

**30 ottobre 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**

ARIS



30/10/2024

## **Bebber (Aris): «Sanità cattolica è parte del Ssn»**

«In Italia non possiamo fare a meno del privato convenzionato in sanità». Così il ministro della Salute Orazio Schillaci parlando della questione Liste d'attesa, in margine ad una iniziativa politica dell'area di governo. Padre Virginio Bebber, presidente dell'Associazione delle istituzioni socio-sanitarie cattoliche (Aris) ha risposto: «Nel leggere le parole del ministro ho visto aprirsi uno spiraglio nel buio dell'atavica diffidenza che, ispirata

dall'ideologia, circonda la sanità d'ispirazione cattolica convenzionata e non profit». Essa è «parte integrante del Ssn e svolge un ruolo pubblico a tutti gli effetti. Per la prima volta un ministro della Salute lo dichiara pubblicamente».



## **Sanità: Bebber (Aris), “bene parole ministro Schillaci su nostre strutture accreditate”. “Pronti a mettere a disposizione agende per abbattere liste d’attesa”**

29 Ottobre 2024 @ 13:45

“Non sono un ideologo e per questo dico che chi ideologizza il privato convenzionato non si rende conto di quanto sia impensabile abolirlo. Chiariamo un concetto: in Italia oggi non ne possiamo fare a meno e nessuno potrà cancellarlo”. Lo ha dichiarato il ministro della Salute Orazio Schillaci parlando della questione liste d’attesa, in margine ad una iniziativa politica dell’area governativa, “Due anni di governo Meloni. L’Italia torna a correre”. In un’intervista rilasciata ad un quotidiano nazionale toscano, Schillaci ha infatti evidenziato, tra l’altro, proprio il ruolo della sanità convenzionata nel sistema salute del Paese.

“Nel leggere le parole del ministro Schillaci – commenta Virginio Bebber, presidente dell’Associazione che riunisce le istituzioni socio-sanitarie cattoliche (Aris) – ho visto finalmente aprirsi uno spiraglio nel buio dell’atavica diffidenza che, ispirata da certe correnti ideologiche, circonda la sanità d’ispirazione cattolica convenzionata e non profit, come poi tutta la sanità privata convenzionata”. “Sono anni – aggiunge – che ci sforziamo di far capire che il ruolo delle nostre strutture socio-sanitarie accreditate, e non profit per statuto identitario, fanno parte integrante, per legge mai abrogata, del Ssn, dunque svolgono un ruolo pubblico a tutti gli effetti. Dunque sono aperte a tutti i cittadini alle stesse condizioni del pubblico. Questa forse è la prima volta nella storia che un ministro della Salute ha la forza e il coraggio di dichiararlo pubblicamente e di far capire quanto sia essenziale il nostro contributo nell’assistenza dei cittadini”. E per quanto riguarda “l’abbattimento delle liste d’attesa – conclude il presidente Aris – potremmo fare ancora molto di più, se solo ce ne dessero l’opportunità. Naturalmente, come chiesto dal ministro, siamo pronti a mettere a disposizione le nostre agende”. “Il privato convenzionato – aveva infatti precisato Schillaci nell’intervista – deve mettere a disposizione le sue agende. È uno dei criteri per l’accreditamento. Basta dare regole chiare e trasparenti. A mio giudizio le liste d’attesa sono un fenomeno dovuto a una cattiva organizzazione”.

Privato convenzionato. Schillaci: “Impensabile abolirlo”. Aris: “È la prima volta che un ministro ha il coraggio di dichiararlo”

*P. Virginio Bebber, Presidente Aris: "Sono anni che ci sforziamo di far capire che il ruolo delle nostre strutture socio-sanitarie accreditate, e non profit per statuto identitario, fanno parte integrante, per legge mai abrogata, del Ssn, dunque svolgono un ruolo pubblico a tutti gli effetti. Dunque sono aperte a tutti i cittadini alle stesse condizioni del pubblico". E sulle liste d'attesa: "Potremmo fare ancora molto di più se ce ne dessero l'opportunità".*

**29 OTT** - “Non sono un ideologo e per questo dico che chi ideologizza il privato convenzionato non si rende conto di quanto sia impensabile abolirlo. Chiariamo un concetto: in Italia oggi non ne possiamo fare a meno e nessuno potrà cancellarlo”. Lo ha dichiarato il Ministro della Salute **Orazio Schillaci** parlando della questione Liste d’attesa, in margine ad una iniziativa politica dell’area governativa, *“Due anni di governo Meloni. L’Italia torna a correre”*. In un’intervista rilasciata ad un quotidiano nazionale toscano Schillaci ha infatti evidenziato, tra l’altro, proprio il ruolo della sanità convenzionata nel sistema salute del Paese.

“Nel leggere le parole del Ministro Schillaci – ha commentato **P. Virginio Bebber**, Presidente dell’Associazione che riunisce le istituzioni socio-sanitarie cattoliche (**Aris**) - ho visto finalmente aprirsi uno spiraglio nel buio dell’atavica diffidenza che, ispirata da certe correnti ideologiche, circonda la sanità d’ispirazione cattolica convenzionata e non profit, come poi tutta la sanità privata convenzionata”. “Sono anni – ha aggiunto Bebber nel suo commento – che ci sforziamo di far capire che il ruolo delle nostre strutture socio-sanitarie accreditate, e non profit per statuto identitario, fanno parte integrante, per legge mai abrogata, del Ssn, dunque svolgono un ruolo pubblico a tutti gli effetti. Dunque sono aperte a tutti i cittadini alle stesse condizioni del pubblico”.

“Questa forse è la prima volta nella storia che un Ministro della Salute ha la forza e il coraggio di dichiararlo pubblicamente e di far capire quanto sia essenziale il nostro contributo nell’assistenza dei cittadini. E per quanto riguarda l’abbattimento delle Liste d’attesa potremmo fare ancora molto di più, se solo ce ne dessero l’opportunità. Naturalmente come chiesto dal Ministro siamo pronti a mettere a disposizione le nostre agende”. “Il privato convenzionato - aveva infatti precisato Schillaci nell’intervista - deve mettere a disposizione le sue agende. È uno dei criteri per l’accreditamento. Basta dare regole chiare e trasparenti. A mio giudizio le liste d’attesa sono un fenomeno dovuto a una cattiva organizzazione”.

**29 ottobre 2024**



29.10.2024

## **Sanità, padre Bebber (Aris): «Bene parole ministro Schillaci su nostre strutture accreditate. Pronti a mettere a disposizione agende per abbattere liste d'attesa»**

«Non sono un ideologo e per questo dico che chi ideologizza il privato convenzionato non si rende conto di quanto sia impensabile abolirlo. Chiariamo un concetto: in Italia oggi non ne possiamo fare a meno e nessuno potrà cancellarlo». Lo ha dichiarato il ministro della Salute Orazio Schillaci parlando della questione liste d'attesa, in margine ad una iniziativa politica dell'area governativa, "Due anni di governo Meloni. L'Italia torna a correre". In un'intervista rilasciata a un quotidiano nazionale toscano, Schillaci ha infatti evidenziato, tra l'altro, proprio il ruolo della sanità convenzionata nel sistema salute del Paese.

«Nel leggere le parole del ministro Schillaci – commenta padre Virginio Bebber, camilliano presidente dell'Associazione che riunisce le istituzioni socio-sanitarie cattoliche (Aris) – ho visto finalmente aprirsi uno spiraglio nel buio dell'atavica diffidenza che, ispirata da certe correnti ideologiche, circonda la sanità d'ispirazione cattolica convenzionata e non profit, come poi tutta la sanità privata convenzionata».

«Sono anni – aggiunge il superiore di San Camillo, a Cremona – che ci sforziamo di far capire che il ruolo delle nostre strutture socio-sanitarie accreditate, e non profit per statuto identitario, fanno parte integrante, per legge mai abrogata, del Ssn, dunque svolgono un ruolo pubblico a tutti gli effetti. Dunque sono aperte a tutti i cittadini alle stesse condizioni del pubblico. Questa forse è la prima volta nella storia che un ministro della Salute ha la forza e il coraggio di dichiararlo pubblicamente e di far capire quanto sia essenziale il nostro contributo nell'assistenza dei cittadini».

E per quanto riguarda «l'abbattimento delle liste d'attesa – conclude il presidente Aris – potremmo fare ancora molto di più, se solo ce ne dessero l'opportunità. Naturalmente, come chiesto dal ministro, siamo pronti a mettere a disposizione le nostre agende». «Il privato convenzionato – aveva infatti precisato Schillaci nell'intervista – deve mettere a disposizione le sue agende. È uno dei criteri per l'accreditamento. Basta dare regole chiare e trasparenti. A mio giudizio le liste d'attesa sono un fenomeno dovuto a una cattiva organizzazione».



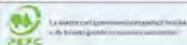
la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari



Direttore Mario Orfeo



Mercoledì 30 ottobre 2024

Oggi con Beauty

€1,70

L'intervista

Schlein: il Pd primo partito ora serve la coalizione



Elly Schlein

Premiati perché unitari, così siamo diventati il perno dell'alternativa C'è bisogno di alleati solidi

di Giovanna Vitale

All'indomani della sconfitta in Liguria, Elly Schlein è tutt'altro che scoraggiata. «Puntiamo a essere il primo partito, non solo a Genova ma in tutta Italia», dice. «Ma per battere la destra servono una coalizione e alleati solidi»

Liguria al centrodestra

Bucci: userò il mio tempo per dare il meglio

di Luigi Pastore

L'INCHIESTA

“Spie per gli stranieri”

Scoperto il libro mastro con le tariffe. Tra i clienti della banda degli hacker gli O07 di Israele e di altri Stati. Nell'archivio anche dati riservati sottratti a Eni. Bucata l'agenzia governativa per la cybersicurezza

Tensione tra i ministri, rinviata la stretta sui crimini informatici

La banda di spioni di Equalize vendeva informazioni segrete e delicate per la nostra sicurezza nazionale «a servizi di intelligence stranieri». E nell'ambito delle indagini della procura di Milano emerge il libro mastro con le aziende clienti e il tariffario. Il governo rinvia il decreto sulla sicurezza informatica. di Carra, Ciriaco Di Raimondo, Foschini Ossino e Scarpa



Il ricorso alla Corte Ue

I giudici: con il decreto migranti anche la Germania nazista considerata un Paese sicuro

di Giuseppe Baldessarro

La tragedia

Addio a Matilde, dolore e polemiche



La sciatrice Matilde Lorenzi è morta a 19 anni mentre si allenava in Val Senales

Non ce l'ha fatta la diciannovenne promessa dello sci caduta in allenamento

di Emanuela Audisio

Sendi, scii, muori. Di mattina, sulla tua neve, tra le montagne che ami. Nel tuo mondo. Non hai ancora venti anni. Ti avresti fatti il 15 novembre. Sei una promessa, sei una ragazzina del Sestriere, sai che hai talento, sai che va coltivato. Ti piace il mare.

servizi di Chiusano e Vanni

Il caso Washington Post

Lettori in fuga ma Bezos non cede

di Massimo Basile

NEW YORK - Jeff Bezos, fondatore di Amazon e proprietario del Washington Post, ha difeso la decisione di non schierare per la prima volta il giornale della capitale con uno dei candidati presidenziali, a pochi giorni dal voto. Lo ha fatto con un intervento sul sito del Post, in cui ha spiegato la scelta con la volontà di riportare credibilità.

servizi di Lombardi e Mastrolilli



Jeff Bezos

Il fattore donna nell'America divisa

di Marta Dassù

Le elezioni americane gireranno attorno a poche centinaia di migliaia di voti, i margini di scarto nei famosi Stati in bilico. Ciò rende sostanzialmente impossibile qualunque previsione fondata.

servizi di Chiusano e Vanni

Santoni advertisement for classic shoes with text 'classic has never been so light.' and 'Santoni EASY.'

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821  
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

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



Vittoria a San Siro  
Il Napoli batte il Milan  
e allunga a più sette  
di Bocci, Passerini, Ravelli  
e Scozzafava alle pagine 50 e 51



Il libro  
Negli occhi  
di Alda Merini  
da oggi in edicola  
il volume con il Corriere



Il crollo dei Cinque Stelle e le critiche a Schlein sulle alleanze. L'attacco di Grillo: «Si muore traditi dalle pecore»

Il voto in Liguria agita la sinistra

I giudici di Bologna, rimpatri alla Corte Ue: la Germania nazista sarebbe un Paese sicuro

SCOPERTI AL CENTRO

di Paolo Mieli

Spiegava ieri Marco Imarisio su queste pagine quanto siano stati determinanti, per l'elezione di Marco Bucci a governatore della Liguria, i voti provenienti da Imperia. Imperia è feudo di Claudio Scajola già ministro berlusconiano del centrodestra ma prima ancora esponente della Dc. Partito dello scudo crociato che in questa parte della regione fu fondato, nel secondo dopoguerra, dal padre di Scajola, Ferdinando. Scajola era stato tutt'altro che un simpatizzante di Giovanni Toti. Ma, nel momento del bisogno, è corso in aiuto al suo successore. Come insegnavano i comandamenti di Piazza del Gesù (che fu a Roma la sede nazionale della Democrazia cristiana).

Mentre Scajola mobilitava i suoi a sostegno di Bucci, sul fronte opposto Andrea Orlando veniva costretto — da Giuseppe Conte con l'assenso non entusiasta dei vertici del Pd — ad epurare le proprie liste da esponenti renziani, accusati di aver collaborato, nella stagione che si è appena chiusa, con Bucci sindaco di Genova. Ma che ora lo avevano lasciato ed erano tornati a sinistra. Cose che capitano in politica: qualche anno fa capillò anche a Conte e ai grillini di lasciare Matteo Salvini (in realtà era stato lui a lasciarli) per unirsi in matrimonio con Nicola Zingaretti.

continua a pagina 30

di Emanuele Buzzi e Maria Teresa Meli

Dopo il voto in Liguria, il centrosinistra sconfitto rumoreggia. E non viene risparmiata Ely Schlein. «Sono prevalsi i veti, e ai veti è seguito un errore politico», dice Alfieri. All'indice anche Conte. Punto anche da Grillo: «Si muore più traditi dalle pecore che sbranati dal lupo». Intanto, i giudici di Bologna mandano alla Corte di Giustizia Ue il decreto rimpatri.

da pagina 2 a pagina 8  
Arachi, M. Cremonesi  
Tebano, Zapperi

LA SUA IMPERIA E I CONSENSI A BUCCI

Il ritorno di Scajola: so come si vince qui

di Marco Imarisio

«Ho soltanto cercato di dare una mano, offrendo qualche semplice lettura»: il ritorno di Claudio Scajola che, a 76 anni, si è preso la soddisfazione di risultare decisivo per la vittoria del centrodestra e di Bucci. «Adesso mi aspetto un po' di riconoscenza» dice il sindaco di Imperia.

a pagina 5

BUFERA SU FRASSINETTI (111)

La sottosegretaria e l'elogio del fascismo

di Gianna Fregonara

Cita sul social un autore fascista e si scatena la polemica. Autrice del post su Facebook Paola Frassinetti, sottosegretaria all'Istruzione, di Fratelli d'Italia. L'opposizione chiede le dimissioni. Lei si difende: «Era solo un post per celebrare una vittoria calcistica». Un derby disputato il 28 ottobre, giorno della marcia su Roma.

a pagina 9

Il dramma Addio alla 19enne azzurra. Lo sport in lutto. Il post di Goggia



Matilde Lorenzi, promessa dello sci azzurro. Il 15 novembre avrebbe compiuto 20 anni. L'atleta dell'Esercito è caduta in allenamento lunedì scorso

Matilde, la morte sugli sci Il padre: ora piste più sicure

di Andrea Pasqualetto

Matilde Lorenzi non ce l'ha fatta. L'azzurra è morta per le conseguenze della caduta in Val Senales. Aveva 19 anni. Il padre: «Inseguiva il suo sogno. Non portate fiori, raccogliamo fondi per rendere le piste da sci più sicure».

alle pagine 20 e 21 Massenzio, Vanetti

GIANNELLI

HALLOWEEN

LA FINE DELLA STAGIONE DEI RACCOLTI E L'INIZIO DELLA STAGIONE PIÙ DURA



Il caso «La cintura istituzionale» I pm: la rete delle spie e gli 007 israeliani I dati rubati a Jacobs

di Ferrarella, Gerevini, Giuzzi e Piccolillo

Ci sono anche contatti tra il Mossad e la rete milanese di spioni. Gli incontri nel 2023. L'inconspicua «cintura istituzionale». Un dossier su Jacobs.

alle pagine 10, 11 e 13

L'intervista Dacia Maraini

«Io, Moravia e le voci che scrivesse per me»

di Aldo Cazzullo e Roberta Scorrane

Per anni, in tanti hanno sostenuto che l'autrice dei miei libri non fossi io». Dacia Maraini si racconta. «Pasolini si ritraeva se una donna lo toccava. Vannoni una grande amica».



alle pagine 26 e 27

Piacenza La madre di Aurora «Violento e stalker, ha ucciso una bimba»

di Alfio Sciacca

Non è un femminicidio, Aurora era una bimba — dice la madre della 12enne uccisa a Piacenza e per cui è stato fermato l'ex fidanzato —. È un infanticidio... e forse tutti abbiamo delle colpe».

a pagina 23

CORSI.it Antonio Civita CEO Panino Giusto, ti insegna come ridurre i costi in azienda. Il 1° sito di corsi in Italia

IL CAFFÈ di Massimo Gramellini Almeno non si lamentino. Basta entrare in un luogo pubblico e mettersi in ascolto: dopo un po' si sentirà qualche martire del fisco associare il proprio malumore alle tasse.

Il nuovo libro di BRUNO VESPA HITLER e MUSSOLINI L'idillio fatale che sconvolse il mondo (e il ruolo centrale dell'Italia nella nuova Europa)

## LA POLEMICA

### Le fake news antiaborto dei Pro Vita in Senato

SERENA RIFORMATO



La pillola del giorno dopo «è un crypto-abortion». Per un'ora, nella Sala Nassiriyah del Senato, i pro-life dell'Osservatorio permanente sull'aborto (Opa) processano la legge 194. - PAGINA 16

## LA CULTURA

### Ma quale secolo buio il Medioevo è fantasy

LICIA TROISI



Eserciti in cotta di maglia, armati di spade e lance, che si scontrano, alti torrioni, stregoni e creature fantastiche. Per molti, il fantasy è questo: una sorta di Medioevo coi draghi e la magia. - PAGINA 24

SOLO NEI MIGLIORI BAR

# LA STAMPA

MERCOLEDÌ 30 OTTOBRE 2021

CAFFÈ COITADORO

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.300 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

PRESSING DELL'AREA BONACCINI SULLA LEADER PD: BASTA VETI DI M5S, RENZI: PERSO PER CONTE, ORA UN CODICE ETICO

## Il voto in Liguria spacca i democratici

### IL RACCONTO

#### Nella mia vecchia terra il futuro cede agli affari

MAURIZIO MAGGIANI

Visto che sono un incallito sinistrorso e un fiero erede dell'irriducibile gente Apua, ho diverse buone ragioni per non essere contento di come sono andate le elezioni in Liguria. - PAGINA 11



### CARRATELLI, TIMOSSÌ, SCHIANGHI

Il giorno dopo la sconfitta in Liguria brucia ancora. Ma nel Pd tutti sanno che non è questo il momento di dividersi e alimentare polemiche. «Aspettiamo Umbria ed Emilia Romagna, poi tireremo le somme», è la frase ricorrente. CON IL TACCIANO DI SORGI - PAGINE 18

#### Da Claudio al nipote la saga degli Scajola

Marco Sodano

### L'ANALISI

#### Il gioco degli specchi tra Schlein e Meloni

FLAVIA PERINA

C'è una notevolissima sobrietà delle leader nel day after del voto ligure. Giorgia Meloni si limita a dichiarare soddisfazione per l'ottimo risultato, Elly Schlein chiude la pratica dei commenti alle tabelle e passa a occuparsi d'altro. - PAGINA 23

### L'INTERVENTO

#### Demonizzare gli alleati ricetta per la sconfitta

ELISABETTA GUALMINI

Ha ragione Beppe Grillo. Il Movimento 5 Stelle è a rischio evaporazione; in Liguria i consensi ottenuti (4,62%) sono quasi la metà di quelli delle amministrative precedenti (7,8%) e ben al di sotto del risultato delle europee (10%). - PAGINA 23

## LA TRAGEDIA

### I genitori di Matilde "Allo sport chiediamo di dare un senso a tutto questo dolore"

NICCOLÒ ZANGAN



La stanza dell'obitorio è la numero 3. Arrivano ragazze e ragazzi in lacrime e si aggrappano, letteralmente, a due genitori che hanno appena perso la figlia. Adolfo Lorenzi e Rosa Cardinale restituiscono a tutti un abbraccio, una carezza sul viso e una parola di fronte all'indicibile. Perché qui, circondata dalle montagne, ieri mattina è morta Matilde Lorenzi. DANIELA COTTO - PAGINE 14E 19

