



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**26 GENNAIO 2024**

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

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Ospedale di Salemi, ecco il nuovo direttore dell'Anestesia

*Guida della UOS assegnata a Giovanni Ippati, classe '79, palermitano di origine che lavora all'Asp di Trapani dal 2012.*

26 Gennaio 2024 - di [Redazione](#)

È **Giovanni Ippati** il nuovo direttore di Unità operativa semplice di **Anestesia** all'ospedale di **Salemi**. Classe '79, palermitano di origine, Ippati, che lavora all'Asp di Trapani dal 2012, in precedenza ha rivestito incarichi di Alta specializzazione di Tecniche ecografiche in Anestesia e Rianimazione, è referente per la gestione delle sale operatorie aziendali, e tra le precedenti esperienze ha incarichi di dirigente medico alla Fondazione G. Giglio di Cefalù, Villa Sofia a Palermo, l'ospedale San Giovanni di Dio, ad Agrigento.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti  
Sicilia



Il monitoraggio su 2019 e 2021

## Ospedali e Policlinici siciliani, ecco il giudizio di Agenas sulla performance

*L'analisi su accessibilità, governance dei processi organizzativi, sostenibilità economico-patrimoniale, personale e investimenti.*

PALERMO. **Accessibilità, governance** dei processi organizzativi, **sostenibilità** economico-patrimoniale, **personale** e **investimenti**: sono queste 5 le aree di monitoraggio di **Agenas** i cui risultati relativi agli anni 2019 e 2021 sono stati appena pubblicati sull'ultimo numero della rivista Monitor. **Per la Sicilia** ad essere sotto esame sono state 8 aziende, di cui 5 ospedaliere (**Cannizzaro** e **Garibaldi** di Catania, **Papardo** di Messina, **Villa Sofia-Cervello** e **Arnas Civico** di Palermo) e 3 universitarie (i **Policlinici** di Palermo, Catania e Messina). Dal sistema di misurazione e valutazione delle performance è stato escluso il 2020 in quanto fortemente influenzato dalla pandemia da Covid-19. Lo strumento di monitoraggio di Agenas valuta *“le capacità di conseguire obiettivi assistenziali coerentemente con le risorse disponibili, attraverso il governo dei processi e l'adozione di modelli organizzativi adeguati”*. Inoltre è oggetto di approfondimento da parte di un **Comitato Scientifico**, composto da esperti in ambito sanitario di diversa estrazione, istituito appositamente per sviluppare ulteriormente il modello e renderlo uno strumento condiviso scientificamente e finalizzato al miglioramento del sistema sanitario.

### Ospedali e Policlinici, ecco i giudizi complessivi sulla performance

Dall'osservazione della performance complessiva di ciascuna azienda negli anni 2019 e 2021, si nota disomogeneità. Le aziende con performance migliore nel **2021**, cioè con più dimensioni in fascia media o superiore sono l'AO **Garibaldi**, l'AO **Papardo** e l'AOU Gaetano Martino; tuttavia, si rileva un tasso di crescita medio dal 2019 stabile o negativo, con andamenti differenti nelle diverse aree: governance e investimenti sono quelle in cui si evidenziano dei miglioramenti. In queste tre aziende il livello di qualità degli esiti da PNE per il



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

2021 (l'anno 2019 non è disponibile per nessuna azienda della Regione Siciliana) è generalmente in una fascia medio o inferiore, ad eccezione dell'area della chirurgia generale per l'AOU Gaetano Martino e delle aree della chirurgia generale e della gravidanza e parto per l'AO Garibaldi.

**L'AOU Gaetano Martino** nel 2021 ha una performance alta nell'area degli investimenti e media in tutte le altre dimensioni; tuttavia, si riscontra un trend di peggioramento rispetto al 2019 in tutte le aree tranne l'accessibilità (tasso di crescita medio negativo per -5,11%). Nel 2021 gli esiti sono molto variabili nelle diverse aree cliniche: vanno da molto alti nella chirurgia generale a molto bassi in chirurgia oncologica.

**L'AO Garibaldi** nel 2021 ha una performance migliore nell'area della sostenibilità economico-patrimoniale e più bassa, ma sempre in fascia media, nelle altre aree. Rispetto al 2019 migliora in governance dei processi organizzativi e negli investimenti, con un tasso di crescita medio negativo per -5,81%. Gli esiti di cura 2021 vanno da alti (in chirurgia generale e gravidanza e parto) a molto bassi (chirurgia oncologica e sistema nervoso).

**L'AOU Giaccone** è l'azienda in cui si nota in maniera più evidente un **miglioramento del 2021**– durante la gestione commissariale di **Alessandro Caltagirone**, contemporaneamente dg all'Asp di Caltanissetta- rispetto al 2019 (tasso di crescita medio complessivo del 7,38%), in particolare con una crescita nell'area degli investimenti, della governance e dell'accessibilità. L'AOU Giaccone ha esiti di cura alti nella maggior parte delle aree cliniche del PNE, ad eccezione dell'area cardiocircolatoria (livello medio) e dell'area della gravidanza e parto (livello molto basso).

**L'AO Papardo** ha performance di livello medio in sostenibilità economico-patrimoniale, accessibilità e governance, mentre di livello basso nelle altre due. Rispetto al 2019 migliora in accessibilità, governance e investimenti, con un tasso di crescita lievemente negativo pari a -0,12%. Gli esiti vanno da molto bassi (in chirurgia generale) a bassi o medi nelle altre aree.

