



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

27 FEBBRAIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Boom di visite private in ospedale: oltre una su dieci è in intramoenia

I numeri. Le prestazioni Ssn pagate dai cittadini superano i livelli pre Covid: il record in ginecologia, dove sono il 30%. Tra gli esami l'Ecg è il più gettonato

Marzio Bartoloni

Almeno una visita su dieci in ospedale la pagano gli italiani di tasca propria, ma diventano oltre tre su dieci se si considerano solo quelle ginecologiche e quasi il 20% in caso di visite dal cardiologo. Tra gli esami è invece l'elettrocardiogramma quello che gli italiani pagano con più frequenza nel Ssn ma per incidenza batte tutti l'ecografia ginecologica: oltre una su dieci (il 36%) è carico dei pazienti.

Dopo il Covid complici anche le liste d'attesa che si sono allungate a dismisura gli italiani - almeno quelli che possono permetterselo - tornano a spendere di tasca propria per curarsi negli ospedali pubblici scegliendo di pagare le prestazioni in libera professione effettuate dai medici del Servizio sanitario nazionale con volumi che sono maggiori a quelli registrati prima della pandemia: è il fenomeno della cosiddetta «intramoenia» cioè quando la Sanità pubblica «fa il privato» all'interno dei suoi spazi. Tutto legale e alla luce del sole anche se non mancano gli abusi e le anomalie come emerge dalla lettura dell'ultimo report dell'Agenas sull'«Alpi» (Attività libero professionale intramuraria) che segnala diverse Asl in tutta Italia - con punte massime in Campania - dove l'attività intramoenia supera ampiamente quella istituzionale, cioè quella ordinaria che deve garantire gratis il Ssn ai cittadini. Una violazione su cui l'ultima manovra prevede controlli maggiori e che deve far scattare - così prevedono le norme - il blocco dell'attività intramoenia in caso questa superi l'attività istituzionale.

A convincere gli italiani a tornare

a bussare alla porta dell'intramoenia è la garanzia di avere le cure garantite in tempi brevi: oltre la metà (il 56%) hanno un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni, mentre il 30% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale). Infine solo per il 14% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni. Tempi quest'ultimi che sono invece la soglia minima di attesa per chi riceve le prestazioni del Ssn senza dover mettere mano al portafogli.

Come detto l'Agenas nel suo rapporto sottolinea come «dopo una forte riduzione dei volumi» di tutte le prestazioni nel 2020 «dovuto all'emergenza Covid, emerge un netto recupero delle prestazioni; nello specifico, nel 2019, le prestazioni erogate in Alpi erano 4.765.345 e quelle in istituzionale erano 58.992.277, mentre nel 2022 quelle erogate in Alpi 4.932.720 mentre quelle erogate in istituzionale 59.793.294». In pratica si è tornati non solo ai livelli pre-Covid del 2019 ma si registra anche una crescita delle cure in intramoenia.

In particolare nella specialistica ambulatoriale la parte del leone tra le prestazioni acquistate dai cittadini la fanno le visite specialistiche con oltre 3,7 milioni di prestazioni (78%). A livello assoluto la visita cardiologica (588.343) è quella più erogata in intramoenia, seguita dalla visita ginecologica (476.643) da quella ortopedica (466.466), dall'elettrocardiogramma (357.526) e dalla visita oculistica (354.319). Per incidenza invece come detto quella più gettonata è la visita ginecologica con il 32% delle prestazioni in libera professione intramuraria sul totale di queste visite rogate dal Ssn, se-

Fonte: Agenas, report Alpi sull'anno 2022

guida dalla visita cardiologica (17%) e da quella ortopedica (12%). Per quanto riguarda gli esami i valori per incidenza sono compresi tra l'1% (TaC, mammografia monolaterale, holter, ecografia monolaterale della mammella, fotografia del fundus) e il 36% dell'ecografia ginecologica. Più ridotto invece il ricorso all'intramoenia per i ricoveri: qui i cittadini scelgono di pagare la libera professione in particolare per i ricoveri legati al parto.

