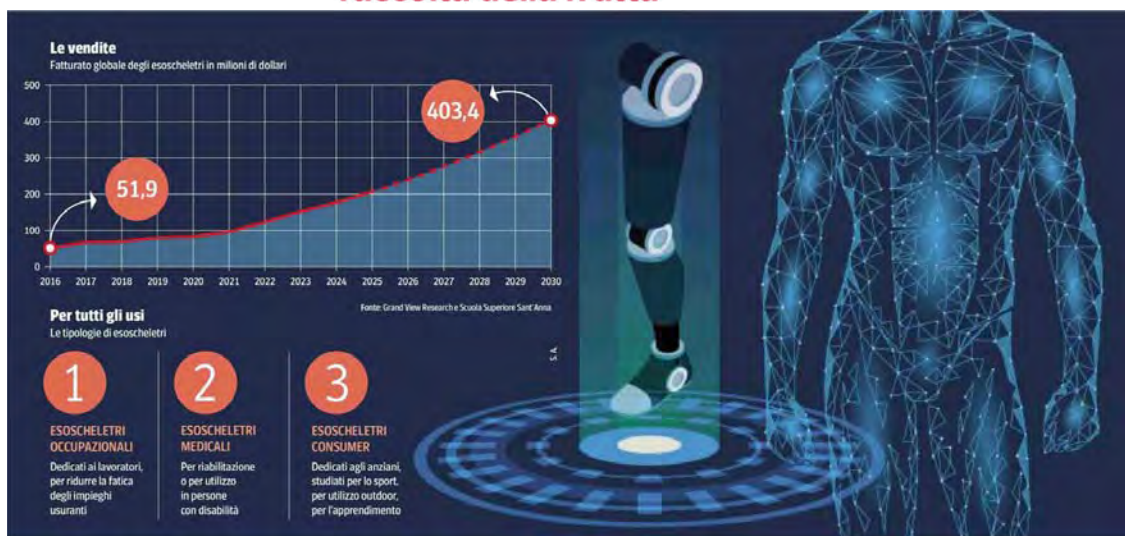
© RIPRODUZIONE RISERVATA

4.000

Euro

Costo di un esoscheletro avanzato per la salute
Quelli semplici per lo sport sono sui 100 euro

La Scuola superiore Sant'Anna con Comau ha prodotto un supporto per chi deve tenere sollevate le braccia, utile per la raccolta della frutta



LA SOCIETÀ BIOFARMACEUTICA AMPLIA LA SFERA DI ATTIVITÀ

Dall'Aids alle patologie oncologiche "Così miglioreremo le cure dei pazienti"

Non solo Hiv, Aids, malattie epatiche ed ematologiche. Gilead Sciences - società biofarmaceutica californiana che da 35 anni sviluppa nuovi farmaci e collabora con partner istituzionali, scientifici, accademici, industriali e le comunità locali per rendere disponibili le terapie anche per pazienti italiani - dal 2020 ha fatto il suo ingresso nell'Oncologia. Obiettivo: rendere disponibili, entro il 2030, oltre 20 indicazioni capaci di trasformare i paradigmi terapeutici in questo ambito, con un impatto positivo sulla vita di 400 mila pazienti oncologici nel mondo. Undici tra acquisizioni e partnership in

ambito oncologico stanno rafforzando la filiera oncologica per migliorare l'esperienza di cura per i pazienti con tumori, ematologici e solidi.

Secondo le stime del rapporto "I numeri del cancro in Italia 2023" a cura, tra gli altri, dell'Associazione italiana registri tumori e dell'Associazione italiana di oncologia medica, il tumore del seno è il più frequente in Italia: con circa 55.900 nuove diagnosi in un anno, rappresenta il 30% di tutte quelle che colpiscono le donne e il 14% di tutti i tumori diagnosticati in Italia.

In questo contesto, il tumore del seno triplo negativo rappresenta il 15% di tutte le nuove diagnosi di tumore mammario, in Italia se ne contano circa 8 mila casi all'anno. La

percentuale è in linea con la diffusione a livello globale.

La denominazione "triplo negativo" deriva dal fatto che i tumori della mammella possono essere classificati in base all'espressione, sulla superficie delle cellule tumorali, di alcuni recettori, che possono essere utilizzati come bersaglio per terapie mirate: i recettori per gli estrogeni, il recettore per il progesterone, il recettore HER2.

I carcinomi mammari triplo negativo sono accomunati dalla mancanza di espressione di questi recettori, e rappresentano una forma aggressiva, invasiva e difficile da trattare: rispetto ad altre forme di carcinoma mammario hanno maggiore probabilità di metastatizzare, e di re-

cidivare dopo i trattamenti. Colpiscono più frequentemente donne giovani, in premenopausa, e sono particolarmente diffusi tra le donne nere e ispaniche e tra le portatrici di mutazione BRCA1 e 2. «Lo sviluppo di nuovi farmaci per il trattamento delle patologie più gravi è la nostra missione da oltre 35 anni - spiega Federico da Silva, amministratore delegato di Gilead Sciences Italia -. Le nostre terapie hanno fatto la differenza nella vita di milioni di persone al mondo: un impegno che in Oncologia è destinato a crescere e rafforzarsi, nel tumore della mammella e in altri tipi di tumori solidi». ALE. MON. —



L'immagine simbolo della campagna realizzata da Gilead contro il tumore al seno



TANTI STATI CI RIPENSANO

La retromarcia sul blocco della pubertà

COSTANZA CAVALLI a pagina 10

Disforia di genere

RETROMARCIA GLOBALE: ANCHE IL REGNO UNITO VIETA I FARMACI CHE BLOCCANO LA PUBERTÀ

COSTANZA CAVALLI

Dopo la Svezia, la Danimarca, la Finlandia, la Norvegia, la Francia, i Paesi Bassi e la Spagna, dove la somministrazione dei bloccanti della pubertà in casi di disforia di genere è stata limitata agli studi clinici o in circostanze eccezionali, anche il Regno Unito vieterà l'uso della triptorelina per i disforici minorenni. Il farmaco ritarda i cambiamenti fisici della pubertà con l'obiettivo di dare il tempo, ai giovani "incerti", di scegliere la loro identità di genere.

La decisione anglosassone, presa "a tempo indeterminato", prosegue nel solco tracciato dal precedente governo conservatore, che a maggio aveva interrotto temporaneamente le prescrizioni di routine.

Definita la più grande frode sanitaria dei nostri tempi, la cura per l'affermazione di genere è sempre meno la teoria dominante: a squarciare il velo sull'inattendibilità degli studi che per anni hanno orientato le terapie adottate dai sistemi sanitari, compreso quello italiano, è stato il rapporto di Hilary Cass.