**L'AO Policlinico G.Rodolico-S.Marco** si colloca in una fascia di performance media per quanto riguarda la sostenibilità economico patrimoniale e medio-bassa relativamente alle altre dimensioni. Il tasso di crescita medio è leggermente negativo per -1,13% per il peggioramento in tutte le aree tranne che nell'accessibilità. Gli esiti di cura del 2021 vanno da molto alti (chirurgia generale) a bassi (gravidanza e parto osteo-muscolare e sistema respiratorio).



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Per l'**AO Cannizzaro** si osserva una performance 2021 evidentemente più bassa rispetto al 2019 (tasso di crescita medio negativo di -7,48%) con tutte le aree in peggioramento, anche se sostenibilità economico-patrimoniale e governance si collocano in una fascia media. Gli esiti di cura si collocano in fascia molto bassa in tre aree cliniche, la chirurgia generale, il sistema nervoso e il sistema respiratorio, media in altre tre e alta solo nella chirurgia oncologica.

L'**AO Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello** nel 2021 ha una performance di livello basso, ad eccezione della sostenibilità economico patrimoniale che si trova in fascia media, analoga mente al 2019. Si registra una leggera crescita (tasso di crescita medio di +0,71%) trainato dalla dimensione della governance. Gli esiti vanno da molto alti nella chirurgia oncologica a bassi in quella generale.

Per l'**AO Civico Cristina Benfratelli** il quadro è simile alla precedente azienda, con performance di livello basso in tutte le aree ad eccezione della sostenibilità economico-patrimoniale in fascia media. Peggiora rispetto al 2019 (-2,75%) proprio nella sostenibilità e nel personale. Gli esiti vanno da alti in due aree (cardiocircolatorio e gravidanza e parto) a molto bassi in due aree (sistema nervoso e sistema respiratorio).

### Monitoraggio su accessibilità

Con riguardo all'area dell'accessibilità, complessivamente nella Regione si riscontra una performance di livello medio-basso, ma in incremento tra il 2019 e il 2021 e con una discreta variabilità tra le diverse aziende. Le strutture con una performance migliore a livello regionale sono l'AOU Gaetano Martino, l'AO Garibaldi e l'AO Papardo; quest'ultima in particolare, migliora tra il 2019 e il 2021 passando dalla seconda alla terza fascia di performance, in virtù di un miglioramento in tutti gli indicatori relativi ai tempi di attesa per gli interventi ospedalieri.

### Monitoraggio su governance

Nella governance dei processi organizzativi si osserva una performance medio-bassa nel 2019, in miglioramento in quasi tutte le Aziende nel 2021. Le Aziende con un punteggio migliore nel 2021 sono l'AOU Gaetano Martino, l'AO Garibaldi, l'AO Papardo e l'AO Cannizzaro.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

### Monitoraggio su sostenibilità

In termini di sostenibilità economica co-patrimoniale le Aziende della Regione Sicilia hanno una buona performance nel 2019, in leggera contrazione nel 2021; si osserva poca variabilità e la collocazione di tutte le Aziende almeno nella fascia media in entrambi gli anni.

### Monitoraggio sul personale

Per quanto concerne l'area del personale si osserva a livello complessivo un lieve peggioramento della performance tra il 2019 e il 2021: nel 2019 si osservano sei Aziende nella fascia media, che si riducono a tre nel 2021, l'AOU Gaetano Martino, l'AOU Giaccone e l'AOU Policlinico G.Rodolico-S.Marco.

### Monitoraggio sugli investimenti

Nell'area degli investimenti si riscontra una performance complessivamente medio-bassa in entrambi gli anni osservati, con una spiccata variabilità tra le Aziende: la AOI Gaetano Martino in entrambi gli anni si posiziona in una fascia medio-alta e si evidenzia un incremento dell'AOI Giaccone.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Nuovo laboratorio di Farmacotossicologia all'Asp di Trapani

TRAPANI (ITALPRESS) – L'Asp di Trapani ha inaugurato il nuovo Laboratorio di Farmacotossicologia, appartenente all'Unità Operativa Complessa di Sanità Pubblica. La struttura è stata progettata con l'obiettivo di garantire un elevato standard di qualità tecnico-analitica, con particolare attenzione agli aspetti medico-legali. "Il Laboratorio di Farmacotossicologia dell'Asp di Trapani si posiziona al vertice tra i laboratori presenti



TRAPANI (ITALPRESS) - L'Asp di Trapani ha inaugurato il nuovo Laboratorio di Farmacotossicologia, appartenente all'Unità Operativa Complessa di Sanità Pubblica. La struttura è stata progettata con l'obiettivo di garantire un elevato standard di qualità tecnico-analitica, con particolare attenzione agli aspetti medico-legali. "Il Laboratorio di Farmacotossicologia dell'Asp di Trapani si posiziona al vertice tra i laboratori presenti in Sicilia, rappresentando un punto di riferimento a livello nazionale per diverse attività - ha dichiarato il commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale, Vincenzo Spera -. L'investimento di 513 mila euro con l'acquisto di uno spettrometro di massa altamente sofisticato, unitamente ad altre attrezzature di ultima generazione, conferisce al laboratorio la capacità di svolgere un ruolo importante in ambito medico-legale e chimico-analitico".