Il report di Agenas è utile anche per misurare gli eventuali abusi e cioè quando nelle Asl si fa più attività intramoenia che quella istituzionale (cioè le prestazioni garantite ai cittadini gratis) ed emerge a esempio che in ben 29 Asl questo tetto è superato per l'ecografia ginecologica, in 12 Asl per la visita ginecologica in 5 Asl per la visita di chirurgia vascolare e per l'ecografia ostetrica. Infine sul fronte ricoveri l'Agenas rivela che «per tutti i DRG analizzati, per i quali si rileva almeno un caso in cui il rapporto percentuale tra Alpi e istituzionale supera il 100%, è sempre presente una struttura della Campania».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Professionisti Medici e infermieri, scudo penale esteso sino alla fine del 2024

Nei reparti con poco organico e scarsi mezzi dovranno rispondere solo dei casi di colpa grave. Rimangono irrisolti vari dubbi tecnici

**Maurizio Hazan
Luigi Isolabella**

Lo «scudo penale» per i medici - introdotto dall'articolo 4 del decreto Milleproroghe, commi 8 septies e octies - è un segno dell'attenzione con cui si vuole rispondere al disagio e alle rivendicazioni di una categoria troppo spesso colpita da denunce affrettate, in molti casi usate solo per rinforzare richieste risarcitorie in sede civilistica.

Concetto giuridico di colpa

L'abuso dell'azione penale, che non aiuta i medici a operare con la serenità utile a garantire la migliore sicurezza delle cure, trova ragione nell'intrinseca incertezza del concetto giuridico di colpa, a partire dalle tre declinazioni della colpa generica: imprudenza, imperizia e negligenza.

In questo senso, un primo sforzo definitorio si è registrato con la legge Balduzzi e, di recente, con la legge Gelli che - in un contesto di ampia revisione della materia del rischio clinico e della sanità responsabile - ha introdotto l'articolo 590-sexies del Codice penale, escludendo la punibilità per i casi di omicidio colposo o lesioni personali colpose commessi nell'esercizio della professione sanitaria, qualora l'evento si sia verificato per imperizia e siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida (adeguate alle specificità del caso) o dalle buone pratiche clinico assistenziali. Ma l'esperienza giudiziaria dimostra che il solo riferimento a linee guida e buone pratiche non

basta ad attribuire un significato tangibile al concetto di colpa, la cui evanescenza può essere superata solo con parametri concreti.

Cosa è cambiato col Covid-19

Non a caso, durante lo stato di emergenza dovuto alla pandemia da Covid-19, è stata introdotta una norma eccezionale (articolo 3 bis, Dlgs 44/2021) che limita la responsabilità penale alla sola colpa grave per i fatti previsti dagli articoli 589 e 590 del Codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e dovuti all'emergenza pandemica.

Con questa norma, si è cercato per la prima volta di offrire parametri di riferimento codificati per orientare - senza vincolarla - la valutazione dei magistrati sul grado della colpa addebitabile agli operatori sanitari (dovendo tener conto della limitatezza delle conoscenze scientifiche al tempo sulle patologie da Sars-CoV-2, della scarsità di risorse umane e materiali rispetto al numero di casi da trattare e del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche del personale non specializzato usato per far fronte all'emergenza).

Il nuovo scudo

Sul questa norma si innesta il nuovo «scudo» inserito nel Milleproroghe, in base al quale la limitazione di punibilità ai soli casi di colpa grave prevista per la durata dello stato di emergenza da Covid «si applica altresì ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del Codice penale commessi fino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una profes-

sione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario».

È una disposizione «transitoria», il che lascia pensare che si tratti di una norma «tampone» in attesa di una più rotonda riformulazione della disciplina della responsabilità penale sanitaria (se ne discute proficuamente nella «Commissione Nordio» sui temi della colpa professionale medica).

La disposizione si pone in continuità rispetto ai precedenti interventi di riforma che hanno cercato di definire in termini pratici il concetto normativo di colpa, ravvisandone nella volatilità una fonte di incertezza per gli operatori sanitari. Per quanto incisiva nelle sue intenzioni protettive, la norma lascia aperti vari dubbi tecnici.

Da un lato, non è del tutto chiaro se il rapporto tra «situazioni di grave carenza di personale sanitario» ed evento lesivo debba porsi come nesso eziologico o basti la mera concomitanza. Dall'altro, nel tentativo di specificare granularmente il concetto di colpa, la norma elenca vari parametri di riferimento, alcuni dei quali (entità delle risorse materiali e finanziarie disponibili, contesto organizzativo) potrebbero non attenersi a una situazione di carenza di personale, potendosi



presentare anche «a pieno organico» senza però poter invocare limitazioni di responsabilità.

