



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**09 Novembre 2022**

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

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

La Buona Sanità

## Ismett, trapianto di fegato grazie ad un prelievo in Lettonia

*In volo da Palermo a Riga per dare speranza a un siciliano. Il team guidato dal prof. Salvatore Gruttadauria ha utilizzato la tecnica di "ricondizionamento ipotermico".*

9 Novembre 2022 - di [Redazione](#)



**In volo da Palermo a Riga** per dare speranza ad un uomo siciliano. È arrivato dalla **Lettonia**, l'organo che ha dato una nuova possibilità di vita ad un paziente di 50 anni. Il ricevente del trapianto era in insufficienza epatica terminale e le sue condizioni di salute erano estremamente gravi. L'intervento reso possibile grazie ad una perfetta macchina organizzativa messa in moto da **IRCCS ISMETT**, dall'utilizzo di tecniche all'avanguardia e da un circuito di collaborazione nazionale ed europea che ha visto coinvolto il **Centro Nazionale Trapianti** e l'**Euro Transplant**. Per eseguire questo tipo di interventi, infatti, il tempo, l'organizzazione e l'esperienza sono indispensabili. La squadra di prelievo di IRCCS ISMETT-UPMC ha impiegato circa 4 ore di volo e poi un tragitto di mezz'ora in ambulanza per coprire i 2300 km di distanza fra la Sicilia e l'ospedale in Lettonia, dove è intervenuta direttamente per **prelevare il fegato del donatore**.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Arrivato l'organo a Palermo dopo circa sette ore di **ischemia**, per testare ed ottimizzare la funzione dell'organo, il team di ISMETT guidato dal prof. **Salvatore Gruttadauria** ha deciso di utilizzare la tecnica di "ricondizionamento ipotermico" per poter così trapiantare l'organo con maggiore sicurezza. È stata, quindi, utilizzata la macchina di perfusione, un sistema che serve per "**ricondizionare**" l'organo da trapiantare. Il ricondizionamento del fegato da destinare a trapianto è possibile utilizzando apparecchiature molto complesse, in grado di migliorare le condizioni degli organi espianati. A tal fine, l'organo espianato viene perfuso alcune ore prima del trapianto così da migliorare le sue condizioni. «La pratica di utilizzare le macchine di **perfusione** rende possibile trapiantare organi estremamente marginali ed è indispensabile per mantenere gli organi in condizioni di trapiantabilità qualora le tempistiche del trapianto dovessero essere superiori allo standard- spiega il prof. Salvatore Gruttadauria, direttore del Dipartimento per la Cura e lo Studio delle Patologie Addominali e dei Trapianti Addominali- Questo determina **diversi vantaggi**, quali aumentare significativamente il numero di organi marginali utilizzabili e riduce in tal modo i tempi di attesa in lista per trapianto e la distanza fra il numero di organi disponibili ed il numero di pazienti candidati al trapianto". Il fegato è stato, quindi, perfuso in macchina per 5 ore e poi trapiantato in un paziente siciliano, S. R., dal team guidato dal prof. Salvatore Gruttadauria. Un trapianto perfettamente riuscito. "Il paziente- racconta il prof. Gruttadauria- sta bene ed è in ottime condizioni generali, tanto che è stato già dimesso".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

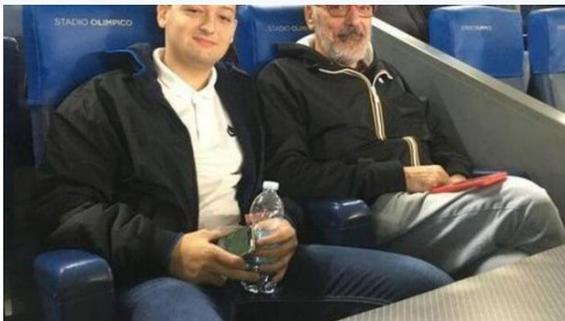


Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## La promessa mantenuta, dopo il trapianto allo stadio con il medico



Giulio ha vinto due, anzi tre volte. La prima, la più importante, perché da paziente ha superato una grave malattia del midollo osseo, l'aplasia midollare, la seconda perché da laziale ha visto vincere il derby della Capitale alla propria squadra e la terza perché a vedere la partita allo stadio con lui ha trascinato il suo medico, il dottor Giuseppe Palumbo, romanista, del reparto di Oncoematologia dell'ospedale Bambino Gesù. Un anno fa la promessa tra i due: guarirai e andremo insieme a vedere il derby. Dopo diversi mesi in Ospedale e un trapianto di midollo la promessa è stata mantenuta, come spiega sul proprio profilo social l'ospedale pediatrico Bambino Gesù. Il trapianto è stato effettuato al centro trapianti emopoietici e terapie cellulari, diretto dal dottor Pietro Merli. "Un anno fa - spiega la mamma del ragazzo, Roberta Spaccini- nostro figlio è stato portato d'urgenza all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma per una presunta malattia del midollo osseo, malattia diagnosticata a fine novembre scorso. Aplasia midollare severa. Il dottor Palumbo ha promesso a Giulio due cose: che l'avrebbe guarito e che sarebbero andati insieme a vedere il derby. Ieri è successo". "Dopo un anno dall'inizio di tutto-aggiunge la mamma- dopo il trapianto di midollo osseo e dopo una complicazione dovuta al Covid, che ci ha fatto tenere di nuovo il fiato sospeso. Giulio ha potuto vivere il suo sogno: tornare allo stadio e farlo con il suo dottore del cuore. Piano piano Giulio sta tornando a vivere e, i sogni e le speranze, lo hanno sempre sostenuto, anche nei momenti più difficili. Grazie dottor Palumbo per avergli regalato questa giornata e grazie a tutto lo staff del professor Franco Locatelli, al reparto di Oncoematologia e al centro trapianti di cellule staminali emopoietiche. Grande professionalità e grande umanità da parte di tutti".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

