



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**25 Luglio 2023**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

## GIORNALE DI SICILIA .it



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

### **Triplo trapianto su un bimbo di 6 anni affetto da fibrosi cistica**

Sta bene ed è già stato estubato il durante il bambino di 6 anni affetto da fibrosi cistica, che sabato ha subito un triplo trapianto contemporaneo di fegato, pancreas e intestino eseguito dall'equipe diretta da Michele Colledan, dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. "Complimenti per questa rara e difficile operazione e, più in generale - ha commentato il presidente della Regione Lombardia Attilio Fontana - per lo straordinario lavoro che giorno dopo giorno questa grande eccellenza lombarda realizza". Le squadre dell'ospedale di Bergamo "ci hanno abituato a notizie che entrano nella storia della medicina moderna, come lo scorso anno," con il primo trapianto di polmone in Italia tra pazienti viventi, da padre a figlio di 5 anni. "Insieme a queste grandi notizie - ha concluso il presidente - c'è un costante lavoro quotidiano di grandi successi. Questa settimana, l'ospedale raggiungerà il trapianto di fegato numero 2.000. Un traguardo simbolico per una grande eccellenza lombarda di cui siamo orgogliosi".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

**quotidiano**sanità.it  
Quotidiano on line di informazione sanitaria



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Sicilia. Schifani: “Emergenza e lotta alle liste d’attesa con l’aiuto del privato”

***In un’intervista al Quotidiano di Sicilia, il governatore annuncia “un Piano con l’uso di 40 milioni di euro residui sui fondi nazionali che ci sono stati assegnati: 20 milioni andranno all’apparato pubblico e 20 al settore privato, cui chiederemo di darci una mano”. Anche nell’area delle emergenze, “valuteremo quali comparti, quali realtà, del settore privato accreditato potranno anche svolgere un ruolo”.***



Per vincere le grandi sfide nella sanità c’è necessità di una forte collaborazione tra pubblico e privato. Ne è convinto il presidente della Regione Siciliana, **Renato Schifani**, che non si è limitato alle parole, ma è già passato ai fatti. La nuova Cardiocirurgia pediatrica del Civico di Palermo ha recentemente preso il via proprio grazie a [una collaborazione con il Gruppo San Donato](#). E in un [recente incontro](#) con i vertici del Fatebenefratelli ha spiegato chiaramente che “il governo regionale punta alla valorizzazione della sanità di eccellenza e al partenariato pubblico-privato per affrontare le due direttrici prioritarie sulle quali stiamo lavorando: il miglioramento dell’area di emergenza e la riduzione delle liste di attesa”.

Ora arriva la conferma, da una intervista rilasciata da Schifani al [Quotidiano di Sicilia](#). “A breve – ha fatto sapere il governatore - faremo una conferenza stampa dove presenteremo proprio il Piano di abbattimento delle liste di attesa, per il quale utilizzeremo più di 40 milioni di euro residui sui fondi nazionali che ci sono stati assegnati. Prevediamo di operare una divisione di questi fondi: 20 milioni di euro per l’apparato



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

pubblico e 20 per il settore privato, cui chiederemo di darci una mano per raggiungere l'obiettivo dell'abbattimento delle liste di attesa. Non escludo che la Regione possa rimpinguare questa somma con altri 5-10 milioni in maniera tale da rendere più corposo questo che è comunque un intervento one off, cosiddetto una tantum".

"In campagna elettorale – ha proseguito Schifani - ho sempre detto che tutelare la salute dei cittadini è una funzione pubblica, ma al di là di chi la realizza, che sia il pubblico o il privato. Siamo già in contatto con le strutture private e con l'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata)". La Giunta Schifani intende lavorare anche alle emergenze, "dove abbiamo deciso di privilegiare la realizzazione e il rafforzamento delle strutture pubbliche. Valuteremo anche quali comparti, quali realtà, del settore privato accreditato, ma comunque di eccellenza, potranno anche svolgere un ruolo di emergenza, con i dovuti costi naturalmente e quindi programmerò delle riunioni con gli esperti della sanità e i rappresentanti dell'Aiop, per vedere quali possono essere le strutture che ci garantiscano un'emergenza qualificata". "Sono convinto – ha detto Schifani - che anche in quel comparto vi possano essere delle realtà in grado di sopperire, ricoverando pazienti che in prima istanza sono stati stabilizzati in ospedale. Questa fase di collaborazione già c'è, però io intendo protocollare questo percorso, perché per ora avviene tutto in maniera improvvisata".

# Sanità, spesa in salita Per il 2050 atteso un incremento del 64%

## Il report

Lo studio di Ambrosetti:  
In Italia si spende meno  
della media europea

**Francesca Cerati**

I ministri della Salute dell'Ocse si riuniranno il 23 gennaio 2024. In agenda: preparare i sistemi sanitari alla resilienza e all'assistenza centrata sulle persone. EU4Health 2021-2027 è il quarto programma che l'Unione europea attua nel settore della salute e quello dei prossimi 7 anni (entrato in vigore a marzo 2021) punta, dopo l'esperienza della pandemia, a rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari attraverso investimenti mirati, che implicano però anche la necessità di revisioni e adattamenti continui. Se l'Italia dovesse fare un "test di resilienza" in prospettiva non lo supererebbe, come fotografa la 18esima edizione del Think Tank di Meridiano Sanità di The House-Ambrosetti. «In Italia, la spesa pubblica continua a essere inferiore alla media europea e anche il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, pur in aumento, è ancora insufficiente a coprire i fabbisogni di salute di una popolazione che è costituita sempre più