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Il primo spettrometro di massa è dedicato alle procedure medico-legali, offrendo supporto alle autorità giudiziarie nella verifica di sostanze stupefacenti o alcoliche nel sangue o nelle urine. Questo consente alle autorità di prendere decisioni importanti in base ai risultati ottenuti. Il secondo spettrometro di massa è utilizzato per la parte chimica, focalizzandosi sulla verifica di dosaggi farmacologici e medicinali somministrati agli utenti o pazienti. Spera ha evidenziato che il laboratorio è unico in Italia per la sua specializzazione nella verifica e controllo del contenuto negli slime, le plastiline utilizzate dai bambini. Questo lo rende un punto di riferimento per l'intero Paese, poichè le aziende si rivolgono al laboratorio prima di commercializzare i loro prodotti per garantire la sicurezza e la conformità normativa. "L'investimento e l'implementazione di tecnologie all'avanguardia - è stato sottolineato, nel corso della cerimonia di inaugurazione - dimostrano l'impegno dell'Asp di Trapani nel fornire servizi di alta qualità e contribuire al progresso nella medicina di precisione". La collaborazione tra l'Unità di Sanità pubblica e l'Unità Dipendenze patologiche SER.D è stata sottolineata "come un passo significativo verso il raggiungimento degli obiettivi, consentendo la condivisione di risorse e competenze". Presente alla cerimonia di inaugurazione, tra gli altri, anche Salvatore Requirez, direttore generale del dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (Dasoe) della Regione Siciliana. "L'introduzione del moderno Laboratorio di Farmacotossicologia presso l'ASP di Trapani - ha evidenziato - rappresenta un significativo passo avanti nella qualità dei servizi offerti alla pubblica utenza. Questa struttura all'avanguardia è fondamentale nel contesto della medicina di precisione, poichè non solo affronta il rischio legato alla tossicologia e alla tolleranza dei farmaci, ma mira anche a garantire la massima qualità nei percorsi terapeutici". "Mettere a disposizione della pubblica utenza un laboratorio di questa levatura è un segno tangibile del nostro impegno per la sicurezza e la qualità del servizio pubblico. In questo momento di rafforzamento dell'ASP, stiamo perseguendo un percorso di eccellenza che ci posiziona ai massimi livelli del panorama regionale. La nostra attenzione continua verso i livelli di rischio a cui i pazienti possono essere esposti sottolinea il nostro impegno costante nel garantire la massima qualità nei servizi offerti", ha sottolineato Requirez. All'evento hanno partecipato anche diverse figure di spicco, tra cui il direttore amministrativo, Ornella Monasteri, il direttore del dipartimento di Prevenzione, Francesco Di Gregorio, la responsabile del Laboratorio di Sanità Pubblica, Anna Maria Messina, il dirigente delle Professioni Tecnico Sanitarie dell'Asp di Trapani, Francesco Regina, e una numerosa rappresentanza di medici e personale aziendale.

La misura sperimentale del decreto Terza età è in via nel 2025. Il sussidio attuale vale 513 euro: sarà destinato a gli over 80 con bisogni "gravissimi".

## Un miliardo per anziani disabili e poveri Il contributo mensile arriva a 1.380 euro

### IL PROVVEDIMENTO

PAOLO RUSSO

Per gli over 80 a bassissimo reddito e con «bisogno assistenziale gravissimo» arriva l'«assegno di assistenza» che fa lievitare quello di accompagnamento da 513 a 1.380 euro a partire dal prossimo anno, in via sperimentale e soltanto per 12 mesi. La novità è contenuta nel decreto legislativo sul «patto per la terza età» approvato ieri dal Governo, che contiene anche molte altre novità. Come l'abbattimento delle barriere architettoniche, misure per favorire la mobilità urbana ed extraurbana, la digitalizzazione degli anziani dai 65 in su con il supporto volontario degli studenti, l'adozione di gatti e cani per chi è solo con la distribuzione gratuita dei farmaci veterinari. Molte buone intenzioni ma pochi soldi, perché sul piatto c'è poco più di un miliardo spalmato su due anni. E la metà sarà assorbito dall'aumento dell'assegno di accompagnamento per i grandi vecchi con gravi disabilità e in disagio economico. Un beneficio, anche in questo caso,

di cui godranno in pochi, circa 400 mila anziani, considerando che lo stanziamento è di 300 milioni il primo anno e di 200 il secondo se si deciderà di andare avanti con l'esperienza, che mira con l'aiuto economico a far assistere gli anziani in casa propria, con il sostegno di familiari "care giver" e badanti. Ma esauriti i fondi, specifica il decreto, le domande non potranno più essere accolte. La richiesta dell'assegno di assistenza potrà comunque essere presentata da chi ha più di 80 anni, un reddito Isee non superiore a 6 mila euro e «un livello di bisogno assistenziale altissimo». Come lo si definisca spetterà deciderlo a una commissione tecnico scientifica da nominare entro due mesi. L'assegno maggiorato sarà finalizzato «a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore», oppure «l'acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate

nel settore dell'assistenza sociale non residenziale». Qualora l'Inps dovesse accertare che la quota assegnata non è stata spesa per questi servizi non solo verrà revocato l'assegno, ma bisognerà anche restituire quanto indebitamente ricevuto.

Un capitolo a parte è dedicato alle strutture assistenziali per gli anziani, nelle quali dovrebbe spettare ai giovani portare una ventata di aria nuova, visto che verranno incentivati accordi con le scuole di secondo grado, per favorire esperienze di volontariato al loro interno da parte degli studenti. Che potrebbero insegnare agli anziani l'uso di pc, smartphone e tablet, riducendo così il divario digitale. Si prevede anche di riconoscere la figura del caregiver, ossia chi in famiglia presta assistenza alla persona non autosufficiente. Per usufruire di supporti e servizi il punto di partenza sarà la valutazione multidimensionale unificata da ottenere attraverso i Pua, i Punti unici di accesso che avvieranno l'anziano al programma di cura. Una volta accertata l'eventuale non autosufficienza verrà definito insie-

me all'assistito e ai suoi caregiver un "Progetto di assistenza individuale integrato" (Pai), che porterà poi ad individuare il budget necessario a garantire cure e assistenza.