RICORSO ALLA CORTE UE: CON QUESTO DL ANCHE LA GERMANIA NAZISTA LO SAREBBE. PALAZZO CHIGI SCHIERA L'AVVOCATURA

## Paesi sicuri, lite toghe-governo

"Spioni, incontri col Mossad e dossier per la Chiesa". Pene più alte agli hacker, la premier ferma Salvini

### IL COMMENTO

#### Perché è un autogol quel richiamo a Hitler

FRANCESCA SFORZA

Il Bangladesh può definirsi un Paese sicuro? Secondo il governo italiano sì, tanto che lo ha inserito nella lista aggiornata del decreto seguito al pasticcio dell'hub albanese. Secondo un cittadino bengalese no, tanto che ha presentato ricorso al tribunale di Bologna facendo presente che nel suo caso il rimpatrio tutto potrebbe essere tranne che il ritorno in un posto sicuro. - PAGINA 3

### LA MANOVRA

#### Nell'Italia dell'evasione il concordato è un flop

LUCAMONTICELLI

La deadline per aderire al concordato preventivo biennale scatta domani. Conto alla rovescia per quasi 5 milioni di Partite Iva. - PAGINA 6

TRUMP E HARRIS. LA CAMPAGNA SI GIOCA IN RETE

### Social fight

ANNALISA CUZZOCREA

#### Deriva Donald

ALBERTO SIMONI

NUOVA STRAGE DI BAMBINI, POPOLAZIONE ALLA FAME

### Agonia Gaza

FABIANA MAGRI

#### Bivio Teheran

ETTÒRE SEQUI

### IL RICORDO

#### Quei nostri anni sugli sci i migliori della mia vita

EMILIA MONDINELLI

Cara Mati, è strano pensare di scriverti una lettera che non leggerai mai, ma il destino ha voluto così. Ho sempre creduto che tutto ciò che succede abbia una ragione positiva specifica. Ma ora come ora non riesco a trovarne neanche una, assurdo come lo sci che è sempre stato ciò che ci dava ossigeno per vivere e te l'ha tolto. - PAGINA 14

### IL CASO

#### Violenze sulla moglie con il figlio di 8 anni

LUDOVICA LOPETTI

È una storia che spoventa per la sua ferocia. Alla sbarra una madre di 69 anni e il figlio di 39. - PAGINA 17

## BUONGIORNO

La storia del Washington Post - del suo editore Jeff Bezos, proprietario di Amazon, che vieta il tradizionale endorsement, stavolta in favore di Kamala Harris, e dei suoi columnist che lo criticano severamente - è una storia americana, con peculiarità americane, sfumature americane, ed è difficile da qui comprenderne le dinamiche e venire a capo. Il dibattito però è ardente: se Bezos in dirittura d'arrivo abbia voluto tendere la mano a Donald Trump, se gli eccessi degli ultimi tempi abbiano fiaccato la credibilità del giornale, visto ormai come parte in causa. E ci sono alcuni punti di contatto, io credo, con il dibattito italiano sul ruolo dell'informazione nella politica. Per esempio: al Washington Post la tradizione dell'endorsement è cominciata nel 1976, dopo il glorioso Watergate con cui il giornale demolì il repubbli-

## Atto di guerra

MATTIA FELTRI

cano Richard Nixon, e con il conseguente appoggio al democratico Jimmy Carter. Da allora sono trascorsi quasi cinquant'anni, l'endorsement è andato sempre al candidato democratico. A quello repubblicano mai. Avrebbe dunque un peso oggi l'endorsement per Kamala Harris? O sarebbe l'ovvio rituale, soprattutto dopo una campagna elettorale durissima, nella quale il quotidiano ha messo tutta la sua enorme qualità giornalistica al servizio di Kamala Harris e in contrasto a Donald Trump? Eppure più di 200 mila lettori hanno disdetto l'abbonamento: la decisione di Bezos per loro è un tradimento, e lo è perché anche negli Stati Uniti, come in Italia, temo, chifa i giornali e chi li legge non si sente più parte di una comunità, ma di un clan, e lo scrivere e il leggere sono diventati atti di belligeranza.



Sei un Medico specializzato in Neurologia o Urologia?

Scopri di più [info@pediacoop24.it](mailto:info@pediacoop24.it)  
+39 338 43 12 471



# Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 250  
Sped. in A.P. 03/53/2020 con L.46/2004 art.1 c.1 DC 501

NAZIONALE



Mercoledì 30 Ottobre 2024 • S. Germano

IL GIORNALE DEL MATTINO

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

## L'annuncio del cantante

### Alfa: mi fermo per sei mesi, la fama è tossica

Marzi a pag. 27



## Domani Roma-Torino

### Juric ultimo appello Ma i giocatori sono in rivolta

Aloisi e Carina nello Sport



## La trasferta di Como

### Lazio, Pedro sfida Fabregas gemello del Barça

Abbate e Marcangeli nello Sport



## L'editoriale LA SVOLTA SULLE TOGHE CHE SERVE ALLA SINISTRA

Ferdinando Adornato

Quanto può aver pesato, nella sconfitta elettorale di Orlando, la politica di evidente fiancheggiamento della magistratura tenuta dalla sinistra in Liguria all'indomani del caso Toti? Quasi nessuno, finora, si è posto questa domanda che pure è sicuramente cruciale. Si preferisce ragionare sulle smarrite percentuali di Matteo Renzi, rifiutate con alterigia da Giuseppe Conte, rifugiandosi così in una visione puramente aritmetica del consenso. Tale diaframma, c'è da scommettere, durerà a lungo nel tempo. Eppure la continua ricerca di un "capro espiatorio" non aiuterà la sinistra a capire davvero la natura della sconfitta. Anche perché, se è vero che Orlando ha perso per una manciata di voti, è altrettanto vero che il vantaggio che i sondaggi iniziali gli assegnavano era talmente alto da superare sia le percentuali di Italia Viva che quelle del centro. Persino sommate.

Del resto: si può davvero pensare che il cuore delle elezioni fosse il parere degli elettori liguri sulla geometria del campo largo? D'altro canto, si può invece negare che il "focus" principale nella testa dei cittadini fosse proprio il giudizio da dare sull'inchiesta che aveva costretto Toti alle dimissioni? Non era forse questa, d'altronde, la ragione per la quale si si chiamava nuovamente alle urne? Ebbene sta proprio qui, allora, il tesi sul quale la sinistra ha perso e che ora deve affrontare con coraggio senza nascondersi dietro l'alibi della stucchevole sfida tra Conte e Renzi.

Continua a pag. 29

## Auto green, dazi alla Cina. In Europa prime chiusure

### ►Elkann diserta il Parlamento Fontana: grave

ROMA Bruxelles fa scattare la scure dei dazi sulle auto elettriche cinesi. Intanto si allarga la crisi del settore in Europa e gli stabilimenti chiudono. John Elkann non va a riferire in Parlamento. Fontana: «Atto grave».

Amoruso, Bussotti, Dimito, Mancini e Rosana alle pag. 2 e 3

### L'analisi SIAMO IN TEMPO PER RIPENSARE LA TRANSIZIONE

Paolo Balduzzi

**B**en lungi dall'essere un mero fenomeno (...)

Continua a pag. 29

### Le regionali Il centrodestra: modello Genova anche in Umbria

ROMA La maggioranza galvanizzata dal successo di Bucci scommette sul modello Liguria anche per il voto in Umbria.

Bulleria pag. 11

### Verso le elezioni americane

### Harris dà la carica al popolo dem «Insieme possiamo voltare pagina»

Washington è un forte potere simbolico nella scelta di Kamala Harris di tornare all'Ellipse di Washing-



ton, dove Trump incitò migliaia di sostenitori a occupare Capitol Hill. Harris al popolo dem: «Ora voltiamo pagina».

Paura a pag. 15

## Dossier, contatti con il Mossad

►La centrale milanese scambiava informazioni con gli 007 israeliani. Nelle carte anche un presunto mandato ricevuto dalla Chiesa. Il software dell'Agenzia per la Cybersicurezza progettato dagli stessi hacker

Non ce l'ha fatta la 19enne caduta in allenamento. Cordoglio di Mattarella



## Addio a Matilde, promessa dello sci

Matilde Lorenzi avrebbe compiuto 20 anni il 15 novembre.

Evangelisti e Arcobelli a pag. 17

Errante e Guasco alle pag. 5 e 6

## I giudici di Bologna rinviano alla Corte Ue il decreto migranti

►Il tribunale chiede chiarimenti sui Paesi sicuri Salvini: comunisti, fanno politica. Premier in Libia

Francesco Malfetano

**D**eve prevalere la normativa europea oppure quella nazionale? O, ancora, è possibile disapplicare il decreto Paesi Sicuri? Sono gli interrogativi mossi alla Corte di giustizia dell'Ue dai giudici della sezione immigrazione del Tribunale di Bologna. Quelli contro cui si sta già organizzando una replica. Intanto Meloni è volata in Libia: «Insieme contro i trafficanti».

A pag. 9

### Si tratta per la tregua Gaza, nuova strage di bambini. Missili di Hezbollah su Unifil

ROMA Nella Striscia di Gaza, bombardato un palazzo: più di 90 morti. È strage di bambini. E anche Hezbollah colpisce una base Unifil.

Migliorico e Vita a pag. 14

## A Padova



## Neonata trovata morta in un night Fermata la madre

PADOVA La neonata era nel water, con l'acqua che traboccava, in un appartamento di uno stabile che ospita un night club, nel Padova. Fermata la madre, con l'accusa di omicidio aggravato.

Aldighieri e Munaro a pag. 16

## SAMUELE BERSANI & ORCHESTRA

~ 2024 ~

### 16 DICEMBRE 2024 ROMA

AUDITORIUM CONCILIAZIONE

## Il Segno di LUCA

### SEGNO DEL CANCRO PROVA A DIRE DI NO

Nell'aria si fa sentire una certa inquietezza, che ti induce a muoverti nell'urgenza cercando soluzioni rapide e immediate. Ma non è detto che siano sempre possibili. E soprattutto nei confronti di alcuni impegni potrebbe essere necessario dire di no, rifiutando di lasciarti scalapattare dalla fretta. Forse proprio in questa scelta potresti trovare una chiave liberatoria, un rifiuto che ha effetti molto positivi anche sulla salute.

MANTRA DEL GIORNO

Definire i limiti trasmette calma.

© SERVIZIO MEDIA ROSSANA SPA

L'oroscopo a pag. 29

\* Tardem con altri quotidiani (non disponibili separatamente): nella provincia di Mestre-Lecce, Brindisi e Taranto, Il Messaggero • Nuovi Quotidiani di Pavia € 1,20; la domenica su Fotomontato € 1,40; in Abruzzo, Il Messaggero • Giornale dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, Il Messaggero • Pagine Pagine • Roma € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero • Nuovi Quotidiani di Pavia • Giornale dello Sport Stadio € 1,50; "Roma strepita" • € 0,90 (solo Roma)

Mercoledì 30 ottobre 2024 ANNO LVIII n° 258 1,50 € San Marcialino di Siracusa

Avvenire



Editoriale LE DUE AMERICHE CHE NON SI PARLANO

A una settimana dal voto USA... LE DUE AMERICHE CHE NON SI PARLANO

IL FATTO I giudici chiedono chiarimenti: «Con questi criteri priva di pericoli anche la Germania nazista» Ritorno alla Corte

Il Tribunale di Bologna rimanda alla magistratura europea il decreto sui Paesi sicuri. La premier in Libia per stringere i rapporti con Tripoli. Riprenderanno anche i voli It



Prato, gli sfruttati ora denunciano

Produzione, ma anche logistica e distribuzione. Lo sfruttamento, nel distretto tessile di Prato, ha tanti i luoghi di riferimento e una sola vittima: i lavoratori stranieri.

IGOR TRABONI Il decreto legge sui "Paesi sicuri" sarà esaminato dalla Corte di Giustizia dell'Ue.

Editoriale Appoggio russo agli houthi in Yemen I NUOVI EQUILIBRI NEL MAR ROSSO

ELLE TANTE DINAMICHE CHE... I NUOVI EQUILIBRI NEL MAR ROSSO

RAPPORTO O'Malley: no agli errori del passato Il Vaticano: sugli abusi più verità e riparazioni «Bene la Chiesa italiana»

La Chiesa, a tutti i livelli, è sempre più determinata a portare luce nelle tenebre della terribile piaga degli abusi.

POLITICA Anche una parte dei moderati di sinistra ha votato per Bucchi presidente 5s, in crisi pure la costituente Schlein: tregua fino alle urne

Il risultato del voto ligure, con la vittoria di misura di Bucchi (centrodestra), scuote e interroga i partiti della parte sconfitta.

SOLDATI UNIFIL FERITI Altra strage a Gaza Razzi di Hezbollah

PRESIDENZIALI STATI UNITI Tra voto di genere e dubbi dei latinos

Smemorie Alberto Caprotti La fiamma di Ali

Agorà NOVITÀ Dilexit 1005 La nuova enciclica di Papa Francesco

Intervista al ministro della Salute

# Schillaci “Assumeremo 10 mila infermieri indiani per coprire gli organici Più soldi ai medici”

di Michele Bocci

**ROMA** – Diecimila infermieri dall'India per rinforzare gli ospedali, l'impegno per indirizzare i giovani verso le specialità mediche in crisi. Per il ministro della Salute Orazio Schillaci la sanità italiana investirà sui professionisti dal 2025, ma intanto bisogna lavorare sulla prevenzione e contro le liste di attesa. Le Regioni, dice, devono ancora usare 200 milioni stanziati negli anni scorsi per abbattere i tempi di visite ed esami.

**Ministro, giorni fa ha parlato di un incremento del fondo sanitario di 4 miliardi. Alla fine sono solo 2,4, non è deluso dalla manovra?**

«Bisogna fare i conti con quello che c'è, seriamente. Per il 2026 avremo maggiori stanziamenti, cioè 5,1 miliardi in più».

**Rispetto al 2025 in realtà saranno circa 3,5 in più.**

«No, saranno 5 miliardi e comunque spero si possano aggiungere fondi, come avvenuto quest'anno. L'obiettivo è portare a casa qualcosa di buono per il personale».

**Prima della manovra ha annunciato un piano assunzioni per il 2025.**

«Avevo parlato di piano pluriennale. Del resto, le Regioni ci devono ancora mandare il loro di piano triennale di assunzioni previsto dal decreto sulle liste di attesa. Ci devono ancora dire di quante risorse hanno bisogno».

**La manovra pensata per i professionisti evidentemente non è stata efficace, visto che medici e infermieri scioperano. Come mai?**

«Quest'anno c'è stato un grande

impegno del governo sul cuneo fiscale, che si prende 17,3 miliardi. Come ha detto il ministro Giorgetti, il resto è stato dato alla sanità. Dobbiamo prendere nuovi medici e infermieri e anche pagare meglio. Lo faremo in un piano pluriennale. Comunque, alcune novità ci sono già. Gli infermieri avranno una nuova indennità di specificità».

**A parte che ancora non ci sono, i soldi basteranno a risolvere la crisi di certe specialità mediche?**

«Il modello della sanità va cambiato. Bisogna far capire che ci sono discipline affascinanti, come l'anatomia patologica e la radioterapia, sempre più centrali per la cura del tumore, ma poco richieste. I giovani vanno incentivati permettendo loro di fare carriera, eliminando i problemi burocratici, facendoli lavorare davvero. Ci sono chirurghi che iniziano ad operare in piena autonomia a 40 anni».

**La crisi degli organici riguarda anche gli infermieri. Vanno avanti i progetti per reperirli all'estero?**

«Al recente G7 della Salute ho parlato con la viceministra indiana. Nel suo Paese ci sono ben 3,3 milioni di infermieri, tantissimi. Vogliamo portarne qua, intanto, circa 10 mila. L'idea è di farli reclutare direttamente dalle Regioni e qualcuno si sta già muovendo per metterli in corsia, ad esempio la Campania. Noi facciamo da un tramite, magari per verificare con le autorità consolari l'effettiva conoscenza della nostra lingua di chi vuole lavorare in Italia. Sulla

formazione professionale non ci sono problemi, in India è buona. Da noi mancano 30 mila infermieri e siamo tra gli Stati che li pagano peggio. Vanno rivalutati gli stipendi e date nuove mansioni».

**Gli incrementi del fondo sanitario serviranno soprattutto per i lavoratori ma la spesa farmaceutica cresce del 10-15% l'anno, cioè 2-3 miliardi, e rischia di “mangiarsi” tutti gli aumenti. Come si controlla?**

«La crescita deriva soprattutto dai costi dei nuovi farmaci, che curano sempre meglio malattie gravi. Il nostro è un sistema universalistico, praticamente senza paragoni in Europa salvo l'Inghilterra, e queste terapie le diamo a tutti. Io non voglio privatizzare niente e anzi difendo l'articolo 32 della Costituzione. Dobbiamo fare un patto sulla salute, mettendo al centro la prevenzione. Se vogliamo che il sistema resti gratuito e continui a garantire questi farmaci, dobbiamo fare in modo che si ammalino meno persone evitando le malattie che si possono prevenire. Le risorse per la sanità non saranno mai infinite».

**Anche le Regioni si lamentano per la manovra e chiedono soldi per le liste di attesa. Avete fatto un decreto praticamente senza risorse.**

«La Regioni non hanno ancora esaurito il miliardo stanziato negli



anni scorsi per abbattere i tempi di attesa. Ci sono 200 milioni non utilizzati. Siamo disposti a dare nuove risorse, ma intanto usino quelle. E comunque, abbiamo previsto premi per chi raggiunge buoni risultati. Nel recente report di Cittadinanzattiva si vede che il mancato accesso alle cure è legato alle liste di attesa lunghe non al fatto che gli italiani sono più poveri. Si va nel privato perché le liste pubbliche sono lunghe o chiuse. Così solo chi ha i soldi può andare a farsi visitare. Per questo alziamo il tetto di spesa per i privati convenzionati, dove i cittadini vanno gratis. Sto da sempre dalla parte dei più deboli. Da quella degli

indiani, non dei cowboy».

**L'Europa dice che l'Italia è tra i Paesi dove le coperture del vaccino influenzale sono più basse. Sarà perché il governo talvolta appare poco convinto della vaccinazione?**

«L'Italia non ha mai brillato per l'adesione alle vaccinazioni. Siamo facendo una nuova campagna di informazione sull'influenza, speriamo nell'adesione di anziani e fragili. Sono il primo a chiedere a questi cittadini di proteggersi, anche perché quest'anno ci aspettiamo un'influenza aggressiva».

*Sulle liste d'attesa  
siamo disposti a dare  
nuove risorse  
ma intanto le Regioni  
devono utilizzare quei  
200 milioni che non  
hanno ancora speso*



**ORAZIO  
SCHILLACI**  
MINISTRO  
DELLA SALUTE



# I migliori ospedali d'Italia? Humanitas, Ancona e Careggi

VITO SALINARO

«**L**ivelli altissimi» che confermano l'«eccellenza» dei servizi erogati in ben 7 delle 8 aree cliniche valutate. E così l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, alle porte di Milano, si conferma, per il terzo anno consecutivo, «migliore ospedale d'Italia». La pergamena, come avviene ogni anno, è firmata dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che, su mandato del ministero della Salute, realizza il Programma nazionale Esiti (Pne) che investe 1.363 ospedali pubblici e privati. Sul podio, subito dopo il nosocomio privato lombardo, ci sono due strutture pubbliche: l'Azienda ospedaliera di Ancona che, come ha spiegato il direttore di Agenas, Domenico Mantoan, «era nei primi posti anche lo scorso anno», e che «ha fatto un notevole balzo in avanti in tutte le aree»; e l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze, «che ha fatto grandi investimenti e si vedono».

Il Pne fa riferimento all'attività assistenziale effettuata dagli ospedali italiani nel 2023, e a quella del periodo 2015-2023. A dimostrazione del metodo rigoroso di valutazione adottato, ha evidenziato l'Agenas, sono stati calcolati complessivamente «205 indicatori, di cui 180 relativi all'assistenza ospedaliera, e 25 sull'assistenza territoriale».

In totale sono undici gli ospedali considerati «top» e si trovano quasi tutti al Centro-Nord (quattro in Lombardia, uno rispettivamente in Toscana, Mar-

che, Veneto, Piemonte, Abruzzo, Emilia-Romagna e Sicilia): oltre ai primi tre già menzionati, si tratta dell'ospedale Maggiore di Lodi, della Casa di cura Mater Domini a Castellanza (Va), dell'ospedale Borgo Roma di Verona, il presidio sanitario Gradenigo a Torino, l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, la Casa di cura Villa Serena di Città Sant'Angelo (Pe), l'ospedale Bellaria di Bologna e la Casa di cure Orestano a Palermo. Il report Agenas ha valutato le performance di ospedali pubblici e privati, in otto aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, nefrologia, gravidanza e parto, osteomuscolare. Ma solo pochi ospedali presentano eccellenze in tutte e otto le branche. Nei primi 11 posti rientrano quelle strutture che raggiungono l'eccellenza perché valutate in almeno quattro aree e risultate eccellenti in tutte e quattro.