da anziani cronici - premette Valerio De Molli, managing partner & Ceo di The European House - Ambrosetti - Negli ultimi 10 anni, le persone con almeno una patologia cronica sono aumentate dell'1,8% e quelle con almeno due patologie dell'1,4%, con un impatto significativo sulla sostenibilità del Ssn (negli ultimi 5 anni la spesa sanitaria pro capite negli over-65 è aumentata del 7,3%)». In prospettiva, al 2050, secondo il report, questa stessa spesa potrebbe aumentare del 64% a causa di una più alta prevalenza di fattori di rischio e un numero crescente di pazienti cronici e pluri-patologici. Risultato? Per far fronte a tutti i bisogni di salute e assistenza, si stima un'incidenza della spesa sanitaria sul Pil pari al 9,5%, cioè +2,4% rispetto al 2022. Tra le soluzioni per cambiare il modello di assistenza da modello reattivo («cura») a modello proattivo («costruire la buona salute») lungo tutto l'arco della vita dei cittadini in modo che produca valore, per De Molli occorre investire su prevenzione e innovazio-

ne. «Nel 2021, la spesa nazionale in prevenzione ha raggiunto i 10 miliardi di euro, valore doppio rispetto a 10 anni prima, ma che è solo il 54% della spesa in prevenzione». E poi esiste una relazione positiva diretta tra investimenti in R&S e crescita del Paese. «Da un lato l'Italia investe in R&S solo l'1,5% del Pil, posizionandoci al 26esimo posto nella classifica mondiale; dall'altro la pipeline nel 2022 del settore Life sciences ha raggiunto il suo record mondiale. In questo contesto, l'attuale governance deve essere coerente con i cambiamenti dei modelli di salute in atto e con l'accelerazione della ricerca e dell'innovazione, se vorrà superare il test di resilienza» conclude De Molli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## MATERNITÀ SURROGATA

Schlein vuole l'astensione sull'emendamento Magi, ma la maggioranza del partito insiste sul voto contrario

# L'utero in affitto «solidale» manda in crisi il Pd

... È stata fissato per domani l'esame in aula alla Camera dei deputati della Pdl sulla maternità surrogata «reato universale», così come stabilito dalla conferenza dei capigruppo. L'appuntamento è fissato con il circoletto rosso sull'agenda del Pd, non tanto per la legge voluta dalle destre: il no dei dem è netto. Ma per l'emendamento presentato da Riccardo Magi che introduce la Gestazione per altri «solidale», ossia la maternità surrogata non a pagamento. Su questo la discussione resta accesa. «Dire no al reato universale di Gpa ma voler mantenere il reato nazionale mi sembra una posizione poco coerente e anche molto ipocrita», ha scritto sui suoi social Magi. Il Pd in realtà ha già deciso l'atteggiamento da tenere in aula sull'emendamento: non voto. Ma la scelta presa nell'ultima riunione del gruppo ha subito ma-

nifestato alcune crepe. Non sembra venuta meno l'insoddisfazione di alcuni deputati dem. Diverse voci critiche si erano già levate nella precedente riunione. Con varie motivazioni erano state Paola De Micheli, Debora Seracchiani, Marianna Madia, Lia Quartapelle tra gli altri a sollevare dubbi. Di «perplexità politiche e di metodo» aveva parlato De Micheli, sottolineando netta: «La maggioranza del gruppo è contraria all'emendamento Magi». Contrarietà che potrebbe manifestarsi in aula, con un no esplicito e quindi la scelta di non partecipare al «non voto».

Anche alla riunione di Energia popolare, l'area di Stefano Bonaccini, il tema ha tenuto banco: «Ho contestato le forzature. Abbiamo costruito un percorso chiaro: no al reato universale, sì ai diritti dei bambini, no alla introduzione surrettizia della Gpa

nel Paese», ha detto Lorenzo Guerini. I dirigenti dem stanno cercando di trovare un punto di equilibrio e di disinnescare le polemiche interne. Una riunione del gruppo parlamentare di Montecitorio è stata convocata per ieri, all'ordine del giorno c'era anche la questione salario minimo. Sono state ore di contatti e trattive febbrili, con un occhio rivolto al Nazareno e in particolare alla segretaria: «È lei che deve risolvere la questione, deve decidere che posizione tenere», spiega un deputato dem.

La soluzione cui si starebbe lavorando è affidata alla capogruppo dem alla Camera Chiara Braga, nel suo intervento in aula dovrebbe spiegare in modo puntuale le ragioni del non voto sull'emendamento Magi. Ma i deputati più «inquieti» chiedo-

no alla capogruppo un di più: «Dovrebbe dire chiaramente che la posizione del Pd sulla Gpa non è cambiata». Un passo in avanti che metterebbe in fuori gioco i deputati tentati dal no all'emendamento Magi. «Altrimenti, chi ha invocato libertà di coscienza si sentirebbe in ragione nel praticarla», avvisa una parlamentare. La scelta del «non voto» in ogni caso non sarebbe in discussione. La questione, però, pare più se aprire già in settimana una discussione interna sulla Gpa (invocata anche in Direzione) o più in avanti negli organi di partito.

G.D.C.

*Segretario «Europa»  
«Dire no al reato  
universale di Gpa  
mentre si mantiene il  
divieto in Italia è  
molto ipocrita»*



SCONTRIO NEL GOVERNO

# Aborto ministre contro

Bernini prende le distanze da Roccella sull'interruzione di gravidanza  
"È un diritto delle donne, non può essere messo in discussione"

SERENARIFORMATO

ROMA

«**L**a legge sull'interruzione di gravidanza è una conquista di civiltà e rappresenta una scelta individuale che non può essere giudicata o messa in discussione». Anna Maria Bernini si smarca dalla collega di governo Eugenia Roccella, la ministra della Famiglia e delle Pari opportunità che, insofferente, dell'aborto diceva nel gennaio scorso: «Purtroppo sì, fa parte delle libertà delle donne».