Pur senza prevedere stanziamenti specifici è poi prevista «la promozione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale».

«Aumentando di quasi il 200% l'assegno di accompagnamento ai più fragili e bisognosi, diamo finalmente risposte concrete ai bisogni dei nostri oltre 14 milioni di anziani, ai non autosufficienti e alle loro famiglie», dichiara soddisfatta la Premier, Giorgia Meloni. Mentre per il ministro della Salute, Orazio Schillaci, «il provvedimento consentirà il mantenimento delle migliori condizioni di vita delle persone anziane presso il proprio domicilio, anche promuovendo sanità preventiva e telemedicina». —

**Esauriti i fondi,  
le domande  
non potranno  
più essere accolte**

**Previsto anche  
il riconoscimento  
della figura  
del caregiver**

**5,4**

Il numero di over 65 per ogni ogni under 15 anni in Italia nel 2021 nel 1971 erano 1,1

**7,9**

Il rapporto tra anziani e giovani in Liguria, la regione più vecchia A Bolzano sono 3,4



## Sanità, non solo questione di soldi

Ricerca, telemedicina, contratti. Cosa manca nel duello Schlein-Meloni

Dell'intervento di Elly Schlein al question time, per le cronache "il duello" con Giorgia Meloni, è passato un solo messaggio: per la Sanità si spende poco, le criticità, oltre le liste d'attesa, sono nel personale mancante, dunque il governo deve spendere e abolire il tetto di spesa sul personale. Giusta la lista dei problemi, meno la loro lettura. Si potrebbe ricordare che il "tetto alle assunzioni" per cui Schlein accusa il governo Berlusconi del 2009 era già stato introdotto da Prodi nel 2007, e confermato poi da Monti e Renzi: un problema strutturale e non politico. In secondo luogo, l'accusa di pesanti tagli non è esatta. Da mesi si ripete che regnante il ministro Speranza la spesa sanitaria era aumen-

tata, riferendola in rapporto al pil. Ma quell'incremento formale era dovuto a due fattori: le spese straordinarie per il Covid e il crollo del pil a causa del lockdown, che facevano brillare di riflesso il dato percentuale. In realtà la spesa prevista da Meloni è in linea con i passati governi. Ma non va trascurato un punto chiave, come ha scritto qualche tempo fa il professor Vittorio Mapelli, specialista di Economia sanitaria, su Lavoce.info: "La spesa sanitaria in Italia è inferiore a quella di altri paesi perché più basso è il nostro pil". *(Crippa segue nell'insero II)*

## La flessibilità che manca e la medicina digitale

*(segue dalla prima pagina)*

Senza crescita economica, le risorse per il sistema sanitario esistono solo come tasse o nuovo debito. Ma al di là della schermaglia politica c'è altro da considerare: i livelli di spesa attuali possono forse tenere in vita il sistema sanitario, ma non certo rilanciarlo. E nemmeno bastano i fondi del Pnrr, in gran parte assorbiti per le strutture. Bisogna provare a cambiare prospettiva, invece di parlare solo di soldi (che non ci sono). Ieri sul Corriere un intervento di Gloria Sacconi Jotti, medico e docente universitaria, deputata di Forza Italia, suggeriva qualche idea. Ad esempio sul ruolo che può e deve avere la

ricerca, nella direzione del modello "one health" e della medicina di prevenzione, che contribuirebbe anche a diminuire la spesa di cura. C'è poi da incrementare, ad esempio sulla cronicità, l'utilizzo della telemedicina, mentre la digitalizzazione può aiutare a potenziare l'assistenza domiciliare e le diagnosi a distanza (i pronto soccorso intasati). E c'è il grande tabù: ripensare (reinventare) i contratti, magari inserendo nel pubblico alcuni meccanismi di flessibilità che funzionano nel privato. Medici e infermieri vanno pagati di più, certo. Ma è importante comprendere che non se ne trovano - le scuole di infermieristica restano vuote a

metà - è anche perché quel lavoro attrae meno. Anche in Svizzera, dove si guadagna il doppio, hanno difficoltà di personale. Non è solo un problema di soldi, bisogna pensare ai modelli.

**Maurizio Crippa**





MUOIONO DI PIÙ I BAMBINI MERIDIONALI E I FIGLI DI STRANIERI. E LA RIFORMA REGIONALISTA POTREBBE PEGGIORARE IL QUADRO

## La disparità Nord-Sud evidente anche per la mortalità infantile

**I** tassi di mortalità infantile sono tra i più significativi indici per valutare lo sviluppo sanitario e civile di un Paese. Il loro monitoraggio è un importante strumento per identificare nel tempo le variazioni influenzate da fattori sanitari, economici, organizzativi e per prevedere e implementare efficaci interventi di politica sociale e sanitaria. In uno studio appena pubblicato (disponibile al link: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01571-z>), utilizzando i più recenti dati dell'Istat, abbiamo analizzato l'andamento della mortalità infantile (numero di morti nel primo anno di vita per mille nati vivi) e la abbiamo correlata alla cittadinanza dei genitori, alla regione e area di residenza. Nel 2020, anno in cui sono nati 404.892 bambini, la mortalità infantile è stata del 2,5 per mille ed è risultata più elevata per i bambini residenti nel Mezzogiorno e per i figli di genitori stranieri, cioè senza cittadinanza italiana. Un bambino, sia italiano che straniero, che risiede nel mezzogiorno ha un rischio di morire nel primo anno di vita del 70 % più elevato di uno che nasce al Nord. Se il Mezzogiorno avesse avuto lo stesso tasso di mortalità del Nord non sarebbero morti 155 bambini. I bambini stranieri hanno un tasso di mortalità infantile del 60% superiore a quelli con genitori italiani, e se risiedono nel Mezzogiorno, il rischio è ancora più elevato. Analizzando la mortalità infantile delle regioni con la natalità più elevata nel 2020, cioè oltre a 10.000 nati/anno, si è osservato che quelle con i tassi più elevati sono state la

