



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

05 DICEMBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Trattamento dei tumori testa-collo, all'Ospedale di Acireale un centro di riferimento

«Nuove tecnologie, approcci innovativi e crescita delle competenze professionali. Sono i pilastri su cui abbiamo investito per dare servizi di qualità ai cittadini» afferma il commissario Maurizio Lanza

L'UOC di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale di Acireale fra i centri di riferimento per la diagnosi e la cura dei tumori testa-collo. Si tratta di neoplasie che hanno origine negli organi e nelle strutture dell'area del collo e della testa, come la bocca, il naso, la laringe, le ghiandole salivari. Nel corso degli ultimi mesi, l'equipe diretta da **Rocco Cipri**, ha notevolmente potenziato l'offerta specialistica, in particolare per le lesioni della laringe, i carcinomi della lingua e della cavità nasale. «Nuove tecnologie, approcci innovativi e crescita delle competenze professionali- dice **Maurizio Lanza**, commissario straordinario dell'Asp di Catania- sono i pilastri su cui abbiamo investito e continueremo a farlo, per migliorare sempre più l'offerta sanitaria sul territorio e rispondere così alle attese di salute e di assistenza di tutti i nostri pazienti». Grazie al supporto organizzativo della Direzione medica del Presidio sono stati creati percorsi multidisciplinari per il trattamento di queste neoplasie, condivisi con l'UOC di Oncologia dell'Ospedale di Caltagirone e le Unità Operative acesi di: Anestesia e Rianimazione; di Diagnostica per Immagini, per le valutazioni pre e post operatorie; di Riabilitazione per i trattamenti logopedici; oltre che con il Servizio ospedaliero di Dietologia per le consulenze nutrizionali e il Servizio Sociale ospedaliero per l'attivazione di percorsi di continuità assistenziale Ospedale-Territorio. «È una opportunità di crescita professionale – afferma il direttore sanitario, Antonino **Rapisarda** – che i colleghi stanno interpretando con grande responsabilità, al di là delle singole Unità Operative coinvolte, e come occasione per l'intero Ospedale di incrementare l'offerta sanitaria. Voglio ringraziare tutti gli operatori per il lavoro che stiamo realizzando e per la capacità di creare sinergie a beneficio esclusivo dei cittadini». Secondo i dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, si stima che in Italia i tumori maligni del distretto testa-collo rappresentino circa il 3% di tutti i tumori maligni. Ogni anno si diagnosticano circa 13.000 nuovi casi e la maggior parte di essi si osserva nella popolazione maschile (7.300 casi). **L'incidenza annuale è di 18 casi su 100.000 abitanti.**



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La malattia è tre volte più frequente nel nord del Paese. «L'esperienza sul campo ci insegna quanto sia difficile, per il paziente e la sua famiglia, accettare una diagnosi di tumore – spiega **Cipri** -, ma i dati ottenuti dai più recenti studi scientifici devono incoraggiarci. Riconoscere eventuali sintomi “sentinella” è il primo passo verso un trattamento efficace. I moderni approcci all'oncologia laringea mirano, infatti, alla precocità della diagnosi e alla tempestività del trattamento medico-chirurgico e riabilitativo. È per questa ragione che è importante promuovere una corretta informazione e accrescere la consapevolezza dei benefici garantiti dalla prevenzione». I risultati conseguiti, con **15 interventi specialistici di oncologia del distretto testa-collo, eseguiti al terzo trimestre dell'anno**, utilizzando tecniche mininvasive, mediante laser a CO2, testimoniano gli ottimi livelli d'assistenza raggiunti, la costante attenzione allo sviluppo delle performance aziendali, alla qualità e alla sicurezza delle prestazioni. In questa cornice si colloca anche il riconoscimento dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria fra i centri autorizzati alla prescrizione di farmaci biologici per la poliposi nasale.

LO SCIOPERO

In difesa della Sanità

Contro i tagli voluti dal governo Meloni, si fermano medici, infermieri e tutto il personale pubblico e privato. A rischio un milione e mezzo di prestazioni. Il sindacato: "Invece di assumere, ci chiedono di lavorare di più"

Gratteri: "La riforma Nordio rende i magistrati pavidetti passacarte"

La Sanità oggi sciopera contro la manovra del governo Meloni. Per ventiquattr'ore, dal primo all'ultimo turno, medici e infermieri, dirigenti e specializzandi, veterinari e odontoiatri, strutture pubbliche e convenzionate, si fermano. A rischio un milione e mezzo di prestazioni: esami, interventi chirurgici e visite. Garantite le urgenze. Manifestazioni in molte città d'Italia, con un sit-in a Roma. L'esecuti-

vo corre ai ripari e promette correttivi. Giustizia, intervista al procuratore della Repubblica di Napoli, Nicola Gratteri: «Da Nordio riforme dannose. I magistrati diventeranno pavidetti passacarte».

di **Bocci, Conte e Del Porto**

● alle pagine 2, 3 e 4

Medici, è il giorno dello sciopero "Svenduta la sanità pubblica"

Oggi i sanitari incrociano le braccia: a rischio migliaia di visite e interventi. Nel mirino anche la riforma delle pensioni. Il governo: emendamento entro la settimana. Ma così l'approvazione della manovra potrebbe slittare a dopo Natale

di **Valentina Conte**

ROMA – La sanità oggi sciopera contro la manovra del governo Meloni. Già da mezzanotte e per ventiquattr'ore, dal primo all'ultimo turno, medici e infermieri, dirigenti e specializzandi, veterinari e odontoiatri, strutture pubbliche e convenzionate, si fermano. A rischio un milione e mezzo di prestazioni: esami di laboratorio, interventi chirurgici (30 mila), visite specialistiche (180 mila), esami radiografici (50 mila). Garantite le urgenze. Funzionano pronto soccorso, terapie intensive, unità coronariche, emodialisi, assistenza ai malati oncologici e studi di medici di famiglia che non aderiscono allo stop.

Manifestazioni in molte città d'Italia, da Torino a Cagliari. A Roma il sit-in in piazza Santi Apostoli dal-

le ore 11.30, con la partecipazione delle sigle sindacali che hanno proclamato lo sciopero nazionale: Anaa Assomed e Cimo Fesmed (medici pubblici), Nursing Up (infermieri), Cimop (medici privati). Un universo per la prima volta insieme, compatto, per dire che "La sanità pubblica non si svende, si difende". Una critica senza sconti alla legge di Bilancio di questo esecutivo che destina al comparto appena 3 miliardi, di cui 2,8 per rinnovare i contratti, considerati insufficienti.