La ministra dell'Università, in un dialogo con i ragazzi del Giffoni Film Festival, a Giffoni (Salerno), non usa giri di parole: «Credo che su questo tema bisogna essere chiari». Una ragazza si alza in piedi e le chiede se le dichiarazioni di Roccella siano espressione dell'intero governo: «No - la risposta senza esitazioni - e di certo non è la mia posizione». La conclusione è altrettanto netta: «C'è molta sofferenza personale dietro queste scelte che deve essere rispettata. Punto».

Una lettura moderata di-

stante da quello della ministra della Famiglia, autrice, fra gli altri, di un libro del 2010 dal titolo «La favola dell'aborto facile. Miti e realtà della pillola abortiva Ru486». Nessun incidente diplomatico all'interno del governo, però. Dallo staff di Bernini spengono la polemica sul nascere: «Queste sono sempre state le sue convinzioni, è una liberale vera, anche sui diritti civili. Niente di personale contro la ministra Roccella, i rapporti sono buoni». Le due non si sono sentite, non c'è stata la necessità di un chiarimento.

Da sempre Bernini si spende per i diritti civili con una voce spesso non allineata alle posizioni più conservatrici del centrodestra, soprattutto sulle tutela del mondo LGBTQ+. Parlando di Lega e Fratelli d'Italia un anno fa, alla festa del *Fatto quotidiano*, rivendicava la propria autonomia di pensiero: «Sui diritti la vedo in maniera molto diversa da loro - spiegava -. Sono sempre stata lasciata libera di fare, dire e praticare sulle libertà personali quello che ritenevo giusto». Nel 2016, l'ex capogruppo di Forza Italia si è espressa

a favore del disegno di legge Cirinnà sulle unioni civili tra persone dello stesso sesso, proponendo di andare oltre, con la revisione dell'articolo 29 della Costituzione per allargare l'istituto del matrimonio alle coppie gay. Anche durante l'esame della proposta di legge sulla "stepchild adoption" Bernini ha votato sì al testo, in dissenso dal gruppo parlamentare di Forza Italia Senato. La ministra dell'Università, negli anni, si è anche detta disponibile a sostenere un disegno di legge contro l'omofobia, pur con qualche distinguo nei confronti della legge Zan (troppo «politicizzata», commentò quando il provvedimento fu affossato). Storicamente, all'interno di Forza Italia, su questi temi hanno sempre convissuto spazi di dissenso. Nel 2014, Mara Carfagna, allora alla guida del dipartimento per le "Libertà civili e i diritti umani" di Forza Italia propose persino "un patto del Nazareno" sui diritti civili (mai portato avanti).

A Giffoni la ministra della Ricerca e dell'Università ha anche lanciato un appello ai ragazzi: «L'errore è creativo,



# LA STAMPA

assolutamente creativo. Mai i ragazzi devono pensare che, attraverso un errore, la loro vita sia compromessa. Evviva gli errori, si può sbagliare, si impara e poi si fa meglio». Fra i temi toccati dai partecipanti fra i 18 e i 30 anni anche il problema dei "cervelli in fuga": «Non c'è un'unica ricetta, l'effetto bacchetta magica non funziona. Bisogna rendere l'I-

talia un Paese attrattivo per la ricerca. Siamo sulla buona strada perché, con il Piano nazionale di ripresa e resilienza e con gli investimenti che abbiamo fatto sul diritto allo studio e sulla ricerca, abbiamo dato tanti soldi alle università e agli enti di ricerca». —

## I precedenti



### Eugenia Roccella

A gennaio, la ministra per le Pari Opportunità, a una domanda sul diritto all'aborto, risponde: "Purtroppo sì, fa parte delle libertà delle donne"



### Diritti del nascituro

Roberto Menia, FdI, presenta in Senato un ddl per riconoscere capacità giuridica al nascituro. Grande imbarazzo del capogruppo Lucio Malan



### Giorgia Meloni

A una donna che sta per abortire "direi che lo Stato le darà gli strumenti necessari per non negare a se stessa la gioia di crescere suo figlio". Così in una intervista a Grazia

**ANNA MARIA BERNINI**  
MINISTRA DELLA RICERCA  
E DELL'UNIVERSITÀ



La legge  
sull'interruzione  
della gravidanza  
conquista di civiltà

**EUGENIA ROCCELLA**  
MINISTRA  
DELLE PARI OPPORTUNITÀ



Al massimo c'è  
un diritto di scelta,  
ma non un diritto  
ad abortire



Le ministre Eugenia Roccella (Pari Opportunità) e Anna Maria Bernini (Ricerca e Università) all'uscita del Quirinale