# GIORNALE DI SICILIA



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Il dirigente regionale D'Urso: «Lavori rapidi negli ospedali della Sicilia, altro che modello Genova»

09 Novembre 2022



«Modello Genova o Modello Sicilia?». Con questo interrogativo comincia il post del dirigente regionale Tuccio D'Urso, che ha guidato la Struttura tecnica di supporto chiamata ad attuare in Sicilia il piano straordinario del ministero della Salute varato nei mesi più caldi della pandemia da Covid. Incarico non confermato dal presidente Renato Schifani. Il riferimento del quesito è alla dichiarazione dello stesso Schifani, che ieri, a proposito della realizzazione del Ponte sullo Stretto, ha parlato proprio di «modello Genova», auspicando dunque per la struttura che dovrà collegare Sicilia e Calabria il modus operandi seguito per la ricostruzione del ponte Morandi nel capoluogo ligure. «Con i poteri speciali concessi al presidente Musumeci per il potenziamento della rete ospedaliera regionale - dice D'Urso nel suo post - in esattamente 24 mesi sono stati realizzati 200 posti letto di terapia intensiva, altri 200 sono in corso di ultimazione o di costruzione, sono stati potenziati o costruiti ex novo 18 pronto soccorso». «Risultato conseguito - continua - riscrivendo integralmente il piano originario, impegnando 140 milioni di euro, avendo progetti pronti per ulteriori 100 milioni di euro, già presenti nel bilancio della Regione. Sono infatti progettati e finanziati ulteriori 171 posti di terapia intensiva e altri 11 pronto soccorso. È un risultato straordinario ottenuto in forza di una normativa approvativa semplificata, di una contabilità speciale che ha superato i lacci del bilancio regionale, di un unico centro di decisione, sottoposta ad un controllo serrato



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

effettuato in tempo reale da parte delle autorità romane. Al di  
là delle decisioni prese dal presidente Schifani di riportare ad una presunta normalità queste attività, i risultati  
conseguiti parlano chiaro».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Servizio ambulanze al Policlinico di Palermo, l'Anac: «Dieci anni di irregolarità»



Per dieci anni il servizio autoambulanze del Policlinico di Palermo è stato affidato in maniera irregolare allo stesso raggruppamento temporaneo di impresa (Rti). A questo si aggiungono ripetute anomalie, dubbi di legittimità, e mancanze di controlli da parte dell'Azienda Ospedaliera. È quanto ha rilevato l'Autorità Anticorruzione al termine di un'accurata istruttoria, che si è tradotta nella delibera n. 501 approvata dal Consiglio del 25 ottobre 2022.

### I fatti

Il 6 febbraio del 2012 la gara per il servizio quinquennale di trasporto infermi mediante autoambulanze all'interno dell'Azienda ospedaliera universitaria policlinico Paolo Giaccone di Palermo è stata aggiudicata al Rti Italy emergenza Coop. Sociale – Ambulanze Città di Roma srl per un totale di 4.439.650 euro. Alla scadenza dell'affidamento, il 15 novembre 2017, il commissario straordinario, a maggio 2018, ha disposto la prosecuzione del contratto fino all'indizione di una nuova gara avvenuta il 20 dicembre 2019. Tuttavia, a seguito del ricorso al Tar di una delle aziende concorrenti e per adeguare le prestazioni alle nuove esigenze dovute all'emergenza Covid, alle ordinanze del ministero della Salute e a causa di nuove esigenze organizzative, l'Azienda ospedaliera ha annullato la procedura e il 30 aprile 2021 indetto una nuova gara, con una nuova base d'asta e una nuova durata: 7.421.000 euro per due anni, aggiudicata il 22 luglio 2022 alla Healt life Croce amica srl con



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

sede a Roma. Nel frattempo la prestazione è stata assicurata sempre dalla Rti Italy Emergenza che si è vista ratificare dal Policlinico anche una “variante in corso d’opera” per i servizi aggiuntivi svolti nel 2020 e 2021.

## I rilievi

L’istruttoria effettuata dall’Anac ha consentito di riscontrare significativi profili di anomalia ed irregolarità nell’affidamento del servizio autoambulanze. Innanzitutto è emerso come il Rti Italy Emergenza e Ambulanze Città di Roma S.r.l, in violazione del codice appalti, non si sia mai costituito formalmente neanche all’esito dell’aggiudicazione della gara avvenuta il 6 febbraio 2012. Inoltre, tra l’Azienda ospedaliera e il Rti non è mai stato stipulato un contratto. Lo ha confermato la stessa Azienda nelle controdeduzioni spiegando di non aver rinvenuto un contratto regolarmente registrato ma solamente i verbali delle sedute di gara. Verbali che per Anac non costituiscono un’alternativa al contratto d’appalto. I contratti della pubblica amministrazione devono essere stipulati in forma scritta, a pena di nullità. Lo prevedono sia le norme di carattere generale che disciplinano la forma dei contratti della Pubblica Amministrazione, sia il codice appalti.