Considerata la natura temporanea della norma, resta da vedere se questi dubbi dovranno essere risolti a livello giurisprudenziale o se verranno superati dall'entrata

in vigore dell'atteso intervento organico di riforma della responsabilità penale sanitaria. ●

© RIPRODUZIONE RISERVATA

16mila

Prova a distanza

Saranno circa 16mila i giovani che svolgeranno l'esame di Stato in modalità semplificata per accedere a una professione



Cura dei tumori Nuove terapie Car T, faro sulla rischiosità

Michela Moretti — a pag. 27

Tumori, sulle nuove terapie Car T riflettori accesi sui possibili rischi

Gli studi. L'Fda americana e l'Agenzia Ue dei farmaci hanno aperto indagini per verificare la sicurezza: sotto la lente degli esperti la scoperta di casi di tumori secondari in pazienti trattati con le cure cellulari

Michela Moretti

Fin dalla loro introduzione nel 2017, le terapie Car T hanno rappresentato una rivoluzione nel trattamento di alcuni tipi di cancro, dimostrandosi particolarmente efficaci contro alcuni specifici tipi di linfoma, leucemia linfoblastica acuta - il tumore più frequente in età pediatrica - e mieloma. Ad oggi si possono ottenere tassi di remissione tra il 40% e il 50% dei casi. Ed ora sono sperimentate anche sui tumori solidi e nel trattamento di malattie autoimmuni. C'è anche la volontà ad anticipare l'utilizzo delle CAR T, considerando i risultati migliori sui pazienti che hanno ricevuto meno trattamenti precedenti.

Ci si chiede allora come leggere la recente rivelazione di casi di tumori secondari in pazienti trattati con Car T, in particolare una forma di leucemia e linfomi. Casi che hanno convinto Fda, l'agenzia regolatoria americana, ed Ema ad aprire dossier per approfondire la sicurezza di queste terapie. È infatti ben documentato il rischio di comparsa di tumori secondari a seguito di trattamenti come la chemioterapia e la radioterapia, anche a medio termine. Nessun caso prima d'ora invece aveva associato l'insorgenza di tumori secondari con le Car T, sebbene si fosse ipotizzato il rischio. «Un'attenzione dovuta, ma i numeri di casi riportati sono talmente minimi che non intaccano il rapporto rischio-beneficio a favore dell'uso delle cellule Car T», sottolinea il massimo esperto in Italia Franco Locatelli, direttore del Dipartimento di Onco-

ematologia e terapia cellulare e genica dell'Irccs Bambino Gesù di Roma.

L'Fda ha segnalato 22 casi tra oltre 8mila trattamenti somministrati di cui possiede dati, un numero molto piccolo ma sufficiente per dare il via all'indagine per determinare se c'è correlazione causale tra la terapia con Car T e lo sviluppo di secondi tumori. Sebbene nessun caso sia stato segnalato in Europa l'Ema ha avviato approfondimenti. Ma quanto sappiamo della terapia Car T e dei possibili rischi connessi? «La tecnologia alla base delle terapie Car T non è recente, risale a due decenni fa, e coinvolge l'uso di un vettore virale che trasporta e inserisce geni all'interno del Dna delle cellule bersaglio», afferma Fabio Ciceri, direttore del Cancer Center e primario di Ematologia e Trapianto di Midollo Osseo dell'Irccs Ospedale San Raffaele. «Questa inserzione genica è permanente, permettendo al gene introdotto di essere ereditato da tutte le cellule figlie. Uno dei rischi associati è il fenomeno in cui l'inserzione del gene nel Dna interrompe o modifica un gene esistente, potenzialmente oncogeno, aumentando il rischio di trasformazione tumorale. Le aziende produttrici delle sei Car T attualmente in uso stanno verificando se questo fenomeno si è verificato nei pazienti che hanno sviluppato i tumori secondari». Niente allarmismo, dunque, ma la giusta attenzione, avverte Ciceri. «Le persone trattate con Car T devono fare un follow up, un monitoraggio attento nei centri che hanno fatto la somministrazione».

La storia delle terapie Car T non

può che essere segnata da sfide e apprendimenti continui. Spiega il genetista Giuseppe Novelli del Policlinico Tor Vergata di Roma: «Considerando che il 98% del nostro Dna non codifica proteine, dobbiamo chiederci se queste terapie possano influenzare le zone regolatorie del genoma. Queste risposte sono ancora da scoprire, ma le otterremo presto, grazie agli avanzamenti tecnologici. Oggi, a differenza di soli cinque anni fa, disponiamo di strumenti che ci permettono di osservare gli effetti di queste terapie a livello cellulare, che si tratti di Car T o di gene editing».