## Intelligenza artificiale/2

Giulia Cappellaro

# Organizzazioni sanitarie, dal gap alle leve di sviluppo

**L**e tecnologie di intelligenza artificiale (IA) hanno registrato elevati tassi di crescita nell'ultimo decennio, e il settore sanitario rappresenta un ambito diretto di loro applicazione. Da un lato, dato il ruolo fondante delle logiche di previsione nella pratica clinica, vi è una stretta connessione tra le potenzialità del *machine learning* e l'efficacia di risposta ai bisogni di salute della popolazione; dall'altro, il peso del comparto sanitario sul Pil è tale che i margini di efficientamento generati dall'utilizzo diffuso di sistemi IA comporterebbero a cascata ricadute positive sull'intera economia. Gli ambiti applicativi spaziano dalla ricerca biomedica alla sanità pubblica, dall'amministrazione alla pratica clinica. Ed è proprio la pratica clinica l'ambito di particolare interesse per le organizzazioni sanitarie, per la misurabilità dei benefici in termini sia di qualità della cura sia di valorizzazione del tempo e delle competenze dei professionisti sanitari. Ad oggi, le applicazioni IA sviluppate in ambito clinico lavorano su dati di immagine e di testo per supportare le fasi di prognosi (quali i modelli predittivi per l'identificazione di popolazione a rischio), di diagnosi (ad esempio, il riconoscimento per immagini di patologie tumorali o angiologiche), di trattamento (ad esempio, raccomandazioni per affrontare i fattori di rischio) e, non da ultimo, di ottimizzazione del flusso di lavoro e standardizzazione dei dati clinici. Nonostante tali potenzialità, il livello di adozione ed implementazione di IA da parte delle organizzazioni sanitarie in ambito clinico è ancora limitato. Se è noto che l'accettabilità di qualsiasi tecnologia dipende dalla compatibilità della stessa con il contesto organizzativo, è altrettanto vero che le tecnologie IA comportano sfide distintive legate alla governance dei dati e dell'algoritmo di apprendimento. Quali le principali barriere all'adozione organizzativa? Il primo è il livello regolatorio e di finanziamento. In attesa

dell'approvazione dell'AI Act europeo e della armonizzazione della Eu Medical Device Regulation sugli algoritmi IA, non sono ancora definiti percorsi specifici di rimborso e finanziamento da parte del sistema sanitario nazionale (Ssn) dei dispositivi medici basati su IA, con conseguente disincentivo all'acquisto da parte delle organizzazioni sanitarie. Il secondo è il livello di interoperabilità con i sistemi aziendali esistenti. Le tecnologie IA necessitano di nutrirsi da fonti dati armonizzate e standardizzate, caratteristiche che rappresentano ancora una sfida per la gran parte delle organizzazioni sanitarie – basti pensare alla eterogeneità nella diffusione della cartella clinica elettronica. Il terzo è il livello della relazione tra il professionista utilizzatore e la tecnologia. A parità di accuratezza di standard, l'utilizzo effettivo nella pratica quotidiana è limitato dalla scarsa fiducia nelle modalità di generazione dell'output e dall'aumentata percezione di rischio e responsabilità professionale legate alle decisioni prese sulla base di tali output.

Bisogna interrogarsi su come incentivare il superamento di tale gap implementativo. Non esiste una strategia comune a tutte le organizzazioni sanitarie, perché eterogenee sono le loro caratteristiche, ma tre direttrici emergono. In termini strategici di *make or buy*, si sottolinea come i principali ospedali di ricerca, Ircss e gruppi privati stiano investendo nello sviluppo *in house* di tecnologie IA che garantiscano da subito un coinvolgimento interno multi-professionale e una integrazione con i sistemi operativi in uso. Più in generale, si dovrebbe ripensare al ruolo delle centrali di acquisto regionali e sovra-regionali come attori strategici di sistema. Secondo, è necessario



investire sulle competenze professionali, sia in termini di formazione e reclutamento di profili scientifici di *data scientists* con una sensibilità verso il mondo medico-sanitario, sia promuovendo una cultura interna tra professionisti sanitari e management verso tematiche di IA. Interessanti a questo riguardo sono i modelli di ecosistemi locali pubblico-privato – quali il Saihub di Siena – che si pongono come intermediari di sistema. Da ultimo, imprescindibile per una reale diffusione di tali tecnologie è la direttrice di *policy* che intervenga sia sulla dimensione del finanziamento e rimborso sia sulla capacità del sistema di garantire standard e infrastrutture per l'interoperabilità di sistemi su

scala regionale e nazionale.

*Dipartimento di Scienze sociali e politiche,  
Università Luigi Bocconi di Milano  
CERGAS, SDA Bocconi*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Allarme virus sinciziale tra i bambini: l'arma dell'anticorpo monoclonale

**Prevenzione.** Circa 80mila bimbi ogni anno hanno bisogno di cure mediche e rischiano di sviluppare malattie respiratorie gravi come polmoniti e bronchioliti. Diventa sempre più urgente studiare una strategia di profilassi che raggiunga tutti i neonati

**Marzio Bartoloni**  
**Francesca Cerati**

**A**lmeno 80mila bambini che hanno bisogno di cure mediche, 24mila costretti a ricorrere al pronto soccorso e ben 16mila ricoverati in ospedale di cui 3200 in terapia intensiva. Ecco i numeri impressionati dell'impatto di una stagione dell'Rsv, il virus respiratorio sinciziale, su una platea di circa 400mila bambini nel primo anno di vita. L'Rsv è un virus comune che circola in autunno e in inverno. E se la gran parte dei bambini colpiti presenta sintomi lievi, simili a quelli del raffreddore, diversi piccoli pazienti, soprattutto quelli esposti al virus per la prima volta, possono sviluppare malattie respiratorie potenzialmente letali come polmonite e bronchiolite. L'Rsv rappresenta, infatti, la causa più comune di infezioni delle basse vie respiratorie ed è anche una delle principali cause di assistenza medica ambulatoriale e ospedaliera nei neonati. Tra l'altro, dopo la fine delle restrizioni del Covid, l'ultima stagione di Rsv ha registrato un vero e proprio boom di casi rispetto al passato con un forte impatto anche sulle strutture sanitarie a cominciare da una maggiore occupazione dei letti nelle terapie intensive neonatali. Ecco perché diventa sempre più urgente pensare a una strategia di prevenzione rispetto all'Rsv che ricorra a esempio al nuovo anticorpo monoclonale nirsevimab di Sanofi come strumento di profilassi da somministrare a tutti i neonati. Una via questa sposata anche dalle Società Italiana di pediatria (Sip) e dalla Società italiana di neonatologia (Sin) che recentemente hanno auspicato che venga definitivamente superato il concetto di prevenzione

basata sulle sole vaccinazioni e che nelle strategie nazionali, e quindi nel calendario, vengano inclusi anche gli anticorpi monoclonali preventivi (si veda articolo a fianco).