Nel 2020, la pediatra era stata messa a capo di una commissione d'inchie-

sta sui trattamenti del Tavistock Center di Londra, pionieristica clinica per minori transgender. Dopo quattro anni di studi, Cass ha concluso che la medicina di genere stava operando su «fondamenta traballanti», che mancavano «dati coerenti» sugli effetti del farmaco e che nulla si sapeva sui rischi a lungo termine delle procedure. Per questo, concludeva, «dovrebbero essere prescritti solo a seguito di una valutazione multidisciplinare e all'interno di un protocollo di ricerca». Il Servizio sanitario inglese, chiusa Tavistock, ha aperto due nuove cliniche di genere per i minori. Il nuovo corso prevede team di specialisti, comitati etici, diagnosi mediche psichiatriche per autismo, depressione, disturbi alimentari.

L'associazione Generazione D, che riunisce i genitori di figli con disforia di genere, confida che anche in Italia venga presa in considerazione «l'esperienza acquisita negli altri Paesi, superando i muri di certezza proposti dalle istituzioni sanitarie, che continuano a minimizzare le conseguenze sull'uso dei farmaci in questione». Il modello britannico «fa riflettere sulla opportunità di tracciare con cura le somministrazioni per analizzare con metodo l'incidenza delle circostanze rilevanti e valutare l'efficacia a lungo termine dei trattamenti proposti. Nel nostro



Paese non ci sono invece dati disponibili, come ha lamentato lo stesso Ministro della Salute in occasione di audizioni parlamentari».

Il sito Gay.it ha scritto di una decisione «tranchant» del governo labour (non è dato sapere come si possa definire “tranchant” una scelta fatta dopo quattro anni di studi) e paventava «l'ombra della lobby farmaceutica» perché il farmaco è off label, ovvero utilizzato al di fuori delle indicazioni consolidate (tumori a prostata e mammella, per esempio). Ma che una terapia farmacologica costi di più di un intero team di endocrinologi, pediatri, psicoterapeuti che dovranno seguire un paziente per anni è inverosimile.

Il tema resta uno soltanto: in Italia si somministrano farmaci, anche a dei bambini, per una non-patologia. «Non riesco a pensare a un'altra area dell'assistenza pediatrica in cui diamo ai giovani trattamenti potenzialmente irreversibili e non abbiamo idea di cosa accadrà loro in età adulta», aveva commentato Cass.



13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Iss, influenza in lieve aumento ma incidenza molto inferiore alla precedente stagione

Nella quarantanovesima settimana del 2024 l'incidenza delle sindromi similinfluenzali è in lieve aumento rispetto alla settimana precedente: l'incidenza è pari a 8,6 casi per mille assistiti (8,4 nella settimana precedente), mentre nella stessa settimana della scorsa stagione l'incidenza era di 11,5 casi per mille assistiti. Lo afferma l'ultimo

bollettino della sorveglianza RespiVirNet, pubblicato dall'Iss, secondo cui nella settimana dal 2 all'8 dicembre i casi stimati di sindrome simil-influenzale sono stati circa 509.600, per un totale di circa 3,4 milioni a partire dall'inizio della sorveglianza. Maggiormente colpiti i bambini sotto i cinque anni di età con un'incidenza pari a 21,2 casi per mille assistiti (18,9 nella settimana precedente). In tutte le Regioni il livello dell'incidenza è sopra la soglia basale, tranne in Valle D'Aosta, a Bolzano, a Trento, in Friuli Venezia Giulia, in Molise e in Sardegna. Basilicata e Calabria non hanno attivato la sorveglianza RespiVirNet.

Su 1.698 campioni clinici ricevuti dai diversi laboratori afferenti alla rete RespiVirNet, 57 (3,3%) sono risultati positivi al virus influenzale, 45 di tipo A (25 di sottotipo H1N1pdm09, 4 H3N2 e 16 non ancora sottotipizzati) e 12 di tipo B. Tra i campioni analizzati, 71 (4,2%) sono risultati positivi per SARS-CoV-2, 67 (3,9%) per virus respiratorio sinciziale e i rimanenti 438 sono risultati positivi per altri virus respiratori, di cui: 255 (15%) Rhinovirus, 69 Coronavirus umani diversi da SARS-CoV-2, 66 Adenovirus, 38 virus parainfluenzali, 6 Bocavirus e 4 Metapneumovirus.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IMPRESE E MERCATO

Sanità digitale: una leva strategica per recuperare efficienza e garantire cure eque e sostenibili

La sanità italiana deve affrontare sfide che rischiano di compromettere la qualità e l'universalità dell'assistenza, tra cui la carenza di personale, la scarsità di risorse, liste d'attesa sempre più lunghe per visite ed esami e un parco tecnologico che mostra evidenti segni di invecchiamento.

In questo scenario, la digitalizzazione emerge come una leva strategica non solo per rispondere a queste criticità, ma anche per ridisegnare modelli organizzativi in grado di migliorare l'efficienza e la sostenibilità delle strutture ospedaliere, offrendo un nuovo paradigma di cura più vicino ai pazienti. A confermare la forte accelerazione impressa dal settore sono i dati dell'Osservatorio Sanità Digitale del Polimi, secondo cui, nel 2023, la spesa totale per la digitalizzazione della sanità in Italia ha raggiunto 2,2 miliardi di euro, in crescita del 22% rispetto all'anno precedente. I fondi del PNRR – 20 miliardi di euro complessivi destinati alla sanità – rappresentano una spinta decisiva verso la digitalizzazione del settore, focalizzando gli investimenti su strutture di prossimità integrate in una rete di servizi digitali, in grado di connettere in un continuum senza interruzioni il domicilio del paziente, fino ad ospedali ad alta complessità.

Uno dei progetti chiave è rappresentato dal potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, sostenuto con 750 milioni di euro dei fondi PNRR. L'obiettivo è di garantire, entro il 2026, un sistema nazionale interoperabile, capace di uniformare la gestione dei dati clinici dei pazienti, compresi quelli relativi alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e alle strutture private, e in grado di migliorare la gestione delle risorse eliminando duplicazioni di esami e sprechi.

Ad avere un impatto diretto sulla qualità delle cure e sulla sostenibilità del sistema sanitario è l'obsolescenza delle apparecchiature sanitarie. A fotografare la situazione attuale sono i dati Agenas: ogni anno in Italia sono effettuati 5 milioni di tac con il 36% degli strumenti dotati di tecnologie più vecchie di 10 anni; la percentuale sale al 44% nel caso delle risonanze magnetiche, con 4,6 milioni di esami realizzati ogni anno.