Calabria, la Sicilia, la Campania e la Puglia, mentre quelle con i più bassi tassi sono state: l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto e il Piemonte. Il rischio di mortalità infantile della Calabria è risultato essere due volte maggiore rispetto all'Emilia Romagna e alla Toscana (2,31 e 2,20 rispettivamente), per la Sicilia leggermente inferiore a due (1,95 e 1,86). La maggiore mortalità nelle regioni del Mezzogiorno è principalmente legata a storiche problematiche economiche e sociali. È noto che una peggiore condizione sociale come quella legata alla povertà, più frequente nel Sud, è strettamente correlata ad un maggiore rischio di malattia. Inoltre le regioni del Mezzogiorno presentano un'organizzazione sanitaria più critica di quella presente nelle regioni del Centro-Nord ulteriormente aggravata negli ultimi anni dai piani di rientro dal deficit economico che hanno determinato un significativo taglio dei finanziamenti per la sanità. Un segno indiretto di questo divario è rappresentato da una maggiore migrazione sanitaria dei minori dalle regioni del Mezzogiorno verso le regioni del Centro-Nord per ricevere cure (11,9% di tutti i minori con un'età inferiore a 15 anni). Nonostante l'Italia sia uno dei paesi europei con tassi più bassi di mortalità infantile, presenta profonde disuguaglianze territoriali ed etniche. È fondamentale ridurre le disparità geografiche nell'assistenza e garantire una parità di accesso alle cure per tutti i cittadini attraverso la creazione di servizi distribuiti in modo equo sul territorio.

Purtroppo in Italia la salute, anche quella infantile, pur essendo un diritto tutelato dalla Costituzione, dipende dalla regione in cui si ha la fortuna o la sfortuna di nascere o di risiedere. Va ricordato che per il miglioramento dello stato salute è necessario migliorare le condizioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Particolare preoccupazione suscita l'annunciata legge sull'autonomia differenziata perché potrebbe privare le regioni del Mezzogiorno di ingenti risorse economiche aggravando ulteriormente il divario con il resto dell'Italia. Il Paese ha bisogno di offrire a tutti i cittadini gli stessi diritti e gli stessi servizi e sicuramente non di non accentuare le differenze tra le regioni.

**Professore di Pediatria,  
Università di Roma La Sapienza  
Presidente Comitato per la Bioetica  
della Società Italiana di Pediatria**  
MARIO DE CURTIS



APPROVATO IL DDL

**Cybersecurity, forniture Pa solo con standard avanzati**

Le imprese informatiche per partecipare alle gare di fornitura della Pa dovranno garantire profili elevati di sicurezza. Lo prevede il Ddl approvato ieri in Cdm. — a pagina 20

# Cybersecurity, alla Pa forniture solo se con standard avanzati

## Contratti pubblici

Con lo schema di Ddl gare con elementi essenziali anti hacker

Imprese del settore vincolate e c'è il rischio di essere esclusi dall'appalto

**Ivan Cimmarusti**

ROMA

Nell'approvvigionamento di beni e servizi informatici in un «contesto connesso alla tutela degli interessi nazionali strategici», la Pubblica amministrazione dovrà tenere presente «gli elementi essenziali di cybersicurezza». Tradotto: le imprese del settore per partecipare alle gare di fornitura dovranno garantire questi profili di sicurezza, viceversa saranno escluse.

L'annunciata stretta entra nel Ddl Cybersicurezza, varato ieri dal Consiglio dei ministri, che ora viaggia spedito verso il passaggio parlamentare. Difficile una marcia indietro: i servizi di informazione e sicurezza registrano una costante emergenza legata agli attacchi hacker, cui vanno aggiunte le analisi del servizio di Polizia Postale e delle Comunicazioni, che nel bilancio 2023 hanno rilevato 11.930 attacchi soprattutto verso infrastrutture critiche e istituzioni. Aspetti sotto la lente dell'Agenzia per la cybersicurezza nazionale -

sotto la direzione di Bruno Frattasi e la vicedirezione di Nunzia Ciardi - all'interno della quale opera un apposito Nucleo cui ora faranno parte anche la Direzione nazionale antimafia e la Banca d'Italia, segno che gli attacchi hacker possono celare la mano mafiosa, con gravi riflessi in ambito riciclaggio. Ma andiamo con ordine.

Lo schema di Ddl prevede che «con decreto del presidente del Consiglio dei ministri, da adottarsi entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore» della legge, «su proposta dell'Agenzia per la cybersicurezza nazionale, previo parere del Comitato interministeriale per la cybersicurezza» siano individuati «gli elementi essenziali di cybersicurezza» che dovranno essere considerati dalle Pa nell'approvvigionamento delle infrastrutture informatiche.

Secondo il Ddl, per elementi essenziali di cybersicurezza «si intende l'insieme di standard e regole tecniche la cui conformità da parte di beni e servizi informa-

tici da acquisire garantisce la confidenzialità, l'integrità e la disponibilità dei dati da trattare in misura corrispondente alle esigenze di tutela» cyber.