«Il sistema del Pne - ha quindi riferito Mantoan - è unico al mondo e produce dati non contestabili. Andiamo a vedere il comportamento dei professionisti e, mettendo insieme i dati, riusciamo a definire il comportamento delle singole aziende. Nel 2023 il sistema è ripartito dopo l'emergenza pandemica. Ci sono eccellenze al Nord, ma iniziano ad esserci anche al Sud e il divario si sta riducendo. Per la prima volta la Calabria che per anni è stata maglia nera dei Lea (livelli essenziali di assistenza, ndr) non lo è più», e ha fatto un «notevole balzo in avanti con reparti» che offrono «situazioni di buona sanità. Merito del commissario Roberto Occhiuto. Anche la Sicilia ha fatto un buon balzo in avanti». Ma quello delle due - o più - Italie della

sanità è un problema che resta sul tappeto: perché se «la qualità dell'assistenza ospedaliera migliora», ha osservato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, e se dai dati «emerge una sanità in recupero rispetto ai volumi pre-pandemici», è anche vero che non si può negare «la persistente disomogeneità tra Nord e Sud, che è un fattore particolarmente critico: penso al ricorso ancora troppo alto di parti cesarei nel Mezzogiorno, che si fa più importante nel privato accreditato. Su questi gap dobbiamo continuare a lavorare perché queste fratture territoriali persistenti sono contrarie al concetto di equità». Schillaci è tornato a parlare anche del Fondo sanitario nazionale: «Anche in questa manovra aumenta e nel 2026 toccherà la cifra record di 140 miliardi. Ma le risorse vanno utilizzate in maniera efficiente, anzi vanno in primo luogo spese nell'interesse dei cittadini». E «per questa manovra la nostra priorità rimane il personale sanitario; gran parte delle misure saranno dedicate a rendere più attrattivo lavorare nella sanità pubblica».

## LA CLASSIFICA

Il report dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali: 11 quelli al top, quasi tutti al Centro-Nord. Esaminate quasi 1.400 strutture pubbliche e private. Migliorano Sicilia e Calabria. Ma Schillaci: resta il divario Nord-Sud



L'Istituto clinico Humanitas di Rozzano, alle porte di Milano



**L'ALLARME SANITÀ**

**La brutta pagella Capitale  
Bocciati gli ospedali pubblici  
In Puglia il «caso ambulanze»**

a pagina 10

**LE PAGELLE DEL MINISTERO**

# Ospedali sotto esame Le strutture del Lazio fuori dalla «top 5» Ancora troppi cesarei

*Lo stato di salute dei nosocomi italiani nel rapporto Agenas  
Valutate sette aree cliniche principali. Aumentano le eccellenze*

**ANTONIO SBRAGA**

••• Sono tornate ad aumentare le ospedalizzazioni in Italia: 312 mila in più nel giro di un anno, portando la cifra totale a quasi otto milioni nel 2023. Sono cresciuti anche gli ospedali con livelli di eccellenza per almeno il 50% dell'attività svolta: + 33% rispetto al 26% del 2022. Restano però le criticità del divario Nord-Sud e anche in Centro: gli ospedali del Lazio, ad esempio, non figurano nella «top 5» delle strutture d'eccellenza. A quantificarlo è il Programma Nazionale Esiti (Pne), sviluppato dall'agenzia Agenas del Ministero della Salute.

Una sorta di referto sullo stato di salute della sanità italiana e dei suoi 1.363 ospedali pubblici e privati, in base alle prestazioni erogate

te lo scorso anno e valutate sulla base di 205 indicatori. Sul podio l'azienda ospedaliera universitaria Careggi di Firenze, «valutata con qualità alta o molto alta in tutti e otto gli ambiti presenti nella struttura e per tutti gli indicatori calcolati». A seguire l'istituto lom-



bardo Humanitas di Rozzano e l'azienda delle Marche, ad Ancona.

Il Rapporto ha valutato le performance ospedaliere in sette aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, nefrologia, osteomuscolare, gravidanza e parto. In quest'ultimo ambito è stata registrata una progressiva riduzione del numero di ospedali che hanno raggiunto la soglia dei mille parti l'anno: sono stati 136 nel 2023. Però aumentano i punti nascita al di sotto dei 500 parti l'anno, considerato lo standard minimo di sicurezza: 137 nel 2023. I parti con cesareo sono stati pari al 22,7%, in lieve calo. Però in cinque Regioni è eccessivo il ricorso al taglio cesareo: «in Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Lombardia si contano ancora strutture con percentuali oltre il 40%».

Ma uno dei parametri più seguiti per valutare la qualità di assistenza è nell'area cardiovascolare. Ossia la tempestività di accesso (entro 90 minuti) all'angioplastica coronarica nei pazienti con infarto, che è aumentata dal 57% nel 2022 al 63% nel 2023. A guidare la classifica delle migliori performance è una struttura della Sicilia: l'ospedale Barone Romeo di Messina con il 90,33% dei casi trattati entro 90 minuti dal primo accesso, seguito dal Cuore Pasquinucci di Massa Carrara con l'85% e dal Presidio di Chiari a

Brescia con l'83,5% dei casi. Maglia nera invece a 14 ospedali con volumi superiori ai 100 casi trattati in un anno che non riescono a effettuare l'intervento entro i 90 minuti: tra questi il Giaccone di Palermo seguito, fra gli altri, anche dal Monaldi di Napoli e dal policlinico Umberto I di Roma. Però pure la tempestività d'accesso all'intervento chirurgico per la frattura del femore è un parametro importante: nel 2023 è aumentata lievemente la percentuale di pazienti over 65 anni operati entro le 48 ore. In media il 59%, contro il 53% del 2022 (ma oltre la metà delle strutture rimane ben al di sotto dello standard del 60%). Sono 14 le strutture migliori, sul podio l'ospedale di Monopoli, il Pertini di Roma e il San Giovanni di Dio di Agrigento. Maglie nere, invece, all'ospedale di Matera (tra i «risultati non accettabili» ci sono il Grassi di Ostia; Viterbo e Latina: «sotto il 20%: è grave»). Nel nosocomio pontino bollino rosso anche per la mortalità entro 30 giorni per l'ictus ischemico.



# Sanità, il Sud migliora eccellenze in Campania

►Rapporto Agenas: si riduce il divario con il Nord, più qualità Monaldi, Cardarelli e Ruggi al top. Ancora troppi parti cesarei

**Lorenzo Calò**

**S**i accorcia il divario tra le strutture ospedaliere del Nord e del Sud. Ma il Mezzogiorno migliora. Ed è la Campania a far registrare un balzo in avanti con alcune delle sue eccellenze: Monaldi, Cardarelli e Ruggi. Lo certifica il report con cui annualmente l'Agenzia nazio-

nale per i servizi sanitari regionali (Agenas) monitora le performance di ospedali pubblici e privati. «Iniziano a esserci eccellenze anche al Sud», sottolinea il direttore Mantoan. Restano ancora troppi i parti cesarei. *A pag. 2*

# Sanità, si riduce il divario Nord-Sud ospedali in trincea

►Il Rapporto Agenas: squilibri nell'assistenza in varie parti del Paese ma solo una struttura del Mezzogiorno (in Sicilia) entra nella top ten

## L'ANALISI

**Lorenzo Calò**

Il Sud offre livelli di assistenza sanitaria in media sufficienti, paga ancora il costo economico e sociale della mobilità passiva (verso le strutture sanitarie del Nord e dell'estero), migliora alcuni standard sulle tempistiche di intervento e, grazie alla Casa di cure Orestano di Palermo, piazza una struttura sanitaria assisten-

ziale nella top ten (in realtà sono undici per via di un ex aequo) dell'offerta di eccellenza nazionale. È in sintesi il quadro sullo stato di «salute» della sanità italiana analizzata su base regionale nel Rapporto Esiti pubblicato ieri da Agenas, l'Agenzia del ministero della Salute per i servizi regionali che tra circa un mese rinnoverà i vertici (attualmente l'ente è guidato dal presidente del cda facen-

te funzioni Manuela Lanzarin dopo la sospensione di Enrico Coscioni stabilita dal governo). Le strutture di eccellenza a livello nazionale sono undici e si trovano quasi tutte al Centro-Nord



(quattro in Lombardia, una rispettivamente in Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Abruzzo, Emilia-Romagna e Sicilia): si tratta dei migliori ospedali italiani, ovvero quelli che, secondo l'elaborazione di dati realizzata dai tecnici Agenas, presentano pieni voti in tutte le aree cliniche considerate. Guidano la classifica l'Humanitas di Rozzano, l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze, l'ospedale Umberto I Lancisi di Ancona. Poi, a seguire, l'ospedale Maggiore di Lodi, la casa di cura Mater Domini a Castellanza (Va), l'ospedale Borgo Roma di Verona, il presidio sanitario Gradenigo a Torino, l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, la casa di cura Villa Serena di Città Sant'Angelo (Pe), l'ospedale Bellaria di Bologna e, appunto, la Casa di cure Orestano a Palermo. Queste strutture raggiungono l'eccellenza valutata in tutte le aree di riferimento.

## LO SCENARIO

Dopo lo choc della pandemia, che aveva ridotto al minimo l'attività ospedaliera, tornano a salire i ricoveri in Italia. Nel 2023 sono stati quasi 8 milioni, ovvero 312mila in più rispetto al 2022, in linea con i valori pre Covid. Dal punto di vista delle prestazioni - evidenzia il rapporto - nella maggior parte degli ospedali «convivono aree di qualità alta o molto alta con aree di qualità bassa». Ancora per gli interventi oncologici resta una frammentazione in strutture con volumi di attività troppo bassi per garantire le migliori esperienze e tecnologie, in particolare per il tumore del pancreas. In questo specifico ambito gli ospedali che fanno almeno 50 interventi annui sono tutti nelle regioni del Centro-Nord. E lo stesso vale per l'area materno-infantile, con un punto nascita su tre che non supera la soglia di 500 parti l'anno, considerato lo standard minimo di sicurezza. Le differenze sulle prestazioni - altro elemento interessante portato in evidenza dallo studio - non riguardano tanto il divario Nord-Sud quanto invece presta-

zioni disomogenee e disallineate all'interno della stessa regione o in aree macro-regionali prese in esame. Insomma, l'eccellenza c'è ma è a macchia di leopardo e non è automatico che esista solo al Nord. Inizia a esserci anche al Sud e il «divario» si sta riducendo: per la prima volta la Calabria, ad esempio, che per anni è stata maglia nera dei Lea oggi non lo è più e ha compiuto un notevole balzo in avanti con reparti con situazioni di buona sanità. Inoltre, nell'angioplastica coronarica a capitanare la classifica totale delle strutture con le migliori performance è una struttura della Sicilia: il presidio ospedaliero Barone Romeo di Messina con il 90,33% dei casi trattati entro 90 minuti dal primo accesso. Di più: rispetto al precedente rapporto, fra gli ospedali che in seguito all'audit sulle prestazioni hanno fatto registrare un ampio progresso (da performance molto basse a performance molto alte) si segnala l'ospedale civile Villa d'Agri di Marsicovetere (Potenza). «L'obiettivo - spiega Domenico Mantoan, direttore generale Agenas - non è dare premi o penalità ma spingere verso il miglioramento dell'assistenza». Migliorano il livello di assistenza - per restare al Sud - anche il presidio sanitario di Paola e il Mater Domini di Catanzaro in Calabria mentre in Sicilia bene il Giovanni Paolo II di Agrigento, il Sant'Antonio Abate di Trapani e il Civico di Palermo.

## CAMPANIA

Luci e ombre per i servizi sanitari monitorati in Campania: livello di assistenza in media considerato buono con alcune punte di eccellenza (Monaldi, Cardarelli, in parte il Ruggi) ma con un dato ancora molto penalizzante sulla mobilità passiva (i viaggi della speranza per curarsi in altre regioni o all'estero) e un «richiamo» sull'ancora elevato ricorso ai tagli cesarei in strutture pubbliche, fenomeno questo - chiarisce il rapporto - ancora piuttosto

diffuso nel Mezzogiorno: «Persiste una marcata diversità tra regioni: gran parte di quelle del Sud ha fatto registrare nel 2023 valori di cesarei superiori al dato nazionale con strutture che superano il 40% in Campania, Sicilia, Puglia, Lazio». In regione è molto alta l'incidenza di morte per ictus ischemico (seconda in Italia dopo la Basilicata) e resta d'altro canto elevato il numero dei ricoveri ospedalieri per infarto acuto del miocardio (con un tasso di mortalità secondo solo alla Sardegna). Quanto alle performance, sull'angioplastica coronarica (entro 90 minuti dall'accesso del paziente con infarto) si registra il risultato top dell'ospedale di Ebooli SS Addolorata mentre l'ospedale di Giugliano, il Monaldi di Napoli e il Ruggi di Salerno si segnalano per essere tra gli ospedali con volumi superiori ai 100 casi trattati in un anno ma che non riescono ad assicurare la Ptca entro i 90 minuti dal primo accesso. Il Ruggi però si impone nell'area clinica by-pass. Fra quelli che hanno fatto registrare i maggiori progressi negli standard qualitativi spiccano il Moscati di Avellino, l'ospedale di Nola e il Cardarelli. Sulla frattura del collo del femore molto bene il Ruggi di Salerno, performance in crescita rispetto alla criticità rilevate nella precedente valutazione per il San Leonardo di Castellammare di Stabia. Migliora infine l'appropriatezza dei ricoveri, segno che il rapporto tra medicina territoriale e assistenza ospedaliera sta gradatamente portando a una gestione virtuosa del paziente e delle emergenze.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**MIGLIORANO  
GLI STANDARD  
IN PUGLIA E CALABRIA  
«PESANO» IN CAMPANIA  
LA MOBILITÀ PASSIVA  
E I TROPPI CESAREI**



**IN CORSIA - Il Rapporto  
Agenas-Esiti evidenzia  
eccellenze e criticità a  
macchia di leopardo, non  
per il divario Nord-Sud**



29 ott  
2024

DAL GOVERNO

S  
24

## Piano nazionale esiti/ Mantoan: Cure ospedaliere tornate ai livelli pre Covid. Agenas premia l'Humanitas di Rozzano e nel Ssn sono ex aequo le Aou delle Marche e Careggi

di B. Gob.

Sono l'Humanitas di Rozzano per la categoria degli ospedali privati ed ex aequo - per le strutture pubbliche - l'Azienda ospedaliera universitaria delle Marche e l'Aou Careggi di Firenze, i "premiati" da Agenas per aver centrato tutte le otto voci del "treemap" sulle diverse aree cliniche costruito nell'ambito del Piano nazionale esiti che ha passato in rassegna l'attività di quasi 1.400 ospedali pubblici e privati. Nel complesso, nel 2023 il sistema ospedaliero ha fatto registrare un ulteriore aumento delle ospedalizzazioni, che tornano a essere quasi 8 milioni (312mila in più rispetto al 2022), in linea con i valori attesi sulla base del trend pre pandemico, sia per i ricoveri urgenti sia per quelli programmati e diurni. Nel complesso, nel 2023 il sistema ospedaliero ha fatto registrare un ulteriore aumento delle ospedalizzazioni, che tornano a essere quasi 8 milioni (312mila in più rispetto al 2022), in linea con i valori attesi sulla base del trend pre pandemico, sia per i ricoveri urgenti sia per quelli programmati e diurni. «Oggi il Piano nazionale esiti è diventato un patrimonio unico



dell'Italia per la quantità e la solidità dei dati - ha dichiarato il Dg Agenas Domenico Mantoan - e l'ultima edizione ci consente di dire che ci siamo lasciati alle spalle il periodo del Covid. Il sistema sanitario ha ripreso a macinare attività tornando ai livelli del 2019, migliorando anche gli esiti oltre ai volumi di attività. Inoltre - ha proseguito Mantoan - è diminuito il gradino tra Nord e Sud del Paese. Da migliorare sicuramente sono le reti tempo-dipendenti fondamentali per curare l'ictus e l'infarto e per la traumatologia e di questo il comitato Livelli essenziali di assistenza e il 'tavolo degli adempimenti' quando valutano le regioni dovrebbero tenere conto. Un dato positivo - ha aggiunto - è l'aumento dell'attività chirurgica oncologica e in particolare su tumore del colon e della mammella e questo grazie all'effetto degli screening che ci consentono di trovare prima queste forme di tumore. I dati del Servizio sanitario nazionale che ne derivano sono straordinari». In risalita regioni storicamente 'maglia nera' come la Calabria: «sta presentando degli elementi di miglioramento evidenti - ha sottolineato Mantoan - così come Sicilia e Puglia hanno fatto un grande salto di qualità. Infine, il dato secondo cui il fatto di essere Regione autonoma non è sinonimo di efficienza in sanità».

### **L'ASSISTENZA OSPEDALIERA NEL 2023 Volume di attività: riallineamento dei ricoveri ai livelli pre pandemici**

Nel 2023 il sistema ospedaliero ha fatto registrare un ulteriore aumento delle ospedalizzazioni, che tornano a essere quasi 8 milioni (312mila in più rispetto al 2022), in linea con i valori attesi sulla base del trend pre pandemico, sia per i ricoveri urgenti sia per quelli programmati e diurni.

#### ***Area cardiovascolare***

Complessivamente aumenta dal 51% nel 2022 al 59% nel 2023 la percentuale di strutture con livelli di aderenza a standard di qualità alti o molto alti (valutazione mediante indicatori Pne treemap).

*Aumenta la tempestività di accesso (entro 90 minuti) all'angioplastica coronarica nei pazienti con infarto (Stem)*

□ La proporzione di Ptca effettuate entro 90' ha superato nel 2023 la soglia del 60% prevista dal Dm 70/2015, passando da un valore mediano del 57% nel 2022 al 63% nel 2023.

□ Le strutture ad alto volume ( $\geq 100$  ricoveri Stem/anno) che hanno garantito un tempestivo accesso alla Ptca a più del 85% dei pazienti Stemi sono: PO Barone Romeo di Patti (ME), Ospedale di Treviso, Ospedale del Cuore G. Pasquinucci (MS).

□ 35 strutture tra quelle ad alto volume hanno mostrato valori uguali o superiori alla soglia del Dm 70/2015 nel 2023 e nei 3 anni precedenti: Nord (n=17): Ospedale Maria Vittoria (TO), Ospedale Santa Croce (TO), Ospedale degli Infermi (BI), Ospedale Sondrio (SO), Ospedale Bolognini (BG), PO di Chiari (BS), Fondazione Poliambulanza (BS), Ospedale C. Poma (MN),

Ospedale Centrale di Bolzano, PO S. Chiara (TN), Ospedale Sant'Andrea (SP), Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi (BO), Ospedale Santa Maria delle Croci (RA), Ospedale Morgagni-Pierantoni (FC), Ospedale Infermi (RN), Nuovo Ospedale Civile S. Agostino – Este (MO), Azienda Ospedaliero-Universitaria (FE)Centro-Sud e Isole (n=18)Ospedale del Cuore G. Pasquinucci (MS), Ospedale San Giovanni Battista Foligno (PG), Stabilimento di Pesaro, Stabilimento di Macerata, Presidio Ospedaliero Nord (LT), Ospedale F. Spaziani (FR), Policlinico Casilino (RM), AOU Policlinico Tor Vergata (RM), PO Maria SS. Addolorata (SA), Casa di Cura Villa Verde Srl (TA), Casa di Cura Città di Lecce, AOU Mater Domini (CZ), PO S. Giovanni di Dio (AG), PO Giovanni Paolo II (AG), PO Barone-Romeo Patti (ME), PO S. Antonio Abate (TP), Ospedale Civico di Palermo, Policlinico Monserrato (CA).

□21 strutture ad alto volume che nel triennio precedente non avevano raggiunto la soglia del DM 70/2015 e nel 2023 hanno migliorato il loro risultato, raggiungendo o superando tale soglia. Sono:Nord (n=10):AO S. Croce e Carle (CN), PO Riunito Sede di Ciriè (TO), Ospedale di Circolo (VA), Ospedale S. Anna (CO), Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori (MB), Ospedale di Mirano (VE), Azienda Ospedale - Università Padova, AOUI Verona Borgo Trento, Ospedale di Conegliano (TV), Ospedale di VicenzaCentro-Sud e Isole (n=11)Ospedale San Jacopo (PT), Ospedale S. Giuseppe (FI), AO San Camillo-Forlanini (RM), Policlinico Universitario A. Gemelli (RM), Azienda Ospedaliera S. G. Moscati (AV), Azienda Ospedaliera A. Cardarelli (NA), Casa di Cura Villa Dei Fiori Srl (NA), Ospedali Riuniti Area Nolana Plesso Nola (NA), Ospedali Riuniti di Foggia, Ospedale Andria (BT), POV Cervello (PA).