In assenza di contratto di appalto, dubbi di legittimità emergono anche rispetto alle “estensioni” e ai “servizi aggiuntivi” affidati dall’Azienda Ospedaliera al costituendo RTI Italy Emergenza nel corso del tempo, che fanno riferimento ad un contratto stipulato dalle parti, valido ed efficace. Inoltre l’affidamento in proroga del maggio 2018 si configura come mero affidamento diretto. Anche se fosse stato stipulato il contratto di appalto, il ricorso da parte dell’Azienda Ospedaliera allo strumento eccezionale della proroga dell’affidamento sarebbe avvenuto in assenza dei relativi presupposti applicativi. Infine dall’istruttoria effettuata non sono emerse le concrete modalità con cui l’Azienda Ospedaliera ha provveduto a riscontrare la regolare esecuzione del servizio, quantomeno dal 2019 in poi, attraverso, tra l’altro, l’acquisizione e la verifica di tutta la specifica documentazione prevista dal Capitolato Speciale di appalto da prodursi da parte dell’appaltatore.

**PREGLIASCO**  
**«In agguato  
 le varianti  
 Mettete  
 le mascherine»**

a pagina 2



INTERVISTA AL VIROLOGO PREGLIASCO

## «Tre varianti in agguato: mascherine al chiuso»

**Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università di Milano e direttore sanitario Irccs Istituto Galeazzi, che inverno ci aspetta?**

«Possiamo facilmente prevedere una stagione carica di virus. All'estero si è parlato anche di tri-epidemia, forse è un termine esagerato ma avremo di sicuro a che fare con tre elementi diversi. E questo non aiuterà di certo».

**Quali?**

«L'influenza stagionale, i virus parainfluenzali già in circolazione e il Covid e le sue varianti».

**Ne sappiamo qualcosa di più?**

«Sì, l'omicron 5 ha tre sotto varianti diverse: la pql, la pql.1 e Xbb».

**Sono aggressive? «Probabilmente non saranno**

«cattive» ma purtroppo sembra che riescano a schivare la protezione del vaccino. Quindi si diffonderanno, facendo alzare la curva dei contagi e come sempre dobbiamo pensare ai più deboli».

**I virus parainfluenzali come si presentano?**

«Sintomi da raffreddamento, come mal di gola e tosse, e tra quelli che più ci danno da fare c'è il virus respiratorio sinciziale. Va tenuto sotto controllo costantemente».

**Perché si teme un'impennata di casi tra Covid e influenza?**

«Perché in realtà lo abbiamo già visto in Australia. A luglio scorso il Covid si è diffuso con una nuova ondata e lo stesso vale per l'influenza. Purtroppo dobbiamo fare queste previsioni per non farci trovare impreparati». **Come ci si può difendere?**

«Consiglio di indossare la mascherina nei luoghi affollati, al chiuso: siamo abituati a questa forma di protezione, perché

non sfruttarla? E poi ovviamente con il vaccino: restano consigliati sia l'anti-Covid sia, allo stesso tempo, quello contro l'influenza. Soprattutto per le persone a rischio. È il momento di alzare le difese. Ce lo dicono i dati internazionali».

**Quali?**

«L'organizzazione mondiale della sanità ha già alzato l'allerta su una probabile stagione di risalita».

(L. Loi.)



# L'Ordine mette il bavaglio ai medici

Anelli (Fnomceo) minaccia sanzioni per chi «rifiuta di vaccinare i pazienti», oppure in tv fa «campagne antiscientifiche». Criteri arbitrari con i quali punire chi dissente

di **PATRIZIA FLODER REITTER**

■ **Filippo Anelli** spera di poter trattare i dottori come promette di fare il governatore della California, **Gavin Newsom**. Il presidente Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, ha minacciato l'autonomia professionale dei camici bianchi dichiarando: «Noi possiamo intervenire con sanzioni se ad esempio un medico si rifiuta di vaccinare altre persone, o magari se va in televisione a promuovere campagne antiscientifiche contro i vaccini».

In base a quali criteri verrebbe applicata questa censura? **Anelli** finge di ignorare che un medico può nutrire riserve sull'opportunità di far vaccinare contro il Covid un paziente, non tanto perché è no vax ma perché il suo assistito è immunodepresso, o con gravi patologie, o con allergie che nessun centro vaccinale si degna di prendere in considerazione.

Dove finisce l'agire con scienza e coscienza, se l'unica preoccupazione deve essere il non confutare la sacralità del vaccino? Purtroppo, abbiamo visto con quali motivazioni professionisti, scienziati, sono stati sospesi dal loro Ordine. Come l'endocrinologo **Vanni Frajese**, che solleva fondate obiezioni sulla sicurezza di questi sieri, non di tutti i vaccini.

O come **Giuseppe Barbaro**, cardiologo al Policlinico Umberto I di Roma, sanzionato per aver prescritto esami diagnostici pre vaccinali a pazienti con problemi al cuore. Una sospensione di sei mesi «che non ha una logica deontologica», commentò lo scorso giugno, «sono stato criticato per l'applicazione del principio di precauzione e l'informazione, come prevede l'articolo 48, di potenziali rischi per farmaci di natura sperimentale».

Secondo il suo Albo professionale, e come vuole **Anelli**, non doveva fare il medico ma il semplice esecutore dell'ordine vacciniamo tutti, senza preoccuparsi del loro stato di salute. Un bavaglio ben più pericoloso della mascherina imposta ai sanitari, perché impedisce di guardare alle reali necessità del paziente.

È l'effetto che produrrà la legge sulla cosiddetta «disinformazione medica» riguardante il Covid-19, che porta la firma del democratico **Newsom** e che dovrebbe entrare in vigore il prossimo gennaio. Contro questo obbligo per i medici «a considerare soltanto le tesi scientifiche che lo Stato della California ritiene accettabili» e che «discrimina i medici che lavorano secondo le proprie conoscenze», per fortuna si sono schierati molti camici bianchi statunitensi.

Il medical board della California, che dovrà indagare e giudicare una presunta violazione da parte dei medici, è stato citato in giudizio, come già ha scritto *La Verità*, con l'accusa di violare il primo e il quattordicesimo emendamento della Costituzione americana, però è preoccupante vedere che si pensi di punire medici che vogliono informare i pazienti su rischi e benefici di un farmaco.