L'utilizzo di una tecnologia obsoleta può compromettere l'accuratezza di una diagnosi: basti pensare che, nell'ambito della radioterapia oncologica, la differenza di radiazioni emesse da una tac con più di dieci anni di vita e una di ultima generazione arriva fino all'80%. Il rinnovamento del parco tecnologico, a cui il PNRR ha destinato 4 miliardi di euro, rappresenta dunque un fattore chiave per il successo della digitalizzazione del settore sanitario. In questo percorso si inserisce anche l'introduzione di nuove tecnologie che integrino l'Intelligenza Artificiale e che favoriscano l'automazione per supportare i medici nel loro processo decisionale e nel lavoro operativo, riducendo i tempi di risposta di un esame diagnostico e migliorando la sicurezza del paziente.

In questo percorso di trasformazione, le aziende health tech giocano un ruolo centrale grazie alle loro competenze ed esperienze maturate su progetti complessi a livello



internazionale. Non si tratta solo di fornire macchinari all'avanguardia, ma di creare ecosistemi tecnologici capaci di migliorare i processi decisionali e di individuare modelli e soluzioni scalabili, che aiutino a efficientare la sanità e a ridurre i costi dei progetti di digitalizzazione.

“In alcuni casi è possibile allungare il ciclo di vita di un macchinario diagnostico di circa 10 anni, senza compromettere la qualità e la sicurezza dello screening - ha sottolineato **Andrea Celli**, Managing Director di Philips Italia, Israele e Grecia -. Ad esempio, esistono soluzioni di aggiornamento hardware e software che consentono di convertire il segnale di una risonanza magnetica analogica in digitale, introdurre tutte le funzionalità cliniche allo stato dell'arte e migliorare fino al 40% il rapporto segnale-rumore, garantendo un livello diagnostico dell'apparecchiatura secondo i più moderni standard”.

L'obiettivo non è solo rinnovare le tecnologie, ma ripensare l'intero modello organizzativo della sanità, mettendo il cittadino al centro di un ecosistema digitale efficiente e connesso.

“Il futuro del SSN dipende dalla capacità di cogliere questa occasione - prosegue Celli -. Il PNRR rappresenta una base solida per iniziare, ma la sua realizzazione richiede visione, collaborazione e, soprattutto, un impegno costante da parte di tutti gli attori coinvolti”. Si tratta, dunque, di una sfida complessa che si vince su più livelli: tecnologico, infrastrutturale e culturale, attraverso un confronto continuo tra aziende, ospedali e istituzioni. “Solo grazie a uno sforzo di sistema è possibile realizzare interventi efficaci per offrire al maggior numero di persone un accesso alle cure equo e sostenibile. Innovare la sanità italiana significa investire nella salute dei cittadini e nella competitività del Paese: una sfida che non possiamo permetterci di perdere”, conclude Celli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Intelligenza artificiale: prime linee guida italiane sull'uso in cardiologia, diagnosi di infarto in 37 secondi

Una sentinella infallibile per il nostro cuore, che nel prossimo futuro potrà aiutare a diagnosticare le malattie cardiovascolari sempre prima, a prescrivere le terapie migliori, a monitorare i pazienti a più alto rischio per scongiurare eventi cardiovascolari fatali: sono sempre più numerosi gli studi che dimostrano l'efficacia



dell'intelligenza artificiale nella gestione delle patologie cardiovascolari e anche per questo in occasione dell'85° Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia (SIC), a Roma fino al 15 dicembre, è stato presentato il primo Documento di Consenso italiano sull'impiego dell'AI in cardiologia, firmato dai massimi esperti nazionali. Il documento, prendendo in esame gli utilizzi di AI e machine learning in cardiologia, ne sottolinea le grandi potenzialità a partire dal monitoraggio serrato dei pazienti ad alto rischio ricoverati con malattie cardiache: un ampio studio su quasi 16.000 pazienti pubblicato di recente su Nature Medicine, per esempio, ha dimostrato che la mortalità a tre mesi può ridursi del 31% associando l'AI all'elettrocardiogramma per identificare i casi con una maggiore probabilità di andare incontro a un evento fatale.

“L'impiego dell'AI nella valutazione degli ECG è molto promettente anche per migliorare la diagnosi precoce dell'infarto: uno studio su 362 pazienti sottoposti a ECG prima dell'arrivo in ospedale ha dimostrato un'accuratezza del 99% nell'identificare i casi più seri, con tempi di valutazione medi di appena 37 secondi, circa 4 volte inferiori a quelli di un medico in carne e ossa, che hanno accorciato ad appena 18 minuti l'intervallo fra l'arrivo in clinica e la procedura di rivascolarizzazione - osserva **Ciro Indolfi**, past-president della Società Italiana di Cardiologia e professore straordinario di Cardiologia all'Università di Cosenza - L'AI si è rivelata efficiente nella valutazione degli esami Holter o per il telemonitoraggio di pazienti con defibrillatori impiantabili, e potrebbe rivelarsi decisiva per aumentare l'utilità dei dispositivi indossabili nella diagnosi precoce, migliorando l'analisi dei parametri raccolti. Anche l'analisi delle ecocardiografie, delle risonanze magnetiche e delle TAC può essere resa più precisa e approfondita grazie all'AI, per la diagnosi di cardiomiopatie o di disfunzioni valvolari o anche per la quantificazione della stenosi coronarica attraverso la valutazione delle angiografie, che ha dimostrato un'accuratezza superiore al 98% nell'identificare trombi e calcificazioni”.

Il documento di consenso sottolinea che l'impiego di algoritmi di machine learning e AI potrebbe anche migliorare la diagnosi di malattie come l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, che potrebbero inoltre essere gestite in maniera più adeguata grazie all'accuratezza dell'AI nella classificazione del rischio dei pazienti e quindi nella scelta fra le possibili terapie. Tuttavia, come conclude **Ciro Indolfi**, “esistono anche criticità di cui tenere conto utilizzando l'AI, non solo perché sono necessarie altre e più ampie ricerche per validarne le potenzialità e gli usi nella pratica clinica, ma soprattutto per gli

aspetti etici e normativi su cui è necessario riflettere. Molti algoritmi, specialmente quelli basati sul deep learning, operano spesso come 'black box' prendendo decisioni sulla base di calcoli complessi da decrittare per un umano, che quindi possono rendere difficile riconoscere eventuali errori o bias. È altrettanto fondamentale interrogarsi sulle modalità di introduzione dell'AI per definire bene di chi siano le responsabilità di scelte dettate dagli algoritmi: la FDA classifica i prodotti di AI 'software come dispositivi medici', il regolamento 'AI act' dell'Unione Europea 2024/1689 impone ai produttori e agli sviluppatori specifici obblighi e caratteristiche in merito agli usi dell'AI, per esempio proibendo applicazioni di AI che potrebbero porre rischi troppo elevati, richiedendo requisiti stringenti per le applicazioni a rischio e imponendo valutazioni di conformità per tutti i prodotti da introdurre sul mercato, suddivisi in 4 classi a rischio crescente. La valutazione dei sistemi di AI, che possono imparare e cambiare nel tempo con possibili effetti sulla loro performance, pone sfide più complesse rispetto ai dispositivi medici tradizionali ma sarà importante affrontarle, per poter trarre i molti vantaggi che questi sistemi hanno da offrire”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

