



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

21 MAGGIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

LA SALUTE

Lo scandalo ospedali sporchi
11 mila vittime l'anno per infezioni

PAOLO RUSSO - PAGINA 18

EMERGENZA SALUTE

Morire d'ospedale

Ogni anno undicimila decessi per infezioni contratte in corsia
Duemila si potrebbero evitare con maggiore pulizia e prevenzione

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Si entra per un intervento chirurgico o una batteria di controlli e si esce con una bella infezione. Perché i nostri ospedali mal arieggiati, sovraffollati e con il vizio di fare abuso di antibiotici brulcano di virus e batteri resistenti ai farmaci a tal punto da trasformarsi in killer, mietendo più vittime di quante non ne facciano gli incidenti stradali. I morti nel nostro Paese da infezioni ospedaliere sarebbero ben 11 mila l'anno, un terzo di tutti i decessi che si verificano in corsia, certifica l'ultimo rapporto dell'Ecdc, il Centro europeo per il controllo delle malattie che ci ha assegnato la maglia nera in Europa. Nel biennio 2022-23 sono infatti 430 mila i ricoverati che hanno contratto una infezione durante la degenza, l'8,2% del totale dei pazienti contro una me-

dia Ue del 6,5%. Peggio di noi con l'8,9% fa solo il Portogallo, che però ha una popolazione più giovane della nostra e quindi meno suscettibile.

Ma siamo in fondo alla classifica anche per l'uso di antibiotici, somministrati al 44,7% dei degenti contro una media europea del 33,7%. E così il cane si morde la coda, perché l'uso così massiccio di antimicrobici fa nascere superbatteri resistenti agli stessi farmaci. Tra i microbi più diffusi troviamo la Klebsiella, che infetta le vie urinarie con una mortalità che arriva alla metà dei casi, il Pseudomonas che provoca infezioni osteoarticolari con mortalità al 70%, l'escherichia coli, che genera diarrea anche sanguinolenta, il costridium difficile, che prolifera nell'intestino con una mortalità a 30 giorni che si avvicina al 30%.

Nonostante le campagne di sensibilizzazione l'uso degli

antibiotici da noi è in aumento, con il 35,5% dei pazienti, non solo ricoverati, che ne ha ricevuto almeno uno negli ultimi due anni, contro il 32,9% del periodo 2016-17.

La situazione poi, come sempre quando si parla di sanità, varia da regione a regione. Come documenta un'altra indagine dell'Iss, dopo un intervento chirurgico si va dal record delle 500 infezioni ogni 15 mila dimessi contratte nella piccola Valle d'Aosta alle sole 70 dell'Abruzzo, passando per le 454 della Liguria e dell'Emilia Romagna, le 300 della Lombardia, le 211 del Lazio.

Fatto sta, documenta il rapporto dell'Ecdc, che l'impatto sul nostro Ssn è enorme, con 2,7 milioni di posti letto



LA STAMPA

occupati proprio a causa di queste infezioni, con un costo che arriva a 2,4 miliardi di euro l'anno. Certo, i microbi in ospedale non è possibile azzerarli, perché parliamo di un ambiente chiuso dove vivono a stretto contatto pazienti che virus e batteri se li portano anche da fuori. Ma secondo Massimo Andreoni, direttore scientifico della Simit, la Società malattie infettive e tropicali, «l'impatto di queste infezioni potrebbe essere ridotto di un buon 30% inaugurando un percorso virtuoso».

Più facile a dirsi che a farsi, perché non solo c'è da convincere ancora molti medici a non mettere le mani avanti prescrivendo gli antibiotici quando non servono, ma bisognerebbe anche svecchiare i

nostri ospedali, troppo affollati e con impianti di riscaldamento e aria condizionata fatiscenti e per questo diffusori di microbi. Invece il governo ha tolto dal Pnrr 1,2 miliardi destinati all'ammodernamento degli ospedali, collocandoli nel fondo per l'edilizia sanitaria, che le regioni denunciano essere in molti casi già totalmente impegnato e comunque soggetto a lungaggini burocratiche che rallentano l'accesso alle risorse.

Quanto pesino le carenze di finanziamenti e organici lo dice il fatto che molti casi sono dovuti alle infezioni alle vie urinarie perché con gli infermieri in cronica carenza di organico magari la pulizia dei cateteri lascia a desiderare, così come la cu-

ra delle ferite chirurgiche. Ma a volte a veicolare i microbi sono i mal tenuti sistemi di areazione dei nostri sempre più obsoleti nosocomi, che hanno oramai un'età media di settant'anni.

La solita carenza di risorse incide anche nel modo con cui si sanificano gli ambienti ospedalieri. «L'efficacia di alcol e candeggina solitamente utilizzati nei nostri nosocomi dura generalmente appena un'ora, mentre ci sono nuovi detergenti probiotici, come il Pchs, che restano attivi per almeno 24 ore, rilasciando 'batteri buoni' in grado di sostituirsi a quelli cattivi che generano le infezioni», spiega la professoressa Elisabetta Caselli, microbiologa dell'Univer-

sità di Ferrara.