*ByPass Aorto-coronarico (Bac): in recupero i ricoveri, migliora la concentrazione della casistica*

□Relativamente al numero di ricoveri per Bac isolato (ossia non associato ad altri interventi cardiocirurgici), nel 2023 si è ulteriormente attenuato il gap rispetto al periodo prepandemico: -5,5%, pari a circa 750 ricoveri in meno.

□Sul versante della concentrazione della casistica, si è osservato nel 2023 per Bac isolato un aumento delle cardiocirurgie con volumi uguali o superiori alla soglia del DM 70/2015: 18 strutture contro le 11 del 2022, con un valore corrispondente di casistica trattata pari al 35% del volume complessivo (era 24% nel 2022). Policlinico Universitario A. Gemelli (RM), A.O. OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona (SA), Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche (AN), Villa Maria Cecilia Hospital (RA), P.O. Clini-cizz. SS. Annunziata (CH), Ospedale del Cuore G. Pasquinucci (MC), A.O.U. Mater Domini (CZ), Az. Ospedaliero - Universitaria Careggi (FI), Ospedale di Treviso, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea (RM), Policl. Univ. Campus Bio Medico (RM), Casa di Cura Montevergine (AV), Ospedale di Mestre (VE), Hesperia Hospital Modena Srl (MO), Presidio Osp. Cattinara e Maggiore (TS), Azienda Ospedaliero-Universitaria (PA), Ospedale Civile di Legnano (MI),

Presidio Ospedaliero Gaspare Rodolico (CT)

▣ Se si considerano tutti gli interventi di Bac (non solo quelli isolati), il numero di strutture sopra soglia nel 2023 sale a 38, con un valore corrispondente di casistica intorno al 60% del volume complessivo.

### **Chirurgia oncologica**

*Tumore maligno della mammella: 77% degli interventi in strutture oltre la soglia del Dm 70/2015*

▣ Nel 2023, 66.532 ricoveri per intervento su tumore maligno della mammella (2.500 in più rispetto al 2022).

▣ Le strutture con volume di attività uguale o superiore a 150 interventi/anno sono risultate 168 (erano 165 nel 2022), per un valore corrispondente di casistica pari all'85% (era 84% nel 2022).

▣ Nonostante il quadro positivo, persiste ancora nel 2023 un numero consistente di strutture (201 in totale) con casistiche pari o inferiori a 50 interventi/anno.

*Tumore maligno del colon: migliora la concentrazione della casistica ma con margini di miglioramento*

▣ Nel 2023, 26.154 interventi per tumore maligno del colon.

▣ 183 strutture in Italia presentano volumi di attività uguali o superiori a 50 interventi l'anno, per un valore corrispondente di casistica pari al 66%.

▣ Il 28% della casistica è trattato in strutture con volumi bassi o molto bassi (<45 int/anno).

*Tumore maligno della prostata*

▣ Nel 2023, 23.650 interventi per tumore maligno della prostata.

▣ 143 strutture in Italia presentano volumi di attività uguali o superiori a 50 interventi annui, per un valore corrispondente di casistica pari all'80%.

▣ Il 16% della casistica è trattato in strutture con volumi bassi o molto bassi (<45 int/anno).

*Tumore maligno del polmone*

▣ Nel 2023, 14.336 interventi per tumore maligno del polmone.

▣ 50 strutture in Italia presentavano volumi di attività uguali o superiori a 96 interventi annui, per un valore corrispondente di casistica pari al 74%.

▣ Il 20% della casistica è trattato in strutture con volumi bassi o molto bassi (<45 int/anno).

*Tumore maligno del pancreas:*

▣ Nel 2023, 3.053 interventi per tumore maligno del pancreas.

▣ Grande frammentazione della casistica in strutture caratterizzate da volumi bassi o molto bassi, a fronte dell'elevata complessità dell'intervento chirurgico per il quale si richiede grande expertise. Solo 10 strutture in Italia presentano volumi di attività uguali o superiori a 50 interventi annui, per un valore corrispondente di casistica pari al 45%: AOU Verona Borgo Roma, IRCCS S. Raffaele (MI), Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, IRCCS Humanitas (MI), Casa di Cura Pederzoli (VR), Policlinico Universitario A.

Gemelli (RM), IRCCS Policlinico S. Orsola (BO), Azienda Ospedale Università Padova, Ospedale Ca' Granda-Niguarda (MI).

Il 42% della casistica è trattato in strutture con volumi bassi o molto bassi (<45 int/anno).

### **Area perinatale**

#### *Numero di parti in diminuzione*

Il numero di parti continua a diminuire nel post-pandemia, seppur in misura minore rispetto al trend prepandemico: 381.766 parti nel 2023, 11.700 meno del 2022.

#### *Un terzo dei punti nascita sotto il limite dei 500 parti l'anno*

Per quanto riguarda la concentrazione dei parti, nel 2023 si è registrato leggero peggioramento rispetto agli anni precedenti con una progressiva riduzione del numero di strutture che hanno raggiunto la soglia dei 1.000 parti/anno (136 nel 2023, per un valore corrispondente di casistica pari al 62%).

Aumentano i punti nascita al di sotto dei 500 parti/anno (137 nel 2023, in cui si concentra l'8% del totale dei parti).

#### *Diminuisce ma lentamente la percentuale parti con taglio cesareo*

Con riferimento ai parti con TC primario, si registra una proporzione pari al 22,7%, in lieve calo dopo la battuta d'arresto nel trend di decrescita osservata nel 2022 (23,1%).

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda l'analisi per dimensione dei punti nascita e per comparto (pubblico e privato), da cui emerge un minore ricorso al TC nelle strutture pubbliche (con una differenza rispetto al privato del 10%) e un gradiente inverso per volume di parti.

Persiste una marcata eterogeneità inter-regionale, con uno spiccato gradiente geografico: gran parte delle regioni del Sud ha fatto registrare nel 2023 valori mediani di TC superiori al dato nazionale. Si registra anche una spiccata variabilità intra-regionale, con strutture che superano il 40% in Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Lombardia.

#### *In calo le episiotomie*

Il ricorso all'episiotomia è costantemente diminuito nel corso degli anni, passando dal 24% nel 2015 all'11% nel 2023. Persiste una marcata disomogeneità sul territorio, con valori tendenzialmente più elevati nell'Italia meridionale.

### **Area muscolo-scheletrica**

*Frattura del collo del femore: migliora la proporzione di pazienti ≥65 anni entro le 48 ore ma gran parte delle strutture rimane sotto la soglia del 60%*

Nel 2023, la proporzione mediana di pazienti di età ≥65 anni operati tempestivamente è aumentata rispetto all'anno precedente, arrivando quasi alla soglia del DM 70/2015: 59% rispetto al 53% nel 2022.

Per quanto riguarda la variabilità territoriali, molte regioni mostrano valori mediani molto bassi e la quasi totalità delle strutture si colloca al di sotto

della soglia del 60% (in particolare in Calabria, Liguria, Basilicata, Umbria, Molise e Sardegna).

□ Nel 2023 le strutture che hanno garantito un tempestivo accesso all'intervento chirurgico per frattura di femore, almeno 100 casi trattati e più del 95% dei pazienti operati entro 48 ore, sono: PO Umberto I (SR), Ospedale Monopoli (BA), Ospedale Sandro Pertini (RM), PO S. Giovanni di Dio (AG), Humanitas Gavazzeni (BG).

□ Delle 69 strutture a più alto volume ( $\geq 100$  ricoveri/anno), 14 hanno raggiunto o superato la proporzione del 75% di interventi effettuati entro le 48 ore nel 2023 e anche nei 3 anni precedenti: Policlinico San Donato (MI), Ospedale di Portogruaro (VE), Ospedale di San Donà di Piave (VE), Ospedale di Feltre (BL), Ospedale Versilia (LU), Ospedale Sandro Pertini (RM), Ospedale San Paolo di Civitavecchia (RM), AO San Camillo-Forlanini (RM), Stabilimento di Jesi (AN), IRCCS Ospedale di Venere (BA), Ospedale di Monopoli (BA), Ospedale Guzzardi (RG), PO S. Giovanni di Dio (AG), PO Trigona (SR).

□ 10 strutture ad alto volume che nel triennio precedente non avevano raggiunto la soglia del DM 70/2015 e nel 2023 hanno migliorato il loro risultato, raggiungendo o superando il 75%: Stabilimento Ospedaliero Castelli (VB), Ospedale degli Infermi (BI), Casa di Cura Mater Domini (VA), Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi (BO), Ospedale L. Parodi Delfino Colleferro (RM), Presidio San Filippo Neri (RM), Policlinico Umberto I (RM), Casa di Cura Pineta Grande (CE), S. Leonardo (NA), Ospedale Paola (CS).

## **Chirurgia generale**

### *Colecistectomia laparoscopica*

□ Nel 2023 aumentano i ricoveri per colecistectomia laparoscopica: 101.700 interventi, 9mila in più del 2022.

□ Aumenta anche la proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: dall'86% nel 2022 all'88% del 2023; si è inoltre ridotta la variabilità tra le strutture sul territorio nazionale, segno di un miglioramento diffuso dei livelli di sicurezza dell'assistenza.

□ In merito ai ricoveri in day-surgery (inclusi quelli con un pernottamento), particolarmente penalizzati nel periodo pandemico, si segnala una forte ripresa degli interventi nel 2023: 5.000 in più rispetto al 2022. Tale dato sembra indicare una capacità ritrovata del sistema di riorientare la ripresa delle attività dopo la pandemia verso modalità alternative al ricovero ordinario, che in epoca precedente avevano contrassegnato lo sforzo di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

## **Il treemap come strumento per le attività di audit - La fotografia**

Il treemap permette di restituire una rappresentazione grafica sintetica della qualità delle cure, attraverso gli indicatori relativi a 8 diverse aree cliniche.

- Nel 2023, vengono valutate con il treemap il 70% delle strutture rispetto al

66% del 2022. Circa un terzo delle strutture è stato valutato solo per una o due aree cliniche. Le strutture non valutate con il treemap sono strutture con volumi complessivi molto bassi (in media circa 500 ricoveri).

- Delle 950 strutture valutate col treemap, 356 sono valutate per almeno 6 aree cliniche e di queste solo 3 hanno una valutazione di qualità alta o molto alta per tutte le aree cliniche considerate e hanno tutti gli indicatori calcolati per le aree valutate.

- Nessuna struttura con almeno 6 aree valutate e tutti gli indicatori calcolati per quelle aree ha una valutazione di qualità bassa o molto bassa per tutte le aree cliniche considerate.

- Nella stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere convivono aree di qualità alta o molto alta con aree di qualità di livello basso o molto basso.

### ***L'Audit per il miglioramento della qualità***

Il treemap rappresenta uno strumento operativo - rilevano da Agenas - per identificare aree critiche rispetto alle quali avviare un percorso di audit sulla qualità dei dati e sul percorso clinico organizzativo. Il numero complessivo di audit è pari a 404 distribuiti in 239 strutture, prevalentemente concentrati nelle aree cliniche "Gravidanza e Parto" (soprattutto in relazione ai parti vaginiali dopo TC e alle episiotomie nei parti vaginali), "Cardiocircolatorio" e "Osteomuscolare" (relativamente alla tempestività degli interventi dopo frattura del femore nei pazienti di età  $\geq 65$  anni).

Rispetto alle strutture segnalate lo scorso anno per l'audit, si evidenzia che nella presente Edizione 62 hanno superato le criticità precedentemente evidenziate. In particolare, 7 strutture sono passate da un livello molto basso di aderenza a standard di qualità a un livello alto o molto alto: Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi (BO), Azienda Ospedale Università di Padova, Ospedale Di Circolo S. L. Mandic - Merate (LC), Casa di Cura I.N.I. Srl – Grottaferrata (RM), Ospedale Mons. R. Di Miccoli (BT), Ospedale della Valdinievole di Pescia (PT), Ospedale Civile Villa d'agri Marsicovetere (PZ)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Come salvare il nostro Servizio sanitario nazionale

**P**er tanti politici, addetti ai lavori e giornalisti la sanità è diventata una "bella palestra" per fare audience e cercare di guadagnare consensi, ma di tutela della salute e della presa in carico delle persone ne sento poco parlare. Nei talk show aumentano i sostenitori di tre argomenti fondamentali: sanità, scuola e trasporti pubblici locali, limitandosi però a chiedere sempre maggiori somme e finanziamenti al Governo. Dimenticandosi sempre di quanto loro hanno fatto, invece, per rendere esigibile il diritto alla salute negli anni in cui tutti hanno governato. Per quanto riguarda la crisi della sanità, nessun leader politico, nessun presidente di regione e nessuna alta dirigenza può chiamarsi fuori dalle sue responsabilità. Come hanno fatto a non vedere e non sapere quello che tutti i cittadini italiani vedono e provano sulla propria pelle da anni? Dove erano? E, conoscendo la macchina "sanità", mi permetto anche di sottolineare la loro incapacità di fare un minimo di autocritica, magari chiedendo scusa agli italiani per la procurata disorganizzazione e per gli errori di programmazione. Grazie al dolce far niente di tanti governi precedenti, piano piano, gli interessi di piccoli e grandi gruppi privati hanno invaso, senza regole, il Ssn pubblico così da contaminare ed essere in grado, oggi, di condizionare pesantemente i diritti della collettività e del bene comune. Si sta perdendo la sanità pubblica e non intravedo ancora

una concreta volontà di impedirlo. Certamente scarseggiano le risorse - almeno 1 punto percentuale in meno di Pil nei confronti della media Ue che sono circa 20 miliardi di euro - ma quello che manca davvero, oggi, è una visione di riforma complessiva, quello che manca è la determinazione e la volontà "politica" per un cambiamento culturale e strutturale del nostro Ssn pubblico. Si continua ad agire con provvedimenti tampone, che cercano di far fronte alle emergenze del momento, che saranno sempre di più. Stiamo perdendo il diritto alla salute! Dal mio osservatorio privilegiato questo è molto evidente, non posso non vederlo. Le persone più fragili, quelle che non hanno soldi o polizze assicurative, rinunciano a curarsi. Sono 4,5 milioni.

E vogliamo fare una proposta, prima che sia troppo tardi: "al Governo... e alla sinistra... e alla destra... e al centro": sedetevi intorno ad un tavolo per provare a fare, insieme, un accordo bipartisan per il riordino del nostro Ssn pubblico, ripeto pubblico, e universale. E se per caso qualcuno non fosse disponibile o si tira indietro, oltre a fare sicuramente una brutta figura agli occhi di milioni di cittadini esasperati, e ne dovrà pagare le conseguenze con i propri elettori. Senza questo bagno di responsabilità e di umiltà comune continueremo ad assistere all'infinita serie di accuse reciproche che non portano da nessuna parte, e il tempo passa con il Ssn sempre più in crisi!

Il Ssn pubblico va rivisto per su-

perare i suoi limiti attuali e adeguarsi ai nuovi scenari italiani, che sono molto cambiati dopo 45 anni dalla sua nascita. La sanità non è né di destra, né di sinistra e né di centro. La sanità riguarda tutti. Occorre che Governo, sinistra, destra e centro si chiudano in una stanza e si concentrino su un accordo bipartisan per riorganizzare il nostro sistema sanitario e per migliorare la salute delle persone e delle piccole comunità. L'obiettivo è comune per tutti, non serve litigare: minori sprechi. buona salute per tutte le Regioni e per tutto il Paese, senza alcuna distinzione geografica.

Abbiamo la necessità di una grande rivoluzione culturale che cambi il paradigma della salute, e che riproponga al centro del Ssn pubblico la prevenzione e la medicina territoriale, che sono in palese conflitto di interesse con il mercato della medicina specialistica e ospedalocentrica, oggi preponderante. Un riordino culturale che cominci dalla persona, dal territorio, dalla prevenzione e dall'educazione sanitaria nelle scuole, e bene ha fatto questo Governo in questo senso se la proposta poi va in porto. Sostengo, da tempo, che in sanità servono più risorse ma i soldi da soli non bastano. E per



*riorganizzare il Ssn pubblico e migliorare la sanità in questo Paese sono necessari anche urgenti cambiamenti culturali e nuovi progetti. Insomma passare dal dire al fare.*

*È vero che il finanziamento del Ssn pubblico corrisponde al 6,2 % del Pil Italia - circa quel famoso punto meno di Pil della media dei Paesi Ue - ma il Fondo sanitario nazionale sarà incrementato di € 2.520 milioni (+1,9%), di cui € 1.302 milioni sono nuovi stanziamenti e € 1.218 milioni già assegnati dalla manovra precedente, per l'importo complessivo per il 2025 di 136,5 miliardi. Per gli anni successivi è previsto poi l'incremento di 5.078 milioni di euro per l'anno 2026 (fondo dovrebbe salire a 140,6 mld), 5.780 milioni di euro per l'anno 2027 (fondo a 141,3 mld), 6.663 milioni di euro per l'anno 2028 (fondo a 142,2 mld), 7.725 milioni di euro per l'anno 2029 (fondo a 143,2 mld) e 8.898 milioni di euro (fondo a 144,4 mld) annui a decorrere dall'anno 2030.*

*Una buona notizia, e forse il trend sta cambiando ma al Governo chiediamo uno sforzo*

*maggiore per salvare il Ssn che tutto il mondo ci invidia. Non possiamo perdere il nostro Ssn pubblico e universale. Mentre ci si continua ad accapigliare, si perde di vista il necessario riordino della sanità pubblica, indispensabile per dare efficienza al sistema e per utilizzare bene i soldi. E soprattutto si continua a rinviare, senza rispondere, ad aspettative e diritti dei cittadini di tutte le regioni del Paese, sud compreso.*

*La sanità non può essere sempre considerata solo un costo del bilancio statale: è invece un investimento importante per il futuro del Paese, in ricerca e posti di lavoro qualificato, in salute e benessere delle persone. Non è solo una questione di quante risorse ci mettiamo ma di benefici, di benessere, di felicità e di progetto Paese. Il nostro dovere di addetti ai lavori ci impone di fare chiarezza sui numeri che, in questo caso, sono semplici e da leggere: invitiamo quindi la politica a prendere in considerazione "concretamente" il diritto alla tutela della salute dei cittadini invece di continuare a litigare sulle cifre a beneficio di me-*

*dia e social.*

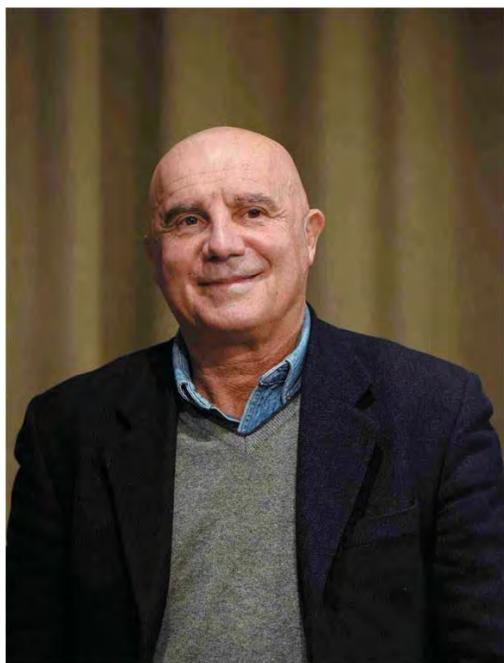
*Un po' più di serietà: la sanità non è né di destra, né di sinistra e né di centro, è di tutta la comunità e certamente un po' più di responsabilità da parte di tutti gli attori non guasterebbe. E voglio chiarire bene per non essere frainteso: il Servizio sanitario nazionale pubblico è un grande bene che non possiamo perdere, per noi e per chi verrà dopo di noi, perché non dobbiamo mai dimenticare che sono pochissime le persone che possono pagare centinaia di migliaia di euro per una chemioterapia antitumorale o pagare le spese di un trapianto cardiaco o di un intervento neurochirurgico.*

*Vogliamo continuare a parlare di numeri solo per dare spazio al teatrino della politica o vogliamo parlare di come dare concretezza al diritto alla tutela della Salute?*

*Chiediamo a tutta la politica, da destra a sinistra, meno polemiche e più concretezza!*

**Emilio Didonè**

Segretario generale  
Fnp Cisl pensionati



## Una professione che nasce da una vocazione da coltivare L'ETICA DEL SERVIZIO, NON IL MERCATO DEVE "GOVERNARE" LA MEDICINA



**SILVIO GARATTINI**

**I**l liceale che fa il concorso per entrare nella scuola di medicina dell'università ha veramente una vocazione? Sente questa formazione per realizzare la sua professione come un invito, una predisposizione, una passione? Nel concetto di vocazione c'è una componente religiosa che in qualche modo equipara il ruolo del sacerdote a quello del medico che si occupa della sofferenza del suo paziente mettendo a disposizione una competenza che deve essere associata all'assistenza, allo "stare vicino" che in qualche modo riflette la sollecitudine divina.