Intelligenza artificiale: da dominus delle chance assistenziali a strumento di supporto delle decisioni

di *Ettore Jorio*

I cosiddetti “bias cognitivi” misurano lo spessore della paura che ingenera l’attivazione a regime dell’intelligenza artificiale. Essi sono il metro delle preoccupazioni che si concretizzano nel quotidiano e latenti. Ciò in quanto rappresentano l’inclinazione e la distorsione che le persone traggono dai fatti prodotti dalla sua applicazione. Siffatte deduzioni concettuali spingono a creare una netta distanza tra le visioni soggettive di chi la esalta e quelle di chi la giudica sulla base della realtà vissuta. Quest’ultima consistente negli accaduti direttamente dipendenti da essa e conseguenti dalla sua applicazione.

Ebbene, l’esordio dell’IA nella gestione delle concessioni assicurative nella sanità negli Usa ha fatto una strage di persone, per colpa di un algoritmo che ha sbagliato novanta volte su 100. Ciò ha generato un clima di terrore nella popolazione bisognosa di cura e di riabilitazione, tanto da influenzare una mano ad impugnare una pistola: quella di Luigi Mangione che ha fatto fuoco su Brian Thompson, CEO di UnitedHealthcare, uccidendolo.

Troppi gli errori commessi dall’algoritmo sanitario, denominato «nH Predict», che ha negato cure salvavita all’umanità anziana statunitense afflitta da serie patologie, creando una motivata diffidenza nei confronti delle decisioni cedute dall’uomo alle tecnologie, dalle quali dipendono le sorti della persona, prioritariamente, in tema di indispensabile riabilitazione ovvero di assistenza a pazienti gravemente ammalati. Un evento - quello che ha reso Luigi Mangione un omicida e Brian Thompson una vittima - che lascia molto riflettere sulla intelligenza artificiale eretta a dominus delle chance assistenziali, ovvero sia di lasciarla libera di attribuire assistenza oppure negarla, attraverso l’esigibilità o meno dei rimborsi di spese mediche sostenuti dagli assicurati bisognosi di ricorrere a pratiche mediche di importanza vitale.

La vicenda, al di là della grande responsabilità assunta dalla UnitedHealthcare - che ha continuato e continua a rifiutare i rimborsi nella consapevolezza degli numerosissimi errori estimativi - ha insegnato che il ricorso alla tecnologia non può essere imperante, bensì di mero supporto alle decisioni umane da assumere in termini di attribuzione, diretta ovvero di rimborso delle spese sostenute al riguardo, rispettivamente di prestazioni assistenziali e di benefit relativi.

L’attività svolta dal personale medico in favore dell’utenza bisognosa deve essere esentata dalla intromissione tecnologica condizionante a tal punto da sollevare il ruolo del professionista, tanto da ridurlo persino al di sotto dello stato di subalternità ad un algoritmo. Delegare acriticamente le decisioni mediche ad uno o più algoritmi, capaci di



elaborare miliardi di dati, significa disumanizzare il rapporto operatore sanitario/utente bisognoso, supponendo con questo di migliorare l'efficienza del sistema assistenziale. E' un errore madornale.

Detto ciò, non si intende affatto supporre il venire meno del clima di collaborazione tra l'intelligenza artificiale e quella umana, tutt'altro. Si ritiene piuttosto individuare il giusto equilibrio collaborativo - nel percorso utile a pervenire alla più corretta diagnosi, cura e riabilitazione - attraverso una attenta sinergia tra il ricorso all'innovazione tecnologica e la condizionante puntuale vigilanza umana, deputata però a decidere. Il tutto assicurando il massimo dell'efficienza, senza che la stessa tuttavia prevalga sull'etica e la compassione.

Fare il contrario significherebbe abusare di brutto, consegnando le "armi" che costituzionalmente sostengono il diritto alla tutela della salute planetaria ad un pericoloso estraneo ad esso.

Evitando un siffatto grave errore si verrebbero a consolidare ovunque le ragioni del diritto alla salute e ad adeguare il prodotto assistenziale alle esigenze salutari reali della persona. Si eviterebbe così di contenere, per principio spesso disumano, i numeri del bilancio corrente e di imporre percorsi al di fuori di un sistema fondato sulla protezione della esistenza delle collettività, cui deve assicurare a regime la certezza dei controlli, ma assolutamente bilanciati al rispetto dell'etica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

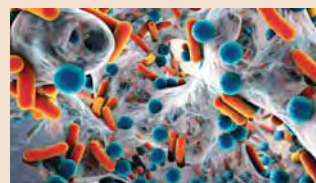
TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

L'Iss designato laboratorio di riferimento Ue per i batteri a trasmissione alimentare

Batteri come Salmonella, Listeria STEC, e Campylobacter, che possono trovarsi negli animali, nel cibo e nell'acqua, possono essere responsabili di gravi malattie nell'uomo. I focolai di tali malattie coinvolgono spesso grandi popolazioni e attraversano i confini nazionali, mettendo a dura prova i sistemi sanitari. Per affrontare questo



problema, l'Unione Europea ha designato un nuovo laboratorio di riferimento per garantire un approccio europeo unificato utilizzando metodi standardizzati. L'obiettivo è aumentare la capacità diagnostica e migliorare l'armonizzazione delle procedure e la comparabilità dei dati prodotti in tutta l'UE rafforzando la diagnostica, la sorveglianza, il monitoraggio della resistenza agli antibiotici e le indagini sui focolai. Il laboratorio assisterà i laboratori nazionali degli Stati membri dell'UE con metodi di analisi, migliorerà la qualità delle analisi e migliorerà la capacità di identificare focolai di infezione.

Una forte partnership a sostegno dei laboratori nazionali

Per questo compito, la Commissione europea ha selezionato un consorzio esperto. Lo Statens Serum Institut (SSI) danese assumerà il ruolo di coordinamento centrale, mentre l'Istituto nazionale per la salute pubblica e l'ambiente (RIVM) nei Paesi Bassi e l'Istituto nazionale di sanità (ISS) italiano saranno partner chiave.

Inoltre, il laboratorio lavorerà a stretto contatto con il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e la Commissione europea per garantire una risposta efficace alle malattie trasmesse con gli alimenti e l'acqua.

Il nuovo laboratorio di riferimento dell'UE rappresenta un passo importante per rafforzare la capacità dell'Europa di affrontare le sfide sanitarie transfrontaliere.