Fatto è che circa un'infezione su tre si sarebbe potuta evitare con un po' di pulizia e di prevenzione. Che significa tra le 135 e le 210 mila infezioni frutto in qualche modo di un'incuria che può avere a volte conseguenze letali, visto che mediamente l'1% di questi casi evitabili causa un decesso. Come dire che duemila pazienti ogni anno muoiono per infezioni evitabilissime. —

Nel mirino l'eccessivo uso degli antibiotici somministrati a quasi un paziente su due



Malasorta
Tra i Paesi dell'Unione Europea, solo il Portogallo ha un tasso di pazienti che hanno rievitato un'infezione superiore all'Italia: 8,9% contro l'8,2%, la media è del 6,5%.



Osservatorio Polimi
Spesa digitale
in crescita del 22%

Francesca Cerati — a pag. 32

Sanità digitale, la spesa cresce del 22% pari a 2,2 miliardi

Ricerca dell'Osservatorio. L'impatto del Pnrr non si è ancora manifestato totalmente, gran parte delle risorse deve ancora essere messa a terra

Francesca Cerati

Continua la crescita della spesa per la Sanità digitale: nel 2023 è stata pari a 2,2 miliardi di euro, un +22% rispetto al 2022. La cybersecurity si conferma, come l'anno scorso, il primo ambito di investimenti, fondamentali anche la cartella clinica elettronica (Cce) e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali. Stabili sostanzialmente i tassi di utilizzo della telemedicina e del Fascicolo sanitario elettronico (Fse). Questi i risultati della ricerca dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano che saranno presentati giovedì al convegno "Sanità Digitale: Trasformare il presente per un futuro sostenibile". Si tratta di dati in linea con l'anno scorso, manca infatti la spinta che dovrebbe essere portata dal Pnrr e non sono ancora entrate in funzione le nuove piattaforme regionali.

«L'impatto del Pnrr sulla spesa per la Sanità digitale deve però ancora manifestarsi appieno - afferma Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio Sanità digitale -. Se per alcune azioni, come quelle relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere si è già avuta una forte accelerazione dei progetti, gran parte delle risorse deve ancora essere "messa a

terra"». Nonostante l'aumento nella spesa complessiva, il 63% delle strutture sanitarie vedono ancora la disponibilità di risorse economiche come la barriera più significativa all'innovazione digitale, seguono la scarsa cultura per il digitale (43%) e la mancanza di competenze (40%), oltre all'integrazione dei nuovi strumenti con i sistemi informatici già presenti nelle strutture (41%).

Anche l'erogazione di prestazioni di telemedicina è ancora occasionale: tra chi ha già utilizzato la telemedicina, il 62% degli specialisti e il 46% dei Mmg lo ha fatto poche volte al mese. A questo si aggiunge che la maggior parte dei medici utilizza ancora strumenti non dedicati all'uso sanitario e che quindi non sono adeguati allo scambio di dati sanitari (46%). «Non è una questione strettamente tecnologica - continua Sgarbossa -, ma anche di organizzazione. Infatti, tra coloro che hanno già utilizzato la telemedicina, solo il 10% afferma che nella struttura sanitaria di riferimento sono stati definiti i ruoli che concorrono all'erogazione dei servizi e solo il 24% è stato formato sull'utilizzo di questa soluzione». Nell'ultimo anno solo l'8% dei pazienti ha utilizzato servizi di telemedicina con lo specialista e l'11% di telemonitoraggio dei parametri clinici, ma con un livello di interesse futuro a utilizzare questi ser-

vizi superiore all'80 per cento.

Riguardo al fascicolo sanitario elettronico (Fse), una delle milestone previste dal Pnrr, aumentano i cittadini che vi hanno fatto accesso (41% vs il 35% del 2023). «Il 2024 sarà un anno spartiacque per il Fse - riprende Sgarbossa - Nonostante sia ancora in fase di completamento, medici e pazienti possono accedere ai fascicoli sanitari già disponibili in tutte le regioni. A livello aziendale, però, una percentuale ancora rilevante di strutture sanitarie non lo alimenta oppure, quando queste informazioni sono disponibili, sono caricate in formato non strutturato».

Aumenta infine l'interesse per l'intelligenza artificiale (Ai). Secondo il 72% degli specialisti e il 70% dei Mmg potrà rafforzare le capacità di accuratezza e personalizzazione delle cure. Per il 55% degli specialisti e il



66% dei Mmg potrà rendere più sostenibili il monitoraggio dei pazienti cronici. Anche il 62% dei pazienti dichiara che, se usata con prudenza, l'AI può portare più benefici che rischi e che possa aiutare il medico nel prendere decisioni più precise e rapide (58%). Tra le preoccupazioni dei medici, invece, emerge il rischio che l'automatizzazione di alcune attività, per esempio la produzione di referti, possa condurre a errori (55% degli specialisti e 59% dei Mmg), mentre la sua introduzione nella pratica clinica potrebbe diminuire il valore del giudizio clinico basato sull'esperienza professionale (53% e 56%). Sul fronte cittadino-paziente, il 22% degli italiani ha utilizzato ChatGpt almeno una volta nell'ultimo anno: il 23% di questi l'ha usato per cercare informazioni su prevenzione e stili di vita, il 19% su problemi di salute e il 15% su farmaci e terapie. Nel 40% dei casi

l'utente che si è rivolto a ChatGpt afferma che le informazioni trovate hanno consentito di ridurre le comunicazioni con il medico.