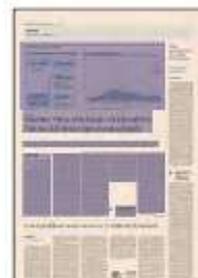
A conferma che il virus respiratorio è una seria minaccia per le persone più fragili, come i bambini e gli anziani, l'Agenzia europea del farmaco (Ema) ha pochi giorni fa dato l'ok al primo vaccino anti-virus sinciziale «per l'immunizzazione passiva dei neonati attraverso la somministrazione del vaccino alle mamme durante la gravidanza», ed è inoltre indicato «per l'immunizzazione attiva degli adulti di età pari o superiore a 60 anni». Il nuovo vaccino, spiega una nota, «è stato valutato nell'ambito del meccanismo di valutazione accelerata dell'agenzia, perché la prevenzione della malattia da Rsv è considerata di grande interesse per la salute pubblica».

«Come per l'anticorpo monoclonale, anche per questo vaccino si tratta di una immunoprofilassi passiva, in quanto viene somministrato alle donne in gravidanza. In questo modo gli anticorpi neutralizzanti attraversano la placenta, fornendo protezione ai bambini fino a circa 6 mesi dopo la nascita - commenta Paolo Bonanni, Ordinario di Igiene generale e applicata all'Università di Firenze -. Il problema è in che mese si nasce: nei mesi primaverili gli anticorpi trasmessi dalla madre dopo 5-6 mesi non ci sono più, ha quindi delle limitazioni legate alla stagionalità della malattia. Sono poi allo studio vaccini per i bambini più grandicelli fino a 3-4 anni, come quelli che oggi sono stati approvati per gli over 60. Quando arriveranno, come avviene per tutte le immunoprofilassi, si procederà a

una valutazione Hta (Health Technology Assessment), che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria. Certamente il grado di urgenza e di impatto della misura di immunoprofilassi passiva che abbiamo nei primi mesi di vita è prioritaria rispetto alla vaccinazione dei bambini, per i quali il rischio sicuramente diminuisce, ma non si azzerà». La gestione e la prevenzione dell'Rsv oggi infatti è un bisogno medico non soddisfatto poiché non sono disponibili farmaci sicuri ed efficaci contro l'infezione e le forme di prevenzione disponibili al momento sono indicate e ristrette ai soli bambini nati gravemente prematuri o a quelli nati con patologie che determinano compromissione o deficit cardio-respiratorio. Ma ad essere maggiormente a rischio sono tutti i neonati e bambini nel loro primo anno di vita visto che alla loro prima stagione di Rsv ben nove bambini ospedalizzati o visitati in ambulatorio su 10 per questo virus sono bimbi nati sani e a termine, come dimostrato da numerosi studi italiani ed internazionali.

Da non sottovalutare sono poi i costi provocati dall'Rsv. In Italia si stimano costi sanitari diretti di assistenza medica per cause legate all'Rsv pari a circa 67 milioni di euro ogni anno, di cui quasi il 60% riconducibile ai ricoveri ospedalieri (si veda articolo in basso).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Con la profilassi meno ricoveri e 31 milioni di risparmi

## L'impatto

La ricerca del Ceis

Un doppio beneficio: innanzitutto dal punto di vista clinico che si tradurrebbe in un taglio netto di quasi la metà di ricoveri, visite ed esami oltre che agli accessi al pronto soccorso spesso sotto stress soprattutto nelle stagioni invernali, senza contare una sensibile riduzione del rischio di morte. Ma ci sarebbe anche questo il secondo beneficio - un alleggerimento del peso economico per il Servizio sanitario di quasi la metà della spesa legata a questo virus, con circa 31 milioni di costi diretti e indiretti risparmiati ogni anno. Questi i risultati che si otterrebbero con una strategia di prevenzione estesa a tutti i neonati e bambini che vanno incontro alla loro prima stagione di esposizione al virus respiratorio sinciziale (Rsv) assumendo una copertura pari al 60% dell'intera coorte di nascita ricorrendo agli anticorpi monoclonali.

«La ricerca che abbiamo condotto ha prodotto risultati molto interessanti e piuttosto evidenti sia dal punto di vista del burden clinico che di quello economico», conferma Francesco Saverio Mennini, direttore del Centro Eehta del Ceis dell'Università di Roma Tor Vergata e presidente di Sihta. «Nel nostro studio abbiamo provato a calcolare l'impatto di una strategia di profilassi in grado di offrire una protezione ai neonati e siamo partiti da un tasso di copertura cautelativo e realistico del 60%, soprattutto nel breve periodo. Il risultato è che si avrebbero innanzitutto il 46% in meno di incidenza che si traduce in una riduzione di ben 110mila casi, il che significa un

taglio di quasi la metà in termini di ospedalizzazioni, richiesta di visite mediche e di accesso al pronto soccorso. Senza considerare il fatto che ci sarebbe anche una riduzione di circa il 40% della mortalità tra i neonati», spiega ancora il docente esperto di economia sanitaria. Che sottolinea come questa strategia di prevenzione possa tradursi in importanti risparmi e cioè circa 31 milioni di costi in meno, quasi la metà dei 67 milioni totali (-45%), di cui solo 18 milioni legati alle minori ospedalizzazioni.