Destinatari della misura sono: tutte le amministrazioni dello Stato (articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82), compresi gli istituti e le scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni. Ci sono poi le università, gli istituti autonomi



case popolari, le Camere di commercio e associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale. Tra i destinatari ci sono anche i soggetti privati (previsti dall'articolo 1, comma 2-bis Dl 21 settembre 2019, n. 105), in relazione a determinati settori strategici.

Ma veniamo all'impatto che la misura può avere sulle imprese. L'ente pubblico quando rileva che l'offerta non tenga in considerazione gli elementi essenziali di cybersecurity individuati dal decreto, può applicare l'articolo 107,

comma 2, e 108, comma 10 del decreto legislativo 36/2023: «La stazione appaltante può decidere di non aggiudicare l'appalto all'offerente che ha presentato l'offerta economicamente più vantaggiosa se ha accertato che l'offerta non soddisfa gli obblighi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I principi di sicurezza informatica saranno individuati entro 120 giorni dall'entrata in vigore della norma**

**I DESTINATARI**  
La misura riguarda le commesse di Pa, Università, enti pubblici e privati in settori strategici



**La stretta.** Per partecipare alle gare di fornitura per la Pa le aziende dovranno garantire profili di cybersecurity o saranno escluse



SANITÀ

# Abortire in Italia è sempre più difficile

Raphaëlle Rérolle, *Le Monde*, Francia

Le donne che interrompono una gravidanza devono affrontare un percorso a ostacoli che, oltre alla carenza di medici e strutture, molto spesso include umiliazioni e pressioni psicologiche

**A**ll'ospedale San Filippo Neri, a Roma, le donne che intendono abortire devono imparare a leggere tra le righe se vogliono arrivare nella stanza giusta. Il servizio di interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) però c'è. È indicato all'ingresso di questo grande complesso nel nordovest della capitale. Ma poi le cose si fanno difficili. Superata l'accoglienza c'è solo un foglio A4 appeso al muro in cui c'è scritto in maiuscolo: "Chirurgia ginecologica". Poi, tra parentesi e più piccolo, "legge 194/78". È il numero della legge che autorizza l'aborto in Italia e l'anno in cui è entrata in vigore.

Per ritrovare la sigla Ivg bisogna arrivare fino alla porta del reparto di ostetricia e ginecologia. Marina Marceca, la responsabile del reparto, racconta di aver dovuto lottare per imporre questa scelta, scontrandosi con il parere della direttrice dell'ospedale, molto cattolica e contraria a mettere quell'indicazione. Remore semantiche che però non cambiano il modo in cui le pazienti sono trattate al San Filippo Neri. A differenza di molte altre strutture in un paese dove la sanità pubblica è sotto-finanziata, questo reparto ha attrezzature moderne. La mancanza di indicazioni chiare, tuttavia, ricorda la nube di condanna che ancora avvolge l'aborto in Italia, quarantasei anni dopo la sua legalizzazione. Le pazienti sono troppo spesso vittime di umiliazioni inflitte dal personale medico: "Avresti dovuto pensarci prima", a volte si sentono dire e molte rinunciano ad abortire. E perfino a denunciare questi comportamenti, per paura di essere stigmatizzate.

## Tecniche di dissuasione

Le pressioni delle cosiddette associazioni pro vita, di solito cattoliche, giocano un

ruolo importante in questo clima di intimidazione. Alcune riescono addirittura a entrare negli ospedali pubblici, con la benedizione delle autorità, per fornire "sostegno emotivo" alle donne e, naturalmente, cercare di convincerle a non interrompere la gravidanza. In Italia nel 2021 (ultimi dati disponibili sul sito del ministero della salute) sono stati praticati 63.653 aborti, ventimila in meno rispetto al 1988 e 171mila in meno rispetto al 1982, l'anno in cui ne sono stati fatti di più. "Oggi ci sono 5,3 interruzioni di gravidanza ogni mille donne tra i 15 e i 49 anni, contro le 9,4 del 2000 e le 8 del 2009", sottolinea Marceca. "Si tratta di uno dei tassi più bassi in Europa". La flessione non corrisponde a un aumento del desiderio di avere figli, come dimostra il famoso "inverno demografico" di cui soffre la penisola: con 400mila nascite e 700mila decessi nel 2022, l'Italia potrebbe perdere il 20 per cento della sua popolazione entro il 2070.

Il fatto che ci siano meno interruzioni di gravidanza non è neanche collegato al fatto che verso la fine del 2022 Giorgia Meloni, del partito postfascista Fratelli d'Italia, è diventata presidente del consiglio. Questo calo è cominciato molto prima. Ma l'arrivo al potere di Meloni, che aveva fatto sfoggio della sua maternità durante la campagna elettorale, non ha aiutato a ridurre lo stigma associato all'aborto né le difficoltà che le donne devono affrontare se vogliono intraprendere questa strada. Sempre più spesso si trovano di fronte a un vero e proprio percorso a ostacoli.

## Panorama frammentato

La presidente del consiglio può anche ripetere che non toccherà la legge 194 e che deve essere applicata integralmente, ma sono rassicurazioni generiche. Innanzi-

tutto perché il testo della legge, approvata dalla Democrazia cristiana nel contesto teso degli anni di piombo, in alcuni punti è ambigua: nel preambolo afferma che "lo stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana fin dal suo inizio".

E poi, come spiega l'ex senatrice Emma Bonino, Meloni non ha bisogno di attaccare frontalmente la 194 per "svuotarla dall'interno". A Fratelli d'Italia e ai suoi alleati della Lega, che controllano la maggior parte delle regioni italiane, non mancano i modi per rendere più difficile l'interruzione di gravidanza in un paese in cui la sanità è di competenza regionale.