Viene condannata a priori come disinformazione, mentre, come nel caso della legge a firma del governatore della California, «il vero scopo è mettere a tacere i medici che non sono d'accordo con l'establishment della sanità pubblica su argomenti controversi su cui vi è un sostanziale disaccordo. Un esempio sono i vaccini Covid per i bambini, raccomandati dalla maggior parte dei funzionari della sanità pubblica, ma sul cui effetto la scienza è tutt'altro che certa» ha puntualizzato il *Wall Street Journal*.

L'antiscientificità di cui è fiero oppositore il presidente della Fnomceo. Siamo sicuri che non sia invece il corretto agire di un medico che si muove secondo deontologia, non seguendo gli imput della politica?



## I medici in affitto aiutano i bilanci, non la qualità dell'assistenza

DA RISPOSTA ALL'EMERGENZA A PRASSI CONSOLIDATA. CON EVIDENTI DISTORSIONI, SECONDO DI SILVERIO (ANAAO ASSOMED)

Roma. La regione Calabria che annuncia lo scorso agosto la decisione di ricorrere a medici forniti da una cooperativa con sede a Cuba per sopperire al problema della carenza di medici specialistici ha contribuito a portare alla luce un fenomeno diffuso ormai da molti anni in tutto il paese. Parliamo delle esternalizzazioni, ossia medici a gettone e servizi appaltati a cooperative. Una tendenza risalente ai tempi precedenti il Covid che, contrariamente a quanto riportato da diversi giornali, non rappresenta un maggiore costo per le aziende, ma riduce la qualità dell'assistenza ai pazienti.

La deriva del ricorso alle cooperative nasce per affrontare in modo emergenziale e occasionale carenze di personale prodotte da un'errata programmazione universitaria sul numero di medici specialisti da dover formare. Una soluzione che sembrava quindi essere solo temporanea e, in quanto tale, vista inizialmente di buon occhio anche da quegli stessi medici che si trovavano quotidianamente a lavorare in condizioni di grave difficoltà nella trincea di un sistema ospedaliero da tempo in affanno proprio per l'assenza di un numero adeguato di camici bianchi. Succede però che negli anni questa risposta da emergenziale diventa di fatto una prassi consolidata. Non solo ogni regione, ma anche ogni singola azienda ospedaliera si trova a poter autonomamente far ricorso a questo tipo di soluzioni pur di riuscire ad arrivare a fine mese con i turni coperti.

Come dicevamo, il ricorso alle esternalizzazioni non crea maggiori costi, ma anzi aiuta le aziende sanitarie anche sotto il profilo dei bilanci. Vediamo come. Fino al 2020 era in vigore un tetto di spesa per il personale sanitario fissato a quella del 2004, ridotta dell'1,4 per cento. Durante il periodo Covid, nella manovra 2022 viene modificato l'articolo 11 del decreto legge 35/2019 stabilendo che la spesa per il personale sanitario, a livello regionale, possa essere incrementata di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regio-

nale rispetto all'esercizio precedente, stabilizzando così un incremento che inizialmente era previsto per il solo 2021. Di fatto il ricorso alle cooperative per coprire i turni dei medici ospedalieri taglia però i costi del personale e semplifica l'amministrazione giuridica prevista per i dipendenti, dal momento che quei costi aggirano completamente il tetto di spesa per il personale venendo inseriti in bilancio sotto la voce spesa per beni e servizi.

Questo però finisce per creare una serie di distorsioni, come spiega al Foglio Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato della dirigenza medica e sanitaria Anaa Assomed: "Attraverso questa esternalizzazione del lavoro si vengono a creare forme di dumping salariale e professionale. Si cominciano a trovare in alcune branche specialistiche medici con specializzazioni diverse da quelle per le quali vengono chiamati a lavorare. Inoltre si viene a creare una concorrenza sleale all'interno delle aziende ospedaliere tra medici dipendenti a tempo indeterminato sottopagati e in condizioni di burnout e colleghi pagati a gettone con retribuzioni più alte e responsabilità ben diverse, non solo sotto il profilo civile e penale ma anche in termini di presa in cura del paziente".

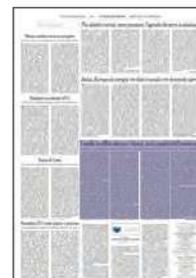
"Dobbiamo partire da un presupposto: la cura del paziente è un atto o un percorso? Siccome sappiamo che è un percorso che richiede una continuità - spiega Di Silverio - non è possibile affidare le cure di un paziente a un medico che potrebbe non rivedere più per mesi o anni. In questo modo non è assicurato al paziente un percorso di cura di qualità nel tempo. E questo è gravissimo. L'ospedale rischia di non essere più un luogo di cura ma solo di prestazione. La cura sta diventando prestazione, che è cosa ben diversa".

Ma attenzione a indicare le cooperative come un problema, avverte il segretario nazionale Anaa, queste sono solo un "effetto". Il problema riguarda invece l'errata programmazione del numero di specialisti da dover formare, così come la cosiddetta "crisi voca-

zionale", ossia quel fenomeno per il quale molti medici stanno iniziando ad abbandonare il loro lavoro di dipendenti del Sistema sanitario nazionale prima dell'età pensionabile. "Questo problema - aggiunge Di Silverio - è dovuto a diverse cause: economiche, visti gli stipendi bloccati da dieci anni; di responsabilità dell'atto medico, con una depenalizzazione assente solo in Italia, Polonia e Belgio; e infine di lavoro, con carriere sostanzialmente bloccate". Sempre più medici quindi di fronte a condizioni di lavoro disastrose, carriere professionali inesistenti, contratti tesi sempre più a limitazioni e incompatibilità sono in un certo senso quasi spinti a lasciare il Ssn verso un sistema di lavoro a cottimo che offre guadagni più alti, minori responsabilità e più tempo libero a disposizione.