Cinque le richieste a Palazzo Chigi: assunzioni di personale, detassazione di una parte delle retribuzioni, risorse congrue per i contratti, depenalizzazione dell'atto medico, cancellazione dei tagli alle pensioni. I sindacati lamentano i continui definanziamenti a tutto il comparto sanitario, in corso da

tempo. Respingono come pannicello caldo i fondi per gli straordinari. Si dicono dimenticati, dopo «le pacche sulle spalle del periodo Covid». Ritengono inaccettabili e incostituzionali i tagli fino al 25% delle loro pensioni, deciso in manovra, all'articolo 33. Denunciano carichi di lavoro sproporzionati. E un eccessivo ricorso alla magistratura penale contro i medici.

Dice Pierino Di Silverio, leader del sindacato Anaa Assomed: «Invece di assumere, pensano a farci lavorare di più. Ma abbiamo 5 milioni di giorni di ferie non goduti e 10 milioni di giornate di straordinario non pagato». Aggiunge Anto-



nio De Palma, presidente di Nursing Up: «Per noi infermieri nessuna valorizzazione, né economica né di carriera». Carmela De Rango, segretaria nazionale della Cimop, ricorda che il contratto dei medici della sanità privata è scaduto dal 2005: «Una situazione vergognosa. Abbiamo retribuzioni inferiori del 50-60% rispetto ai colleghi del pubblico, con retribuzioni di 1.500 euro netti».

A scottare, come ultima goccia di un vaso ben colmo, è il taglio retroattivo alle pensioni di medici, infermieri, personale sanitario che hanno contribuito tra 1981 e 1995. Per loro e per altri dipenden-

ti pubblici – in totale 732 mila lavoratori penalizzati in vent'anni – il governo prevede un ricalcolo dei rendimenti applicati ai versamenti di quegli anni. Un salasso che in totale – per tutti i 732 mila lavoratori – porterà risparmi per 21 miliardi allo Stato entro il 2043.

Il ministro per i Rapporti col Parlamento Luca Ciriani assicura che «l'emendamento correttivo del governo arriverà entro la settimana». Senza escludere uno slittamento dell'approvazione della manovra tra Natale e Capodanno. Si studia l'esenzione dal taglio di tutti i lavoratori pubblici coinvolti, non solo medici, che fanno do-

manda di pensione entro il 31 dicembre. Fuori dalle penalità anche coloro che dal 2024 vanno in pensione di vecchiaia a 67 anni.

Per i soli medici, si prospetta uno sconto anche sulle pensioni anticipate, con tagli decrescenti, via via più piccoli, che si azzerano al raggiungimento dei 67 anni. Questo vorrebbe però dire rimanere in corsia oltre i 42 anni e 10 mesi di contributi versati (un anno in meno per le donne), requisito per l'anticipata. Ancora troppo per una categoria molto provata.

La scheda

Uno stop di 24 ore



1,5 mln

Prestazioni a rischio

Lo sciopero di oggi mette a rischio interventi, esami, visite

3 mld

Stanziamento per la sanità

Le risorse in manovra sono considerate insufficienti

25%

Taglio delle pensioni

I sanitari vengono penalizzati dall'articolo 33 in manovra

5 mln

Ore di ferie non godute

E 10 milioni di ore non pagate di straordinario, per i medici

2005

Contratto scaduto

Quello dei medici privati. Stipendi più bassi del 50-60%

Proteste in molte città da Torino a Cagliari. Scendono in piazza anche infermieri e dipendenti privati. "Poche risorse nella legge di Bilancio"

In campo

Il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti e quello della Sanità Orazio Schillaci



Medici e infermieri in sciopero In bilico 1,5 milioni di visite

I sindacati: negli ospedali ci sono in tutto 95 mila posti scoperti

ROMA Scioperano oggi, per l'intera giornata, medici e infermieri. La protesta è stata decisa dai maggiori sindacati del personale ospedaliero, Anaa Assomed e Cimo. Potrebbero saltare 1,5 milioni di visite, esami e interventi. All'agitazione aderisce anche il sindacato degli infermieri Nursing Up. Verranno garantite le prestazioni d'urgenza, come il Pronto soccorso, il 118 e gli interventi per il parto. Sono però a rischio tutti i servizi, spiega l'Anaa Assomed, compresi esami di laboratorio, interventi chirurgici, visite specialistiche. E non finisce qui. Un nuovo sciopero colpirà la sanità lunedì 18 dicembre, questa volta proclamato dalle altre sigle della Intersindacale medica.

Il malcontento tra i camici bianchi era in aumento da mesi e la manovra di bilancio del governo è solo l'ultima goccia che ha fatto traboccare il vaso, con i tagli alle pensioni della categoria e di altri tre comparti (enti locali, personale degli uffici giudiziari, maestri d'asilo e delle elementari parificate) che l'esecutivo ha deciso per risparmiare ben 21 miliardi di euro fino al 2043 e che poi ha promesso di correggere con una parziale marcia indietro che però ancora non è stata approvata in Parlamento. «Contiamo — ha detto ieri il ministro per i Rapporti con il parlamento Luca Ciriani — che il governo possa depositare i suoi emendamenti» alla manovra «entro questa settima-

na» precisando che «il più importante è quello sulle pensioni dei medici».

Più in generale, i sindacati dei medici accusano la manovra di non salvaguardare il servizio sanitario nazionale: mancano, infatti, 30 mila medici ospedalieri, in particolare nel Pronto soccorso, 65 mila infermieri ed entro il 2025 andranno in pensione oltre 40 mila tra medici e altro personale. Previste manifestazioni in tutta Italia. Almeno sei le richieste dei sindacati: assunzioni, detassazione di una parte della retribuzione, più fondi per il contratto di lavoro, depenalizzazione dell'atto medico, cancellazione dei tagli alle pensioni e creazione di un'area contrattuale autonoma per gli infermieri. Il gover-

no, afferma all'Ansa Pierino Di Silverio, segretario Anaa Assomed, «faccia marcia indietro sulla legge di Bilancio e tuteli i professionisti della sanità». E sulle pensioni, dice, non bastano i correttivi (il governo vuole cancellare il taglio per chi va in pensione di vecchiaia e attenuarlo per chi va in pensione anticipata): «Chiediamo il ritiro della norma. Ma, a oggi, la premier non ci ha convocato».