La vocazione del medico non può essere disgiunta da ciò che desidera l'ammalato. Papa Benedetto XVI diceva: «Il malato vuole essere guardato con benevolenza, non solo esaminato: vuole essere ascoltato, non solo sottoposto a diagnosi sofisticate; vuole percepire con sicurezza di essere nella mente e nel cuore del medico che lo cura». Nel discutere la vocazione del medico occorre anche ricordare che il suo ruolo è considerevolmente cambiato. La medicina era fondamentalmente paternalistica - "Me lo ha detto il medico e quindi va fatto" - ma è diventata oggi difensiva perché gli ammalati hanno a disposizione internet e avranno a disposizione molto presto l'Intelligenza artificiale. Oggi discutono con il medico, spesso pretendono ciò che ritengono sia meglio per la loro salute. Anche la medicina è cambiata perché non è più possibile che un medico faccia tutto da solo. La sua vocazione si deve integrare con la vocazione di altri medici perché la collaborazione è divenuta essenziale non solo negli ospedali ma, anche, nel territorio, dove è necessario attivare le "case di comunità" per garantire la disponibilità di un ambulatorio 7

giorni alla settimana per almeno 8 ore al giorno, cosa possibile se 20-30 medici lavorano insieme avendo a disposizione personale infermieristico e segretariale, nonché apparecchiature per analisi.

La vocazione è una scelta che deriva da un desiderio interiore, ma deve essere coltivata e liberata da legami e difficoltà. Ciò è purtroppo molto aleatorio perché l'ammissione alla scuola di medicina contempla prevalentemente domande su aspetti culturali e storici anziché basarsi sulle motivazioni, sull'etica e sugli aspetti empatici dell'attività medica. Inoltre la scuola di medicina non è certo un "seminario", o una palestra in cui si eserciti la vocazione. In generale si devono ascoltare in modo passivo le lezioni dei docenti, mentre non c'è nessun allenamento a pensare all'ammalato ed esercitarsi nell'ottimizzare il rapporto con gli altri, nel sapere i sacrifici a cui si andrà incontro, nel capire ciò di cui ha bisogno l'ammalato. Il Servizio sanitario nazionale dovrebbe sostenere la vocazione medica, mentre invece scarica su medici e infermieri una fastidiosa burocrazia, anziché cercare di rendere disponibile più tempo per gli ammalati e per lo studio.

Esistono poi altre situazioni che competono con la vocazione. Ad esempio, gli stipendi di medici e infermieri italiani sono fra i più bassi d'Europa e ciò determina la fuoriuscita dei medici dal servizio pubblico per approdare al privato o all'estero dove si è pagati meglio e dove è più facile realizzare e sostenere una famiglia.

Occorre anche ricordare che a causa della denatalità abbiamo oggi un piccolo numero di diciottenni: ne abbiamo 400mila, quando vent'anni or sono ce n'era un milione. Troppo pochi per le vocazioni mediche e sacerdotali quando esiste competizione per le professioni considerate migliori come

quelle afferenti all'informatica o alla bioingegneria. Va anche considerato che oggi regna più interesse per medici e infermieri nei confronti di quelle discipline mediche che non richiedono attività notturne e nei giorni festivi, come l'oculistica e la dermatologia, a scapito dell'anestesia, della medicina intensiva o palliativa.

C'è forse minor tendenza al sacrificio e più egoismo. Quanti sono i giovani medici disposti a rinunciare a serate con amici per studiare, con la preoccupazione di non sbagliare il trattamento dei propri pazienti. È molto più facile accettare l'informazione che deriva dal mercato della medicina, accettare viaggi ai congressi e ricerche cliniche ben retribuite dall'industria farmaceutica o diagnostica, anziché pretendere una informazione indipendente. È più facile usare i farmaci che convincere la persona ad attuare la prevenzione attraverso buone abitudini di vita.

Certo non sono frutto di una vocazione e un buon esempio i numerosi medici che fumano, bevono alcol, sono in sovrappeso o addirittura obesi. Per fortuna le eccezioni - i medici che hanno ancora la vocazione - esistono, ma sono pochi. Si devono moltiplicare. Ma questo dipende dalla volontà di chi lascia governare la medicina dal mercato anziché dall'etica del servizio.

**Fondatore e Presidente  
Istituto di Ricerche  
Farmacologiche Mario Negri**



29 ott  
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

## Manovra/ Quel bonus che passa da contributivo a fiscale. Ma attenzione, non è tutto “oro”

di Claudio Testuzza

Dal 2021 è in vigore uno sconto sui contributi a carico dei lavoratori dipendenti. Fin dall'inizio si è parlato di bonus fiscale confondendolo con quello che è, invece, solamente uno sconto contributivo. Cioè il contributo che il lavoratore è tenuto a versare assieme a quello del datore di lavoro ai fini previdenziali. La ragione è stata quella di aumentare i redditi in busta paga.

Infatti, come rilevato dai dati Ocse i salari italiani sono diminuiti in valore reale di circa il 6,9% rispetto al periodo pre Covid. I dipendenti prima della riforma, pagavano il 9,19% della loro retribuzione all'anno. Quella percentuale, dopo una serie di sconti graduali è stata, a metà del 2023, ulteriormente tagliata e lo sconto totale è arrivato a 7 punti per i redditi fino a 25 mila euro e 6 punti tra i 25 e i 35 mila euro. La prima fascia ha risparmiato circa 70 euro al mese mentre quella più alta è arrivata a risparmiare anche sino a 100 euro mensili. Ma, pur non succedendo nulla di negativo a fini pensionistici per gli interessati, in quanto la diminuzione della contribuzione Ivs che riguarda l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti, viene finanziata dallo Stato non incide sui futuri trattamenti, i contributi mancanti vengono, infatti, fiscalizzati e di conseguenza pagati dai contribuenti non rientranti nella riduzione del cuneo e soprattutto dagli



stessi pensionati.

Ma perché i governi hanno puntato sulla decontribuzione, anziché da subito su sgravi fiscali, magari sui buoni pasto, sui buoni trasporto (che sarebbe ora inserire), sul welfare aziendale, sui premi di produzione, sulla defiscalizzazione degli straordinari o degli aumenti contrattuali 2024/25? Semplice: se operano sul fisco, le entrate si riducono subito nell'anno. Se anziché gli sgravi contributivi si fossero fatti sgravi fiscali, avremmo dovuto contabilizzare oltre 23 miliardi di mancate entrate con pesanti riflessi sul bilancio pubblico e sul Patto di Stabilità. Fare sgravi contributivi è come firmare una cambiale fuori bilancio. Un pagherò che non ha effetti contabili sul bilancio annuale.

Ricordiamo che con l'introduzione del sistema contributivo appariva chiaro che il principio di base fosse la natura corrispettiva del sistema. Per cui la pensione, di fatto, restituisce i contributi a chi li ha versati. Tuttavia, all'inizio, si attivò un sistema che distingueva fra un'aliquota di "finanziamento" indicata a definire i contributi da versare all'Inps, ed una di "computo" utilizzata a definire i contributi virtuali da conteggiare nel calcolo della pensione. In pratica da terminare una pensione maggiore dei contributi versati. Solamente dopo dodici anni le due aliquote, finalmente, furono allineate.

Ma la riduzione del cuneo contributivo ha riproposto, per alcuni redditi, la medesima condizione del passato previdenziale. Si attiva una riduzione di alcuni punti dei contributi da versare all'istituto previdenziale, facendoli confluire nel salario, senza, però, che questo influenzi il calcolo sull'importo della futura pensione.

Ora cambia tutto e il beneficio non arriverà più attraverso un taglio dei contributi ma da un generico bonus fiscale. Questo viene calibrato per scaglioni. Chi è sotto gli 8.500 euro annui prenderà un bonus pari al 7,1% del suo reddito, che scende al 5,3% per chi è tra 8.500 e 15mila euro e poi va al 4,8% nello scaglione tra 15mila e 20mila euro.

Tra i 20 e i 32mila euro non è più calcolato in percentuale di reddito ma diventa una cifra fissa pari a mille euro tondi. Tra i 32mila e i 40mila euro si calcola attraverso una complessa equazione, ma in ogni caso si aggira sopra i mille euro. Il ministro dell'Economia ha assicurato che questo farà crescere le buste paga.

In realtà non sembra così scontato, perché per alcuni la situazione resterà sostanzialmente uguale e non è escluso che qualcuno possa addirittura perderci qualcosa. Infatti i redditi a ridosso dei 30mila euro guadagnavano circa 100 euro al mese dal taglio contributivo mentre ora avranno la cifra piatta di mille euro annui. Questo, infatti, riguarda una specifica esenzione fiscale legata ai redditi da lavoro dipendente. In soldoni, si tratta di una misura prevista dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (Tuir), che esclude dalle imposte le pensioni e gli assegni ad esse equiparati, per i contribuenti

con un reddito complessivo annuo inferiore a 20.000 euro. L'obiettivo è determinare una somma netta esente da imposte, applicando una percentuale al reddito da lavoro dipendente del contribuente. La percentuale (vedi le tre riportate sopra) si applica considerando il reddito da lavoro dipendente relativo all'intero anno e serve a determinare la quota esente da imposte, riducendo l'ammontare complessivo del reddito imponibile su cui vengono calcolate le imposte stesse. Questo va così a rendere più leggero il cuneo fiscale, a vantaggio del lavoratore e della lavoratrice dipendente. Ma perché il governo ha scelto di sostituire il taglio del cuneo con questa nuova formula di bonus? I motivi sono due. Intanto, il taglio del cuneo alla voce contributi si traduceva in minori entrate per l'Inps. Inoltre, la soglia a 35mila euro creava uno scalone per chi arrivava a guadagnare poco più di quella cifra. L'aliquota marginale raggiungeva livelli altissimi, scoraggiando gli straordinari e rendendo più complesso il rinnovo dei contratti nazionali. Tra l'altro, lo sconto contributivo aveva l'effetto di aumentare il reddito imponibile ai fini Irpef, quindi una parte di quel beneficio era comunque tassata. Ora i nuovi bonus non concorrono alla formazione del reddito, quindi parliamo subito di cifre nette

La manovra riconosce in via strutturale una seconda misura di riduzione del cuneo fiscale a beneficio dei titolari di redditi di lavoro dipendente in possesso di un reddito complessivo superiore a 20 mila euro. Ai soggetti in parola è diretta un'ulteriore detrazione dall'imposta lorda, rapportata al periodo di lavoro. Superato l'importo, di 20 mila euro, si passa ad un meccanismo di detrazioni aggiuntive che vanno riconosciute in busta paga: 1.000 euro tra 20mila e 32mila euro, e poi un decalage fino a 40mila euro. Ai soggetti in parola è diretta un'ulteriore detrazione dall'imposta lorda, rapportata al periodo di lavoro.

Il bonus per i titolari di redditi fino a 20 mila euro e la detrazione per coloro che hanno, al contrario, redditi superiori a 20 mila euro ma pari o inferiori a 40 mila euro, vengono riconosciuti in via automatica dai sostituti d'imposta (datori di lavoro) all'atto dell'erogazione delle retribuzioni.

La spettanza definitiva delle misure è accertata dallo stesso sostituto d'imposta in sede di conguaglio, quando è noto l'ammontare del reddito complessivo totalizzato nel periodo (anno) d'imposta.

Permangono alcune perplessità. Fino a fine di quest'anno, lo sconto si applicherà ai contributi previdenziali dovuti dal lavoratore. In sostanza, i redditi fino a 25mila euro pagano il 2,19% (3,19% per i redditi fino a 35mila euro) invece dell'aliquota standard del 9,19%. Dal 2025, torneranno a pagare il 9,19%. A compensazione riceveranno un bonus che è parametrato al loro reddito. Considerando che finora il taglio al cuneo contributivo ha riguardato solo i redditi fino a 35mila euro, gli unici a guadagnarci in busta paga da questa operazione sembrerebbero i redditi tra i 35 e i 40mila euro. Ma attenzione: se hanno altre entrate – per esempio per case in affitto o

collaborazioni occasionali – e questo li porta a scavallare i 40mila euro di reddito complessivo, non avranno alcun beneficio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 ott  
2024

## LAVORO E PROFESSIONE

S  
24

# Welfare: Itinerari previdenziali, Irpef non copre sanità e assistenza, cercare soluzioni nuove

“Il 75,8% degli italiani dichiara redditi fino a 29mila euro, corrispondendo solo il 24,43% di tutta l'Irpef, un'imposta neppure sufficiente a coprire la spesa per sanità e assistenza. I numeri migliorano ma meno di quanto la crescita del Pil e dell'occupazione lascerebbero auspicare e, soprattutto, meno di quanto richiederebbe la sostenibilità del nostro welfare”. È il quadro delineato dal Centro studi e ricerche Itinerari previdenziali con

l'undicesimo Osservatorio sulle entrate fiscali e sul finanziamento del welfare, relativo ai redditi 2022, realizzato in collaborazione con Cida e presentato alla Camera nel corso del convegno 'Il difficile finanziamento del welfare italiano'.

Per il presidente del Centro studi, Alberto Brambilla, «è dunque il momento di lavorare, in ambito fiscale, su soluzioni nuove, concretamente calate sulla realtà del Paese. Se il contrasto di interessi tra clienti e fornitori diretti di beni e servizi potrebbe rivelarsi un ottimo modo per favorire l'emersione e al tempo stesso agevolare le finanze delle famiglie italiane, un maggiore sviluppo del welfare aziendale, insieme alla detassazione di premi, aumenti salariali e straordinari, potrebbe essere la giusta via per ridurre il cosiddetto cuneo fiscale-contributivo a carico dei lavoratori dipendenti in modo equo e sostenibile per le finanze dello Stato. Certamente, più della decontribuzione,



che negli ultimi 3 anni ha portato a un mancato gettito nelle casse Inps pari ad almeno 66 miliardi».

In particolare, il totale dei redditi prodotti nel 2022 e dichiarati nel 2023 ai fini Irpef, evidenzia l'Osservatorio, è ammontato a 970 miliardi, per un gettito Irpef generato, al netto di trattamenti integrativi e detrazioni, di 189,31 miliardi (in aumento del 6,3% rispetto all'anno precedente ma inferiore alla crescita del Pil nominale (+7,7%), con una crescita sia dei dichiaranti, sia dei contribuenti versanti. Quello che emerge, si legge nel rapporto, 'sembrerebbe un quadro in apparenza positivo se non fosse che, dati alla mano, resta sostanzialmente invariata la quota di contribuenti che effettivamente sostiene il Paese con tasse e contributi, e di contro troppo alta quella di cittadini totalmente o parzialmente a carico della collettività: malgrado il miglioramento Pil e occupazione, il 45,16% degli italiani non ha redditi e di conseguenza vive a carico di qualcuno. Su 42 milioni di dichiaranti, poi, il 75,57% dell'intera Irpef è pagato da circa 10 milioni di contribuenti, mentre i restanti 32 ne pagano solo il 24,43%. Mentre nello stesso periodo di rilevazione sono stati necessari 131 miliardi per la spesa sanitaria, oltre 157 per l'assistenza sociale e altri circa 13 miliardi per il welfare degli Enti locali. Un conto totale che supera i 300 miliardi che, in assenza di tasse di scopo, come, ad esempio accade, si evidenzia, per le pensioni che sono in attivo al netto dell'Irpef, viene finanziato attingendo fiscalità generale.

«In Italia - commenta il presidente della Confederazione italiana dei dirigenti e delle alte professionalità, Stefano Cuzzilla - vale il principio che maggiore è il contributo fiscale, minori sono i servizi pubblici di ritorno. Quindi chi guadagna, ad esempio, dai 55.000 euro in su (oggi poco più del 5% del totale) si fa carico da solo di circa il 42% del gettito fiscale e non riceve nulla in cambio. A peggiorare il quadro arriva la nuova Manovra, con tagli ai massimali delle detrazioni a partire dai 75.000 euro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## LA POLEMICA

### Le fake news antiaborto dei Pro Vita in Senato

SERENA RIFORMATO

La pillola del giorno dopo «è un cripto-aborto». Per un'ora, nella Sala Nassiriya del Senato, i pro life dell'Osservatorio permanente sull'aborto (Opa) processano la legge 194. - PAGINA 16



L'incontro delle polemiche al Senato: "L'Organizzazione mondiale della sanità sostiene tesi antiscientifiche"

# “Pillola cripto-aborto, porta il cancro” È bufera sui Pro Vita ospiti di FdI

## IL CASO

SERENA RIFORMATO  
ROMA

La pillola del giorno dopo «è un cripto-aborto». «Nuovi studi» confermerebbero «l'esistenza del legame tra interruzione di gravidanza e cancro al seno». «L'Organizzazione mondiale della sanità è antiscientifica». Per un'ora, nella Sala Nassiriya del Senato, i Pro Life dell'Osservatorio permanente sull'aborto (Opa) processano la legge 194 e il diritto delle donne di scegliere liberamente se diventare madri. Il gruppo integralista - un comitato patrocinato dagli ultracattolici di Pro Vita e Famiglia - è ospite di Fratelli d'Italia per presentare il «Rapporto annuale sui costi dell'aborto indotto e i suoi effetti sulla salute delle donne». La conferenza stampa è organizzata e officiata da Ignazio Zullo, capogruppo meloniano in commissione Sanità a Palazzo Madama: «Sta a noi - spiega - prendere questi risultati e valoriz-

zarli nell'attività parlamentare». Presente in prima fila anche la senatrice di FdI Lavinia Mennuni, esponente di riferimento per gli anti-scelta di Pro Vita e Famiglia.

Mentre sullo sfondo viene proiettata la foto di un embrione, i quattro membri di Opa invitati argomentano una tesi esplicita: «La legalizzazione dell'aborto - dice Francesca Romana Poleggi, direttrice editoriale del mensile Notizie Pro Vita e Famiglia - nei 44 anni considerati dal '78 al 2022 ha comportato un'enorme spesa improduttiva e una mole di effetti collaterali e avversi sottostimata e sottaciuta alle donne». Fra i dati «nascosti», secondo i Pro Vita, ci sarebbe il numero reale degli aborti. Secondo l'Istat, «fra il 1980 e il 2022 il numero di Ivig, le interruzioni volontarie di gravidanza, è diminuito del 68%, da 208 mila a poco più di 65 mila casi». Ma gli antiabortisti di Opa si spingono a con-

traddire le cifre ufficiali: «Il numero è solo apparentemente in declino - scrivono nel comunicato - perché non tiene conto dell'incremento dei cripto-aborti causati dalle pillole postcoitali», ovvero le cosiddette «pillole del giorno dopo». La comunità medica e l'Organizzazione mondiale della sanità le qualifica come contraccezione d'emergenza, non come un'interruzione di gravidanza volontaria. «Sulla pillola, il discorso dell'Oms è antiscientifico», si spinge a dire Giuseppe Noia, Direttore del Centro per le cure palliative prenatali «Madre Teresa di Calcutta» del Policlinico Gemelli. «L'embrione vale sempre, fin dall'inizio, come persona, alla cui origine si colloca la singamia, ovvero coinci-



# LA STAMPA

de con l'unione fra i due gameti», aggiunge Filippo Maria Boscia, presidente dell'Associazione Medici Cattolici Italiani. Il rapporto dei Pro Vita insiste anche su un presunto legame fra «aborto indotto e cancro al seno», sostenuto da un numero limitato di ricerche scientifiche, poco accreditate. Secondo l'American Cancer Society, «gli studi di alta qualità non hanno trovato alcuna correlazione fra aborto e rischio di tumore alla mammella». La relazione antiabortista di Opa argomenta addirittura che la legge 194 intro-

dotta nel 1978 non abbia ridotto il numero di aborti clandestini. La prova? «Non esistono - dicono - alcuna evidenza statistica che prima del 1978 l'aborto clandestino costituisca un problema di salute pubblica rilevante». Ma la pratica, prima del 1978, era illegale. Come potrebbero mai esservi dati certificati sul numero reale di interruzioni di gravidanza clandestine - e morti - precedenti alla legalizzazione? —

A fare da sfondo all'incontro è stata proiettata la foto di un embrione



**POLTRONE**

## Ala Salute arriva un altro uomo di Cirielli: a capo della Ricerca

**D**opo undici mesi al ministero della Salute c'è un nuovo direttore generale della Ricerca, ruolo importante perché da lì si distribuiscono e si orientano fondi per centinaia di milioni di euro e per la sanità del futuro. Il prescelto, a seguito di regolare interpellato, è Graziano Lardo, 57enne di Contursi Terme (Salerno), dirigente del ministero dell'Economia e da quattro anni direttore della Ragioneria di Potenza e Matera.