«Ci potrebbe essere un importante alleggerimento del carico gestionale all'interno delle strutture sanitarie e ci potrebbe essere una migliore presa in carico dei piccoli pazienti», aggiunge Mennini. La nuova strategia più ampia di profilassi non legata solo alle vaccinazioni del resto è stata già ampiamente sdoganata all'estero. «L'Ecdc, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, ha già raccomandato a tutti i gruppi tecnici consultivi sulle vaccinazioni all'interno dei singoli Paesi membri di allargare il concetto di immunizzazione a nuove soluzioni preventive come quelle rappresentate ad esempio dagli anticorpi monoclonali per malattie infettive che hanno un importante impatto per la Sanità pubblica - spiega ancora il docente di Tor Vergata -. Questo nuovo concetto di immunizzazione è già stato recepito dal Regno Unito e dagli Stati Uniti».

Tra l'altro la «somministrazione è simile a una normale vaccinazione» ma bisogna passare dal tradizionale piano nazionale vaccini verso «un pia-

no nazionale di immunizzazione» sfruttando in questo modo anche le risorse che ci sono a disposizione per gli interventi di prevenzione senza pesare così sulla spesa farmaceutica dove si è costantemente alle prese con «tetti di spesa e contenimento dei costi».

«Sappiamo che alla spesa per la prevenzione è destinato il 5% dell'intera spesa sanitaria e nell'ultimo decennio questa spesa è sempre stata inferiore a questa soglia, questo vuol dire - conclude Mennini - che c'è lo spazio dal punto di vista delle risorse per finanziare un programma di immunizzazione così come suggerisce l'Ecdc ricorrendo anche agli anticorpi monoclonali».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**FRANCESCO SAVERIO MENNINI**  
Direttore del  
Centro Eehta del  
Ceis dell'Università  
di Roma  
Tor Vergata





IL PRIMO CASO IN VENETO

# Gloria e quel farmaco per il primo suicidio assistito

La donna, 78 anni, era malata oncologica terminale, è deceduta domenica mattina, nella sua casa poco distante da Treviso

FRANCESCO DAL MAS

Treviso

«La vita è bella, ma solo se siamo liberi. E io lo sono stata fino alla fine. Grazie». Sarebbe questo il congedo lasciato da Gloria (nome di fantasia), la donna trevigiana morta con il suicidio assistito. «Profondo rispetto» nella comunità cristiana di cui faceva parte, che si è raccolta in preghiera. Ma che si è posta anche tanti interrogativi. 78 anni, paziente oncologica, la signora è deceduta domenica mattina nella sua casa, in un paese poco distante da Treviso, assistita dal marito che le teneva la mano, da altri familiari e dal personale sanitario. Lei stessa - fanno sapere dall'Associazione Coscioni - ha cercato di tranquillizzare, rassicurandoli che sarebbe stata la scelta giusta. Una morte volontaria, resa legale, a determinate condizioni dalla sentenza della Corte costituzionale 242/2019 sul caso Capato-Antoniani. Gloria aveva chiesto ed ottenuto la consegna del farmaco letale e di quanto necessario da parte dell'azienda sanitaria Ulss2. La procedura di suicidio medicalmente assistito è avvenuta sotto il controllo medico del

dottor Mario Riccio, consigliere dell'Associazione Luca Coscioni. La Direzione generale dell'Azienda sanitaria ha deciso di non rilasciare commenti, «per rispetto sia della signora che dei familiari» che, a quanto pare, non hanno gradito l'interesse mediatico per la scelta della parente. Nessun commento neppure da parte del presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, che pure aveva dato il via libera all'Ulss trevigiana di procedere, dopo il dispositivo dello Consulta.

Gloria è la seconda cittadina residente in Veneto, dopo Stefano Gheller, affetto da distrofia muscolare, ad aver ottenuto la verifica delle condizioni per poter accedere al suicidio assistito e il relativo parere favorevole da parte dell'azienda sanitaria e del comitato etico. «Buon viaggio Gloria ovunque tu sia andata, hai ottenuto e fatto ciò che volevi ed è giusto così, una scelta difficile e totalmente personale che va sempre difesa, sostenuta e rispettata» ha reagito dalla sua pagina Facebook Stefano Gheller, il vicentino affetto da distrofia muscolare e primo veneto ad aver ottenuto la

verifica delle condizioni per il suicidio assistito. Che, però, ha preso ancora tempo.

Il Veneto è la prima Regione d'Italia ad aver raggiunto, e poi depositato, la soglia delle firme necessaria per poter portare la proposta di legge regionale sul suicidio assistito in Consiglio regionale. Sono infatti oltre 7.000 i cittadini veneti che hanno sottoscritto il testo di "Liberi Subito", la proposta di legge regionale elaborata dall'Associazione Luca Coscioni per regolamentare l'aiuto medico alla morte volontaria.

Il via libera definitivo da parte dell'azienda sanitaria regionale e dal Comitato Etico alla verifica delle condizioni per poter accedere al suicidio medicalmente assistito di Gloria era arrivato il 30 marzo scorso. Il 19 maggio la signora aveva ricevuto conferma sul farmaco e sulle modalità per la morte volontaria. Successivamente, dopo la richiesta di chiarimenti sulla fornitura del farmaco e della strumentazione, l'azienda aveva comunicato che avrebbe fornito la strumentazione necessaria all'auto-somministrazione del farmaco letale. Il 12 luglio, "Gloria" aveva fatto un appello alle istituzioni, al Presidente Zaia affinché il rinnovo delle verifiche sulla sussistenza dei requisiti, prima della consegna del farmaco e di quanto è necessario, fossero effettuate quanto prima visto il peggioramento delle sue condizioni. «Il cancro purtroppo ancora c'è, quello procede ogni giorno e io sto sempre peggio. Avrei voluto che scomparisse ma invece ogni giorno sono più debole e con meno respiro, e se ritardate ancora potrei perdere la possibilità di dire basta alla sofferenza prima che la mia malattia mi porti in condizioni cui non voglio arrivare. Chiedo ai responsabili dell'azienda sanitaria e al Presidente della Regione di fare presto» scriveva, tra l'altro. Adesso è il momento della riflessione. Pacata, da parte di tutti, come si verifica in queste ore. E della preghiera, per chi crede, come si è raccomandato in diocesi a Treviso.