Enrico Marro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DOSSIER

Paghe basse e corsie vuote come nasce la protesta

Tra le richieste della categoria nuove assunzioni, detassazione di una parte dello stipendio, depenalizzazione dell'atto medico "Noi dimenticati dopo le pacche sulle spalle dell'era Covid"

di **Michele Bocci**

I contenziosi

Battaglia per eliminare la colpa medica "Causa un eccesso di prescrizioni inutili"



I medici chiedono la depenalizzazione dell'atto medico. Tra i problemi dei professionisti, infatti, c'è il timore di sbagliare e di essere denunciati, andando così incontro a un procedimento penale. Il

tutto crea stress al dottore ma alla fine si risolve molto raramente, cioè in circa il 3% dei casi, in una condanna. E quindi, è la proposta, bisognerebbe fare come in altri Paesi dove la colpa medica si risolve non con un processo ma con la valutazione del caso da parte di una commissione che decide quale risarcimento dare al paziente danneggiato dalla cosiddetta malasanità. Proprio in questo periodo, però, dalla Lega è arrivata una proposta in senso completamente opposto, che prevede infatti un inasprimento delle pene per i medici che sbagliano.

Tra l'altro il timore di essere denunciati, oltre a non far lavorare serenamente il medico lo spinge a produrre inappropriatezza, cioè attività sanitaria inutile. Per non sbagliare prescrive visite, esami e accertamenti di vario tipo che non servono e quindi sono costosi per il sistema sanitario pubblico.

I vitalizi decurtati

Sotto accusa il taglio degli assegni "Può arrivare a 2mila euro all'anno"



La riforma delle pensioni prefigurata nella manovra del governo colpisce molto duramente i medici e gli altri operatori sanitari. La media dei tagli, che dipendono dall'anno in cui il singolo professionista ha iniziato a

versare i contributi, è stata calcolata in circa 2 mila euro all'anno ma alcuni camici bianchi arriverebbero a rimetterci addirittura il 25% della pensione.

Vari esponenti del governo, compresa la premier Giorgia Meloni, hanno annunciato che la misura sarà modificata ma al momento non è stato chiarito in che modo. Anche il ministro della Salute Orazio Schillaci ha auspicato cambiamenti. I sindacati fanno sapere che comunque accetteranno «solo la totale cancellazione di quanto previsto in manovra. Non basta certo ridurre l'impatto della misura ad esempio applicandola solo a una parte dei dipendenti della sanità». In realtà, alcune ipotesi che stanno circolando prevedono proprio una nuova disciplina delle pensioni, quindi una parte dei tagli resterebbe. «Da una parte si sono vantati di aver rinnovato i contratti collettivi, e dall'altra ci tolgono i soldi in questo modo», protestano i sindacati.

Le retribuzioni

Lotta per l'aumento della paga base "Iniquo premiarci per gli straordinari"



La questione degli stipendi bassi è stata affrontata più volte anche dal ministero alla Salute ma non è stata risolta. Si è previsto di pagare di più chi sta nei reparti dell'emergenza e nella manovra si è aumentato il

compenso per gli straordinari. I sindacati ribattono che l'aumento lo vogliono sulla quota fissa dello stipendio e non su quella legata all'attività extra, faticosissima da fare per chi già è oberato da quella ordinaria. I medici italiani, intanto, guadagnano meno dei colleghi belgi, danesi, tedeschi, ungheresi, irlandesi, inglesi. Superano solo i camici bianchi di Estonia, Grecia e Portogallo. Gli ospedalieri incassano 86 mila euro in media, i tedeschi arrivano quasi al doppio. Proprio la paga più bassa spinge molti, circa 5 mila professionisti all'anno, a lasciare il sistema pubblico prima della pensione per andare a lavorare all'estero oppure nel privato. Il governo in manovra ha messo 2,4 miliardi di euro (dei tre destinati alla sanità) per il rinnovo dei contratti. Soldi che però non vanno solo agli ospedalieri ma anche agli specialisti e ai medici di famiglia.



Il personale

Mancano ventimila camici bianchi “Emergenza non solo in pronto soccorso”

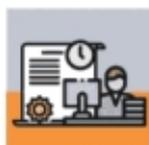


Quello degli organici è un tema molto sensibile. I sindacati dei medici denunciano la carenza di 20mila professionisti, mentre gli infermieri in meno rispetto al necessario sarebbero 65mila. Sulla crisi della

seconda professione non ci sono dubbi, tanto che Schillaci ha proposto di assumere infermieri in India. Riguardo ai camici bianchi, i dati su quanti ne mancherebbero talvolta messi in discussione, perché considerati troppo alti. Una cosa però è pacifica: ci sono alcuni settori in drammatica difficoltà con gli organici. Si tratta prima di tutto della medicina di urgenza, con i pronto soccorso ma anche i servizi del 118 che hanno gravissimi problemi a portare avanti il lavoro (e talvolta si affidano a medici a gettone o ad agenzie e cooperative di lavoro interinale). Ma gli organici sono in difficoltà anche in altre discipline, come l'anestesia e la chirurgia. E se i medici di ruolo in questi settori sono pochi, è bassissimo anche il numero di coloro che scelgono di studiare per entrarci. E infatti le scuole di specializzazione assegnano solo una parte delle borse disponibili.

Il reclutamento

Va eliminato l'imbuto specializzazioni “Contratto subito ai neolaureati”



I sindacati dei medici chiedono di cambiare il sistema delle specializzazioni. Quest'anno, per la prima volta, le domande sono state meno (circa 500) delle borse disponibili ma secondo gli ospedalieri

il problema si risolverà tra qualche tempo, quando si laureeranno i giovani medici entrati in questi anni, nei quali è aumentato il numero di posti a disposizione in Medicina. Il punto è che bisognerebbe “indirizzare” gli aspiranti specializzandi verso le discipline più in crisi, riducendo magari i posti in quelle dove invece non ci sono problemi.