Si è venuta quindi a creare una situazione che di fatto rende più agevole sia per le aziende ospedaliere sia per i medici l'abbandono del servizio pubblico, a scapito della qualità delle cure dei pazienti. Questo modello organizzativo del sistema pubblico sembra quindi non reggere più. Dovrebbe essere ripensato sia il modello contrattuale del medico che lo stesso modello aziendalistico. "Dobbiamo invertire il paradigma e immaginare un sistema basato sul professionista e di conseguenza sul cittadino. E per farlo il medico deve poter tornare a gestire tutto quel lavoro", conclude il segretario nazionale Anaa.

**Giovanni Rodriguez**



# SE SI SPEN GONO GLI OSPEDALI

**Il «caro energia» potrebbe trasformarsi in un'urgenza drammatica per le strutture della sanità, costrette ad affrontare bollette sempre più onerose. Un'esplosione dei costi che non può portare a una razionalizzazione nell'utilizzo di macchinari e riscaldamenti. E il rischio è che si rinunci a nuove assunzioni e alla stabilizzazione dei precari in un momento in cui mancano all'appello decine di migliaia di medici.**

di Laura Della Pasqua



Qualche medico ha cominciato già in estate a risparmiare sulla bolletta energetica chiudendo l'aria condizionata e lasciando aperte le finestre. Ma cosa accadrà quando la temperatura scenderà in modo significativo? E comunque ciò che negli studi privati è possibile, non lo è negli ospedali. Finora l'attenzione si è concentrata su famiglie e imprese con gli esperti che dispensano consigli su come abbattere i costi, riducendo la frequenza delle docce o, per le imprese, cambiando gli orari di lavoro, concentrando l'attività nelle ore di luce, dove è possibile.

Un pezzo di Italia è invece entrata in una sorta di cono d'ombra come se i rincari non la riguardassero. Non siamo ancora al taglio dei servizi, ma anche gli ospedali devono fare i conti con la crisi energetica alla quale si aggiunge l'inflazione. Il decreto Aiuti Ter ha stanziato 400 milioni di euro destinati al Fondo sanitario per il settore ospedaliero, comprese Rsa e strutture private. Questi, sommati al miliardo disposto con l'assestamento di bilancio di agosto, fanno lievitare il Fsn 2022 di 1,4 miliardi. Ma il contributo è un tantum e, come hanno già sottolineato le istituzioni di settore, copre solo una esigua parte degli aumenti e lascia scoperti nuovi rincari.

L'allarme è stato lanciato dalla Fiaso, la Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, e ora si attende una risposta dal nuovo governo. Il presidente del Consiglio Giorgia Meloni ha più volte ribadito che il tema delle bollette

sarà tra le priorità dei primi cento giorni di legislatura con misure ad hoc per i consumatori e per le imprese. Sul capitolo sanità invece le carte sono ancora coperte. La partita è complessa giacché la crisi energetica potrebbe rimettere in discussione i progetti di potenziamento della rete ospedaliera. La pandemia ne ha fatto emergere debolezze e criticità. L'aumento dei costi pone di fronte a un bivio: se tagliare le prestazioni e rinviare le assunzioni di personale o sfiorare il tetto della spesa allargando il disavanzo pubblico.

La sfida che non si può rinviare riguarda la nuova Sanità territoriale disegnata dal Pnrr, che ora va attuata con l'apertura dei cantieri delle nuove strutture e soprattutto trovando medici e infermieri che ci lavorano. La carenza di personale è uno dei mali del sistema sanitario pubblico. Negli ultimi 10 anni sono andati persi 40 mila operatori, compresi i medici di famiglia. Il turnover è bloccato dal tetto di spesa del personale e dalle poche borse di specializzazione per i laureati. Il rischio è aprire strutture nuove senza i fondi per assumere. Sulla Sanità territoriale il Pnrr ha previsto 7 miliardi che devono andare alla costruzione di 1.350 case di comunità, 400 ospedali di comunità e 600 centrali operative.

**C'è il tema dell'esplosione dei costi**



**ospedalieri. Iqvia, il provider globale dei dati sanitari**, stima che la spesa per acquisti diretti dei farmaci sarà intorno a 12 miliardi, il 6 per cento in più del 2021 con un disavanzo complessivo tra 2,5 e 2,5 miliardi. La metà dovrà essere ripianata dalle aziende farmaceutiche.

Attraverso il sistema del payback, tocca alle imprese coprire la metà del disavanzo registrato per i prodotti mentre la restante quota è pagata dalle Regioni sulla base del superamento del budget loro assegnato. Il tetto di spesa è intorno ai 9,6 miliardi. È un livello più alto rispetto al 2021, ma non sufficiente a evitare lo sfioramento. Nel 2020, l'emergenza Covid aveva causato una riduzione delle cure ma ora la spesa ospedaliera per farmaci è tornata a correre. Nei primi sei mesi 2022, il consumo è cresciuto dell'8 per cento sul 2021. Questo complesso di voci in aumento crea una situazione molto pesante.

**Giovanni Migliore, presidente della Fiaso (Federazione italiana delle Aziende sanitarie e ospedaliere), traccia lo scenario.** «I 400 milioni stanziati dal decreto Aiuti Ter per il caro bollette nella Sanità non bastano. A fine anno arriveremo a rincari più alti del 70 per

cento. Qualora dovesse restare questo trend, la bolletta 2022 varrebbe almeno 2,2-2,3 miliardi, cioè un miliardo in più rispetto agli 1,4 miliardi pagati prima del Covid. Non si tratta semplicemente di voci di uscita in un bilancio, ma di servizi per il cittadino e per i pazienti».