**È la seconda persona in Italia ad aver avuto accesso al suicidio assistito e la prima in assoluto ad aver ottenuto il medicinale e quanto necessario dalla sua Asl**



## IL FINE VITA

### Dolce morte possibile il Veneto ce lo insegna

MARCO CAPPATO  
FILOMENA GALLO

La signora "Gloria" ha evitato una morte che non voleva, con sofferenze atroci. È riuscita ad ottenere aiuto medico a morire, senza soffrire, grazie alla sensibilità e correttezza del sistema sanitario della Regione Veneto, che ha applicato tutte

le regole stabilite dalla Corte costituzionale sul caso Cappato/Dj Fabo. - PAGINA 22

#### L'INTERVENTO

# Gloria, secondo suicidio assistito in Italia dolce morte possibile, il Veneto insegna

FILOMENA GALLO\*, MARCO CAPPATO\*



*Malata terminale di cancro, 78 anni, è morta domenica nella sua casa dopo essersi somministrata da sola il farmaco fornito dall'Asl per porre fine alla sua vita. «Gloria» è la seconda persona in Italia ad aver scelto di porre fine alle proprie sofferenze.*

La signora "Gloria" ha evitato una morte che non voleva, con sofferenze atroci. È riuscita ad ottenere aiuto medico a morire, senza soffrire, grazie alla sensibilità e correttezza del sistema sanitario della Regione Veneto, che ha applicato tutte le regole stabilite dalla Corte costituzionale sul caso Cappato/Dj Fabo.

«La vita è bella, ma solo se siamo liberi. E io alla fine lo sono stata fino alla fine. Grazie». Queste le sue ultime parole, affidate all'Associazione Luca Coscioni.

Paziente oncologica veneta di 78 anni, "Gloria" è morta il 23 luglio: è la seconda persona in Italia ad aver scelto di porre

fine alle proprie sofferenze tramite l'aiuto alla morte volontaria, reso legale a determinate condizioni dalla sentenza della Corte costituzionale 242/2019 sul caso Cappato-Antoniani. "Gloria" è, inoltre, la prima persona ad aver ottenuto la consegna del farmaco e di quanto necessario da parte dell'azienda sanitaria. Infatti, per Federico Carboni nelle Marche, le spese erano state accollate al malato, che le coprì grazie a una raccolta fondi dell'Associazione Luca Coscioni. La procedura di suicidio medicalmente assistito è avvenuta sotto il controllo medico del dottor Mario Riccio, consigliere generale dell'Associazione Luca Coscioni, che nel 2006 aveva assistito Piergiorgio Welby ed era stato il medico di fiducia di Federico Carboni.

Un'ultima novità, carica di conseguenze per il futuro, è stato il riconoscimento delle cure chemioterapiche come «trattamento di sostegno vitale», cioè una delle condizioni poste dalla sentenza della Consulta per l'ottenimento del «suicidio assistito», oltre alla patologia irreversibile, la sofferenza fisica o psicologica che la persona reputa intollerabile e la piena capacità di autodetermi-

narsi. Condizioni che devono essere verificate dal sistema sanitario nazionale secondo le modalità della legge 219/17 e con parere del Comitato etico. La Regione Veneto ha, dunque, creato un precedente molto importante di inclusione dei pazienti oncologici terminali - che in Olanda rappresentano

due terzi dei casi di eutanasia - nella possibilità di accedere all'aiuto medico alla morte volontaria.

La vicenda di "Gloria" impone anche qualche considerazione politica. Innanzitutto, non è vero che in Italia ci sia un vuoto legislativo che proibisce tutto. È legale l'interruzione delle terapie, è legale il testamento biologico, ed è legale e praticabile (a determinate condizioni) anche il «suicidio assistito» passando attraverso il sistema sanitario na-



# LA STAMPA

zionale. Qualsiasi legge che mirasse a restringere queste libertà con la scusa del «vuoto legislativo» – come accaduto alla Camera nel finale dell'ultima legislatura con la legge Pd-M5S – farebbe in realtà compiere un passo indietro rispetto a ciò che il coraggio di persone sofferenti e le azioni di disobbedienza civile hanno conquistato in questi anni.

Delle buone regole sarebbero naturalmente utili e in alcuni casi indispensabili.

Servono regole regionali come quelle contenute nella legge regionale Liberi Subito, proposta dall'Associazione Luca Coscioni attraverso l'iniziativa popolare in molte regioni tra le quali proprio il Veneto. La proposta di legge aiuta le Regioni a fornire in tempi brevi ri-

sposte e piena assistenza a chi effettua, in determinate condizioni di salute e piena assistenza di cura, scelte precise di fine vita. Ci auguriamo che il Veneto di Luca Zaia possa rappresentare un modello che supera le tradizionali divisioni di schieramento partitico.

Servono regole nazionali per non discriminare i pazienti di patologie irreversibili che provocano sofferenze insopportabili, ma che non siano tenuti in vita da trattamenti sanitari, nell'ottenere aiuto a morire senza soffrire. Servono regole nazionali per dare la possibilità di scelta a tutti quei pazienti che, in determinate condizioni, non possono autosomministrarsi il farmaco letale per porre fine alle proprie sofferenze e chiedono

che la somministrazione avvenga da parte del medico che però oggi non può perché l'aiuto configurerebbe l'omicidio del consenziente.