Non solo, i sindacati chiedono che si facciano, dopo la laurea, dei contratti di formazione per inserire immediatamente nel sistema sanitario i giovani medici, che si specializzerebbero lavorando. Tra l'altro andrebbero usati anche tutti gli ospedali per questa attività di lavoro-formazione e non solo i policlinici universitari, dove oggi devono stare per svolgere la formazione gran parte degli specializzandi. Il loro aiuto però servirebbe anche in altre strutture, dove potrebbero anche imparare di più.





Dir. Resp. Marco Girardo

L'INTERVISTA

«Al lavoro 60 ore a settimana Il sistema è a rischio tenuta»

ANDREA CEREDANI

«**G**li ambulatori verranno chiusi e le attività interrotte, salvaguardando le urgenze. Faremo capire come si vive senza un Servizio sanitario nazionale e senza medici». Pierino Di Silverio, segretario del sindacato di categoria Anaa Assomed, spiega così la mobilitazione in corso nella categoria.

Nello scorso anno vi siete spesso incontrati con il Governo, non bastano gli accordi raggiunti?

Non posso dire se le risorse siano sufficienti, se non mi dicono quanti dei 2,3 miliardi stanziati sono destinati a noi. Se dovessi rifarmi a ciò che è stato fino a oggi, dovrei dire che a noi non spetterebbero più di 700 milioni, la stessa cifra che non era idonea anni fa, figuriamoci con l'inflazione.

Eppure, l'esecutivo ha previsto anche aumenti contrattuali.

Sì, ma serve un aumento mag-

giore dei fondi contrattuali. O, quantomeno, un chiarimento perché i soldi finora stanziati sono destinati al rinnovo sia della dirigenza sia dei medici di medicina generale sia degli specialisti ambulatoriali. E, facendo così, l'aumento è dieci punti sotto il tasso inflattivo. Ma non è solo per questo se 4mila medici dirigenti sono andati via dal Ssn nel 2023. C'è un rischio di tenuta del sistema. **Negli ultimi 20 anni, in effetti, sono "fuggiti" all'estero 180mila fra medici e infermieri. Cosa potrebbe trattenerli in Italia?**

Noi chiediamo un aumento delle indennità, la detassazione di parte dello stipendio e l'abbattimento dell'annosa legge sui tetti di spesa, pur capendo che una manovra di bilancio non può risolvere tutti i problemi del Ssn. Se, però, questa finanziaria avesse dato a noi un segnale economico nella giusta direzione, sarebbe stato meglio. Avevamo chiesto uno scudo penale momentaneo, ma in un anno la legge non è stata licenziata e siamo ancora sottoposti alle denunce. Non solo: è venuta fuori anche una proposta di legge della Lega

che addirittura inasprisce le pene per i medici. Le interlocuzioni, così, si sono ridotte quasi a zero.

Dunque, non è solo una questione di soldi?

Siamo arrivati a questo perché c'è stato un disinvestimento sulle cure pubbliche che ha colpito il sistema sanitario anche nei suoi professionisti, rendendoli meri esecutori, quasi fossero dei robot. E causando un esodo, che è emorragia. I medici lavorano 60 ore alla settimana, avrei evitato di stanziare ulteriori soldi per il privato accreditato. Ma in fondo il problema non è solo economico, piuttosto è legislativo. Ci troviamo a lavorare in un contesto normativo e contrattuale che è ingabbiato, non ci sono vasi comunicanti professionali e c'è scarsa possibilità di carriera.

Di questo si lamentano anche tanti specializzandi. I problemi del Ssn nascono già dalle Università?

Alla base del problema della formazione sta il modello educativo. Noi siamo l'unico Paese al mondo in cui c'è una netta dicotomia fra organizzazione universitaria e lavoro suc-

cessivo. In ogni altra nazione, un medico inizia a lavorare negli ospedali già con gli atenei. In Italia, piuttosto, le Università sovrastimano i dati Ocse sulla disponibilità dei medici, facendo contare nel novero anche gli specializzandi "parcheeggiati" nelle scuole. In più, un medico in formazione non può guadagnare 1.400 euro al mese senza il diritto a farsi una famiglia. Servirebbe un contratto di formazione dal primo anno e, facendo così, avremmo anche un innesto maggiore e più consapevole.

A queste condizioni, chi paga le spese della crisi del sistema sanitario?

Naturalmente, i professionisti e i pazienti. Comprendiamo la crisi economica e la difficile congiuntura. Ma, se per la cura delle persone non si fa nulla, noi siamo costretti a scioperare.

Di Silverio
(Anaa Assomed):
specializzandi
"parcheeggiati", mentre
è in corso
la fuga dal Ssn



Pierino Di Silverio



Vaccini piano d'emergenza

Oggi la cabina di regia tra governo e Regioni sul Covid Vaia: riapriremo i centri vaccinali anche nei weekend e faciliteremo le iniezioni con farmacie e medici di base

PAOLORUSSO
ROMA

Morti, ricoveri e contagi aumentano ma il vaccino lo fanno sempre in meno. Perché tra quarte e quinte dosi un po' di stanchezza vaccinale era prevedibile. Tanto più se poi si lanciano messaggi del tipo «il Covid è meno di una banale influenza». Anche se negli ultimi giorni la paura deve aver fatto novanta, visto che parecchi anziani e fragili sembrano aver capito che è meglio immunizzarsi. Peccato che al momento di scoprire il braccio hanno scoperto che studi medici e farmacie sono a corto di vaccini e che comunque bisogna mettersi in fila.

«Riceviamo molte telefonate da parte di cittadini che vorrebbero vaccinarsi ma non sanno dove andare. Un problema organizzativo che contribuisce a far languire la campagna vaccinale oggettivamente c'è», ammette Francesco Vaia, direttore della Prevenzione al ministero della Salute, che og-

gi ha convocato una cabina di regia con le regioni, per invitarle di fatto a darsi una mossa. «Lancerò l'idea di un open day, riaprendo per un week end i centri vaccinali dove senza prenotazione chiunque potrà vaccinarsi», anticipa Vaia. «Ma serve anche riportare i vaccini più in prossimità di medici e cittadini, ad esempio consentendo alle farmacie di somministrarli come già fanno per l'antinfluenzale e riorganizzando la distribuzione agli studi dei medici di famiglia. Oggi - spiega - sono costretti in molti casi a recarsi presso i magazzini delle asl magari lontani dai loro studi e poi devono frazionarli da se, visto che ogni fiala contiene sei dosi. Questo tra l'altro comporta anche la difficoltà di dover organizzare la somministrazione per gruppi di pazienti». Per Vaia tutto troppo complicato, «mentre si potrebbe tornare all'organizzazione di prima, quando erano le aziende sanitarie a frazionarli e portarli negli studi medici».