«Se lo scorso anno il fenomeno di ChatGpt assumeva quasi il carattere di bolla mediatica, oggi è ormai evidente come la sensibilità sul tema dell'intelligenza artificiale generativa sia aumentata tra i sanitari e i cittadini - aggiunge Chiara Sgarbossa -. Nei primi mesi del 2023 circa un medico su 10 ha usato chatbot basati su Ai per ricercare informazioni scientifiche; a un anno di distanza, circa il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri e ben due terzi dei Mmg hanno affermato di averla utilizzata a tale scopo».

In sintesi: il bicchiere è mezzo pieno o mezzo vuoto? «Nonostante sia aumentata la spesa per la Sanità digitale, con un tasso mai rilevato in passato, sappiamo che molte delle spese

previste, soprattutto da parte delle regioni, si vedranno nel corso di quest'anno o nel prossimo, a causa di alcuni progetti che non sono ancora partiti (come le piattaforme regionali di telemedicina o l'Ecosistema Dati Sanitari). Rimane quindi anche quest'anno un senso di urgenza che avevamo già rilevato lo scorso anno», conclude Sgarbossa.

ELABORAZIONE INSEPI/ITALIA

Gli strumenti digitali

TELEMEDICINA

L'utilizzo da parte dei medici specialisti e dei medici di base. In %



FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

L'utilizzo da parte dei pazienti e dei medici specialisti e di base. In %



L'UTILIZZO DI CHATGPT

L'utilizzo di ChatGpt per la ricerca di informazioni sulla salute da parte dei cittadini. In %



Fonte: Osservatorio Sanità Digitale

Tra le barriere, la disponibilità di risorse, la scarsa cultura digitale e la mancanza di integrazione informatica



Le competenze degli utenti per una sanità connessa

**Gap formativi
Le priorità**

Sono quattro le aree di competenze che il cittadino-paziente dovrebbe sviluppare per utilizzare in modo efficace gli strumenti di Sanità digitale: la digital literacy o alfabetizzazione informatica, cioè le competenze tecniche relative alle funzionalità degli strumenti digitali utilizzati (come utilizzare lo smartphone, le app di messaggistica, eccetera); la digital soft skills, ovvero le capacità necessarie per comunicare e condividere informazioni efficacemente attraverso i canali digitali; la health literacy, che implica le abilità necessarie per ricercare, elaborare e comprendere le informazioni basilari per prendere decisioni informate sulla propria salute; eHealth skills, cioè le competenze per utilizzare in modo autonomo e consapevole le tecnologie digitali nella gestione della salute personale.

Di queste quattro competenze, da quanto emerge dall'ultima ricerca dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano, il 64% dei medici specialisti e il 67% dei medici di medicina generale e degli infermieri ritengono che per i propri assistiti sia prioritario lo sviluppo della health literacy, seguita dall'area delle digital soft skills (circa il 60% dei professionisti). Anche gli stessi cittadini identificano queste come le aree più critiche, per le quali dichiarano le lacune più significative.

«Nonostante i gap formativi da colmare, gli italiani sottolineano la volontà di utilizzare sempre di più il digitale come canale preferito per accedere ai servizi sanitari (72%)» afferma Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio Sanità digitale. Insieme al canale online, primeggia anche la farmacia (72%), seguita da altri luoghi vicini al domicilio

del paziente, come uffici postali e banche (48%). «Avere a disposizione in modo sempre più ricco e completo l'accesso ai servizi sanitari direttamente "a casa propria" o vicino ad essa, risulta una condizione ritenuta sempre più essenziale dagli italiani - precisa Sgarbossa - È auspicabile che proprio questa spinta, unita a una crescente consapevolezza della improrogabile necessità di andare verso una sanità economicamente e socialmente sostenibile, possa portare il nostro Paese verso un'adozione più decisa e coerente di un modello di Sanità connessa».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dispositivi medici, è l'ora della Consulta sul payback

Domani la sentenza
Dopo i ricorsi al Tar

Nataschia Ronchetti

C'è molta attesa per il pronunciamento della Consulta sulla costituzionalità del payback sui dispositivi medici. L'udienza pubblica è prevista domani, giorno in cui (anche se non è scontato) i giudici della suprema corte dovrebbero emettere il verdetto, dopo essere stati investiti della questione dal Tar del Lazio. Nel frattempo, però, la prospettiva di dover restituire alle Asl parte di quanto incassato ha innescato la fuga delle imprese del biomedicale dal Servizio sanitario. «La situazione di incertezza legata al payback ha un impatto diretto sulla sanità pubblica e sulla qualità tecnologica dei dispositivi destinati alla cura dei cittadini - dice Nicola Barni, presidente di Confindustria dispositivi medici -. Più del 50% delle aziende ha cominciato ad astenersi dalla partecipazione alle gare pubbliche, limitando al mercato privato le soluzioni più avanzate e privando di fatto la stragrande maggioranza degli italiani delle migliori tecnologie». Una ritirata - il 60% delle aziende guarda anche all'estero - accompagnata nell'ultimo anno da un drastico calo degli

investimenti in ricerca e sviluppo, diminuiti del 30%, con il rischio licenziamenti nel 31% dei casi. Anche per Gennaro Broyna de Lucia, presidente di Pmi Sanità, la associazione delle piccole e medie imprese del settore, il payback «mette a rischio oltre 100 mila posti di lavoro».