I razionamenti sono impensabili nelle sale operatorie, per la radiodiagnostica, Tac e Pet, per le terapie intensive. «Negli ospedali un gran numero di macchinari devono necessariamente essere attivi 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Le bollette vanno pagate e siccome il fondo è quello che è, dovranno essere ripensati gli investimenti programmati» spiega Migliore. In numerose strutture sono stati effettuati interventi di efficientamento ma se anche «fossero tutti portati a regime, è stato calcolato che il risparmio non potrebbe superare il 6-8 per cento della bolletta a fronte di aumenti di 10 volte tanto». Migliore poi rivela che in alcuni ospedali la programmazione delle assunzioni dei precari è stata messa in stand by in attesa di un quadro di chiarezza sulle risorse disponibili. A rischio anche il differimento nel tempo del rinnovo tecnologico.

All'Ospedale San Camillo di Roma, una delle più grandi strutture in Europa, il maggior costo energetico è stato stimato del 20 per cento ma la situazione è in evoluzione. Per il direttore generale

dell'azienda ospedaliera, Narciso Mostarda, «terapie intensive, sale operatorie, angiografi, risonanze magnetiche, tac: sia le grandi macchine per la diagnostica per immagini, per la medicina nucleare, o quelle che si sostituiscono a funzioni vitali sono costantemente affamate di energia, non possono essere accese o spente perché potrebbero subire danni. Le macchine di ultima generazione per garantire le loro performance eccezionali devono sempre viaggiare al massimo: non si può pensare che una Ferrari consumi quanto una Panda».

**Poi sottolinea «gli importanti investimenti tecnologici dell'ultimo anno per acquistare risonanze magnetiche e acceleratori, e la riorganizzazione recente del Pronto soccorso che ha visto tanti professionisti impegnati per una gestione più razionale di spazi e percorsi».** È una macchina che non può viaggiare a scartamento ridotto. «I rincari energetici impongono una riflessione su come risparmiare e razionalizzare energia negli ospedali, ma non si possono certo tagliare prestazioni e servizi, la sanità non si può fermare. Abbiamo un tavolo tecnico aperto all'interno dell'azienda, e l'attenzione è alta». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«I 400 MILIONI DEL DECRETO AIUTI TER NON BASTANO. ARRIVEREMO A RINCARI PIÙ ALTI DEL 70%»**



# E ADESSO CHI SOCCORRE L'AMBULANZA?

**Si allungano pericolosamente i tempi d'intervento di questi mezzi d'emergenza. Ed è uno dei troppi problemi dell'assistenza sanitaria...**

*di Paolo  
Del Debbio*

Il Pronto soccorso si chiama così non per una questione di efficienza fine a sé stessa ma perché, in molti casi, la velocità dell'intervento decide della vita e della sopravvivenza di colui o colei che ne ha bisogno. Purtroppo i dati non vanno in questa direzione, ma in un allungamento dei tempi dell'intervento e anche in una crescente difficoltà a «collocare» i malati una volta che l'autoambulanza, il 118, arriva all'ospedale. È capitato a Roma quest'estate, lo hanno riportato le cronache, che i mezzi bloccati sotto il sole erano 60 in una sola mattinata: 60 ambulanze che non potevano ripartire per altre destinazioni, magari urgenti, semplicemente perché, per la carenza di letti in reparti dove i pazienti avrebbero dovuto essere ricoverati, si era creato quell'intasamento. Abbiamo citato la Capitale per parlare di un caso, ma il problema va oltre Roma, sia a Nord che a Sud, nonché nelle Isole. È un problema nazionale che certo al Sud è più acuto.

**In Italia esistono i cosiddetti «Livelli essenziali di assistenza», i Lea,** che valgono in tutte le regioni, cioè ogni regione deve attenersi a tali livelli e deve organizzare il sistema sanitario in modo che siano rispettati. Bene, tra questi livelli ce n'è uno proprio sul Pronto soccorso e stabilisce che, dal momento della chiamata, il mezzo debba essere sul posto entro e non oltre i 18 minuti. Come ci dice la scienza, un paziente in fibrillazione atriale per ogni minuto in più che passa perde il 10 per cento delle probabilità di salvarsi. Ecco perché l'ovvia motivazione della richiesta di un livello essenziale.

**Sono sette le regioni in cui in media si fa peggio e non si rispettano i 18 minuti imposti,** e non suggeriti, dai Lea. Si va dai 22 minuti dell'Abruzzo ai 23 del Molise, dai 26 della Calabria ai 33 di attesa media in Basilicata. Perché al Sud la situazione è peggiore? La spiegazione risale a un provvedimento del 2000 che stabiliva un mezzo di soccorso ogni 60 mila abitanti. Voi capite bene che questa è una misura astratta perché dipende da come la popolazione è distribuita sul territorio. In certe parti del



nostro Paese, più al Sud ma anche al Nord, e particolarmente nelle zone di montagna, un'ambulanza ogni 60 mila abitanti può voler dire che essa debba intervenire in decine di comuni anche molto distanti uno dall'altro. Se non ci fossero le varie «Crocì», di differente colore, che sostengono in modo essenziale il sistema sanitario nazionale, la situazione sarebbe a tutti gli effetti disastrosa.