«È chiaro che questo è uno sprone per tutti gli attori, dalla comunità scientifica a quella aziendale, ai regolatori, alle istituzioni, per fare vettori che siano sempre più sicuri», commenta Maria Luisa Nalli, team leader dell'officina di Locatelli al Bambino Gesù.

In un recente articolo su *The New England Journal of Medicine*, Peter Marks dell'Fda ha detto: «Considerando anche l'uso delle cellule Car T per indicazioni al di fuori dell'ematologia e dell'oncologia, è necessario sviluppare strategie di inserimento



mirato del costrutto Car in loci specifici del genoma, riducendo la probabilità di interazioni genetiche indesiderate». Massimiliano Petrini, responsabile della neonata officina Car T dell'Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori Dino Amadori ricorda: «entro un paio di anni vedremo arrivare i risultati di sperimentazioni con metodi alternativi di modifica genetica senza l'utilizzo di vettori virali, quindi potenzialmente più sicuri».

È RIPRODUZIONE RISERVATA

Le risposte arriveranno presto, ma ora c'è lo sprone per ricercatori, aziende e istituzioni a cercare vettori più sicuri

FARO SU MALATTIE MICONDRIALI

Mitocon, l'organizzazione per le persone affette da malattie mitocondriali, presenta oggi la prima legge delega sulle tecniche di sostituzione del Dna mitocondriale

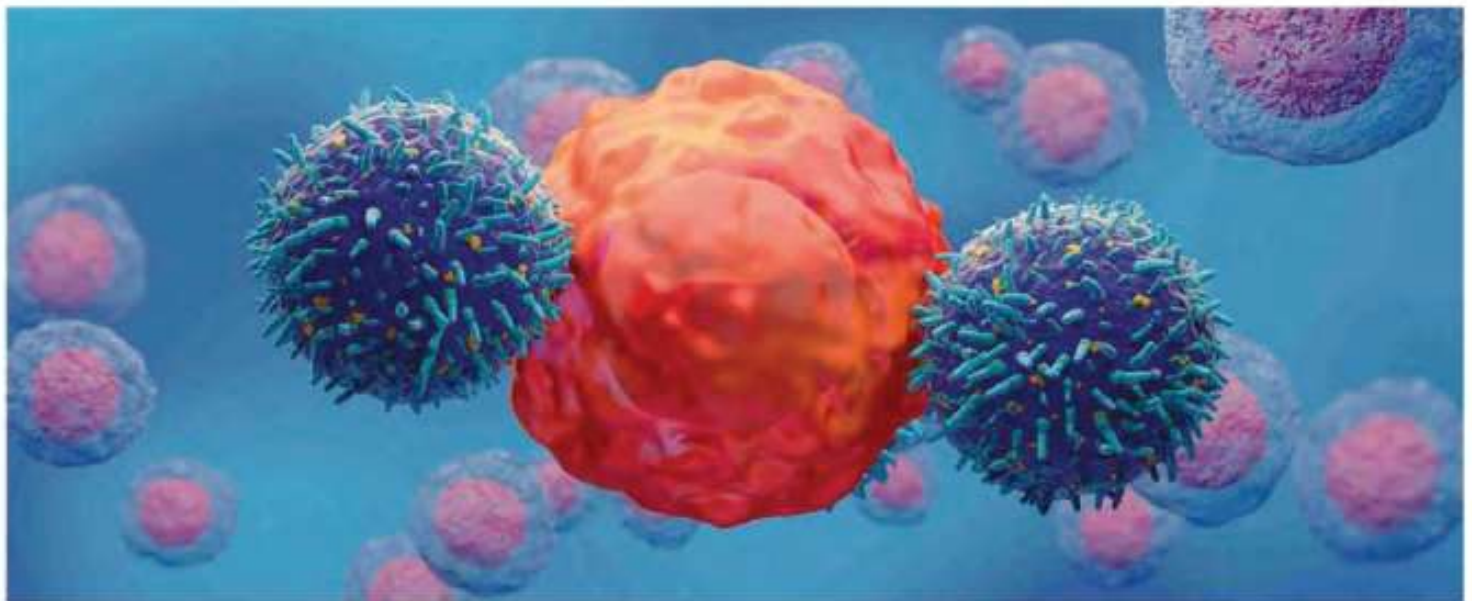


PROVE DI LEGGE PER L'ITALIA

L'Italia si candida a essere il primo Paese Ue a dotarsi di una legge sulla prevenzione delle patologie mitocondriali che colpiscono al mondo una persona ogni 4.300

Le Car T.