Il risultato è un panorama del tutto "frammentato", come spiega l'antropologa Silvia De Zordo, specialista in questioni riproduttive. Ogni regione può interpretare a modo suo le direttive nazionali. È il caso dell'aborto farmacologico: prima del 2020 veniva fatto in ospedale, fino alla settima settimana di gravidanza, e prevedeva un ricovero di tre giorni. A partire da quell'anno è possibile somministrare la pillola abortiva RU 486, in ambulatorio e nei consultori, fino alla nona settimana di gestazione.



## Da sapere

### L'importanza dei consultori

◆ In Italia ci sono circa **1.800 consultori** familiari, uno ogni 32.325 residenti, un numero molto al di sotto di quanto stabilito dalla legge 34 del 1996, che ne prevede uno ogni ventimila abitanti. È quanto emerge dall'indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019 pubblicata dall'Istituto superiore di sanità (Iss).

le donne che devono abortire sono costrette a superare scogli enormi, soprattutto a causa della grave carenza di medici disposti ad assisterle. È il fenomeno dell'obiezione di coscienza.

Come in Francia e in altri paesi, la legge italiana permette ai medici di rifiutarsi di fare aborti, condannati dalla chiesa cattolica. In Italia la percentuale di obiettori ha raggiunto proporzioni enormi. Ci sono obiettori anche nei consultori familiari, strutture storicamente legate alla sinistra.

Secondo i dati dell'Istituto superiore di sanità, nel 2021 erano obiettori il 63,4 per cento dei ginecologi, il 40 per cento degli anestesisti, il 32 per cento del personale infermieristico (infermieri, assistenti, eccetera) e alcuni farmacisti, anche se la legge riconosce questa scelta solo ai medici. Secondo Silvia Agatone, presidente della Laiga, un'associazione che difende l'applicazione della legge 194, sono dati fuorvianti: "In alcune strutture ci sono il 90 per cento o addirittura il 100 per cento di obiettori". Più si va verso sud più la percentuale aumenta. Tanto che in alcune regioni, come il Molise o l'Abruzzo, è ormai quasi impossibile interrompere una gravidanza.

Alcuni diventano obiettori "per convinzione cattolica", come Maria Chiara D'Alessio, ginecologa del San Filippo Neri, anche se non condanna la legge perché ritiene che "le donne debbano poter scegliere". Altri, molto numerosi secondo le femministe, lo fanno per motivi di carriera. Lo sa bene Cristina Damiani, che ha lavorato per anni come consulente esterna all'ospedale San Giovanni di Roma. "Dovevo sopperire all'alto numero di obiettori", ricorda la ginecologa, in pensione dal 2020. "Chi pratica aborti viene sistematicamente screditato. È come se svolgesse una sottoprofessione".

Visto che i medici non obiettori sono pochi, alcuni di loro finiscono per fare solo interruzioni di gravidanza e si trovano bloccati in un'unica attività poco gratificante. "L'aborto è visto come una cosa sporca e svalutante", osserva Agatone. "Le donne non tornano più da quel medico. Vogliono dimenticarsene e basta".

Tutto questo ricade sulle pazienti, come spiega un'educatrice incontrata ad Ancona, nelle Marche. Ylenia (preferisce non dire il cognome), quarant'anni, racconta di aver rischiato di morire a causa di un aborto fatto dopo la morte del feto. "Tutti i medici dell'ospedale erano obiettori tranne uno, che ha fatto male il suo lavoro", racconta la donna, sottolineando la formazione inadeguata degli studenti di medicina in alcune facoltà cattoliche, dove la pratica per l'interruzione di gravidanza non è neppure insegnata. "Sono stata lasciata per settimane con frammenti di placenta che si stavano infettando", aggiunge. "La ginecologa e il mio medico di base, entrambi obiettori, dicevano che il dolore che provavo era psicologico e che sarebbe passato. Alla fine hanno dovuto arrendersi all'evidenza: stavo per andare in setticemia".

In caso di aborto terapeutico (oltre le dodici settimane previste dalla legge e fino a cinque mesi), la questione è ancora più complicata. La legge italiana obbliga a

rianimare un feto che nasce vivo, e questo può succedere già a 23 settimane. Di conseguenza, molti ginecologi si rifiutano categoricamente di praticare aborti da questo momento in poi. "Se ci sono obiettori cattolici, possono chiamare il rianimatore", osserva Marina Marceca, del San Filippo Neri. "È successo".

Anche prima di questo termine, i medici si trovano talvolta in una drammatica impasse. Agatone, ad esempio, ricorda di aver dovuto affrontare l'emorragia simultanea di due pazienti all'ospedale Sandro Pertini di Roma senza alcun aiuto: "Tutto il personale era uscito dalla stanza e io gli correvo dietro gridando: 'Non ne avete il diritto!'. Se quelle donne fossero morte, la responsabilità sarebbe stata mia".

### Il cimitero dei feti

Alcune pazienti hanno avuto altre sorprese spiacevoli. Alla fine del 2020 una donna romana ha letto il suo nome per puro caso, svoltando in un vicolo del cimitero Flaminio. In questo immenso labirinto di 37 chilometri di strade interne e piccionarie grandi come condomini, la donna si è imbattuta in un cimitero di feti costellato di croci metalliche, su alcune c'erano scritti i cognomi delle donne che avevano abortito.

In Italia, i feti di meno di venti settimane vengono cremati e quelli di più di 28 settimane devono essere seppelliti, ma tra le due categorie c'è una sorta di limbo legale. L'ospedale aveva fatto firmare alla donna, che all'epoca stava molto male, un documento che autorizzava l'ospedale a disfarsi del feto. Il feto è stato poi portato al Flaminio, accompagnato da un modulo di identificazione.