Tutte mosse alle quali si poteva pensare prima, verrebbe da dire. Anche perché con tassi di copertura vaccinale e

«con la mortalità di quest'ultima settimana si rischia di contare 15mila morti l'anno. E purtroppo i decessi sono ancora in continuo aumento», denuncia l'oncologo Francesco Cognetti a nome di Foce, la federazione di oncologi, cardiologi ed ematologi. Che punta l'indice contro «la diffusione, purtroppo anche da parte di alcune autorità sanitarie del Paese, di messaggi confusi e spesso contraddittori sulle dimensioni del contagio e sulla sua letalità, quindi con l'effetto di ulteriormente demotivare e scoraggiare una popolazione già parzialmente restia». Fatto è che nell'ultima settimana monitorata, quella dal 24 al 30 novembre, il numero di somministrazioni è ulteriormente sceso, passando dalle 203mila di due settimane fa alle 192mila di quella passata, per atterrare ora a 162mila. In tutto con il vaccino aggiornato si sono coperti un milione e 42mila italiani. Briciole se confrontati alla platea di 20 milioni tra over 60 e fragili per i quali il vaccino è raccomandato. E le cose vanno male anche per quelli che rischiano di più. Tra

gli ultraottantenni, appena il 7% ha fatto il richiamo, anche se è proprio tra i grandi anziani che il virus miete più vittime. E va ancora peggio nella fascia 70-79 anni dove la copertura non va oltre il 6%, mentre tra immunodepressi, oncologici e fragili in genere le coperture sarebbero ancora inferiori, secondo Foce.

Intanto il ministero della Salute pensa di dare una smossa alla campagna anche diversificando un po' l'offerta dei vaccini. Ad esempio acquistando un milione di dosi da Moderna, che ha un antidoto più semplice da somministrare perché non va frazionato in più dosi. Così come a breve è prevista l'approvazione di quello Novavax che piace ai no vax perché non utilizza l'Rna messaggero. Ma anche di questo non erano stati programmati acquisti. Che se fatti ora andrebbero così ad ingrossare le scorte inutilizzate nei magazzini dove in questo momento ci sono già 46 milioni di dosi scadute, mentre 38 devono ancora essere consegnate. Uno spreco vaccinale del quale nella sanità a corto di fondi non si sentiva proprio il bisogno.—

7%

La percentuale di ultraottantenni che hanno fatto il richiamo

20 milioni

La popolazione di over 60 e fragili per i quali il vaccino è raccomandato

162.000

Le somministrazioni di vaccino anti-Covid effettuate in Italia la scorsa settimana

Meno vaccinazioni
Più morti, ricoveri e contagi, ma meno vaccinazioni. Il messaggio è che il Covid non è pericoloso



PHOTO: G. DI NUNNO



Luca e sua madre in lotta contro una malattia rara «La ricerca unica speranza»

LA STORIA

ROMA «È impensabile che non ci sia una cura per la malattia di mio figlio. Ma non ci scoraggiamo, abbiamo tantissima fiducia nella ricerca». Pia De Vito, mamma di Luca, studente romano di 13 anni, parla della distrofia da deficit di merosina con la sicurezza di chi ha dovuto capire giorno dopo giorno cosa significa avere a che fare con una malattia rara, e soprattutto come affrontare gli ostacoli che si presentano man mano che il bambino cresce. Eppure, nel 2010, per la giovane mamma, alla sua seconda gravidanza, niente lasciava presagire che il suo bambino avrebbe dovuto fare i conti con una patologia che coinvolge i muscoli, i nervi e in parte anche il cervello. «Questa malattia è causata da mutazioni di un gene, il Lama2 – spiega De Vito – e si trasmette se i due genitori sono portatori sani, con una probabilità su quattro di avere un figlio malato, che avrà quindi entrambe le copie difettose del gene».

La diagnosi di una malattia rara, come spesso accade, è in genere

l'inizio di un percorso ad ostacoli. «Mi ricordo che all'epoca mi sentivo come in mare aperto, ero senza appiglio. Eravamo due genitori abbastanza giovani e non sapevamo in nessun modo cosa fosse la di-

strofia. Abbiamo avuto una reazione diversa, dovevamo gestire innanzitutto un dolore profondo. Io però, dopo essermi chiusa in una stanza per 4 ore, ho capito che dovevo reagire». E così grazie anche alla Uildm (Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare) di Roma, i genitori di Luca iniziano a orientarsi sulle scelte da fare. «Abbiamo fatto un passo alla volta, abbiamo compreso che dovevamo cominciare un percorso molto graduale. Ma allo stesso tempo abbiamo vissuto come un traguardo anche i passaggi che in genere noi genitori diamo per scontati: ricordo ancora che quando per esempio Luca ha iniziato a parlare per noi è stata una grande festa».

Il dramma delle famiglie sta infatti nell'incertezza del futuro: nessuno può prevedere l'evoluzione della malattia, e quindi le possibili limitazioni con le quali bisogna fare i conti. «Durante la crescita – racconta De Vito – abbiamo dovuto gestire noi il percorso assistenziale, è mancata una programmazione a lungo termine. Con questa malattia, osservi le difficoltà mentre il bambino cresce. Per fortuna ho un lavoro, al Comune di Roma, e quindi ho potuto assentarmi per i controlli e le visite di Luca».

GLI STUDI

Per la distrofia da deficit di merosina, al momento non esistono cure. Grazie a vari progetti finanziati dalla Fondazione Telethon, sono in corso però studi, per ora in fase preclinica, con proteine ricombinanti e terapia genica. Per i piccoli pazienti sono disponibili solo trattamenti sintomatici che possono migliorare la qualità di vita. «Luca frequenta le lezioni, esce con gli amici. È stato pure in un campo scuola per 4 giorni. Tutto questo è stato possibile grazie ad una rete di assistenza e di relazioni che, se funziona, facilita i percorsi all'apparenza più difficili. E poi mio figlio sa che se ha un bisogno deve chiedere aiuto, senza crearsi problemi: gli ho spiegato infatti che non può pensare che devono essere gli altri che si devono adattare a lui. Così facendo, non solo cresce con un senso di autonomia, ma rende molto gestibile anche agli altri riuscire ad aiutarlo, in modo naturale».