Utilizzano le cellule del sistema immunitario del paziente (i linfociti T) prelevati dal paziente e opportunamente "addestrate" per riconoscere e combattere i tumori



DA OGGI LE GIORNATE DI FORMAZIONE

Antibiotico resistenza: focus sulla prevenzione

Ha inizio oggi dal Piemonte la campagna «Diagnostica e Prevenzione: medicina, istituzioni, impresa, insieme per la salute dei cittadini», presentata il 30 gennaio a Roma, a Palazzo Madama, il cui scopo è di informare e sensibilizzare la società su problematiche di carattere infettivologico, alcune già sentite come l'antibiotico-resistenza e altre che sono tornate rilevanti nel periodo post pandemico, come la tubercolosi latente e le infezioni materno fetali.

Il primo evento, totalmente incentrato sulle Antimicrobico resistenze, aperto a tutti i cittadini, si svolgerà oggi alle 14:30, presso il Centro Congressi dell'Unione Industriali di Torino (via Vincenzo Vela 17). Interverranno, tra gli altri, Francesco Giuseppe De Rosa (Ao Città della Salute e della Scienza di Torino - Malattie Infettive), Andrea Rocchetti (Azienda Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria - Microbiologia e Virologia) e Massimo Giusti (Asl Città di Torino - Medicina Interna).

In Italia secondo i dati di Fondazione Gimbe, le percentuali di resistenza agli antibiotici per alcuni patogeni rimangono alte. Patogeni che a livello europeo sono direttamente o indirettamente responsabili di oltre 35mila decessi l'anno, un terzo dei quali in Italia. La prevenzione è quindi uno strumento riconosciuto, in grado di assicurare salute,

ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse e sostenibilità per i sistemi sanitari nazionali. I batteri resistenti, infatti, possono causare infezioni gravi e persistenti, spesso fatali per i pazienti, che richiedono trattamenti più complessi e costosi. Ciò comporta un aumento della spesa e un rilevante impatto economico sul sistema sanitario.

La campagna Diagnostica e Prevenzione è stata ideata in partnership da Amcli Ets, Cittadinanzattiva, Federchimica Assobiotech e Diasorin (la multinazionale italiana specializzata in diagnostica con sede in Piemonte), con lo scopo di portare a cittadini, Istituzioni e organizzazioni sanitarie elementi di formazione e discussione per attuare "in rete" programmi di contrasto concreti. La campagna si articola in giornate formative e tavole rotonde, che si svolgeranno dapprima in capoluoghi di regione quali Torino, Roma, Milano, Bari e Napoli e successivamente in altre geografiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AL SERVIZIO DEL PROSSIMO

SPECIALE SALUTE E BENESSERE

Disabili, in arrivo la mototerapia che sarà regolamentata per legge

Parla Vanni Oddera che l'ha ideata. Supervisione da parte di medici e praticata da piloti formati pronti a impegnarsi

Riccardo Cervelli

■ Sfrecciare e saltare a bordo di una lucente moto da cross, abbracciato o allacciato a un abile pilota, è un'esperienza che può fare molto bene al morale di un piccolo malato pediatrico o di una qualsiasi altra persona con disabilità. E nell'ottica più moderna della medicina olistica, il beneficio emozionale può potenziare l'effetto dei trattamenti medici, al punto che sempre più strutture sanitarie, da anni, cercano - o accettano le proposte - di «terapie complementari», come la musicoterapia, l'arterapia, lo yoga, la clownterapia, e altre ancora.

Attività svolte in ambito ospedaliero, o comunque socio-sanitario, da persone esperte nelle discipline coinvolte, sotto la supervisione di personale medico e infermieristico.

Tra le ultime terapie complementari (oggetto, dalla

fine del 2023, di attività a livello legislativo), spicca oggi la mototerapia. In particolare la «Freestyle Motocross Therapy» (FMX), lanciata nel 2009 da Vanni Oddera, classe 1980, di Pontinvrea (Savona), uno dei maggiori esponenti del motocross *freestyle*. Come spesso accade, c'è un episodio che risveglia una vocazione. A margine di un evento sportivo, a Oddera capitò di far provare a un bambino disabile l'ebbrezza di fare un breve giro sul-

la moto. Alla fine il ragazzino gli espresse la sua sorpresa di aver sentito scorrere l'aria sul suo viso anche in assenza di vento.