**Le cose naturalmente peggiorano quando si accoglie a bordo un malato di Covid** (per fortuna i numeri di coloro affetti dal virus che hanno bisogno di un'ambulanza sono notevolmente diminuiti): in quel caso, ogni volta che a essere trasportato è un «positivo», occorrono poi 20 minuti per sanificare il mezzo e, come ci dicono le associazioni di categoria, possono diventare fino a due ore e mezza quando l'igienizzazione dell'autoambulanza avviene in una centrale di sanificazione distante magari 40 chilometri. Come ha ricordato Paolo Fico, cardiologo e sindacalista, presidente del sindacato Saues, c'è una fuga dei medici convenzionati del 118 che preferiscono lavorare in servizi meno stressanti e più remunerativi, dove si guadagnano 2.200 euro al mese e si va in pensione con 1.400 euro e senza neanche il Trattamento di fine rapporto, il tanto agognato Tfr. Il sindacato presieduto dal dottor Fico ha chiesto a vari rappresentanti politici di passare al contratto di

dipendenza i medici convenzionati dei servizi di emergenza territoriale per arginarne la fuga.

**Tra l'altro c'è da sottolineare come circa il 50 per cento delle chiamate al Pronto soccorso** sono improprie: cioè non dovrebbero essere indirizzate al centro di emergenza ospedaliero ma ad altre

istituzioni tra le quali, in prima istanza, il medico di base e la rete di medicina territoriale che, in questi anni, è stata disgraziatamente smantellata a favore di un'insensata ospedalizzazione di tutto e di tutti. Nessuno si sognerebbe di chiamare il Pronto soccorso, salire su un'autoambulanza e arrivare in un ospedale (cosa che, indipendentemente dalla qualità dello stesso, non è mai piacevole) se sapesse con certezza e fiducia di potersi affidare a medici sparsi sul territorio per una prima diagnosi e cura; eppure così non è e, ovviamente, chi sta male a qualcuno dovrà pure rivolgersi - oltre all'affetto dei parenti. Se poi si tratta di una persona anziana, magari sola, è chiaro che serva un intervento il più veloce possibile. Come capite bene il problema del Pronto soccorso è molto legato a quello della medicina territoriale, e la soluzione può essere cercata in una organizzazione che preveda l'uno e l'altro. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## **Per l'Istat sono 7,3 milioni in Italia i caregiver familiari Federcasalinghe: «Serve una legge ad hoc per tutelarli»**

Secondo i dati Istat sono 7,3 milioni i caregiver familiari, persone che, a titolo gratuito, si prendono cura in modo significativo e continuativo di un congiunto non autosufficiente a causa di una grave disabilità. In Italia però, a differenza di molti altri Paesi europei, questa figura non è giuridicamente riconosciuta, né tutelata. Lo fa

notare Federcasalinghe, chiedendo «una legge ad hoc che cristallizzi la figura assegnandole diritti economici, giuridici e sostegni familiari».



**COPERTINA**

Colpite da effetti collaterali gravi dopo l'iniezione anti-Covid, migliaia di persone non ricevono né ascolto né cure e tra loro c'è chi ha deciso di rivolgersi a centri tedeschi e austriaci specializzati. Ecco alcune delle loro, drammatiche, testimonianze. E il racconto di un esperto italiano che studia questa casistica e chiede, con urgenza, la creazione di una task force di medici per affrontare una situazione sempre più preoccupante.

**SOFFRIRE  
DOPO  
IL VACCINO**

**SENZA RICEVERE AIUTO**

Nel nostro Paese il 90 per cento circa della popolazione sopra i 12 anni ha completato il ciclo vaccinale contro il Covid-19.

5 - Panorama | 9 febbraio 2022

di *Patrizia Floder Reitter*

**Giulia aveva 25 anni, stava ultimando il corso di laurea in medicina quando si è vaccinata contro il Covid. Prima dose con Astrazeneca, seconda con Pfizer, nel maggio 2021.**

Da allora, non studia più, non fa tirocinio, centellina parole e movimenti perché ogni piccolo sforzo le procura nausea, capogiri, visione offuscata, palpitazioni cardiache, atroci mal di testa. Le hanno diagnosticato la Pots, sindrome della tachicardia posturale ortostatica «forse da vaccino», responsabile di dolori muscolari e stanchezza. Da accertamenti che sta facendo in Germania e in Austria «sembra che la proteina Spike da vaccino sia rimasta nell'intestino, dove provoca un'inflammatione cronica» spiega la giovane, che risiede a Bressanone.

Si era vaccinata a Lucerna, in Svizzera, dove svolgeva un periodo di formazione sul campo, abilitante ai fini dell'esame di Stato. «L'ho fatto, convinta che fosse giusto. Non volevo trasmettere il virus a pazienti anziani in ospedale» racconta Giulia. Ma il vaccino non impedisce il contagio, come la stessa Pfizer ha ammesso poche settimane fa. Dopo l'inoculo, per un mese era stata malissimo, non riusciva a muoversi. «Erano venuti a prendermi mamma e

papà, sono tornata a casa. Non sono più la ragazza sportiva di prima, riesco a malapena a fare pochi passi. Ho continue nebbie mentali, non so più chi sono. Anche parlare con lei adesso mi costa fatica, pagherò questo sforzo nei prossimi giorni».

**Fino a quando si dovranno ascoltare storie simili, di persone, anche giovanissime, con seri problemi fisici dopo l'iniezione anti-Covid?** Una moltitudine che chiede diagnosi, cure appropriate, ma il nostro Paese non solo non offre risposte: finge che il dramma non esista. Giulia ha bussato alla porta di centri che, in Austria e in Germania, svolgono ricerche sulle reazioni avverse da vaccino anti-Sars-CoV-2, pressoché ignorate in Italia. «Ho partecipato a uno studio della clinica universitaria di Innsbruck, che fa accertamenti anche sul long Covid da vaccino. Esami ematici e respiratori, tutti gratuiti, per valutare il livello dell'inflammatione cronica che non accenna a diminuire».