Come è noto il payback sui dispositivi medici, introdotto dalla legge 125 del 2015, impone alle imprese che riforniscono le aziende sanitarie di restituire il 50% delle spese in eccesso che queste ultime hanno effettuato, sforando il tetto prefissato. Ancora miliardo residuo per il solo periodo tra il 2015 e il 2018 calcolando lo sconto accordato con la rinuncia al ricorso. In realtà quando l'anno scorso le Regioni hanno cominciato a chiederne conto, la reazione delle imprese è stata immediata: quasi duemila si sono rivolte al Tar del Lazio. Il punto è che il settore - con 4.600 aziende e circa 100 mila addetti - è costituito soprattutto da piccole e medie imprese, molte delle quali non sono in grado di affrontare le perdite generate dal payback. Intanto sul mercato nazionale si stanno aprendo varchi sempre più ampi i produttori asiatici, che attraverso gli importatori partecipano alle gare al massimo ribasso delle aziende sanitarie. Una concorrenza che si fa sentire soprattutto sui dispositivi

monouso a basso contenuto di innovazione tecnologica e contro la quale il sistema produttivo italiano combatte spesso con armi spuntate. In Asia, infatti, deve fare i conti con la politica protezionistica di colossi come la Cina, che alza barriere alle produzioni delle imprese straniere negli appalti pubblici. Se secondo Barni «il payback è la madre di tutti i problemi», un altro colpo al settore è stato poi assestato dalla nuova tassa dello 0,75% del fatturato. «Una condizione paradossale - prosegue Barni - che rischia di impoverire il territorio, abbassando il livello di assistenza per i pazienti». La proposta? Un cambio della programmazione sanitaria, non più incentrata sulle singole prestazioni ma per patologia. E un accesso più rapido alle innovazioni che hanno ricevuto parere positivo attraverso L'Hta

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il 50% delle aziende comincia ad astenersi dalle gare pubbliche e il 60% guarda anche ai mercati esteri



Le coperture dovrebbero passare dalla logica dei rimborsi alla presa in carico degli assistiti

PER UNA SANITÀ INTEGRATIVA

Come si sta evolvendo il secondo pilastro del SSN

DI CARLO GIURO

«*Senectus ipsa est morbus*», commentava il commediografo latino Terenzio. Se è vero che la evoluzione degli stili di vita e i progressi della medicina favoriscono una «longevità attiva» è però altrettanto vero che l'invecchiamento progressivo della popolazione italiana si collega con l'incremento delle malattie cronico degenerative. Il tutto in un Paese nel quale la spesa sanitaria out of pocket, stimata in circa 34 miliardi, si configura sempre più come una «tassa occulta» pagata ogni anno dalle famiglie per far fronte appunto a cure e spese mediche. Diviene allora sempre più importante che nell'articolato sistema sanitario italiano si rafforzino anche le forme di sanità integrativa collettiva e si diffondano maggiormente assicurazioni sanitarie individuali. Secondo i dati Istat, la spesa intermediata, gestita da fondi sanitari e imprese di assicurazione operanti nel ramo malattia, è pari allo 0,3% del Pil...

L'andamento della piramide demografica italiana, soprattutto

to nello sviluppo degli ultimi vent'anni, induce alcune riflessioni e non a caso ha spinto anche il Consiglio Nazionale degli Attuari a suggerire nel corso di una specifica audizione parlamentare, la costituzione di un secondo pilastro a capitalizzazione collettiva per la non autosufficienza considerando come in Italia al questo non sia presente a livello normativo: di fatto, la copertura è offerta, in maniera frammentata e non coordinata, da Fondi pensione complementari, Fondi sanitari e assicurazioni private. Il fine della proposta è la costruzione di un moderno sistema di welfare multi-pilastro per la gestione della non autosufficienza. Sul tema si è espressa anche Ania che ipotizza un modello più simile a quello da qualche anno in vigore in Germania, nel quale l'adesione al sistema di protezione long-term care (LTC) è obbligatoria e viene costituito un Fondo nazionale, con una governance pubblica-privata, che determinerebbe su scala generale modalità di contribuzione (in percentuale delle retribuzioni) e differenti livelli di prestazioni, in funzione della gravità della non au-

tosufficienza. Inoltre, il Fondo potrebbe offrire riassicurazione ai fondi integrativi di categoria già esistenti, garantendo una maggiore diversificazione dei rischi e la possibilità di livelli differenziati di copertura.