Lavorando insieme, i paesi dell'UE saranno meglio attrezzati per proteggere le loro popolazioni dalle epidemie batteriche e ridurre al minimo l'impatto sulla salute pubblica e sull'economia di futuri incidenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumori del colon-retto, al via campagna sui test genetici, una svolta verso cure personalizzate

“Ci sono test che fanno perdere tempo. Altri invece te lo fanno guadagnare”. Questo è il messaggio chiave che EuropaColon Italia APS, con il supporto non condizionante di Pierre Fabre Pharma, diffonderà sui suoi canali social ufficiali (in primis Facebook e YouTube, oltre a X) in occasione della campagna di sensibilizzazione denominata “The Infinite Test”. Una campagna per far conoscere alla più ampia popolazione i test per l’individuazione di mutazioni genetiche nei tumori del colon-retto metastatici e che si svolgerà per tutto il mese di dicembre attraverso i principali social media.

Una diagnosi di tumore del colon-retto metastatico è una notizia molto dolorosa sia per i pazienti che per i loro familiari ma oggi, grazie ai progressi della ricerca medica, è possibile affrontare un percorso di cura con schemi terapeutici personalizzati basati proprio sull’individuazione di mutazioni molecolari “bersaglio” contro cui indirizzare farmaci mirati, nel pieno rispetto della medicina personalizzata.

In Italia nel 2023 ci sono state circa 50.500 nuove diagnosi di tumore coloretta¹ e nel 30% circa dei casi la malattia si è manifestata in presenza di metastasi a distanza al fegato e/o ai polmoni²; ed è proprio in questi casi che i test molecolari sono indispensabili, perché consentono di analizzare le caratteristiche genetiche del tumore e pianificare, quindi, un trattamento personalizzato.

La Campagna, attraverso i classici giochi passatempo che circolano nei social media, si propone di attirare l’attenzione degli utenti mettendoli alla prova con quiz divertenti studiati apposta per la Campagna. Il gioco sarà il veicolo che porterà a rivelare il messaggio chiave: l’importanza dei test molecolari per l’individuazione delle mutazioni genetiche nei tumori del colon-retto metastatici.

L’obiettivo è raggiungere quante più persone possibili, tramite il meccanismo semplice ma coinvolgente denominato “infinite test”, trasformando ciascuno di noi in ambasciatore della Campagna grazie alla condivisione dell’iniziativa con familiari e amici.

“La prognosi a lungo termine e le prospettive di guarigione anche in caso di tumore del colon-retto al IV stadio, nel corso degli ultimi anni, sono significativamente migliorate grazie alla disponibilità di trattamenti all’avanguardia come l’immunoterapia e la target therapy, che a loro volta si basano su test che permettono di definire i tumori attraverso il loro profilo genetico e molecolare”, sottolinea il presidente di EuropaColon Italia APS Roberto Persiani, Professore Associato di Chirurgia Generale presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Roma e Responsabile dell’UOS di Chirurgia Mininvasiva presso la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, insieme a Laura Lorenzon, componente del Consiglio Direttivo di EuropaColon Italia APS e Dirigente Medico della UOC di Chirurgia Generale presso la Fondazione



Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS.

“La malattia metastatica rappresenta una delle sfide più complesse per i medici, che si trovano ad affrontare non un unico tumore al colon-retto, ma una varietà di tumori con caratteristiche e risposte terapeutiche differenti. – commenta Charles Henri Bodin, CEO Pierre Fabre Pharma in Italia – È fondamentale che le aziende farmaceutiche continuino a investire nella ricerca di terapie innovative capaci di colpire target specifici. Questi target devono essere identificati attraverso test molecolari, i cui risultati devono però arrivare tempestivamente, soprattutto nei casi di malattia avanzata.”

I “test infiniti” saranno disponibili sul sito www.infinitetest.it per tutta la durata della campagna invece sul sito www.europacoln.it rimarrà sempre attiva la pagina di approfondimento sui test molecolari per l'individuazione di mutazioni genetiche sui tumori colorettali con tutte le informazioni utili per pazienti, caregivers e tutti coloro che desiderano un approfondimento.

In più, la nuova Campagna offre anche un contributo video da parte di 3 medici specialisti: Elisabetta Fenocchio, Oncologa presso il Candiolo Cancer Institute di Torino, Matteo Fassan, Direttore del Dipartimento di Patologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso, e Anna Costantini, Psico-Oncologa e Vice Presidente Federazione Italiana Società di Psicologia.

Attraverso le interviste presenti sul sito e realizzate in esclusiva, le persone affette da questo tumore e i loro familiari potranno avere informazioni preziose sui test molecolari e sulla malattia, oltre a consigli semplici e chiari su come poterla affrontare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Malattie metaboliche ereditarie: l'importanza della prevenzione e le nuove terapie

di *Alberto Burlina**

Si è recentemente tenuto a Roma un importante convegno nell'ambito del tema "La Salute che vorrei" inerente lo stato attuale della ricerca e moderni approcci terapeutici in tema di Malattie Rare. Tra gli argomenti trattati un workshop è stato dedicato alla gestione delle malattie rare dalla diagnosi alla clinica ed ai nuovi sviluppi



terapeutici con un intervento dedicato al paziente con patologie metaboliche. Le patologie metaboliche ereditarie rappresentano un vasto campo delle malattie rare che comprendono ad oggi più di 1700 differenti patologie. Sono forme genetiche clinicamente caratterizzate da quadri sia di tipo acuto che cronico progressivo con elevata incidenza in età pediatrica sebbene in progressivo aumento anche in età adulta. Sono causate dall'alterato funzionamento di una via metabolica. La maggior parte delle persone colpite da queste patologie possiede un gene difettoso che provoca una carenza di enzimi.

Esistono centinaia di malattie metaboliche genetiche diverse e i loro sintomi, prognosi e terapie variano ampiamente. La diagnosi è molto complessa e spesso tardiva perché necessita di laboratori altamente specialistici e non sempre facilmente raggiungibili dal paziente. Tutto ciò vanifica il successo di eventuali nuove terapie per il danno provocato dalle malattie nei primi giorni di vita. Le difficoltà diagnostiche hanno fortemente stimolato la ricerca a sviluppare modelli diagnostici precoci. In Italia vi è una legge emanata nel 2016 che ha unificato e identificato un gruppo di 50 differenti malattie metaboliche ereditarie da ricercare già alla nascita. Oggi è l'Italia a guidare la classifica per il pannello più ampio seguita a grande distanza dalle altre Nazioni Europee. Sono condizioni rilevabili su una goccia di sangue grazie all'utilizzo da una sofisticata strumentazione della spettrometria di massa-tandem. Appartengono al gruppo dei difetti degli aminoacidi, acidi organici, beta ossidazione degli acidi grassi, malattie lisosomiali.