A seguito dello scandalo sollevato da questa scoperta, di cui hanno parlato diversi giornali nazionali, il servizio di pompe funebri ha dovuto rimuovere i nomi delle donne, ma le croci sono ancora lì. Si trovano accanto alle tombe dei bambini, decorate con foto, fiori di plastica e piccoli vasi a forma di scarpette o palloni da calcio. Qua e là, si vedono orsacchiotti tra le lapidi, spazzati via dal vento. Sulle croci di metallo ci sono ancora le etichette, i nomi sono stati sostituiti da numeri e da una data, quella del loro trasferimento. ◆ *gim*

Strutture a cui le donne si rivolgono per avere la certificazione per la richiesta di Ivg, 2021

	%
Consultorio	42,8
Servizio ostetrico	34,9
Medico di fiducia	20,3
Altra struttura	2,0



SALUTE

# La scienza da sola non basta

Linda Eckert, *New Scientist*, Regno Unito

Il vaccino contro il virus che provoca il cancro del collo dell'utero esiste da vent'anni, ma questa malattia continua a uccidere a causa di fattori economici, politici e culturali

**N**el 2003 le persone impegnate nella prevenzione del tumore al collo dell'utero ricevettero una notizia straordinaria. Erano usciti i risultati di uno studio di quattro anni su un possibile vaccino per la forma del virus hpv 16 che causa questo cancro: delle 2.400 volontarie a cui era stato somministrato, nessuna aveva contratto l'infezione. Neanche una. Io, che lavoravo come ginecologa specializzata in ostetricia da dodici anni, sapevo che stavo assistendo a un miracolo.

Oggi, vent'anni più tardi, questo tumore continua a uccidere - una donna ogni due minuti - e i casi sono in aumento: 604mila nel 2020, che secondo le stime dovrebbero diventare 855mila entro il 2040. Significa milioni di decessi e deturpazioni, oltre alla perdita della sessualità e della fertilità per le sopravvissute. È scandaloso.

È anche la prova che la scienza non basta, per quanto vorrei che fosse vero il contrario. Le sue scoperte cambiano davvero il mondo solo quando superano ostacoli politici, economici e culturali. Noi, i ricercatori impazienti di condividerle, dobbiamo capirlo, intervenire e prepararci.

Ogni vaccino che esce dal laboratorio entra in un contesto dominato da domanda e offerta, in cui la lealtà del mercato al

miglior offerente consente a paesi come gli Stati Uniti, che possono permettersi di pagare 160 dollari per una dose contro l'hpv, di acquistare tutte quelle di cui hanno bisogno. I paesi poveri fanno affidamento sulle sovvenzioni della Gavi, un ente di cooperazione internazionale, che ha negoziato un prezzo di 4,55 dollari a dose, e ricevono il vaccino solo dopo che la domanda dei paesi ricchi è stata soddisfatta. A causa della scarsa disponibilità a livello mondiale - soprattutto perché fino a non molto tempo fa il grosso delle dosi era prodotto da una sola casa farmaceutica - nel 2018 sono rimasti senza vaccino 34 milioni di ragazze in paesi che non possono nemmeno finanziare lo screening e la cura del cancro della cervice uterina. I paesi intermedi - troppo "ricchi" per ottenere le sovvenzioni, ma non abbastanza per acquistare il vaccino - non hanno nessun accesso al mercato. Non è una questione di scienza, ma di economia, politiche pubbliche e condivisione delle risorse, tutte cose di cui noi scienziati dovremmo occuparci se vogliamo che il nostro lavoro serva davvero a qualcosa.

Un altro ostacolo alle potenzialità del vaccino contro l'hpv è rappresentato dalle infrastrutture e dalla distribuzione. Le normali campagne di vaccinazione riguardano i bambini piccoli, mentre questo è destinato alle ragazze tra i 9 e i 14 anni. Aggiungere una nuova voce all'elenco delle vaccinazioni di un paese significa stoccare, programmare, formare e altre questioni logistiche. Non c'è niente di scientifico, ma è fondamentale affinché le ricerche mediche uscite dal laboratorio possano arrivare ai loro destinatari.

## Pregiudizi infondati

Le sfide più problematiche per la prevenzione del tumore al collo dell'utero, però, dipendono dal fatto che le principali destinatarie del vaccino sono ragazze e che il suo bersaglio è una malattia a trasmissione sessuale. E questo, sia nei paesi ricchi sia in quelli poveri, si scontra con paure di natura culturale, pregiudizi e disuguaglianze. L'idea che il vaccino incoraggi le ragazze alla promiscuità è ancora diffusa, anche se è stata completamente smentita. E le accuse di effetti collaterali, anche queste infondate, hanno causato un drastico calo delle vaccinazioni in Giappone, che in dieci anni sono passate dal 70 per cento a quasi zero. Dalla pandemia di covid-19 la maggior parte di noi ha la dolorosa consapevolezza che contro la disinformazione la scienza da sola è impotente e ha bisogno di messaggi forti delle autorità sanitarie e di una solida fiducia.

Se nel 2003 pensavo di poter assistere all'eliminazione di un cancro nel corso della mia vita, oggi su cinque ragazze idonee solo una riceve la vaccinazione contro l'hpv. Ormai so che la ricerca da sola non basta. Per realizzare tutte le potenzialità di cambiamento di questo vaccino dobbiamo occuparci anche di politica, economia e cultura. ♦ *sdf*