Anche l'età media dei dipendenti si alza costantemente. Per questo è verosimile una maggiore diffusione delle coperture sanitarie nell'ambito dei piani di welfare aziendale. Per potenziare il pilastro integrativo occorrerebbe, infine, armonizzare il trattamento fiscale tra le forme integrative e per tutti i lavoratori, introducendo misure di miglior favore quando si tratti della protezione di fasce più deboli, abilitare e incentivare l'offerta di polizze assicurative poliennali, in particolare quando includessero coperture di spese sostenute per la prevenzione, favorire l'erogazione di prestazioni private negli ospedali pubblici, anche in convenzionamento con le forme sanitarie integrative. Il ruolo della sanità integrativa potrebbe evolvere così da una logica basata sul rimborso della prestazione a una presa in carico degli assistiti lungo l'intero percorso della salute, anche grazie allo

sviluppo della telemedicina. Una presa in carico che, supportata dallo sviluppo di servizi come il telemonitoraggio, consentirebbe l'ampliamento della platea assicurabile, così da permettere alle imprese assicurative di includere nelle coperture la categoria dei soggetti cronici e stabilizzati, tradizionalmente esclusi.

L'indispensabile e non più procrastinabile riforma strutturale dell'impianto normativo del secondo pilastro della sanità dovrà accompagnarsi con un accurato disegno di come rendere più efficiente la spesa sanitaria complessiva degli italiani, prosegue l'Ania. Ci sono margini per meglio definire gli ambiti di intervento prioritari della sanità integrativa pensando, innanzitutto, alla prevenzione, all'intramoenia e alla spesa pagata dai solventi, a una modulazione dell'offerta pubblica degli accertamenti diagnostici. (riproduzione riservata)



L'attuazione della legge Gelli-Bianco smuove il mercato dell'RC sanitaria Due anni alle compagnie per adeguarsi, ma ci sono già le prime polizze

È stato pubblicato lo scorso 1 marzo in Gazzetta Ufficiale il Regolamento attuativo del Ministro delle Imprese e del Made in Italy di concerto con il Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze (D.M. 15 dicembre 2023, n. 232) della Legge Gelli-Bianco (Legge n. 24 dell'8 marzo 2017). La norma, entrata in vigore il 16 marzo scorso, fissa i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie e i requisiti minimi di garanzia definiti con precisione per singolo sinistro e per anno, differenziati per le diverse classi di rischio in base alle attività svolte dalle strutture e dai singoli professionisti, tenendo conto di attività invasive come la chirurgia, l'ortopedia, l'anestesiologia e l'assistenza al parto. Si prevede ancora la possibilità dei pazienti di agire per il risarcimento danni direttamente nei confronti della Compagnia assicurativa della struttura sanitaria danneggiante e delle strutture di non avvalersi di compagnie assicurative ma di adottare l'assunzione diretta del rischio. L'esercente la professione sanitaria può essere garantito da idonea copertura assicurativa anche aderendo a convenzioni o a polizze collettive. Viene inserita anche la garanzia della responsabilità solidale, grazie alla quale la compagnia ora tiene indenne il suo assicurato, in qualità di professionista sanitario, quando risulti even-

tualmente colpevole in solido con la struttura per cui lavora per il danno arrecato al paziente.

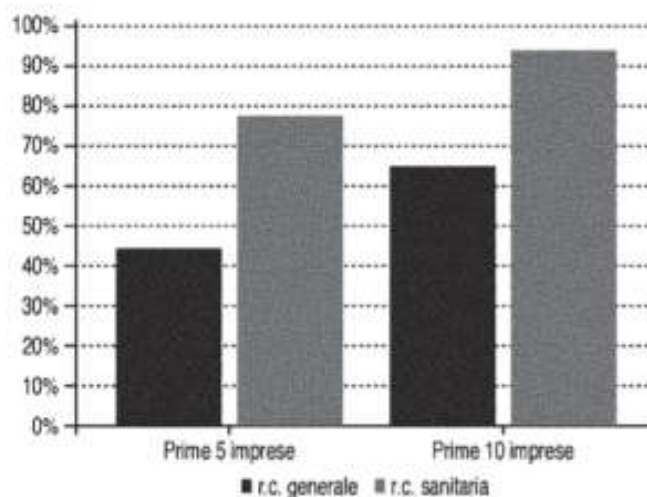
Entro 24 mesi, gli assicuratori dovranno dunque adeguare i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi fissati. Ma quali sono, allo stato, le caratteristiche del mercato? Attingendo ai dati Ivass (Bollettino statistico nel 2022) i premi per l'r.c. sanitaria ammontano a 658 milioni di euro (+1% sul 2021). La raccolta delle imprese vigilate dall'Ivass ammonta a circa 530 milioni di euro (81,5% del totale) e incide per il 14,1% sulla raccolta complessiva del ramo dell'r.c. generale. La quota delle imprese vigilate dall'Ivass è aumentata significativamente dal 2020, anche per effetto di operazioni societarie in seguito alla Brexit. L'andamento dei premi fa rilevare una significativa contrazione della raccolta rispetto al 2011 (-10,4%). La flessione riflette il forte calo della raccolta presso le strutture sanitarie pubbliche (-46,7%), a fronte di un sempre maggiore ricorso a forme di auto-ritenzione del rischio, soluzione alternativa o integrativa dell'assicurazione tradizionale. A tale contrazione si contrappone la crescita nei premi raccolti da strutture private e personale sanitario. Il mercato della r.c. sanitaria si caratterizza per una forte concentrazione, con una quota di