LE BARRIERE MENTALI

De Vito, come molte mamme di bambini con malattie rare, ha il coraggio che forse non ti aspetteresti. «Sono grata a mio figlio, perché ci ha insegnato che è possibile un altro modo di vivere, non dominato dalla tristezza – spiega – Certo, bisogna ancora lavorare tanto per cambiare le barriere mentali e per consentire cure e una buona qualità di vita a tutti i bambini, in qualunque città si trovino. Ma con la mia testimonianza, spero di dare coraggio anche alle altre famiglie. Lo ribadisco sempre: per i nostri figli, la ricerca può cambiare davvero la vita».

Graziella Melina

Raccolta fondi sulle reti Rai e nelle piazze

Da sabato la Maratona Telethon

Sarà presentata oggi, a viale Mazzini a Roma, la Maratona di Fondazione Telethon sulle reti Rai dal 9 al 17 dicembre, per sostenere la ricerca scientifica sulle malattie genetiche rare. Torneranno in oltre tremila piazze in tutta Italia i Cuori di cioccolato, distribuiti il 10, 16 e 17 dicembre dai volontari di Fondazione Telethon, Uildm (Unione Italiana Lotta alla

Distrofia Muscolare), Avis (Volontari Italiani Sangue), Anffas (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale), Unpli (Unione Nazionale delle Pro Loco d'Italia), Azione Cattolica e presso le edicole di Si.na.gi. aderenti.



Nuovi servizi Dati sintetici per la sanità inglese

Marco Gervasi — a pag. 30

Il servizio sanitario inglese farà da apripista sui dati sintetici in sanità

Piattaforme. I britannici affidano a una società Usa le informazioni sui pazienti. L'accordo solleva, ancora una volta, la domanda su quale sia il giusto compromesso tra il progresso scientifico e la privacy

Marco Gervasi

Il 21 novembre il servizio sanitario nazionale inglese (Nhs) ha assegnato a Palantir un contratto del valore di 330 milioni di sterline per costruire una nuova piattaforma, la Federated Data Platform allo scopo di raccogliere i dati provenienti da tutto il servizio sanitario nazionale in un unico archivio centrale, facilitando così l'analisi e la condivisione delle informazioni sui pazienti.

L'accordo ha destato molto interesse perché Palantir è la società di software e di intelligenza artificiale nota anche per il suo lavoro legato al settore militare negli Stati Uniti. Con questo contratto gli Usa si assumono un ruolo delicato. Nhs è infatti il più grande servizio sanitario nazionalizzato al mondo e fornisce assistenza a più di 60 milioni di persone gestendo un'enorme quantità di dati molto sensibili tra cui cartelle

le cliniche personali, dati clinici e dati pubblici. La notizia è sia positiva che delicata. È positiva perché la collaborazione apre la strada a collaborazioni con altri paesi. È tuttavia delicata poiché l'accordo solleva, ancora una volta, la domanda su quale sia il giusto compromesso tra il progresso scientifico e la privacy. I dati sanitari sono infatti tra i più sensibili e non è un'impresa semplice mantenerli sicuri e, al tempo stesso, renderli accessibili per garantire il progresso scientifico.

Proprio di questo compromesso tra protezione dei dati e benefici se

ne è discusso a Londra dove Replica Analytics, una società attiva nella creazione di dati sintetici per il settore sanitario, ha riunito data scientist, legislatori e società farmaceutiche per discutere lo stato dell'arte. Bayer, Johnson e Johnson, Boehringer Ingelheim, Amgen, la stessa

Nhs, nonché rappresentanti dell'ufficio del garante inglese e di quello italiano hanno mostrato i progressi dell'intelligenza artificiale (Ai) nel settore healthcare, ma anche il lavoro ancora da farsi. Dalle radiografie agli studi sul diabete, all'epidemiologia, per proteggere la privacy e promuovere il progresso, la ricerca scientifica e l'AI sembrano fare ricorso sempre di più alle tecniche di anonimizzazione dei dati, che permettono di separare le informazioni personali dai dati.

Per Leonardo D'Ambrosi, Senior Lead Data Scientist di Bayer: «La scienza progredisce grazie ai dati che vengono raccolti. Siamo tutti contenti quando c'è un nuovo farmaco che cura una malattia che non era curabile prima. Questo però comporta che saranno necessari anche i nostri dati per sviluppare il prodotto». Quindi si apre un dibattito: come ci si assicura che i dati vengano utilizzati per il processo scientifico, mantenendo al contempo la nostra privacy?

«Attualmente una delle tecniche con maggiore potenziale è quella dei dati sintetici - continua D'Ambrosi - Questi trovano la loro appli-

cazione in diversi casi, tra cui la creazione di nuovi prodotti, l'anonimizzazione dei dati, ma anche l'addestramento di algoritmi di Ai e di machine learning. Vi è poi lo scenario nel quale creare dati sintetici diventa più economico e pratico che raccogliere dati reali. Un esempio è Phi-1.5, il nuovo modello di Ai di Microsoft, creato utilizzando esclusivamente dati sintetici. Il suo uso è simile a quello di ChatGPT 4». Secondo Leonardo i dati sintetici hanno grande utilità soprattutto quando è necessario condividere i dati.

Jonathan Pierce, lead data scientist di Nhs ci racconta come il futuro per la stessa Nhs sia quello di fare di più con i dati che si hanno già. Ecco, quindi, che l'accordo con Palantir assume un contorno più chiaro: per progredire scientificamente sono importanti le partnership, proprio come quella con Nhs. Il know how di Palantir è quindi necessario per permettere che il database di 60 milioni di pazienti possa alimentare la creazione di nuove soluzioni nei diversi campi della sanità. La condivisione dei dati sensibili diventa quindi una delle chiavi del progresso scientifico, così come le tecniche di anonimizzazione ne diventano un importante elemento abilitante.