Tra il 2010 e il 2011 è stato direttore generale della Provincia di Salerno, di cui era già dirigente. Lo nominò l'allora presidente dell'ente, Edmondo Cirielli, oggi leader di Fratelli d'Italia in Campania, vicesegretario degli Esteri e si direbbe anche un po' "ministro ombra" della Salute. Insomma, la "ciriellizzazione" continua, con il benessere del ministro "tecnico" Orazio

Schillaci. È noto infatti che la compagna di Cirielli, Maria Rosaria detta "Mara" Campitiello, è entrata al ministero con il nuovo governo quale ginecologa esperta di procreazione assistita e ha scalato posizioni fino alla nomina, in giugno, a direttore del dipartimento che comprende Prevenzione, Ricerca ed Emergenze sanitarie. Sarà dunque il riferimento apicale di Lardo, che conosce bene. Al *Fatto* Lardo ha preferito non rilasciare dichiarazioni, tanto più che attende la registrazione della Corte dei Conti, ma per quanto sia in rapporti cordiali con Cirielli non gradisce passare per "l'amico di". Anche perché un *curriculum* dirigenziale ce l'ha, al ministero dell'Economia e anche all'Interno, nella sanità campana e prima negli enti locali.

Certo non è uno scienziato, a differenza del predecessore Giu-

seppe Ippolito, già direttore scientifico dello Spallanzani e professore di Malattie infettive, nominato da Roberto Speranza nel 2021 in pieno Covid. Altri in passato non avevano particolari competenze e non hanno fatto male, spiegano alla Salute. A loro serviva un economista, in grado di relazionarsi con il ministero dell'Economia. Speriamo, per la ricerca, che funzioni.

**ALESSANDRO MANTOVANI**



L'INIZIATIVA DI UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA E INTESA SANPAOLO

# Osservatorio e laboratorio per le tecnologie sanitarie

**LUCA PUCCINI**

■ La medicina che cambia, che si rinnova, che sembra fantascienza e invece è solo scienza: quella che, però, ci salva la pelle. L'università Campus Bio-medico di Roma e Intesa Sanpaolo hanno appena avviato un Osservatorio sulla salute globale sostenuto dalla Commissione europea e dal ministero dell'Università, perché avere tempestivamente accesso a tutte le informazioni necessarie è il primo passo per prendere, poi, decisioni con sempre maggiore consapevolezza. Dopotutto è la lezione che ci ha lasciato il Covid: farsi trovare impreparati non aiuta nessuno.

Digitalizzazione, dematerializzazione, telemedicina, intelligenza artificiale, big data: le nuove tecnologie possono dare un impulso (pure significativo) al miglioramento dell'efficienza nei sistemi sanitari. Bisogna, però, saperle gestire. Sarà il professor Leandro Pecchia, che è ordinario di Ingegneria biomedica e presidente dello stesso corso di laurea al Campus

Bio-medico, a dirigere l'Osservatorio che si è posto come obiettivo quello dell'adozione sostenibile delle innovazioni tecnologiche nella riorganizzazione dei servizi sanitari per generare un impatto nei settori della salute e del benessere.

Non si tratta di mera retorica: la faccenda è concertata al punto che già a inizio dell'anno prossimo (e mancano pochi mesi) verrà pubblicato il primo studio sulle possibilità di adottare le tecnologie da parte del Ssn (il Sistema sanitario nazionale) per supportare la creazione di una filiera italiana per l'innovazione nella silver economy, quella relativa agli anziani.

Accanto all'Osservatorio, poi, prende il via anche un Laboratorio che dovrà identificare tutte quelle barriere che frenano l'adozione di queste stesse tecnologie e coinvolgere aziende, agenzie sanitarie e imprese del settore, nonché fungere da incubatore per l'educazione e la formazione del personale e l'attività di divulgazione dei progetti di ricerca. In tutto ci saranno sei giovani ricercatori provenienti da Italia, Spagna, Brasile, Etio-

pia, Benin e Regno Unito: un team multidisciplinare con medici, ingegneri, economisti, informatici e una filosofa esperta di bioetica che saranno impegnati su progetti del valore complessivo di oltre venti milioni di euro.

"*Build your future*", costruisci il tuo futuro, è questo il nome del programma di incontri ideato da Intesa Sanpaolo: «Le *life science* hanno un ruolo particolare in un Paese che deve affrontare le sfide demografiche derivanti dall'invecchiamento della popolazione», spiega la responsabile Education ecosystem dello stesso istituto Elisa Zambito Marsala, mentre per Andrea Rossi, l'ad di Campus Bio-medico: «La nascita dell'Osservatorio e Laboratorio rappresenta un ulteriore passo in avanti per fornire indicazioni precise rispetto ai bisogni di salute del Paese».



Elisa Zambito Marsala (Intesa Sanpaolo) e Andrea Rossi (ad e direttore generale di Università Campus Bio-Medico)



Il raffreddore è dovuto a tipologie diverse di virus, di cui il rinovirus è il più comune (ne esistono più di 100 sottotipi). Ma accade che sia un sintomo di altri malesseri, come l'influenza.

Covid e influenza, prima di tutto. Ma poi herpes, polmoniti e tante altre patologie da virus e batteri. Con l'autunno è iniziata la corsa alle immunizzazioni, anche se cresce il numero degli italiani che dicono di no, spesso per paura degli effetti avversi sperimentati durante la pandemia. Ma allora vale la pena di fare l'iniezione? E quando? Facciamo chiarezza.

# ALLA ROULETTE DEI VACCINI

di Maddalena Bonaccorso

**A**utunno, andiamo: è tempo di vaccini. L'arrivo della stagione fredda rilancia l'annoso dibattito: mi vaccino o no? Contro l'influenza o anche il Covid? Pure quello per l'herpes zoster e l'antipneumococco, o non faccio proprio nulla, affidandomi alla buona sorte?

La confusione regna sovrana. Tra medici di base troppo (o troppo poco) zelanti, che pensano di bersagliarci di punture come fossimo in piena epidemia, o al contrario non ti vaccinano nemmeno se li implori, tra campagne mediatiche che spesso sembrano orientate solo a compiacere Big Pharma e virologi sempre in tv a dire tutto e il contrario di tutto, prendere decisioni consapevoli è complicato. Con lo spauracchio della nuovissima variante del coronavirus, la Xec, che oltre a tutti i sintomi che già conosciamo aggiunge perdita di appetito e diarrea. E ci sarà pure un evento di massa quale il Giubileo di dicembre, che porterà in Italia decine di milioni di persone, un'occasione

in più per moltiplicazione e diffusione di virus e patologie.

A parte gli «entusiasti», pronti a offrire il braccio appena si può e gli scettici, ovvero tra gli ipocondriaci e quelli che «aspetta, tanto poi passa», c'è una terza possibilità: capire razionalmente come procedere, se e quali vaccini fare, quando e, soprattutto, soppesare rischi e benefici.

**In questo mare magnum di dubbi abbiamo una certezza: lo scorso inverno tra Covid, virus respiratorio sinciziale, polmoniti e influenza stagionale - dovuta prevalentemente alla variante H1N1 - l'Italia ha contato quasi 15 milioni di casi, con un picco tra Natale e Capodanno e un'onda lunga di malati che è arrivata fino a Pasqua.**

Oltre a dolori, febbre alta e vacanze rovinate, il costo economico e sociale (assenze dal lavoro, servizi essenziali in sofferenza, ospedali con pochi medici e Pronto soccorso intasati) è stato enorme: i dati elaborati dalla Società italiana di pneumologia quantificano l'esborso economico che ogni anno si riversa sulle famiglie e sullo Stato in più



di 10 miliardi di euro.

Un'intera manovra economica che se ne va nella cura delle sindromi simil-influenzali: la gran parte di questi soldi (oltre otto miliardi, circa 250 euro a famiglia) vengono spesi dai cittadini, il resto dal Servizio sanitario (più di due miliardi, 62 euro in media per ogni malato).

Riguardo all'influenza, quest'anno i dati che arrivano dall'Australia, dove l'inverno è già agli sgoccioli, parlano di un'infezione ancora più pesante: la variante predominante sarà la H3N2, probabilmente causerà più casi dell'anno scorso e forse anche più gravi, e questo fa sì che ci aspettiamo la seconda stagione peggiore degli ultimi otto anni: «La campagna di immunizzazione l'anno scorso non è andata bene, si è vaccinato contro l'influenza solo il 53,2 per cento degli ultra-65enni, mentre negli anni precedenti l'adesione era superiore» spiega Roberta Siliquini, presidente della Società italiana d'igiene, medicina preventiva e sanità pubblica. «Riscontriamo sempre più spesso elementi di preoccupazione e disaffezione nei confronti dei vaccini. È opportuno portare avanti campagne comunicative efficaci, per spiegare che l'antinfluenzale va ripetuto ogni anno perché i virus cambiano, e occorre organizzare l'attività dei medici di famiglia e degli ambulatori per far sì che i vaccini arrivino in tempo utile e in numero adeguato: possibilmente assieme a quelli contro il Covid, in modo che il paziente possa andare una volta sola dal medico e farli entrambi».

**Il Covid, appunto: e qui arriviamo alle dolenti note. Il vaccino disponibile in Italia** è aggiornato alla variante JN.1, che ha causato la maggior parte delle infezioni nei primi mesi del 2024, mentre oggi prevalgono i ceppi KP.2, KP.3 ed è appunto in arrivo il nuovo Xec.

Gli Stati Uniti hanno già l'aggiornamento e stanno iniziando la campagna autunnale con il vaccino diretto verso le varianti attuali. E se è vero che JN.1 è il ceppo madre dal quale si diramano i «discendenti», dobbiamo comunque ammettere che noi non abbiamo a disposizione l'ultimo «upgrade». Inoltre, per chi ha già fatto le canoniche tre dosi (o anche di più) il dibattito se continuare o meno con i sieri di mantenimento è acceso, anche all'interno della comunità

dei virologi.

«Le linee guida ministeriali lo raccomandano a tutti gli ultra-60enni, donne in gravidanza e in allattamento e fragili, oltre a “caregiver”, medici, lavoratori essenziali» dice Francesco Broccolo, virologo e microbiologo, professore associato all'Università del Salento. «Io però, in coscienza, reputo inopportuno per la popolazione generale, in buona salute, vaccinarsi ancora contro il Covid. Questo perché circa il 90 per cento degli ultra 60enni ha fatto almeno tre dosi, oltre a una media di due o più infezioni naturali, quindi siamo per la stragrande maggioranza già immunizzati: magari ci ammaleremo ancora, ma non gravemente. Ricordiamo che nella storia della vaccinologia non si è mai arrivati a un numero così alto di “booster”: questo solleva il rischio di incorrere nel fenomeno della “tolleranza immunitaria”, dove l'antigene, cioè la proteina Spike, potrebbe non essere più riconosciuto come estraneo dal sistema immunitario, ma come parte del “self”. Se in ogni caso si vuole fare il richiamo, che siano passati almeno sei mesi dall'ultimo, o dall'infezione naturale».

Nel dibattito si inserisce anche Matteo Bassetti, direttore della Clinica malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova, che dal suo osservatorio privilegiato è molto diretto: «Perché dovremmo vaccinare, oggi, contro il Covid, un 65enne sano che magari negli ultimi anni ha fatto quattro volte l'infezione e ha prodotto anticorpi? Noi che facciamo i medici davvero, in corsia, ormai vediamo infezioni gravi solo negli ultra ottantenni, perché hanno immunosenescenza (cioè gli anticorpi che tendono a diminuire molto velocemente, ndr) e nei grandi immunodepressi come i pazienti oncologici in trattamento chemioterapico o i trapiantati. Negli ultimi due anni non ho ricoverato per Covid praticamente nessun 65enne, perché dovrei consigliargli il vaccino? Senza contare il fatto che già nel 2022 e 2023 abbiamo acquistato un numero spropositato di fiale che poi abbiamo dovuto buttare: è il momento di essere realisti e razionali».

C'è poi uno studio inglese, appena pubblicato sulla rivista *Science Direct*, che analizza il rapporto tra mortalità e



vaccino Covid negli anziani delle Rsa della Gran Bretagna: i ricercatori hanno dimostrato che l'efficacia delle quarte dosi non è stata alta come previsto (e sperato), e chiariscono che «Gli effetti del booster potrebbero essere stati sopravvalutati, soprattutto in coloro che già erano stati immunizzati in seguito al primo contagio»: l'effetto positivo del vaccino, quindi, avrebbe funzionato fino alla fine del 2021 per poi calare drasticamente.

**A riprova di quanto affermato da Bassetti**, dai Pronto soccorso arrivano conferme: in un grande ospedale del Sud (dove le temperature sono ancora alte e non si è quindi in fase di picco) ci dicono che nel reparto di emergenza-urgenza c'è già un focolaio Covid con otto pazienti positivi su 22 (tutti fragili o grandi anziani), ma «off the record», molti primari confessano di temere quasi più l'influenza H3N2 in arrivo tra novembre e dicembre, che il «vecchio» coronavirus.

Senza contare il fatto che la protezione dura troppo poco, solo pochi mesi: cambierebbe qualcosa se la ricerca si orientasse verso target diversi dalla proteina Spike? Magari sì, ma al momento non ci sono studi avanzati, perché questa componente del virus è la più esposta all'esterno e gli anticorpi riconoscono quella: così è sempre su di essa che si concentrano gli sforzi dei ricercatori.

Continuando con il nostro calendario vaccinale, tutt'altra storia è quello contro l'herpes zoster, virus che ha colpito non solo gli anziani ma praticamente alla cieca, e che non è da sottovalutare perché se non viene riconosciuto in tempo si rivela molto pericoloso.

«Lo zoster è oggi estremamente diffuso» afferma Fabrizio Pregliasco, virologo e direttore sanitario dell'Irccs ospedale Galeazzi S. Ambrogio di Milano. «Può

dare complicanze neurologiche, nevralgia post erpetica, arreca dolori fortissimi soprattutto se colpisce il trigemino, tanto che i malati arrivano a chiedere di “farsi togliere” l'occhio. Abbiamo però un vaccino efficace, consigliato dai 50 anni e fortemente raccomandato dai 65 in su. È un farmaco molto ben consolidato, un vaccino ricombinante in due dosi con un profilo tranquillo che non dà eventi avversi, mentre quello usato in precedenza era “vivo attenuato”, assai costoso, e poteva dare reazioni anche mediamente gravi».

Stesso discorso per il vaccino contro il batterio dello pneumococco - che protegge dalle polmoniti, pericolosissime negli anziani e nei fragili - che si può anche fare insieme alla protezione nei confronti dello zoster: «Il vaccino anti-pneumococco è consigliato dai 65 anni» conclude Pregliasco. «Ma anche prima, perché la polmonite è una patologia grave che impatta fortemente sul lavoro e sulla produttività. Si somministra una sola volta nella vita: al limite, per i pazienti molto fragili si può prendere in considerazione l'ipotesi di fare un booster per consolidare la risposta immunitaria».

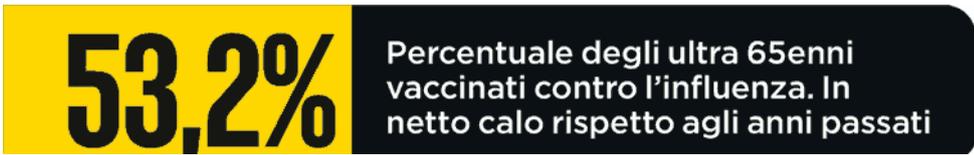
Secondo il professore, per il quale comunque occorre seguire le linee guida ministeriali e vaccinarsi anche contro il Covid, il calendario autunnale sarebbe di fare il vaccino contro influenza e coronavirus tra fine ottobre e primi di novembre, e continuare a distanza di qualche settimana con zoster e pneumococco.

**Ancora, c'è l'ultimo sgradito «ospite», quel virus respiratorio sinciziale** che terrorizza i genitori di neonati e bambini piccoli perché causa la temibile bronchiolite (spesso causa di sovraccollamenti

nei Pronto soccorso). Può colpire anche gli adulti e - soprattutto - gli anziani, con gravi complicanze. In Italia, però, mentre per i neonati il piano di immunizzazione con l'anticorpo monoclonale Nirsevimab partirà a inizio novembre, per gli adulti il vaccino non è ancora disponibile tramite il Servizio sanitario nazionale.

«Andrebbe praticato agli ultra-65enni e ai fragili» sostiene Ivan Gentile, consigliere Simit e professore ordinario di Malattie infettive all'Università degli Studi di Napoli Federico II. «Ma attualmente non è nel piano vaccinale italiano, perché è nuovo e quindi non fa parte dei Lea, gli ormai famosi Livelli essenziali di assistenza. Le Regioni, pertanto, non lo stanno acquistando. È un peccato, perché è sicuro ed efficace». A Milano, però, ci sono importanti centri privati che già lo somministrano, con un prezzo tra i 300 e i 350 euro: è un vaccino proteico tradizionale (quindi non a mRNA) e si chiama Arexvi. Dagli Stati Uniti arriva infine una novità: l'agenzia nazionale Food and drug administration (Fda) ha da poco approvato il primo vaccino antinfluenzale sotto forma di spray nasale. Si chiama FluMist, lo definiscono «vaccino fai-da-te» perché può essere auto-somministrato direttamente dal paziente o dal caregiver evitando file dal medico di base, timore degli aghi e deltoide dolente causa puntura. Sarebbe una svolta nella lotta all'influenza (in Italia l'anno scorso si è vaccinato solo il 53 per cento di chi avrebbe dovuto) ma in Europa non è ancora stato approvato.

Quindi, almeno per ora, se non vogliamo passare il Natale a letto, non resta che porgere anche l'altro braccio, in attesa di proteggerci facendo semplicemente un bel respiro. ■



# Come mai non ci proteggono per sempre dal coronavirus

**Uno degli enigmi più inspiegabili che circonda i vaccini a mRNA contro il Covid è la loro limitata durata, e quindi la frequenza di nuove infezioni a distanza di soli pochi mesi dal richiamo**, o anche dalla malattia stessa. Un nuovo studio apparso sulla rivista *Nature Medicine* lo scorso settembre offre uno spunto che potrebbe in futuro portarci a una strategia per migliorare i vaccini: i ricercatori, infatti, hanno scoperto che la colpa di questo «fallimento» è

probabilmente da imputare a un particolare tipo di cellule immunitarie (chiamate L1pc) localizzate nel midollo osseo. Mentre alcune vaccinazioni - per esempio contro l'influenza o il tetano - riescono a generare L1pc che possono sopravvivere per molti anni e continuare a proteggere l'ospite, quelle generate dai vaccini a mRNA o dalla stessa malattia da Covid, non riescono a fare lo stesso. Lo studio non ha dato al momento esaurienti

spiegazioni sul motivo di questo insuccesso - senza andare troppo nel tecnico, si ipotizza un problema nella «presentazione» della proteina Spike al sistema immunitario - ma i ricercatori sono ottimisti e considerano la scoperta un deciso passo in avanti verso la messa a punto di vaccini più performanti. (M.B.)



Il vaccino anti-Covid è per la variante JN.1, ma oggi prevalgono il ceppo KP.2 e KP.3, e arriva lo Xec. Secondo molti specialisti però ci siamo immunizzati abbastanza.



29 ott  
2024

AZIENDE E REGIONI

S  
24

## Manovra: payback dispositivi medici, appello a Meloni per eliminarlo

Le associazioni dei pazienti insieme alla comunità medico-scientifica aderiscono all'appello delle imprese di dispositivi medici per scongiurare la crisi irreversibile del comparto in Italia con gravi conseguenze anche sulle forniture al servizio sanitario nazionale e sull'accesso alle cure da parte dei pazienti. In una lettera indirizzata al Presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, le 17 associazioni chiedono un intervento urgente e indifferibile, già nel corso della sessione di bilancio appena avviata, per bloccare il meccanismo del payback e salvare una filiera produttiva e distributiva di eccellenza a livello internazionale, la qualità del servizio sanitario pubblico e l'accesso all'innovazione per la tutela della salute dei pazienti e dei cittadini italiani.

“Gli effetti sulla filiera della salute, all'interno degli ospedali e sull'intero servizio sanitario pubblico – si legge nella lettera a Giorgia Meloni - sarebbero disastrosi: la crisi e il blocco delle catene di produzione distribuzione significherebbero una minore disponibilità di dispositivi medici all'interno degli ospedali, un limitato livello di innovatività nei device a disposizione dei medici con impatto immediato sulla qualità del lavoro dei medici in corsia e nelle sale operatorie, sulla capacità di diagnostica preventiva, sulla quantità di percorsi formativi per i clinici. In ultima istanza, il venire meno una pedina delle tre fondamentali sulla scacchiera del diritto alla salute (istituzioni, imprese, personale medico e sanitario)



significherebbe colpire pesantemente il Servizio sanitario nazionale a scapito delle persone più deboli o che non possono permettersi cure private”.