premi raccolta dalle prime dieci imprese pari al 94,2% del totale (77,5% per le prime 5). Il settore risulta significativamente più concentrato rispetto alla r.c. generale. Il costo medio è elevato rispetto al ramo r.c. generale: a fine 2022, per i sinistri accaduti da più di tre anni, l'indicatore risulta compreso tra 52mila e 64mila euro. Il rapporto sinistri-premi presenta valori elevati per le strutture sanitarie, mentre risulta inferiore al 100% per le coperture del personale sanitario (settore con profitabilità attesa mag-

giore). L'analisi del premio puro rileva un incremento del costo del rischio di circa il 27% per le strutture sanitarie pubbliche rispetto al 2017 (da 407.089 a 515.113 euro). Per le strutture private il premio puro ammonta a circa 15mila euro (nel 2017 era circa 25mila). Analogamente, il premio medio risulta in diminuzione e ammonta, nel 2022, a 14.485 euro, contro i 15.288 euro del 2021. Infine, per gli operatori sanitari il premio puro è pari a 319 euro, in riduzione di oltre il 40% rispetto al 2017 e al di sotto del premio medio (606 euro). (riproduzione riservata)

Carlo Giuro

QUOTA DEI PREMI RACCOLTI DALLE IMPRESE MAGGIORI



Fonte: Bollettino statistico Ivass, marzo 2024



Allarme Dengue: così il cambiamento del clima minaccia la salute

Arbovirusi. Cresce l'allerta per le malattie infettive trasmesse dalle zanzare: dopo il boom di casi in Sud America previsti focolai autoctoni anche in Italia

Marzio Bartoloni

Possono diventare una minaccia seria per la salute degli italiani trasmettendo virus che provocano febbri e dolori articolari forti e in alcuni casi anche la morte. Sono già massicciamente presenti in Italia, ma con il cambio di clima che porta temperature più calde e anche l'umidità possono moltiplicarsi ancora di più e arrivarne di nuove, o meglio di "vecchie" che si immaginavano scomparse almeno alle nostre latitudini: è il caso dell'*'anopheles sacharovi*, il nome scientifico della zanzara che trasmette la malaria e che è stata ritrovata dopo 50 anni nel Salento in Puglia. Il ritorno in Italia della pericolosa malattia infettiva provocata dal parassita del plasmodio per ora è improbabile anche se non impossibile, dicono gli esperti (vedi intervista in pagina), ma altri virus "trasportati" sempre dalle zanzare - che fanno da vettori, infettati a loro volta dall'uomo - potrebbero trovare anche da noi l'ecosistema favorevole per attecchire grazie proprio ai cambiamenti climatici.

A ribadirlo nelle settimane scorse è stata l'Agenzia europea dell'ambiente nella sua valutazione sui rischi climatici denunciando come l'aumento delle temperature sta diventando una minaccia sanitaria, a partire proprio dalla proliferazione di malattie che oggi non sono europee ma che presto potrebbero diventarlo. E così la febbre del nilo, l'impronunciabile Chikungunya e soprattutto la Dengue cominciano a preoccupare sempre di più: quest'ultima in Sud America nei primi 4 mesi dell'anno ha provocato 6,5 milioni di casi, il 260% in più rispetto all'anno scorso e il 448% in più rispetto alla media dei 5 anni precedenti. Con effetti sugli

ospedali: sono stati 6.217 i casi gravi che hanno richiesto il ricovero e 2.637 i decessi. Ora la Dengue, con l'arrivo dell'estate, potrebbe creare qualche problema anche da noi: già i primi segnali parlano chiaro visto che secondo l'ultimo aggiornamento del report Arbovirusi dell'Istituto superiore di Sanità sono 197 in totale i contagi da Dengue in Italia nei primi mesi di quest'anno, un numero aumentato di circa 6 volte rispetto allo stesso periodo del 2023. «Questo aumento è coerente con l'aumento diffuso della trasmissione del virus Dengue negli ultimi anni a livello globale», avverte ancora l'Iss. Per ora si tratta di casi tutti importati dall'estero, ma come è già accaduto l'anno scorso potrebbero registrarsi anche questa estate focolai di casi autoctoni - cioè il contagio avviene direttamente in Italia con la zanzara tigre come vettore - con un aumento del fenomeno in linea con quanto accade all'estero. «La maggioranza dei casi è contratta all'estero», conferma Anna Teresa Palamara, che dirige il dipartimento di Malattie Infettive dell'Iss. Tuttavia, le condizioni climatiche e la presenza di una zanzara in grado di trasmettere il virus rendono possibile la trasmissione in alcuni mesi dell'anno, nel contesto di una elevata circolazione in molti Paesi del mondo». Da qui l'attento monitoraggio - che oltre all'Iss ne vedrà partire uno anche dell'Isti Foundation, Istituto per l'Inter-scambio Scientifico con sede a Torino - e la necessità di fare formazione per prepararsi anche a casi gravi - i sintomi sono normalmente febbre e dolori articolari, legati a nausea e vomito - oltre che prevenzione anche a livello individuale, lì dove si possono annidare le zanzare tigre. «Abbiamo avuto qui allo Spallanzani una parte di questi casi con alcuni ricoveri. Sono