L'Inghilterra sembra quindi essere un buon punto di riferimento,



anche per l'Italia, per capire in che direzione si stia muovendo questo settore. «Abbiamo una regolamentazione che accoglie e inizia a disciplinare le tecniche di anonimizzazione, come la guida pubblicata dal garante inglese nel luglio del 2023» dice Paul Comerford, consigliere tecnologico dell'Ico, l'ufficio del Garante inglese.

Ciò che appare comunque chiaro è che non abbiamo ancora una risposta, né una tecnica definitiva per quale sia il giusto compromesso tra utilità scientifica e privacy. Sebbene i dati sintetici e le tecniche di anonimizzazione siano promettenti, hanno comunque dei limiti. Secon-

do Giuseppe D'Acquisto, consigliere tecnologico del Garante italiano, siamo in una fase sperimentale e con forti potenzialità, ma non esiste ancora una risposta univoca se i dati sintetici siano ritenuti completamente anonimizzati e quindi non sottoposti al Gdpr.

Quindi, se da un lato il diritto alla privacy è fondamentale, dall'altro i dati e l'intelligenza artificiale contribuiscono concretamente al nostro progresso scientifico. Questa ricerca dell'equilibrio tra due aspetti opposti ci accompagnerà per molti anni a venire. «C'è sempre l'interesse ad avere un metodo a prova di proiettile e applicabile ovunque, ma non è co-

si» conclude D'Ambrosi. Abbiamo tuttavia degli strumenti che ci possono aiutare a capire quale sia la strada. Il successo o il fallimento della piattaforma dell'Nhs ci darà sicuramente elementi in più per capire quale sia l'approccio migliore che dia benefici concreti per la salute pubblica e garantisca i diritti fondamentali. Attualmente paiono esserci prospettive positive di sviluppo.

DATI ANONIMI

Cosa sono e a chi servono

I dati sintetici sono informazioni create artificialmente per emulare dati del mondo reale. Questi dati vengono generati mediante l'uso di modelli statistici e algoritmi di apprendimento automatico, con l'obiettivo di produrre informazioni che assomiglino a quelle reali, ma che non contengano dettagli identificabili di individui. Un esempio pratico illustra chiaramente questa tipologia di dati: consideriamo delle fotografie digitali di individui. Esistono immagini di persone che appaiono completamente realistiche, ma in realtà rappresentano individui inesistenti. Tali immagini sono create attraverso l'intelligenza artificiale, partendo da un database di fotografie di persone reali per poi generarne di fittizie. Elemento cruciale dei dati sintetici è l'assenza, teorica, della possibilità di risalire al gruppo originario partendo da quello artificiale. Gartner prevede che entro il 2024 oltre il 60% di tutti i dati di addestramento per modelli di intelligenza artificiale saranno sintetici. Il settore sanitario emerge come un terreno fertile per lo sviluppo e l'implementazione dei dati sintetici, grazie alla loro efficacia nel superare le lacune o la scarsa qualità di dati sanitari e la salvaguardia della privacy. Le società farmaceutiche mostrano un particolare interesse per questa tecnologia, specialmente in contesti con restrizioni legislative che rendono la raccolta di dati un compito complesso.

Il contratto, del valore di 330 milioni di sterline, è per la costruzione di una nuova piattaforma di condivisione dei dati



L'intervista. **Alessandro Vespignani**
esperto di Scienza delle previsioni

«Intelligenza artificiale e salute? Serve realismo»

Francesca Cerati

Intelligenza artificiale (Ai) in sanità. Stiamo andando nella giusta direzione? Per Alessandro Vespignani, docente di Fisica e Scienze della Salute alla Northeastern University, fondatore del Northeastern Network Science Institute di Boston e presidente della Fondazione Isi - il centro di eccellenza internazionale nel campo dei Sistemi complessi e dei dati - è sì necessario un bilancio dei pro e dei contro dell'Ai applicata alla sanità, ma con un approccio realistico, lontano dalla narrazione complottista o messianica che si è fatta fino adesso.

«Si sta sviluppando intorno all'Ai una specie di pensiero magico, per cui le macchine o ci salveranno da qualunque cosa o, all'estremo opposto, ci porteranno alla fine del mondo. Entrambi sono messaggi che ci allontanano dalla realtà. C'è una tecnologia che - ben lontana dall'acquisire il pensiero umano - contempla grandi benefici e grandi rischi che vanno però analizzati caso per caso. Il tema della trasparenza, per esempio, diventa fondamentale non per capire se siamo vicini alla macchina pensante, ma se quell'algoritmo è realmente preciso, se la percentuale di predizione è corretta, se funziona per tutte le popolazioni. Queste sono le domande che dobbiamo porci. Perché l'Ai è uno strumento a supporto del medico che la sa usare, in quanto non fa delle previsioni deterministiche, cioè non dice "tu hai questa malattia", ma si esprime in percentuali. E come tutti gli strumenti va regolamentato, caso per caso. In altre parole, le regole che valgono per il trasporto aereo non sono uguali a quelle del trasporto su ruota, lo stesso vale per l'Ai applicata in campo medico».

E qui si apre il tema cruciale della formazione

«Sì, ma anche in questo caso, rispetto alla narrazione corrente, il tema non è che l'Ai sostituirà il medico, ma impone una reinvenzione del mestiere del medico. E allora la domanda è: quanti medici sanno interagire con l'ai e offrono questo servizio? In questo caso, il vero rischio è che si creino bolle di eccellenza che diventano poi bolle di privilegio, piuttosto che un servizio accessibile a tutti. Stiamo andando in quella direzione? Il punto è che il settore salute ha già vissuto tante rivoluzioni e non è la prima volta che si è dovuto reinventare, ma tutto questo avveniva in tempi molto più lunghi. Adesso con l'Ai non parliamo più di decenni, ma di 1-3 anni, siamo in una fase di accelerazione esponenziale che è vissuta in una scala temporale che non ha precedenti. Quindi l'urgenza di rivedere la formazione è ora, tra 5 anni

sarà tardi, e non possiamo creare un'altra generazione di medici incapaci di usare questi strumenti. E non si tratta solo della formazione del singolo individuo, ma dell'intero sistema. Come ci ha insegnato la pandemia: l'accesso al dato è dirimente quando parliamo di salute, senza piattaforme di accesso ai dati, con tutti i perimetri del caso, vuol dire perdere vite e non sfruttare i grandi benefici offerti da questa tecnologia».

E come cambia la salute pubblica?