L'appello al Presidente del Consiglio Meloni inviato oggi reca le firme di Aforp; Confapi salute università ricerca; Confimi industria sanità; Confindustria dispositivi medici; Coordinamento filiera; Fifo Confcommercio; Pmi Sanità. Aderiscono all'appello Acoi-Associazione chirurghi ospedalieri italiani; Aistom-Associazione italiana stomizzati; APS-Associazione pugliese stomizzati; AMCLI-Associazione microbiologi clinici italiani; FAIS-Federazione associazioni incontinenti e stomizzati; FAVO-Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia; Fincoop-Federazione italiana incontinenti e disfunzioni del pavimento pelvico; Fismelab-Federazione delle società scientifiche italiane di medicina di laboratorio; SIAARTI-Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva; Sibioc-Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 ott  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Intelligenza artificiale, gli esperti: attenzione al rischio Gender Gap

Diagnosi non accurate, disparità nel riconoscimento di immagini diagnostiche, rischio maggiore di reazioni avverse a farmaci o trattamenti, farmacologia di precisione sbilanciata: queste alcune delle conseguenze dell'utilizzo in medicina dell'intelligenza artificiale (IA) sulla salute di genere portate a galla da Fondazione Onda Ets all'interno di un appello intersocietario firmato dal Centro di riferimento per la Medicina di genere dell'Iss -

Istituto Superiore di Sanità, dal Centro studi nazionale su Salute e Medicina di genere, dal Giseg -Gruppo italiano salute e genere e dalla Sit - Società italiana per la Salute digitale e la telemedicina. Nell'era della rivoluzione tecnologica, l'applicazione dell'IA in settori cruciali come la biomedicina e l'assistenza sanitaria sta offrendo opportunità senza precedenti per migliorare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle malattie. Tuttavia, il crescente utilizzo di queste tecnologie solleva preoccupazioni legate alle disuguaglianze legate al sesso e al genere, che rischiano di divenire sistematicamente radicate negli algoritmi stessi dell'IA.

Il tema è stato al centro dell'VIII Congresso di Fondazione Onda Ets, che si è tenuto dal 24 al 26 settembre. Secondo una ricerca condotta da Elma Research su 433 medici la conoscenza dell'IA in campo medico si sta gradualmente facendo strada, rimanendo tuttavia ancora a livello superficiale, tanto che viene collegata soprattutto al supporto alla diagnosi (48 per cento) nonostante le molte altre possibilità di utilizzo, come il



supporto alla decisione terapeutica e alla ricerca clinica, allo sviluppo di device e alla chirurgia robotica. Allo stesso modo, emerge un forte senso di incertezza per più della metà dei medici (52 per cento), soprattutto in merito a trasparenza, sicurezza e utilizzo etico dei dati, e la necessità di disporre di uno strumento di qualità, che sia certificato e che rassicuri in termini di privacy e sicurezza dei dati. Dall'indagine emerge, dunque, come ci sia ancora molta strada da fare per informare e rendere i medici consapevoli delle importanti applicazioni tecniche dell'IA nel loro ambito.

Regolamentare l'utilizzo di questo strumento tanto utile quanto rischioso è fondamentale, come ricorda Francesca Merzagora, Presidente Fondazione Onda ETS: «L'intelligenza artificiale sta sempre più prendendo piede in diverse aree della nostra vita, diventando protagonista indiscussa del discorso sull'innovazione tecnologica nella maggior parte dei settori, tra cui anche la medicina. Se da un lato è innegabile che l'utilizzo dell'IA possa dare una spinta non indifferente al settore della ricerca, dall'altro è necessario che vengano posti dei paletti. Infatti, il suo utilizzo in ambito medico può essere associato a disuguaglianze di genere, scatenando a loro volta conseguenze sul piano sociale e della salute stessa delle persone coinvolte, in primis le donne. Il rischio è che parte della popolazione riceva cure meno efficaci o subire ritardi diagnostici, con un conseguente peggioramento delle condizioni mediche e, in alcuni casi, un aumento della mortalità. Attraverso questo appello, vogliamo promuovere un approccio di genere nella progettazione e applicazione dell'Intelligenza artificiale a garanzia di equità e pari opportunità nella salute. In tal senso, come Fondazione Onda Ets, ringrazio tutti i partner firmatari di questo appello, i quali ci hanno permesso di continuare il lavoro iniziato in concomitanza con il nostro congresso, a dimostrazione dell'importanza di questo tema al fine della tutela della salute di genere».

Dello stesso parere Elena Ortona, Direttrice del Centro di riferimento per la Medicina di genere, Istituto superiore di sanità: «La considerazione dei determinanti di sesso e genere nella salute è una necessità di metodo e analisi che deve diventare anche strumento di programmazione sanitaria. Con l'avvento delle nuove tecnologie che si basano sull'intelligenza artificiale si è resa subito evidente una nuova sfida per la ricerca scientifica: la necessità di superare i bias di genere. Infatti, nonostante l'efficacia e i benefici di queste tecnologie nell'aumentare l'efficienza dell'assistenza sanitaria, comincia a essere chiara la scarsa rappresentatività femminile nei database su cui si costruiscono gli algoritmi alla base dei sistemi di machine learning».

In tal senso, si rivela necessario incorporare nei modelli dell'IA dati sempre più inclusivi che tengano conto delle differenze biologiche di genere al fine di addestrare l'intelligenza artificiale con dati equilibrati e realistici: «Oggi il concetto di Medicina di genere è notevolmente evoluto ed è passato dalla

considerazione dei parametri biologici (sesso, età etnia, comorbilità, reazioni a farmaci) alla valutazione, sicuramente più complessa, di indicatori di contesto quali condizioni sociali, economiche, culturali, religiose, ambientali e delle relative fonti di informazione. La definizione di corretti indicatori di genere e un'attenta valutazione di essi nella pratica clinica, è fondamentale per la costruzione di un percorso assistenziale condiviso fra medico, operatori sanitari e paziente e per la programmazione di linee di indirizzo di tipo normativo e di governance, utili per il miglioramento della qualità dell'assistenza», aggiunge Anna Maria Moretti, Presidente Nazionale GISeG, Gruppo italiano salute e genere e Presidente Internazionale IGM, International Gender Medicine.

«Nell'era della medicina di precisione siamo di fronte ad un baratro. L'IA che attendiamo come la soluzione di molti problemi scientifici e clinici in medicina, si basa su database in cui non sono inserite le donne! Questo peggiorerà l'ignoranza della necessità assoluta di una medicina genere-specifica. La ricerca di base e clinica è incentrata su casistiche maschili, la farmacologia si è sviluppata su animali da esperimento maschi ed i farmaci sono stati sperimentati su uomini. Dobbiamo assolutamente lanciare un allarme affinché le conoscenze sulle differenze di genere in medicina ed in farmacologia non siano annullate da dati provenienti da un'IA che non le considera», sottolinea Giovannella Baggio, Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere -Professore Ordinario, Studioso Senior, Università di Padova e Scientific Editor del Journal of Sex and Gender-specific Medicine.

Tuttavia, la sola raccolta di dati più inclusivi e più completi non è sufficiente al fine di garantire un approccio gender-based nella progettazione e nell'utilizzo dell'IA in medicina: questa deve essere accompagnata da rigidi controlli di qualità, come revisioni periodiche per identificare e correggere eventuali bias di genere.

«L'adozione dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario rappresenta una straordinaria opportunità per migliorare diagnosi, trattamenti e prevenzione delle malattie. Tuttavia, se non affrontiamo le disuguaglianze di sesso e genere presenti nei dati utilizzati per addestrare questi algoritmi, rischiamo di amplificare pregiudizi storici che hanno penalizzato le donne per decenni. Le disuguaglianze di sesso e genere nella sanità digitale rappresentano una sfida urgente da affrontare. È imperativo che la progettazione e l'implementazione dell'IA riflettano equamente la diversità tra uomini e donne e maschi e femmine. Solo così potremo garantire un'assistenza sanitaria più precisa, personalizzata ed equa, evitando diagnosi errate o ritardate e migliorando la diagnosi e il trattamento per tutte le persone, indipendentemente dal loro sesso o genere», conclude Maria Grazia Modena, Centro P.A.S.C.I.A., Programma Assistenziale Scopenso Cardiaco,

cardiopatie dell'Infanzia e a rischio, AOU Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 ott  
2024

DAL GOVERNO

S  
24

## **Giornata mondiale/ L'ictus colpisce 12 milioni di persone nel mondo. Ma con la prevenzione si può evitare fino al 90% dei casi. Warning su eccessivo consumo di sale e sedentarietà**

di Istituto superiore di sanità

In Italia il 49% degli uomini e il 39% delle donne ha la pressione arteriosa alta e il livello medio di sale consumato ogni giorno è 9,2 g negli uomini e 7,1 g nelle donne contro i 5 g indicati dall'Oms. A fare il punto sulla patologia in occasione della Giornata mondiale sono Luigi Palmieri e Chiara Donfrancesco del Dipartimento malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento

dell'Istituto Superiore di Sanità, responsabili del Progetto Cuore - Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari. Sette milioni di persone perdono la vita ogni anno per l'ictus a livello globale, altri cinque milioni sopravvivono, il 75% con una forma di disabilità. Ma si stima che fino al 90% dei casi di ictus si potrebbero evitare, agendo sui principali fattori di rischio modificabili come l'ipertensione o l'eccessivo consumo di sale. A questo proposito il 49% degli uomini e il 39% delle donne nel nostro paese ha livelli di pressione arteriosa elevati la quantità media di sale di sale consumato giornalmente è pari a 9,2 grammi negli uomini e 7,1 nelle donne (quella raccomanda dall'Oms è meno di 5 grammi al giorno),



come risulta dai dati raccolti nel 2023 dall'Istituto superiore di sanità nel contesto della periodica Italian Health Examination Survey - Progetto Cuore (per approfondimenti e consultazioni vedi sotto i link utili).

Il 29 ottobre è l'occasione per sensibilizzare tutti e ovunque sull'importanza della prevenzione di questa grave patologia cerebrovascolare. La campagna della World Stroke Organization (Wso) con il claim Greater Than stroke, più forti dell'ictus quest'anno ha scelto di puntare sul potere coinvolgente dell'attività fisica per veicolare i messaggi di prevenzione dell'ictus.

### **Cos'è l'ictus**

L'ictus è il danno cerebrale provocato dall'interruzione dell'afflusso di sangue al cervello per l'ostruzione (ictus ischemico, la forma più frequente) oppure per la rottura di un vaso sanguigno (ictus emorragico). I neuroni privati dell'ossigeno e delle sostanze nutrienti trasportate dal sangue, iniziano rapidamente a morire, di conseguenza vengono meno le funzioni controllate dalla zona interessata dal mancato afflusso ematico, e compaiono i sintomi.

### **I sintomi: quali sono e cosa fare. Subito**

L'ictus è una patologia tempo-dipendente: più rapidamente si interviene e più neuroni si possono salvare dalla morte per mancanza di sangue.

L'efficacia massima si ottiene intervenendo entro 4,5-6 ore dall'esordio dei sintomi. Che sono:

- improvvisa riduzione o perdita di motilità e di forza e/o improvvisi deficit sensitivi (formicolii, perdita di sensibilità) alla metà inferiore del viso (asimmetria della bocca, soprattutto quando il paziente prova a sorridere), al braccio e/o alla gamba di un lato del corpo;
- improvvisa difficoltà nel parlare e/o nel capire altri che parlano;
- improvvisi disturbi visivi a carico di un occhio o di entrambi;
- improvvisa perdita di coordinazione dei movimenti, sensazione di vertigine, di sbandamento, cadute a terra;
- improvviso mal di testa lancinante e inconsueto

In caso di comparsa di uno o più di questi segnali - è l'indicazione del ministero della salute - chiamare immediatamente il 118 o il 112 per il trasporto urgente al Pronto soccorso di un ospedale dove si eseguono le cure specialistiche per l'ictus (Stroke Unit).

### **Prima causa di invalidità**

L'ictus può colpire tutti, negli adulti è la prima causa di invalidità e la seconda di morte nel mondo. La prevalenza e l'incidenza dell'ictus aumentano con l'età, in particolare a partire dai 55 anni. Dopo i 65 l'aumento dell'incidenza è esponenziale.

La mortalità per ictus è del 20-30% a un mese dall'evento, e del 40-50% a un anno, mentre il 75% dei pazienti sopravvissuti presenta qualche forma di disabilità, che, nella metà dei casi, comporta perdita dell'autosufficienza.

### **Nel mondo e in Europa**

A livello globale si stima che nel 2019 l'ictus abbia causato 6,55 milioni di decessi (84,2 per 100.000), risultando la seconda causa di morte dopo la cardiopatia ischemica, con una incidenza di 12,2 milioni di casi (150,8 per 100.000) e una prevalenza di 101 milioni di casi (1.240,3 per 100.000). La quinta edizione dello European Cardiovascular Disease Statistics indica l'ictus come la seconda causa di morte in Europa, con 405.000 decessi (9%) negli uomini e 583.000 (13%) decessi nelle donne.

### **I dati italiani**

Le malattie del sistema circolatorio, che includono l'ictus (oltre alle malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie cardiache), rappresentano la prima causa di morte in Italia con il 30,8% di tutti i decessi nel 2021 (ultimo dato di mortalità disponibile). E i decessi per le malattie cerebrovascolari rappresentano il 24,7% del totale dei decessi dovuti alle malattie del sistema circolatorio. Nel nostro paese, in linea con l'Europa e a differenza che nei paesi a basso-medio reddito, negli ultimi tre decenni si assiste a un calo del numero dei casi e della mortalità per ictus.

### **Decessi in calo: grazie a prevenzione, cure, assistenza e riabilitazione**

Negli ultimi anni nel nostro Paese si continua a registrare una riduzione dei decessi per le malattie del sistema circolatorio: il tasso di mortalità standardizzato (Eurostat 2012) si è ridotto del 12% nei 5 anni dal 2017 al 2021: dal 30,31 per 10.000 abitanti nel 2017 al 26,67 per 10.000 abitanti nel 2021.

Nello stesso periodo il tasso di mortalità delle malattie cerebrovascolari si è ridotto del 15,4% (da 7,77 a 6,57 per 10.000 abitanti).

La riduzione della mortalità per le cause cerebro e cardiovascolari, ha continuato a essere rilevata nonostante nel 2020 si sia registrato un aumento totale di circa 110mila decessi rispetto alla media degli anni 2018 e 2019, spiegato principalmente dalla mortalità per Covid-19.

Se si osserva la tendenza dagli anni '80 fino al 2021, il tasso di mortalità delle malattie cerebrovascolari si è ridotto del 74% (75% negli uomini e 73% nelle donne).

Questa riduzione della mortalità è stata favorita dal miglioramento dell'efficacia delle misure preventive, terapeutiche e assistenziali e riabilitative di queste patologie. E dei fattori di rischio.

### **I principali fattori di rischio**

- Ipertensione arteriosa
- dislipidemie (valori aumentati di colesterolemia e/o di trigliceridemia)
- sedentarietà/insufficiente attività fisica
- tabagismo (fumo e uso di altri prodotti del tabacco e con nicotina)
- scorretta alimentazione (non equilibrata e ipercalorica, ricca di grassi, zuccheri e di sale, povera di frutta e verdure)
- sovrappeso e obesità

- diabete mellito
- fibrillazione atriale
- cardiopatie (cardiopatìa ischemica, cardiomiopatie, patologie delle valvole cardiache, forame ovale pervio, aneurisma del setto interatriale)
- vasculopatie (lesioni ateromasiche dell'arco aortico, delle carotidi e dei vasi intracranici; aneurismi cerebrali).

### **Il Progetto Cuore dell'Iss: ipertensione e sale in eccesso**

Dai dati raccolti nel 2023 dall'Iss nell'ambito della periodica Italian Health Examination Survey - Progetto Cuore (per approfondimenti e consultazioni vedi sotto i link utili) condotta dall'Istituto superiore di sanità è emerso che tra i 35 e i 74 anni:

- il livello medio di pressione arteriosa sistolica è pari a 134 mmHg negli uomini e 126 mmHg nelle donne, il 49% degli uomini e il 39% delle donne risulta avere livelli di pressione arteriosa elevati o è in trattamento farmacologico specifico (tra questi 4 uomini su 10 e 3 donne su 10 non ne sono consapevoli)

- Il livello medio di sale consumato giornalmente è pari a 9,2 g negli uomini e 7,1 g nelle donne (livello raccomandato dall'Oms - meno di 5 g/giorno), con il 9,5 % degli uomini e il 23,7 % delle donne a target Oms.

### **No alla sedentarietà, la campagna della World Stroke Organization 2024**

La campagna della World Stroke Organization (Wso) con il claim Greater Than stroke, più forti dell'ictus quest'anno ha scelto di puntare sul potere coinvolgente dell'attività fisica per veicolare i messaggi di prevenzione dell'ictus.

Di seguito, alcune indicazioni e considerazioni della Wso per contrastare la sedentarietà:

- ogni anno 1 milione di casi di ictus sono legati all'inattività fisica: con una adeguata quantità di movimento, si riduce il rischio di avere un ictus

- sono sufficienti 30 minuti di esercizio cinque volte alla settimana per abbattere il rischio di ictus del 25%

- praticare con regolarità l'esercizio fisico riduce diversi fattori di rischio, per esempio ipertensione, diabete, colesterolemia, depressione, stress

- è importante essere attivi anche nelle azioni di tutti i giorni come camminare e utilizzare i mezzi pubblici invece dell'auto, fare le scale invece che prendere dell'ascensore.

- oltre a mantenersi attivi, si raccomanda a tutti di puntare ad almeno 2 ore e mezza complessive di esercizio da moderato a intenso a settimana che possono essere distribuite come si preferisce

- se non si è in forma o non si fa attività fisica da molto tempo, o si ha una condizione che aumenta il rischio di ictus, o se si stanno assumendo farmaci, è necessario parlare con il proprio medico prima di iniziare qualsiasi attività fisica regolare.

29 ott  
2024

MEDICINA E RICERCA

S  
24

## Società di neurologia: un Piano nazionale dell'ictus per effettuare diagnosi e trattamenti tempestivi

È la seconda causa di morte in Italia, dopo le malattie ischemiche del cuore, oltre a rappresentare la prima causa di invalidità. L'ictus cerebrale, di cui oggi si celebra la Giornata Mondiale, colpisce ogni anno nel nostro Paese oltre 130mila persone e si stimano in oltre 1 milione i pazienti con disabilità conseguente all'ictus. Una patologia correlata all'età, sebbene non siano rari i casi tra i giovani, anche a causa del consumo eccessivo e crescente degli stupefacenti. Il numero di casi aumenta con l'invecchiamento, coinvolgendo in particolare gli over65. In alcuni casi l'ictus è preceduto da segni premonitori, i cosiddetti attacchi ischemici transitori o Tia, ovvero episodi di ischemia limitati nel tempo, caratterizzati da paresi, disturbi della parola o altri disturbi di breve durata seguiti da recupero completo. Purtroppo, però, nella maggior parte dei casi l'ictus è un evento improvviso e imprevedibile.

Negli ultimi anni la cura dell'ictus unitamente alla precocità nei soccorsi consente di migliorare le possibilità di cura immediata e di ridurre il rischio di invalidità permanente. Per questo occorre fare molta attenzione ad alcuni segnali, come la paresi improvvisa di una gamba o di un braccio con perdita di forza, il calo della vista, un'improvvisa difficoltà nel parlare. In questo caso il tempo è fondamentale e è importante raggiungere quanto prima un Pronto Soccorso per iniziare terapie trombolitiche. In Italia sono attive in



tutte le regioni le Reti Stroke che vedono coinvolte le neurologie dei diversi ospedali, presso cui sono presenti equipe dedicate alla presa in carico delle fasi acute e subacute degli ictus.

“In occasione della Giornata mondiale dell’ictus cerebrale, la Sin ribadisce l’importanza della Neurologia così come la necessità di avere anche nel nostro Paese un ‘Piano Nazionale dell’Ictus’ che consenta di effettuare diagnosi e trattamenti tempestivi, anche a distanza mediante la telemedicina, in tutto il territorio nazionale e che eviti ospedalizzazioni inappropriate o trattamenti inefficaci”, dichiara il Prof. **Alessandro Padovani**, presidente della Società Italiana di Neurologia.

“A testimonianza dell’importanza dei fattori di rischio e della concreta possibilità di una prevenzione in coerenza con il Piano Nazionale One Health – prosegue il presidente – negli ultimi anni vi è stata una riduzione dell’incidenza ovvero dei numeri di casi per anno. Quando invece i sintomi si manifestano in maniera acuta, è fondamentale raggiungere quanto prima un Pronto Soccorso per iniziare terapie trombolitiche”. “In Italia sono attive in tutte le regioni le Reti Stroke – precisa Padovani – che vedono coinvolte le neurologie dei diversi Ospedali presso le quali sono presenti equipe dedicate alla presa in carico delle fasi acute e subacute degli ictus”.

La Sin, unitamente alla Italian Stroke Association, quest’anno ha voluto inserire la Giornata Mondiale dello Stroke tra le iniziative mirate a promuovere il proprio impegno nell’ambito della campagna One Brain, One Health a favore della Salute del Cervello.