Lo screening ha permesso l'identificazione di queste patologie in un tempo spesso inferiore alla prima settimana di vita e in molti casi prima della comparsa dei sintomi clinici. La diagnosi precoce è fondamentale: un trattamento tempestivo può prevenire i sintomi di molte patologie metaboliche, e in alcuni casi può fare la differenza tra la vita e la morte. Fortunatamente negli ultimi anni si sono sviluppate nuove terapie che per lungo tempo sono state latitanti. Principalmente a causa della loro rarità, queste malattie sono spesso trascurate in termini di ricerca sui trattamenti, poiché la popolazione mondiale dei pazienti è considerata troppo piccola perché lo sviluppo di farmaci sia finanziariamente interessante per l'industria farmaceutica. Oggi nuove

frontiere farmacologiche sono rappresentate dalle terapie chaperoniche, dalla terapia enzimatica sostitutiva e in alcuni casi sono iniziati trials di terapia genica.

Lo sviluppo di nuovi farmaci che in alcuni casi hanno un valore di salvavita per esempio in alcune patologie lisosomiali oppure di nuove alternative terapeutiche come per la fenilchetonuria oppure di applicazioni estremamente sofisticate a livello di organi bersaglio. Non va neppure dimenticato il ruolo dei trapianti che svolgendo una funzione di reservoir in alcuni difetti enzimatici non severe permettono di raggiungere un buon equilibrio metabolico. Questi nuovi approcci terapeutici sono un ottimo esempio di medicina di precisione altamente personalizzata che rappresenterà il futuro terapeutico delle malattie metaboliche ereditarie.

** U.O.C Malattie Metaboliche Ereditarie Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino Azienda Ospedale Università Padova*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH



Medicina estetica: un simulatore aiuta a ridurre le complicanze e a riconoscere i sintomi

Ridurre i rischi delle iniezioni in medicina estetica e garantire interventi più sicuri ed efficaci attraverso un percorso formativo per i professionisti che operano nel settore. È l'obiettivo dell'accordo siglato tra Gianni Profita, Rettore dell'Università Medica Internazionale UniCamillus, e Patrizia Angelotti, amministratore delegato Accurate (gruppo Digit'Ed) che fornirà in esclusiva al Master di II livello in 'Medicina estetica del Viso: Teoria e Pratica innovativa', la linea di simulatori per l'alta formazione in Medicina estetica iniziando l'erogazione di un'attività formativa per medici e odontoiatri, patrocinata da UniCamillus.



“L'uso della simulazione nella formazione sanitaria - spiega Uni Camillus - consente di allenare tecniche e procedure in modo realistico, perfezionando ogni gesto in un ambiente controllato che riproduce fedelmente le dinamiche e le sfide dei contesti reali, riducendo gli errori senza mettere a rischio la salute dei pazienti”.

“UniCamillus è il primo ateneo a utilizzare questi simulatori in medicina estetica in una lezione universitaria - commenta Antonella Franceschelli, direttrice del Master di II livello di UniCamillus -. Un progetto che rappresenta un passo avanti nella formazione medica. Infatti, grazie ai simulatori altamente ingegnerizzati e supportati dall'intelligenza artificiale, i nostri studenti possono trattare casi clinici in tempo reale, osservando immediatamente i risultati dei loro trattamenti in una realtà virtuale. Questo permette di analizzare errori, debolezze e punti di forza, con un sistema di feedback che attribuisce anche un punteggio sull'efficacia del trattamento, il tutto in totale sicurezza su un paziente virtuale”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Aifa: in Italia offerta dei medicinali rimborsabili tra le più alte d'Europa con la spesa pubblica più contenuta

“L'Italia garantisce in regime di rimborsabilità un'offerta di farmaci tra le più alte d'Europa e la spesa farmaceutica è in linea con quanto si verifica negli altri Paesi Ue”. Lo afferma il direttore tecnico-scientifico dell'Aifa, Pierluigi Russo precisando che alcune affermazioni e dati divulgati nel corso della presentazione del Rapporto OsMed 2023 sono stati erroneamente interpretati e riportati.



“Non risulta correttamente riportato quanto diffuso - sottolinea - ovvero che il tasso di disponibilità dei medicinali approvati a livello europeo dall'Agenzia europea per i medicinali e rimborsabili in Italia è solo del 63% e che ciò costringerebbe i pazienti italiani a curarsi all'estero a proprie spese. In realtà i dati documentano l'esatto contrario: la percentuale di farmaci approvati a livello europeo e rimborsati in Italia è dell'80%, contro il 48% della Spagna, il 65% della Francia, il 51% della Gran Bretagna, il 44% della Svezia e il 41% del Portogallo”.

“Questo - precisa ancora Russo - nonostante l'Italia abbia una spesa pubblica farmaceutica pro-capite al netto del pay-back tra le più basse d'Europa, pur avendo la quota di popolazione anziana più elevata: 574 euro contro i 673 della Germania, i 603 della Spagna, i 600 della Francia, i 627 del Belgio o i 672 dell'Austria. Tra i Paesi a noi più confrontabili solo la Gran Bretagna con 501 euro spende di meno, ma offrendo poco più della metà dei medicinali approvati da EMA rimborsati in Italia”.

“Lo sfondamento di 2,1 miliardi del tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti nei primi mesi del 2024 segue un trend internazionale determinato dai crescenti costi dell'innovazione e dall'invecchiamento della popolazione - conclude Russo - rispetto al quale è necessario promuovere le buone pratiche di programmazione sanitaria a livello regionale nell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica. Per la sua parte l'Agenzia opera in attuazione delle norme vigenti e recentemente ha incrementato dell'85% il numero di procedure di rinegoziazione dei prezzi dei medicinali rimborsati”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bergamo, dal Covid all'eccellenza sanitaria

La vittoria della rete

In testa. La città lombarda è diventata attrattiva per il turismo, l'innovazione e le cure. Ora punta al recupero delle aree dismesse e alla mobilità sostenibile

Luca Benecchi

Dal nostro inviato

BERGAMO

Bergamo inaspettata. Bergamo che mostra un volto nuovo, che va al di là del racconto di una città incentrata solo sull'industria e sulla manifattura, quasi un satellite di Milano. Ambiente, servizi, cultura, sport e salute sono le nuove carte che negli ultimi anni hanno cambiato la percezione e la vita in quella che, nonostante il momento di difficoltà generale, resta una delle aree più sviluppate del Paese. Quando, durante l'epidemia di Covid, qualcuno si domandava se ne saremmo usciti migliori, in tanti avevano abbandonato ogni speranza solo pochi mesi dopo il disastro. In realtà, oggi, qui, tra le cicatrici, un'eredità positiva è rimasta. Ne è convinta anche la sindaca Elena Carnevali, succeduta a giugno a Giorgio Gori. «In questa città abbiamo imparato ad andare avanti tutti insieme, c'è una profonda dimensione identitaria che permette il riconoscimento del ruolo in modo reciproco. Amministrazione, Camera di Commercio, industriali, associazioni e Chiesa remano tutti in una stessa direzione e questo alla fine è decisivo». C'è stato anche il coraggio di fare emergere una nuova visione che è quella di una «città aperta su scala europea basata su un dinamismo pragmatico che affonda le sue radici nell'innovazione da una parte e nel solidarismo dall'altra». In questo senso i luoghi simbolo del cambiamento sono senz'altro l'aeroporto, l'università (con Meccatronica, Ingegneria e Polo giuridico), il Kilometro rosso e il sistema ospedaliero, sia pubblico che privato. Con un occhio a quella che sarà la nuova fiera, in previsione del suo raddoppio.