«La salute pubblica ha vissuto fino a pochi anni fa di metodologie e tecnologie molto ben consolidate, ora però l'Ai sta rivoluzionando tutto perché permette di monitorare la popolazione su grande scala e di associare i problemi di salute pubblica alla mobilità, agli orari e al luogo di lavoro, alla fascia economica, ecc, tutto questo a livello globale e in maniera capillare. Diventa quindi un altro modo di lavorare con la salute pubblica. Se a questo associamo la medicina personalizzata, ci troviamo di fronte a un enorme cambiamento che dalla salute pubblica al singolo paziente attiverà un diverso approccio alla cura e alla prevenzione. Ecco perché è importante uscire dagli slogan e capire che il tema non è solo sviluppare degli algoritmi funzionanti, ma come innestarli nella società con una classe medica formata per usarla».

E in tema di regolamentazione?

«L'Ai è transnazionale e quindi regolarla a livello nazionale è molto difficile. Detto questo, le linee guida che gli Stati propongono sono utili per arrivare a generare una visione che guiderà verso una regolamentazione dell'Ai a livello globale. Se invece continuiamo ad avere aree come negli Usa dove tutto avanza a velocità supersonica senza regolamentazioni contrapposte a un'Europa che pone cavilli e laccioli quello che si crea è un mondo dove si rischia di ledere la competitività e un divario di applicazioni. Invece, a mio avviso, dobbiamo arrivare a uno standard globale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Pronto soccorso affollati? Arrivano le strutture per piccole emergenze

Il modello. In Emilia si moltiplicano i Cau, i Centri di assistenza e urgenza per i casi meno gravi. L'ipotesi di replicarli in Italia dentro le Case di comunità

Marzio Bartoloni

Un trauma alla caviglia, una forte emicrania, una puntura di insetto, la febbre alta, il vomito e la nausea. Quante volte gli italiani si sono trovati in pronto soccorso con questi sintomi e poi sono stati costretti ad aspettare diverse ore prima di essere visitati. Il fenomeno del pronto soccorso affollati colpisce tutta Italia senza distinzioni, da Nord e Sud, ed è forse la punta dell'iceberg di una Sanità sempre più col fiato corto tra fondi contati e medici e infermieri che sognano di scappare - da turni stressanti e buste paga troppo magre - all'estero o nel privato. Ecco perché la sperimentazione di successo che arriva dall'Emilia Romagna sembra accendere uno spiraglio di luce nel tunnel della Sanità post pandemia: da circa un anno sono partiti i primi progetti di «Cau», i Centri di assistenza e urgenza dove i cittadini possono trattare, grazie alla presenza di medici e infermieri e senza lunghe code, i casi di emergenza che però non sono legati al fattore tempo come avviene a esempio per i codici rossi nel pronto soccorso.

L'obiettivo dell'Emilia Romagna è arrivare ad aprire una cinquantina di Cau - entro fine anno ce ne saranno 20 - un numero in linea con quello del pronto soccorso, «di cui non sono una alternativa. Bensì un servizio nuovo vero e proprio che risponde alle esigenze dei cittadini e che dimostra come nella Sanità si possa da una parte fermare la desertificazione dei servizi e dall'altra non cedere alla privatizzazione», avverte l'assessore alla Sanità Raffaele Donini. La reazione dei cittadini è stata molto positiva e «gli accessi si sono moltiplicati e ora egua-

gliano o superano addirittura quelli dei tradizionali pronto soccorso».

Il progetto dei «Cau», nato a Cervia con il primo test nel 2022, presto potrebbe fare il salto a livello nazionale: l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ha già stretto un accordo con la Regione per supportare e monitorare questa sperimentazione e in caso di successo - come sembra - spingere per farla replicare in tutta Italia. Con una aggiunta non di poco: favorire cioè l'apertura di queste strutture all'interno delle future Case di comunità previste dal Pnrr che stanziava i fondi per attivarne oltre mille da qui al 2026 in tutta Italia con l'obiettivo di avvicinare le cure ai cittadini, a cui aggiungere in questo caso anche le prestazioni urgenti meno gravi. Una strada questa delle Case di comunità che sta seguendo proprio l'Emilia Romagna che le ha scelte come sede privilegiata dei Cau, o in alternativa aprendo questi Centri spesso nelle vicinanze dei pronto soccorso tradizionali.

L'idea dei Cau nasce da una analisi molto chiara degli accessi ai servizi di emergenza dei cittadini: «Abbiamo visto dai dati a disposizione che gli accessi si concentravano solo in una ventina di pronto soccorso e che soprattutto nel 70% dei casi si trattava di codici verdi e bianchi, cioè meno urgenti», continua Donini. Che assicura come non sia stato difficile trovare il personale: «Ai bandi si sono presentati in molti, soprattutto guardie mediche stanche di lavorare in solitudine e senza le attrezzature diagnostiche più complesse, ma si sono presentati anche molti giovani specializzandi. Anche dagli infermieri la risposta è stata positiva».

Ma quali possono essere le prestazioni trattate? Ecco una lista sintetica: lesioni o dolori agli arti; eritemi; punture da insetti; febbre; lombalgia; dolori addominali; lievi traumatismi; ferite superficiali; irritazioni cutanee; dolori articolari o muscolari; coliche; sintomi influenzali; tumefazioni; nausea o vomito. Il cittadino che si presenta in un Cau viene subito preso in carico e nel caso si scoprisse che si tratta di un caso grave e con sintomi specifici - per esempio dolore toracico, grave difficoltà a respirare oppure per improvviso ed inusuale mal di testa - viene comunque attivato immediatamente il 118 per il trasferimento in ospedale. Successivamente, quando sarà attivo il numero unico per l'accesso alle cure mediche non urgenti (116117) i cittadini potranno anche essere inviati al Cau più prossimo con una indicazione dell'orario di accesso, evitando così code e attese.

Per la visita e le prestazioni erogate dai Centri di assistenza e urgenza non si paga il ticket. In servizio è previsto il personale necessario in base alla grandezza del Cau: saranno comunque presenti almeno un medico e un infermiere adeguatamente formati. Questa dotazione potrà essere incrementata in funzione dei volumi e della tipologia di attività. L'obiettivo è tenerli aperti 24 ore al giorno 7 giorni su 7, con un bacino d'utenza tra 35mila e 75mila abitanti.