“Il nostro impegno – conclude il presidente Sin – è quello di sostenere sempre iniziative di informazione e di conoscenza sull’ictus cerebrale nella speranza che il nostro Paese sia presto all’avanguardia nella lotta contro tutte le malattie del cervello”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 ott  
2024

NOTIZIE FLASH

S  
24

## Società internazionale di Neurochirurgia pediatrica: Gianpiero Tamburrini nuovo presidente

Gianpiero Tamburrini, direttore Uoc di Neurochirurgia Infantile del Policlinico Gemelli e professore associato di Neurochirurgia all'Università Cattolica, è il nuovo presidente della International Society for Pediatric Neurosurgery (2024-2025), la Società Scientifica Mondiale di Neurochirurgia pediatrica. La nomina è avvenuta durante le celebrazioni per il cinquantesimo anniversario della Società svoltesi a Toronto, in Canada, dal 13 al 17 ottobre.



“Si tratta di un riconoscimento che mi rende particolarmente orgoglioso – ha detto il professor Gianpiero Tamburrini - in quanto riservato da sempre a coloro che hanno universalmente più contribuito al progresso nella cura dei bambini con patologie neurochirurgiche. Uno degli obiettivi più importanti per me in questi anni di Presidenza della Società Internazionale sarà quello di coordinare progetti di miglioramento della pratica clinica in aree come il Centro Africa e il Sud Est asiatico dove fino al 70% della popolazione è pediatrica e le possibilità di avere una cura adeguata da parte dei bambini e una formazione soddisfacente da parte dei colleghi sono limitate; training pratici in sede e finanziamento di periodi di formazione estera per i giovani neurochirurghi locali presso centri considerati di riferimento rappresenteranno la base del programma, assistiti da consultazione e, ove

necessario, discussione su base volontaria di casi clinici online, grazie a un gruppo straordinario di professionisti di tutto il mondo che lavoreranno al mio fianco”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 ott  
2024

## IMPRESE E MERCATO

S  
24

# Assosalute: il 90% italiani vuole più consapevolezza sull'uso dei farmaci di automedicazione

Il 90% degli italiani ritiene importante avere una maggiore consapevolezza della propria salute e chiede di essere maggiormente sensibilizzato sulle possibili soluzioni di cura per evitare abusi, sprechi di risorse e accessi impropri al sistema pubblico. È il dato principale che emerge dalla ricerca promossa da Assosalute (Associazione nazionale farmaci di automedicazione), parte di Federchimica, realizzata dall'Istituto di Ricerca SWG, presentata oggi a Roma in occasione dell'evento dal titolo 'La trasformazione in atto del SSN. L'impegno del settore dell'automedicazione per la sanità territoriale'. All'evento, che si è svolto a Palazzo Baldassini, hanno preso parte diverse istituzioni e rappresentanti di categorie professionali di medici e farmacisti oltre che organizzazioni di cittadini.

La ricerca, condotta su un campione di 1.686 cittadini maggiorenni (rappresentativi della popolazione italiana per genere, età, zona geografica di provenienza e titolo di studio) è in continuità con quella svolta nel 2022 e analizza le abitudini di cura degli italiani e il loro rapporto con i medicinali di automedicazione, nonché il ruolo cruciale dei professionisti sanitari di prossimità nel favorire una sanità territoriale più sostenibile e accessibile ai cittadini. "Gli italiani risultano, ancora una volta, ampiamente soddisfatti dei servizi offerti da farmacie e medici di famiglia con un gradimento elevatissimo e generalizzato- hanno fatto sapere-. Medici di medicina



generale e farmacisti restano i primi interlocutori di salute sul territorio, a partire proprio dai più comuni disturbi di salute: le farmacie si confermano presidi sanitari diffusi e capillari e, in molti casi, rappresentano un fondamentale hub informativo per orientarsi tra i servizi e le prestazioni sanitarie possibili e per risolvere malanni quotidiani, mentre il medico di famiglia resta una figura chiave, un riferimento costante per la malattia e la cura delle famiglie italiane”.

Nel quadro di un percorso di responsabilizzazione dei cittadini, in merito alla gestione della propria salute, Assosalute ha voluto quindi offrire il proprio contributo al dibattito sull’accesso alle cure e alla sostenibilità del modello di presa in carico universalistico garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, in virtù dell’esistente collaborazione con i principali referenti per la salute dei cittadini e delle diverse iniziative portate avanti con i suoi partner, per “favorire l’alfabetizzazione sanitaria quale elemento fondamentale per una presa in carico della salute a iniziare dalle scelte sul piano individuale”. In tal senso, il settore dei farmaci di automedicazione assume e potrà assumere in futuro “un’importanza crescente- hanno sottolineato- promuovendo un approccio alla salute e all’uso dei medicinali più autonomo e consapevole da parte dei cittadini”. In una sanità in evoluzione, il ricorso ai farmaci di automedicazione rappresenta inoltre una “soluzione concreta per ridurre la pressione sul sistema, contribuendo alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale”.

Il 70% degli italiani, intanto, è in grado di identificare il bollino rosso sorridente che contraddistingue i farmaci da banco e 2 italiani su 3 sanno che i farmaci di automedicazione non necessitano di prescrizione medica. “Questo indica una buona conoscenza della popolazione riguardo alle caratteristiche e all’uso appropriato di questi medicinali- hanno aggiunto gli esperti durante l’evento- evidenziando quanto l’educazione sanitaria sia importante per promuovere una corretta gestione della propria salute”.

Da questo scenario, ha sottolineato infine **Michele Albero**, presidente di Assosalute-Federchimica, emerge “con chiarezza un quadro dove il territorio esprime un potenziale reale di assistenza che può davvero contribuire a un Servizio Sanitario Nazionale più capace nel dare risposte di cura appropriate e tempestive là dove queste si manifestano”. Questo può avvenire anche grazie a un approccio “più maturo delle persone nelle scelte di salute e cura di disturbi lievi, grazie anche al supporto, che si è dimostrato ancora una volta irrinunciabile, di farmacisti e medici di famiglia. Occorre quindi favorire lo sviluppo di modelli di presa in carico da parte dei referenti territoriali- ha aggiunto- per un equo accesso alle cure e prossimità dell’assistenza; incrementare le campagne di informazione e educazione al cittadino sui temi della salute, così da accrescere la cultura sanitaria del

Paese. E, non da ultimo, favorire un appropriato allargamento dell'offerta di farmaci di automedicazione per rispondere in modo appropriato alla crescente responsabilità dei cittadini nelle decisioni che riguardano la propria salute, contribuendo, al contempo, a una maggiore sostenibilità del sistema pubblico”, ha concluso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 ott  
2024

IMPRESE E MERCATO

S  
24

## Sanofi: firmato il “Patto per il digitale e l’intelligenza artificiale” con Assolombarda e sindacati

Sanofi ha ufficializzato la firma del “Patto per il digitale e l’intelligenza artificiale”, un accordo strategico siglato tra Sanofi, Assolombarda e i sindacati Filctem-Cgil, Femca-Cisl e Uiltec-Uil, che nasce dalla collaborazione con gli Osservatori Digital Innovation del Politecnico di Milano. Questo

patto segna un passo importante nel percorso di trasformazione digitale dell’azienda, sottolineando l’impegno di Sanofi nell’utilizzare l’intelligenza artificiale (IA) per migliorare il benessere delle comunità e dei pazienti. Il documento è stato ufficialmente presentato internamente venerdì scorso, in occasione dell’ultimo incontro di una serie di webinar molto partecipati dai collaboratori. “Rappresenta il culmine di un percorso articolato e stimolante - spiega Sanofi - iniziato con la creazione di un Osservatorio digitale aziendale, istituito per monitorare congiuntamente il progresso digitale dell’azienda e il suo impatto sulle modalità di lavoro, che ha offerto moltissimi corsi pratici per l’utilizzo quotidiano degli strumenti di intelligenza artificiale”.

Il “Patto per il digitale e l’intelligenza artificiale” si inserisce all’interno di una strategia più ampia di Sanofi, che punta a diventare la prima azienda biofarmaceutica ad adottare l’IA su larga scala. In particolare, nel campo dell’Immunoscienze, l’obiettivo è quello di estendere i benefici della medicina di precisione a un numero crescente di pazienti, accelerando la



scoperta e l'accesso di nuove soluzioni di salute e ottimizzando non solo i processi di produzione e distribuzione ma tutti i processi aziendali.

“Essere pionieri nell'adozione su larga scala dell'IA - spiega **Laura Bruno**, People & Culture Director and Board member Sanofi Italia - non è solo un'ambizione, ma una grande responsabilità. Vogliamo garantire che le tecnologie emergenti siano utilizzate in modo etico e sostenibile, valorizzando il ruolo chiave delle nostre persone. Questo accordo non rappresenta solo un traguardo per Sanofi, ma un'opportunità concreta per contribuire attivamente alla crescita e alla trasformazione del settore della salute nel nostro Paese.” In un contesto tecnologico in evoluzione, il settore delle Scienze della Vita sta adottando soluzioni innovative come l'intelligenza artificiale e il machine learning. Strumenti avanzati, quali motori di ricerca per target terapeutici, modelli di progettazione farmaceutica e popolazioni digitali di pazienti, stanno velocizzando la scoperta di nuovi farmaci e migliorando la progettazione degli studi clinici. L'uso di modelli in silico, “digital twin,” dispositivi indossabili e nanotecnologia sta inoltre trasformando il modo di condurre la ricerca scientifica, rendendo i processi più efficienti e precisi, migliorando la comprensione delle malattie e favorendo lo sviluppo di terapie all'avanguardia.

“La diffusione dell'IA - sottolinea **Mariano Corso**, responsabile scientifico Osservatorio HR Innovation Practice del Politecnico di Milano - è destinata a cambiare velocemente e profondamente il mercato del lavoro, aprendo prospettive entusiasmanti, ma anche nuove sfide di sempre più complessa soluzione. Il settore della salute, in particolare, è uno di quelli in cui la trasformazione è già iniziata e promette di essere veloce e profonda. L'esito di questa rivoluzione non è scontato, ma dipende dalla visione, dall'impegno e dal senso di responsabilità con cui i diversi attori sapranno lavorare insieme per cogliere opportunità e mitigare rischi. Il percorso portato avanti da Sanofi, con lo sviluppo del ‘Patto per il digitale e l'intelligenza artificiale’, rappresenta un esempio da seguire per aziende, lavoratori e parti sindacali e da promuovere da parte di associazioni industriali e policy maker”.

Questo patto dimostra come l'innovazione possa essere integrata nella vita lavorativa quotidiana, creando nuove opportunità e garantendo un approccio responsabile all'uso dell'IA nel settore farmaceutico. Sanofi ha adottato un quadro di governance per garantire l'utilizzo etico dell'intelligenza artificiale, allineandosi ai principi internazionali promossi dall'OCSE. La formazione continua dei dipendenti, attraverso l'iniziativa RAISE, è parte integrante di questo processo, con oltre 15.000 collaboratori nel mondo già formati sui rischi e le opportunità dell'IA.

Per **Giancarlo Lombardo**, **Rino Fresca** e **Fabio Pennati** rispettivamente segretario territoriale Filctem-Cgil, segretario territoriale Femca-Cisl e segretario territoriale Uiltec-Uil “l’inclusione e la formazione continua dei lavoratori sono fondamentali per affrontare le sfide della digitalizzazione. L’accordo con Sanofi dimostra che è possibile mettere le persone al centro, assicurando che le nuove tecnologie siano al servizio della collettività. I principi guida del patto riflettono un impegno condiviso per un uso etico e inclusivo delle tecnologie digitali e dell’IA, garantendo che siano impiegate in modo responsabile, equo e rispettoso della dignità umana, tutelando l’inclusività e il benessere di tutti”. “Il ‘Patto per il digitale e l’intelligenza artificiale’ . conclude **Aldo Messedaglia**, direttore Area Sindacale Assolombarda - è un segnale di grande rilevanza per il sistema economico e produttivo italiano. L’adozione dell’IA nel settore farmaceutico non solo ottimizza i processi aziendali, ma funge anche da catalizzatore per l’innovazione nel nostro Paese, favorendo una crescita sostenibile e competitiva. Accordi di questo tipo sono fondamentali per posizionare le aziende italiane all’avanguardia nella trasformazione digitale, con ricadute positive su tutta la filiera”.

La firma del “Patto per il digitale e l’intelligenza artificiale” segna un traguardo significativo per Sanofi, rafforzando il suo ruolo nell’innovazione e nella trasformazione digitale. L’accordo rappresenta un modello di collaborazione tra impresa, istituzioni accademiche e parti sociali, volto a costruire un futuro in cui tecnologia e umanità lavorano insieme per il progresso della società.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Sanità, il Lazio non passa il test

Report Agenas: promosso il Gemelli, bocciato l'Umberto I. Troppi parti cesarei, via alle verifiche

Non c'è traccia di ospedali pubblici del Lazio tra i migliori d'Italia. Ai primi tre posti compaiono il Careggi di Firenze, l'azienda ospedaliera delle Marche di Ancona e l'Humanitas di Milano. Una classifica stilata dall'Agenas, che nel "Piano nazionale esiti" ha analizzato le attività chirurgiche e mediche delle diverse strutture e ne ha valutato i risultati. Lo stesso ente

pubblico che già aveva assegnato la maglia nera al Lazio sulla mobilità sanitaria.

di **Clemente Pistilli** ● a pagina 2



## Agenas, esame fallito per la sanità laziale Gemelli promosso, bocciato l'Umberto I

di **Clemente Pistilli**

Non c'è traccia di ospedali pubblici del Lazio tra i migliori d'Italia. Ai primi tre posti compaiono il Careggi di Firenze, l'azienda ospedaliera delle Marche di Ancona e l'Humanitas di Milano. Una classifica stilata dall'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che nel "Piano nazionale esiti" ha analizzato le attività chirurgiche e mediche delle diverse strutture e ne ha valutato i risultati principalmente in tema di sopravvivenza dopo gli interventi, quantità di casi trattati e rapidità di risposta alle emergenze. Lo stesso ente pubblico che già aveva assegnato la maglia nera al Lazio sulla mobilità sanitaria, i pazienti costretti a recarsi in altre regioni per curarsi.

Roma e le province inoltre, sempre da Agenas, sono state indicate tra le peggiori a livello nazionale per il ricorso ai parti cesarei. Considerazioni fatte sull'attività sanitaria nel 2023 e dunque un flop targato Francesco Rocca, che dall'anno scorso è alla guida della Regione con una maggioranza di centrodestra e che ha tenuto saldamente nelle sue mani la delega proprio alla Sanità.

Il Lazio, insieme alla Campania, alla Sicilia, alla Puglia e alla Lombardia, è tra le Regioni in cui i parti cesarei superano il 40%. Un quadro che l'Agenas specifica verrà approfondito «mediante attività di audit».

Nel 2023 è aumentata la tempestività di accesso all'angioplastica coronarica nei pazienti con infarto, con il 63% delle strutture in Italia che ha garantito interventi

entro 90 minuti dall'attacco cardiaco. Anche in questo caso tra gli ospedali con un alto volume di ricoveri, che hanno assicurato un tempestivo accesso a più dell'85% dei pazienti, non c'è alcun ospedale del territorio laziale.

Tra i 35 centri che hanno mostrato valori uguali o superiori alla soglia fissata dal Ministero ci sono poi il presidio ospedaliero Nord a Latina, lo Spaziani di Fro-



sinone, il policlinico Casilino, che è un ospedale privato accreditato, e il policlinico Tor Vergata. Ma non si va oltre. E soprattutto tra i centri che vanno peggio spunta l'Umberto I, l'ospedale pubblico più grande di Roma e il più grande d'Europa.

Sul fronte del bypass aorto-coronarico, tra i 18 ospedali migliori ci sono il Policlinico Gemelli, che è sempre una struttura privata accreditata, il Sant'Andrea e il Campus, ma tra quelli con il volume più basso di attività ci sono anche la casa di cura Pio XI di Roma, il Ptv e l'ospedale San Carlo di Nancy.

Guardando all'oncologia e più nello specifico al tumore maligno al pancreas, l'Agenas ha accertato che solo 10 strutture in Italia presentano volumi di attività uguali o superiori a 50 inter-

venti annui, per un valore corrispondente di casistica pari al 45%, e tra queste c'è di nuovo soltanto il Gemelli, mentre il San Filippo Neri ne ha fatti appena 4 e l'Ifo, specializzato nell'oncologia, 5.

Passando alla traumatologia, a livello nazionale è migliorata la proporzione dei pazienti con più di 65 anni che vengono operati entro 48 ore, ma larga parte degli ospedali resta al di sotto della soglia del 65%. Tra i migliori, con almeno 100 casi trattati e più del 95% dei pazienti operati entro due giorni appunto, compare il Pertini. Delle 69 strutture a più alto volume, tra le 14 che hanno raggiunto o superato la proporzione del 75% di interventi nelle 48 ore, ci sono poi anche il San Paolo di Civitavecchia e il San Camillo-Forlanini, mentre tra le 10

strutture che nel triennio precedente non avevano raggiunto la soglia ministeriale e nel 2023 hanno migliorato i risultati, raggiungendo o superando il 75, ci sono il Parodi Delfino di Colleferro, il San Filippo Neri e l'Umberto I. Ma anche in questo caso tra i peggiori spunta un ospedale come il San Giovanni.

Non resta che consolarsi con l'I-ni di Grottaferrata, che ha superato l'audit ed è rientrata tra le sette strutture italiane che sono passate da un livello molto basso di aderenza a standard di qualità a un livello alto o molto alto. Meglio di niente.

90

**Minuti per un'angioplastica**

Il tempo migliore per un intervento dopo un infarto. In questa specialità il policlinico Umberto I è tra gli ospedali peggiori a livello nazionale

*Sull'oncologia di nuovo male l'Ifo Per le angioplastiche bene Casilino e Ptv*

*Troppi parti cesarei e l'Agenzia del governo avvia un'inchiesta "Approfondiremo"*



## SANITÀ E INCHIESTE IN PUGLIA

Citazione diretta a giudizio per i vertici della «Associazione Santissima Medici Soccorso» di Palagiano

# Ambulanze «fantasma» per i dializzati L'Asl di Taranto truffata un'altra volta

PINA SERENI

●●● Ambulanze «fantasma», nuova indagine a Taranto. È finito nuovamente sotto inchiesta perché avrebbe truffato la Asl di Taranto, Pierangelo Cifone, tarantino, rappresentante legale della «Associazione Santissima Medici Soccorso» di Palagiano coinvolto nella nuova inchiesta sulle «ambulanze fantasma» nella sanità ionica. La toga Antonio Natale ha infatti disposto la citazione diretta a giudizio per Cifone e per Pasquale Dipierro che in tempi diversi ha ricoperto lo stesso incarico del primo. Secondo la ricostruzione accusatoria entrambi avrebbero dichiarato l'utilizzo di ambulanze per lo spostamento di pazienti dializzati, trasporto che per il pm non sarebbe mai avvenuto. Per il magistrato il fine era di ottenere rimborsi maggiorati rispetto

to a quelli dovuti per l'impiego di altri mezzi usati, attestando e consegnando documentazione fasulla all'Azienda Sanitaria locale. Una truffa che avrebbe così fruttato ai due uomini quasi 40mila euro e per cui, ora, entrambi dovranno comparire davanti al giudice Antonio Giannico, per l'udienza predibattimentale, una sorta di udienza preliminare, introdotta dalla nuova riforma «Cartabia» nei casi di citazione diretta a giudizio. A indagare su Cifone e Dipierro sono stati gli uomini della Guardia di finanza: nel dettaglio l'attività investigativa avrebbe evidenziato un profitto di 37.000 euro per la coppia, ottenuto grazie ai pagamenti dell'Asl per il trasporto con ambulanza dei pazienti in dialisi. La maggior parte del denaro sarebbe stato intascato da Cifone (30.000 euro), Dipierro

avrebbe "guadagnato" circa 7.000 euro, soldi bonificati nel periodo compreso tra l'ottobre 2022 e l'inizio del 2023. Non bisogna dimenticare che per Cifone questo non è il primo procedimento giudiziario in cui è coinvolto. Infatti nel periodo pandemico era finito sotto la lente delle fiamme gialle sempre in merito allo spostamento dei pazienti dializzati. In quel filone d'inchiesta era presente anche Saverio Guisa, rappresentante legale di un'altra onlus di Palagiano «Angeli della Strada - Associazione di Volontariato Onlus». Un vicenda giudiziaria già conclusa per Cifone, con una condanna in abbreviato a due anni di reclusione con pena sospesa subordinata al pagamento di una provvisoria di cinquemila euro in favore della Asl di Taranto, che si era costituita parte civile attraverso l'avvo-

cato Emidio Attavilla. In quell'occasione a Cifone e Guisa era stato contestato il reato

di truffa: tutte le richieste di pagamento all'Azienda Sanitaria di Taranto, risultarono, infatti, liquidate ai due uomini. In quel caso, però, Cifone era accusato di aver utilizzato un'automobile per quegli spostamenti (con un rimborso previsto del 50 per cento in meno rispetto alla richiesta da lui avanzata), con un guadagno di oltre 120mila euro. © RIPRODUZIONE RISERVATA

*Nei guai*

*Secondo processo in vista per il legale della società Pierangelo Cifone*



STAMPA LOCALE SUD E ISOLE