Ma Carnevali tiene particolarmente al piano generale del territorio che sostiene «uno sviluppo dell'area urbana senza consumare più suolo». Sicuramente un obiettivo importante

vista la pressione a cui sono sottoposte tante zone, soprattutto vicino alle grandi arterie. «Questo ha permesso di puntare sul recupero delle grandi aree dismesse a cui si è cercato di dare una nuova vocazione anche culturale ed espositiva. Ora pensiamo in termini di città metropolitana che cresce su nuovi poli. Ma è necessaria una rete di trasporti che permetta di ridurre l'uso dell'auto. Dunque, la tramvia delle Valli, il centro intermodale di Porta sud e il nuovo collegamento ferroviario per lo scalo di Orio al Serio».

Anche per Giovanna Ricuperati, presidente di Confindustria Bergamo, è prioritario sottolineare come la città si possa definire «una vera e propria capitale relazionale che trova la sua forza nel senso di comunità». Questo soprattutto in un momento quale l'attuale, in cui la congiuntura economica non è certo favorevole. «La nostra strada per essere resilienti è quella di essere aperti al mondo e di innovare». Questo può accadere anche grazie alla presenza sul territorio di tante filiere diverse che sostengono il sistema in senso anticiclico. Chimica, edilizia, meccanica, plastica, valvole ma anche i servizi innovativi fino all'ultimo grande incremento del fenomeno del turismo. Una criticità che unisce il tema della salute a quello del lavoro riguarda la demografia: in città il 25% dei residenti è over 65. Questione che da un lato impone la creazione di importanti strutture di prevenzione e di attività culturali, dall'altro «è chiaro – prosegue Ricuperati – che dobbiamo permettere ai giovani delle nostre valli di formarsi in modo adeguato anche se può non bastare. Per questo abbiamo pensato di portare la formazione tecnica superiore in paesi come l'Etiopia dove gli studenti possano studiare così da arrivare già formati nelle nostre imprese».

Tornando alla salute, il dato eclatante è che Bergamo è autosufficiente,

ovvero che, praticamente, non esiste emigrazione sanitaria. L'altra faccia della medaglia è che il sistema sanitario è altamente attrattivo verso i pazienti delle altre regioni italiane. Massimo Giupponi è il direttore generale dell'Agenzia di tutela della Salute (Ats) di Bergamo. «Due elementi che connotano il buon funzionamento del sistema sanitario: l'attrattività e la prevenzione. Su 100 cittadini che si curano in provincia, 22 vengono da fuori. Quanto alla prevenzione, circa il 60% delle persone sollecitate accettano di sottoporsi agli esami». La rete ospedaliera è composita, sono presenti tante realtà private, come l'Humanitas, Gavazzeni e Gruppo San Donato, e grandi strutture pubbliche quali il Papa Giovanni XXIII che, racconta il direttore Francesco Locati, «ha rafforzato nel tempo il suo rapporto con la città e la sua capacità di attrazione nei settori strategici come i trapianti d'organo, cardiologia e l'oncoematologia». Eredità del Covid, una delle più grandi terapie intensive d'Italia con 88 posti letto e, più in generale «la grande trasformazione organizzativa ancora in atto con il rafforzamento della medicina di prossimità e l'utilizzo massiccio della telemedicina». Secondo Giupponi i buoni risultati sono il frutto della modalità di lavoro, «questi soggetti possono diventare efficaci se c'è una guida che indica le priorità. E questo è il lavoro dell'Ats, che non ero-



ga servizi ma mette sul tavolo i bisogni e costruisce processi di coinvolgimento degli operatori per rendere ottimale il servizio, pubblico o privato. Prima dell'epidemia – conclude Giupponi – avevamo 180 pazienti in ossigeno-terapia domiciliare. In due settimane, siamo riusciti a fornire bombole di ossigeno a 4.800 persone. Questo solo grazie a una organizzazione che ha messo a sistema tutte le risorse».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA CRITICITÀ

Un residente su quattro ha più di 65 anni
Un progetto per formare e impiegare giovani tecnici in Etiopia
L'INDUSTRIA
Sul territorio tante filiere diverse che si muovono in senso anticiclico: chimica, edilizia, plastica e valvole

LA PRIMA

Posizioni nella classifica generale e in quelle tematiche



Il Kilometro rosso.

In questo distretto dell'innovazione firmato da Jean Nouvel si incontrano imprese (nel dettaglio la sede della Brembo), centri di ricerca, laboratori, servizi professionali e alta formazione



SANITÀ

La struttura compie trenta anni di vita. Negli ultimi due sono stati trattati 300mila pazienti con 2,5 milioni di visite e prestazioni

«Il futuro? Robot e nuove cure»

Sormani (ad Policlinico Campus Bio-Medico): la tecnologia si accompagna all'umanizzazione

FILIPPO CALERI
f.caleri@iltempo.it

«I grandi investimenti in tecnologie di ultima generazione, fondamentali per garantire le migliori cure, hanno sempre accompagnato l'attenzione primaria che rivolgiamo all'umanizzazione delle cure, il valore chiave che ci ha sempre guidato». Parola di Paolo Sormani, amministratore delegato e direttore generale della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, che compie 30 anni di vita.

Siete un punto di riferimento della sanità romana e non solo. Di che numeri parliamo?

«Contiamo 4 strutture sanitarie, dove negli ultimi due anni abbiamo trattato più di 300mila pazienti, con 2,5 milioni di visite e prestazioni ambulatoriali, oltre 62mila accessi in Pronto Soccorso, più di 53mila ricoveri in Policlinico, quasi 900 in riabilitazione e circa 600 nell'hospice».

Quali sono le tappe principali che hanno caratterizzato il vostro sviluppo in questi 30 anni?