«Dal 2009 - ci racconta Oddera - ho imparato molte cose su come portare sulla moto bambini e ragazzi

con diversi tipi di patologie o disabilità», oltre che, aggiungiamo noi, con il consenso e il controllo da parte di genitori e personale di un crescente numero di

ospedali e centri sanitari e socio-assistenziali in Italia e anche all'estero.

Perché l'idea di spingere per una regolamentazione a livello legislativo? «Negli ultimi anni - risponde Oddera - sono aumentati i praticanti di questo sport che desiderano diventare mototerapisti. Ma ritengo che sia necessaria una formazione, per non fare male ad altri e a se stessi. Inoltre, dovrebbero essere fissati dei protocolli e delle regole». In che senso e perché? «Oltre alla formazione necessaria per offrire benefici e sicurezza a chi si trova in diverse condizioni psico-fisiche, considero imprescindibili l'impegno duraturo nel tempo, la gratuità di queste attività e la loro disponibilità su tutto il territorio». Altro aspetto importante è una disciplina sui motocicli: «Devono essere elettrici - spiega Oddera - per poter essere utilizzati anche in spazi interni e permettere ai piloti, non essendo la frizione, di guidarli con una mano sola, lascian-



il Giornale

do l'altra libera per tenere in sicurezza il passeggero». Grazie a queste precauzioni, inoltre, è possibile non richiedere l'uso del casco da parte dei piccoli pazienti, poiché molte terapie non consentono l'utilizzo di questo dispositivo.

Il campione di *freestyle motocross* si dichiara molto grato per il supporto avu-

to dall'attuale ministro per le Disabilità Alessandra Locatelli. «È una persona di grandissima umanità - afferma - con una carezza per tutti e sempre l'ultima a lasciare gli eventi. Detto questo, le attività come la mototerapia e altre terapie collaterali che spero possano beneficiare della stessa

attenzione per il futuro, non hanno colore. A dar loro vita non è la politica, ma sono le persone».

FONDAMENTALE
«Necessarie moto elettriche pilotabili con una mano»



IN PISTA
Vanni Oddera mentre è impegnato nella mototerapia con un bambino disabile. L'esperienza può fare molto bene al morale di una persona con handicap



Il presidente di Humanitas Rocca: «A rischio i servizi “diversamente pubblici”» Sempre meno risorse per i privati nel servizio sanitario

■ «Oggi è una festa per quello che siamo riusciti a fare, ma c'è anche la preoccupazione per l'avvenire che si presenta con moltissime complicazioni e difficoltà. Le risorse non sono abbondanti, diventano sempre più scarse, e dobbiamo lavorare tutti insieme per riuscire a dare ai cittadini una risposta a dei bisogni crescenti e che in questo momento è difficile soddisfare». È la preoccupazione espressa dal presidente di Humanitas, Gianfelice Rocca, ieri a Rozzano (Milano), a margine dell'inaugurazione dell'Anno accademico di Humanitas University. Le istituzioni come queste, ha spiegato Rocca, «hanno le tariffe ferme

dal 2011. Mentre è cresciuto da 106 a 139 miliardi il fondo per il Ssn in generale, la quota destinata agli accreditati è rimasta 12 miliardi. Quindi siamo in una situazione di espulsione del sistema “diversamente pubblico” dal servizio sanitario nazionale». Un aspetto su cui intervenire è quella che il presidente di Humanitas chiama «l'autonomia sfiduciata». Dobbiamo decidere, ha spiegato, «perché se diamo l'autonomia con una mano e la togliamo con l'altra mano perché non ci fidiamo di come la usano alcuni, finiamo per non avere né la centralizzazione né l'autonomia responsabile, e discutiamo dell'autonomia differenziata. Siamo nel mezzo del guado nella distribuzione del-

le responsabilità. Io sono favorevole a un certo livello di autonomia. Però bisogna consentire di avere un sistema nazionale». C'è poi una seconda sfida, ha continuato: «Per molto tempo il governo per tetti - tetti alle assunzioni, tetti alla capacità del privato di fare di più - è stato provvidenziale per cercare di trattenere e salvare le finanze del Paese, ma manca un piano industriale. E anche questa è la grande sfida. Questo è il Paese che dice, ma non fa. Parla del cosa ma non del come».