persone che rientravano da viaggi, alcuni dalle Maldive. Quello che serve oggi è un cambio culturale: dalla prevenzione delle punture d'insetto, che sono sicuramente fastidiose, ma nulla di più, dobbiamo passare alla prevenzione delle malattie trasmesse dalla zanzara tigre che ormai è stabile qui da noi. E lo si fa con una gestione oculata del verde e delle acque nelle case o in prossimità», avverte Emanuele Nicastri, direttore dell'unità di Malattie infettive ad alta intensità di cura dello Spallanzani di Roma che si sta attrezzando anche per formare il personale.

Il direttore della prevenzione del ministero della Salute, Francesco Vaia, che ha già firmato un paio di circolari sulla Dengue ricorda come «a oggi ancora non c'è nessun caso autoctono. Però l'attenzione va tenuta alta e dunque con la stagione calda dobbiamo adottare comportamenti giusti sia a livello individuale che di sistema: ognuno di noi dovrebbe fare attenzione per evitare ogni raccolta di acqua stagnante in casa, mentre le Regioni e soprattutto i comuni devono fare ora le disinfezioni e gestire il verde dei parchi. Un appello dunque ai sindaci che devono intervenire perché non è che dobbiamo per forza aspettare che un fenomeno ci aggredisca per muoverci».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Probabili micro epidemie La malaria? Ipotesi remota ma non è impossibile»



L'intervista **Umberto D'Alessandro**

Docente epidemiologia

Per la Dengue «è molto probabile che in Italia avremo delle micro epidemie», mentre sulla malaria «il rischio è remoto, ma non è affatto impossibile, da noi è stata debellata solo 50 anni fa». Umberto D'Alessandro - super esperto di zanzare e altri parassiti che studia da una vita - risponde al telefono mentre è in attesa del suo volo che lo riporterà in Gambia dove è direttore della medical research council unit, un istituto di ricerca e formazione della London school of Hygiene and Tropical Medicine di cui D'Alessandro è docente in epidemiologia. In Italia ha appena ricevuto il premio per la ricerca della Fondazione Nicola Irti.

Il cambio del clima ha un ruolo?

Queste malattie che si trasmettono attraverso le zanzare dipendono enormemente dall'ecologia e dai mutamenti dell'ambiente. Attualmente ci sono diverse tipi di zanzare: tra

queste c'è anche l'*Anopheles* trovata in Puglia, che è uno dei vettori storici della malaria. È ricomparsa essenzialmente per le modificazioni dell'ambiente e del clima. Per la Dengue la zanzara vettore è l'*Aedes*, detta anche tigre, che è molto presente in Italia dove ha trovato le condizioni favorevoli per moltiplicarsi.

C'è il rischio malaria in Italia?

Il rischio è molto basso, ma non è da escludere. Già a fine anni Novanta ci fu un caso a trasmissione autoctona in Toscana. La diffusione è difficile perché sono le zanzare che sono infettate dall'uomo: c'è dunque bisogno di molti individui infetti che trasmettano il parassita alla zanzara che poi diventa il vettore. Alcuni parassiti potrebbero non essersi ancora adattati alla trasmissione con il vettore locale. Ma i parassiti si adattano e visto che nel mondo crescono anche i casi di malaria la situazione va ben monitorata.

E la Dengue?

Qui il rischio anche di cluster autoctoni è molto più concreto. Il vettore è presente con la zanzara tigre che è una brutta bestia. Le *Aedes* pungono di giorno e per svilupparsi gli bastano piccole collezioni di acqua con le uova che sono molto resistenti perché sopravvivono anche quando non c'è acqua arrestando il loro sviluppo che ricomincia quando c'è di nuovo acqua.

Ma è così rischiosa la Dengue?

Ci si sono almeno 4 serotipi del virus,

con la possibilità di sviluppare la febbre emorragica quando qualcuno già infettato da un serotipo viene infettato da un altro. Per questo è cruciale evitare la sua diffusione in larga scala.

Cosa bisogna fare?