«Sono numerose, dal trasferimento nel 2008 nel campus universitario di Trigoria, all'ottenimento della certificazione Joint commission in-

ternational (Jci). Ma anche l'apertura nel 2020 del Pronto Soccorso di I livello e del Centro di cure palliative, fino alla nascita nel 2021 del poliambulatorio di Porta Pinciana nel centro di Roma.

Parliamo di investimenti strategici: quali sono i più importanti?

«Senz'altro quelli nell'ambito della chirurgia robotica, che per il paziente significa meno dolore post-operatorio e una ripresa più rapida. Ma anche nella radioterapia oncologica, tutta in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, che sia presso il Policlinico a Trigoria che nel Polo Longoni è stata dotata di quattro acceleratori lineari con tecnologia a 6D. Per non parlare della medicina nucleare fondamentale a livello diagnostico».

Come contribuisce il Policlinico Campus Bio-Medico alla rete regionale?

«Dal 2021, con l'avvio del Pronto Soccorso, siamo entrati nelle reti tempo-dipendenti della Regione Lazio, per garantire cure tempestive per tutte le patologie, in particolare quelle acute come ictus, aneurismi e infarti».

Che iniziative sviluppate per supportare le fasce più fragili della popolazione?

«Penso agli ambulatori con la Diocesi di Roma per chi è affetto da malattie reumatiche

e dolore cronico e ai numerosi open day con visite specialistiche ed esami gratuiti per la cittadinanza. Pochi giorni fa, ad esempio, abbiamo avviato un punto salute nel quartiere di Tor Tre Teste, all'interno del Centro di Accoglienza Padre Claudio Santoro, in collaborazione con la As Roma di cui siamo Official Medical Partner. Ma anche la tariffa amica, per erogare prestazioni di privato sociale, a costi contenuti».

In questo senso qual è la mission a cui vi ispirate?

«La Scienza per l'uomo» è la sintesi e si declina nell'obiettivo di offrire i più elevati livelli di cura, assistenza e ricerca, in risposta ai bisogni di salute della persona, attraverso un modello sostenibile e attento a ciascuno».

Alla Fondazione si fa anche ricerca. Su cosa in particolare?

«Siamo impegnati soprattutto sulle patologie dell'apparato loco-motore, con un focus

particolare sull'ortopedia ricostruttiva e rigenerativa, la terapia cellulare avanzata, l'analisi del movimento, le tecnologie robotiche e i sistemi indossabili. Ma anche, ad esempio, la genetica medica, le malattie neurologiche, le patologie cardiovascolari e i tumori».

E nel futuro della Fondazione cosa c'è?

«Abbiamo intrapreso nel 2022 il percorso per ottenere il riconoscimento come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) nell'ortopedia, che speriamo di raggiungere presto».

Che opportunità vedete nell'accreditamento Ircs?

«Portiamo avanti la ricerca clinica traslazionale, impegnata a tradurre le scoperte scientifiche in soluzioni che abbiano un impatto diretto sulla salute dei nostri pazienti. Miriamo a diventare un punto di riferimento, con l'obiettivo di affrontare i problemi sanitari partendo da principi della medicina basata sulle evidenze, attraverso la ricerca, l'innovazione e la strategia sanitaria».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Investimenti

Molti negli ultimi anni quelli in tecnologie di nuova generazione fondamentali per garantire la migliore assistenza

Tappe

Dal trasferimento nel 2008 nel campus universitario di Trigoria alla certificazione Joint commission international (Jci)



Trapianti di fegato

San Camillo e Spallanzani arrivano a 100 interventi

Il centro d'eccellenza del San Camillo per i trapianti e lo Spallanzani (riuniti nella sigla Poit) hanno raggiunto un obiettivo senza precedenti: il centesimo trapianto di fegato dall'inizio del 2024. Mai, nel Lazio sono stati eseguiti così tanti interventi: un risultato che proietta il dipartimento interaziendale diretto dal professore Giuseppe Maria Ettore tra i principali centri europei per il trapianto di fegato. Si tratta

di numeri impensabili solo fino a pochi anni fa: fino al 2020 l'equipe di Ettore realizzava una media di 35 interventi di fegato l'anno. Nel 2021 il primo balzo, quasi un raddoppio, che ha permesso di chiudere l'anno a quota 61. Nel 2022 l'incremento è stato del 9% (66 trapianti di fegato), mentre nel 2023 del 22%, superando quota 80, fino a giungere a cento quest'anno. «Il Polo San Camillo-Spallanzani si conferma un'eccellenza - sottolinea Francesco

Rocca, presidente della Regione - e un punto di riferimento importante per il Centro-Sud».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



13 dic
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Basilicata: 18 mln per le infrastrutture sanitarie e 71,5 mln per le tecnologie e le Centrali operative territoriali

di Vincenzo Rutigliano

Risorse per quasi 90 milioni di euro per la sanità lucana. La giunta regionale ha deliberato due provvedimenti per il rilancio del programma di investimenti in tema di infrastrutture sanitarie, attrezzature tecnologiche e Centrali operative territoriale (Cot). Con una prima delibera la giunta ha finanziato, a valere sui fondi Ue, un programma di investimenti per infrastrutture sanitarie per circa 18 milioni in favore delle aziende del servizio sanitario regionale. In dettaglio gli interventi riguardano l'Asl di Matera con il potenziamento e l'adeguamento sismico del pronto soccorso (6,5 mln), il completamento dei lavori per la realizzazione del sistema di radioterapia (1 mln) e l'ammodernamento dei locali sede del distretto di Salute Mentale. Altri 6 milioni sono destinati all'Asp di Potenza per il finanziamento dei lavori relativi alla costruzione di una elisuperficie dell'ospedale di Melfi (1,5 mln), alla realizzazione di posti letto per Rsa presso l'ospedale distrettuale di Venosa (1,5 mln) e a lavori per la messa in sicurezza dell'ospedale di Maratea (2,6 mln).



Altre risorse riguardano attrezzature tecnologiche per l'azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza (due nuove risonanze magnetiche di ultima generazione per 2,2 milioni). Con la seconda deliberazione si assicura il cofinanziamento, con risorse rivenienti dall'Art. 20 - legge 67/88, degli interventi finanziati con il Pnrr e destinati all'acquisto di tecnologie ed alla realizzazione delle Centrali operative territoriale (Cot), delle case di Comunità, degli ospedali di comunità per un importo complessivo di 71,5 mln. "Abbiamo compiuto con questi interventi - spiega l'assessore alla Salute, Politiche per la Persona e Pnrr, Cosimo Latronico - uno sforzo rilevante di programmazione delle azioni, integrando tutti gli strumenti di finanziamento a nostra disposizione, e accelerando sugli obiettivi di disporre, nei prossimi anni, di strutture sanitarie moderne e sicure e di tecnologie di avanguardia e di puntare ad una sanità digitale e al fascicolo sanitario elettronico".

© RIPRODUZIONE RISERVATA