Sarebbe ingenuo attendersi da questa maggioranza – dalla quale pure ci attendiamo delle riflessioni sulla scelta di Zaia – un cambiamento repentino di posizione, vista anche la scarsa attenzione al tema di buona parte delle opposizioni. Anche per questo, l'azione di disobbedienza civile prosegue. —

*\*Segretaria e tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni*

**Ci attendiamo  
delle riflessioni  
della maggioranza  
sulla scelta di Zaia**

**Il saluto: “La vita è  
bella, ma solo se siamo  
liberi. E io lo sono stata  
fino alla fine. Grazie”**



L'INCHIESTA E LE PERIZIE: OGGI LA TAC

**La morte di Purgatori:  
il pm convoca 12 testimoni**di **Ilaria Sacchettoni**

**M**orte di Andrea Purgatori: dodici testimoni convocati dal pm di Roma. Si deve accertare se ci sia un nesso fra il decesso del giornalista e le terapie alle quali è stato sottoposto. Oggi ci sarà la Tac.

a pagina 18

# Morte di Purgatori, dodici testimoni convocati dai pm Oggi la Tac sul corpo

## Roma, l'indagine sulle cure al giornalista

di **Ilaria Sacchettoni**

**ROMA** Una decina di convocazioni sono state inviate dalla cancelleria del pm Giorgio Orano agli indirizzi dei medici che hanno avuto in cura Andrea Purgatori. Si deve accertare se ci sia un nesso fra la morte del giornalista e le terapie alle quali è stato sottoposto. Raggiungere una prova certa di un eventuale omicidio colposo è lavoro complesso. Perciò i magistrati hanno incaricato il professor Luigi Marsella del Policlinico di Tor Vergata di rispondere a un quesito ampio e dettagliato che riguarda diagnosi effettuate e cure somministrate. In attesa dei risultati (oggi la Tac mentre un primo referto potrebbe arrivare mercoledì sera ad autopsia eseguita) il pm vuole ricostruire attraverso questi esperti — sentiti in qualità di persone informate sui fatti — gli ultimi due mesi di vita del giornalista. È certo che furono settimane di controlli frenetici nella speranza

di smentire la tesi del professor Gianfranco Gualdi, il primo a diagnosticare, alla fine dello scorso aprile, una serie di «metastasi tumorali» che dai polmoni avrebbero raggiunto il cervello.

Gualdi e il suo collaboratore Claudio Di Biasi sono stati iscritti sul registro degli indagati a garanzia delle loro stesse posizioni e su suggerimento del loro difensore, l'avvocato Fabio Lattanzi, hanno nominato come consulente di parte l'anatomopatologo de La Sapienza, Enrico Marinelli.

L'elenco degli esami eseguiti da Purgatori ed enumerati nella denuncia presentata dai figli è lungo e univocamente orientato a confutare la tesi di Gualdi delle metastasi. In effetti una tac effettuata il 10 giugno a Villa Margherita riscontra «solo ischemie e non anche metastasi». Due giorni dopo un altro controllo, stavolta del professor Alessandro Bozzao de La Sapienza, conferma la diagnosi di Villa Margherita e smentisce le metastasi. Un'ulteriore riscontro il 16 giugno, effettuato nuovamente da Bozzao, conforta la tesi delle ische-

mie. C'è poi il parere richiesto all'Humanitas di Rozzano che ancora una volta contraddice Gualdi e la presenza di metastasi. Che la guerra fra professionisti emeriti di radiologia e oncologia fosse conclamata è rivelato da un altro dettaglio. Un professore di Villa Margherita, l'oncologo Salvo Capponnetto, riferì ai familiari di Purgatori come le differenti letture delle Tac alle quali si sottopose il giornalista sarebbero state dovute a storiche divergenze fra i professori Gualdi e Bozzao.

Oltre a quest'ultimo, sarà poi ascoltato l'oncologo de La Sapienza Luca Marchetti per ricostruire le condizioni del giornalista nell'ultima e più drammatica fase della sua malattia. Affaticato. Debilita-



to. Preoccupato. Gli stati d'animo dell'autore di «Atlantide» sono descritti nella denuncia della famiglia che, assistita dagli avvocati Alessandro e Michele Gentiloni Silverj, ha ora nominato il professor Vincenzo Pascali affinché assista agli esami autoptici. Intanto i carabinieri del Nas hanno prelevato cinque cartelle cliniche in altret-

tante strutture della capitale che hanno avuto un ruolo in questa vicenda. A breve una prima informativa sarà depositata in Procura. Al procuratore aggiunto Sergio Colaiocco e al suo sostituto toccherà appurare se vi sia nesso di causalità fra la morte e le terapie seguite da Purgatori. E se, per citare il quesito sottoposto agli esperti, vi siano stati

«atti di negligenza o imprudenza e a chi siano addebitabili». Altre due convocazioni riguardano invece i familiari del giornalista, anche loro saranno ascoltati sebbene non immediatamente.

**Gli ultimi due mesi**

Le perizie degli esperti dovranno ricostruire le settimane prima del decesso

**Guerra fra medici**

Dietro le differenti diagnosi l'ipotesi di contrasti fra emeriti professionisti

**La vicenda**

**Il decesso a 70 anni**

✓ Andrea Purgatori, giornalista, è morto a Roma il 19 luglio: aveva 70 anni ed era malato

**La denuncia dei familiari**

✓ I familiari accusano alcuni medici di aver sbagliato la diagnosi e di conseguenza le terapie



**Giornalista** Andrea Purgatori (Imagoeconomica)