La cosa essenziale è la lotta ai vettori e cioè alle zanzare. A livello individuale ognuno di noi deve stare attento a ogni piccolo punto di raccolta dell'acqua come un sotto vaso. Servono poi disinfestazioni, controlli sui trasporti e in caso di cluster locali investigare per capire come è avvenuta la trasmissione monitorando i serotipi che circolano e prendendo in carico i malati gravi nelle strutture sanitarie attrezzate.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EQUITÀ E SOSTENIBILITÀ

Terapie avanzate verso nuovi modelli di accesso

Si stima che entro il 2030 potrebbero essere lanciate fino a 60 nuove terapie avanzate a livello globale, che potrebbero riguardare complessivamente 350.000 pazienti. È uno dei dati che danno il senso del grande cambiamento in atto nelle possibilità di cura, di cui si è parlato ieri a Roma al convegno "Terapie avanzate: dalla sostenibilità ai modelli organizzativi sul territorio", organizzato dall'Istituto superiore di sanità e Assobiotech-Federchimica - durante il quale si è ricordato come siano necessari dei cambiamenti organizzativi perché queste novità della ricerca abbiano l'importante impatto che promettono. L'ultimo report di Alliance Regenerative Medicines parla di più di 1.900 trial nel mondo, di cui 112 già in fase 3, e di 360 studi clinici in Europa, con una cinquantina in fase pre-autorizzativa. L'Italia ha sempre avuto un ruolo chiave: tra le prime terapie avanzate approvate dall'Ema ben 4 sono frutto della ricerca italiana. E oggi l'impegno prosegue con importanti investimenti economici e 23 studi clinici in corso nel 2022 nell'ambito delle malattie rare, quelle neurodegenerative e i tumori.

«Con riferimento agli impatti economici in Italia - commenta Fabrizio Greco, presidente di Assobiotech - recenti analisi riportano per l'anno 2023 una spesa compresa tra i 132 e 264 milioni di euro, fino ad arrivare a una spesa a carico del

Ssn tra 905 e 1.810 milioni di euro per l'anno 2027. È dunque evidente la necessità di preparare i sistemi sanitari ad accogliere questa innovazione attraverso un tavolo di confronto permanente fra tutti gli attori del sistema salute per costruire un nuovo modello organizzativo capace di garantire equità di accesso e cura».

«Dobbiamo lavorare - aggiunge il presidente dell'Aifa, Robert Giovanni Nisticò - perché sostenibilità delle terapie avanzate e accessibilità vadano di pari passo». E rispetto al prontuario farmaceutico afferma che «va sicuramente sfolto», in accordo con quanto sostiene da anni il farmacologo Silvio Garattini secondo il quale più della metà dei prodotti contenuti nel prontuario sono duplicazioni, ripetizioni o non più utili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LEGISLAZIONE FARMACEUTICA

Farmaci: «L'Europa sta perdendo terreno»

Nel 2005 è stata lanciata la Giornata internazionale delle sperimentazioni cliniche per commemorare il giorno in cui James Lind iniziò la prima sperimentazione clinica il 20 maggio 1747. E secondo l'ultimo Rapporto dell'Aifa, per quanto riguarda l'Italia, dal 2000 al 2022, sono state autorizzate oltre 15.400 sperimentazioni cliniche. Il nostro Paese si conferma quindi molto attrattivo, grazie all'eccellenza delle risorse umane, alla qualità di Centri di ricerca, ospedali, università e alla collaborazione crescente pubblico-privato. «Il cuore dell'industria farmaceutica è la ricerca. E il cuore della ricerca sono gli studi clinici - afferma Marcello Cattani, presidente di Farminindustria, in occasione dell'International Clinical Trials Day - In Italia le imprese farmaceutiche investono ogni anno più di 700 milioni, con un beneficio per la Sanità pubblica di oltre 3 euro per ogni euro investito dalle aziende (fonte Altems), che si fanno carico delle spese connesse agli studi, quali farmaci, esami, ospedalizzazione».

«Ma l'Italia e l'Europa stanno perdendo terreno - continua Cattani -. Perché l'innovazione e la tecnologia corrono velocemente e hanno bisogno di un quadro regolatorio competitivo, capace di adeguarsi in fretta attraverso procedure flessibili e snelle. Una strada obbligata che l'Ue deve imboccare, con un cambio di approccio sostanziale che consideri davvero la salute un investimento strategico e abbandoni logiche anti-industriali. Ed è il solo modo che ha per riconquistare un ruolo chiave a livello globale e stare al passo con i grandi competitor internazionali: Stati Uniti, Cina, India, Singapore e Paesi Arabi. In un momento in cui nel mondo saranno investiti in R&S 1.700 miliardi di dollari tra il 2023 e il 2028, minare alla base la proprietà intellettuale, come è previsto dalla revisione della legislazione farmaceutica, nega all'Europa un futuro nella ricerca farmaceutica e nelle Life Sciences».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHIARA SGARBOSSA
Direttrice
dell'Osservatorio
Sanità digitale
del Politecnico
di Milano



INFLUENZA: CAMPAGNA 2024-25

Dal ministero della Salute arriva la circolare sull'influenza con le raccomandazioni per la stagione 2024-25, con le più recenti indicazioni dell'Oms sulla composizione dei vaccini, che passeranno da quadrivalenti a trivalenti. La campagna di vaccinazione comincerà a ottobre 2024 e sarà offerta gratis a over 60, bimbi fino ai 6 anni, donne in gravidanza e persone con patologie