Continua: «Ho mandato il mio sangue in diversi centri della Germania, ma queste analisi andrebbero fatte subito, non dopo mesi dalla vaccinazione



quando le infiammazioni si sono cronicizzate». Le hanno detto che soffre pure di encefalomielite mialgica (Me/Cfs), fisiopatologia sottostante alla sindrome da stanchezza cronica. Malattia post virale invalidante, che provoca disturbi del sistema nervoso centrale, del sistema immunitario, del metabolismo energetico cellulare, e riscontrata in molti pazienti affetti da long Covid. Viene pressoché ignorata, invece, in quanti accusano i medesimi sintomi, ma da vaccinazione.

Giulia sta facendo esercizi fisici, per migliorare il flusso circolatorio, ma nessuno le ha dato farmaci in grado di influenzare il funzionamento del sistema nervoso alterato da un'eccessiva infiammazione. Il suo tormento è «non sapere quando potrò ancora concentrarmi e diventare il medico che vorrei. Ho già perso un anno e mezzo di studio e non vedo vie d'uscita».

All'altro estremo della Penisola, la messinese Jessica Spuria, 37 anni, si è stancata di attendere risposte che in Italia non arrivano. Un marito, tre figli piccoli, «non riesco più a occuparmi di loro perché il lato sinistro è rimasto paralizzato dopo la prima dose di Pfizer», l'impegno nel sociale come volontaria abbandonato con sofferenza, la signora sta pensando di trasferire la residenza in Germania dove ancora vivono i genitori, emigrati dalla Sicilia.

«Così potrò essere seguita dal centro universitario di Marburg, specializzato nell'indagare sugli eventi avversi da vaccino anti-Covid. Sono in lista d'attesa, ho duemila persone prima di me. Forse la prossima estate entrerò nel loro programma». Ha già mandato il suo plasma in diversi centri tedeschi, la diagnosi è stata polineuropatia accertata, con danno simultaneo a molti nervi periferici. Le hanno riscontrato valori elevati di D-dimero, indicativo di formazione inappropriata di coaguli (trombi) e aumento della concentrazione di piastrine nel sangue dopo la vaccinazione anti-Covid, con aumentato rischio di trombosi sia venosa che arteriosa. Altri danneggiati dal vaccino stanno sobbarcandosi spese per inviare campioni del proprio sangue in Germania, sperando di avere risposte diverse dal «è solo ansia» che ricevono in Italia.

**«È urgente prenderli in carico in maniera seria e professionale», sostiene Mauro Mantovani,** immunologo e responsabile ricerca e sviluppo del centro Imbio di Milano. «Bisogna instaurare una task force multidisciplinare, che veda specialisti impegnati nel cercare per i danneggiati dal vaccino soluzioni, non solo farmacologiche. Stiamo, infatti, assistendo anche a una farmacoresistenza. Occorrono interventi risolutivi. E bisogna capire i motivi di una trascuratezza a livello di dirigenza sanitaria verso queste persone, eventualmente prendendo dei provvedimenti».

Mantovani conferma che la situazione è davvero

preoccupante. «Notiamo che c'è un abbandono pressoché totale di queste persone, costrette a brancolare nel buio di informazioni e diagnosi, quando il danno è spesso multiorgano. C'è un aumento elevato di patologie, quali glomerulonefriti di tipo autoimmune da post vaccino, di sclerosi multiple anche con decorso immediato addirittura dopo qualche giorno dalla seconda o terza dose, di infiammazioni che colpiscono il sistema nervoso centrale e periferico con, a cascata, neuropatie delle piccole fibre, acufeni, parestesie e molto altro».

Non solo. «C'è anche un'anergia del sistema immunitario (*incapacità di reagire a infezioni*, ndr), senza particolari sintomi ma di cui vedremo le conseguenze nel periodo invernale soprattutto in chi ha certe predisposizioni, perché è l'anticamera per ammalarsi di tutto. Lo stiamo riscontrando in diversi pazienti, in ambulatorio. Come una signora, che a distanza di un anno dalla vaccinazione ha avuto un tumore alla vescica e uno al seno» avverte Mantovani.

**Con una farmacovigilanza pressoché passiva, con l'algoritmo Oms che scarta come non correlabili la maggior parte delle reazioni avverse**, moltissimi eventi vengono sottostimati e i vaccini anti-Covid finiscono quasi sempre assolti. «Stiamo lavorando per trovare un nesso di causalità diagnostico, clinico, tra i sintomi e il post vaccino», fa sapere il direttore scientifico dell'Imbio di Milano.

«Se persone che prima stavano bene e, dopo le dosi somministrate, stanno male, il comune denominatore spesso è la vaccinazione anti-Covid, ma non è facile individuare il meccanismo. Il nostro centro ha messo a punto una metodica unica per valutare, da un campione di sangue o da biopsia, la Spike vaccinale che non esiste in natura». Spiega meglio. «Stiamo vedendo cose impressionanti, la proteina da vaccino è più resistente di quella virale. Non è vero che l'mRna sopravvive al massimo nove giorni, dopo dieci mesi l'abbiamo individuata ancora nel circolo ematico. E se non la si trova nel sangue, è perché è annidata in qualche tessuto od organo, oppure in esosomi (*nanovesicole che giocano un ruolo importante nello scambio di informazioni tra cellule attraverso il trasporto di lipidi, proteine e acidi nucleici*, ndr)».

Persone che hanno anticorpi molto alti, ma che non neutralizzano la Spike, non stanno bene. «Abbia-



mo trovato autoanticorpi circolanti» precisa Mantovani. Sono autoanticorpi che il sistema immunitario può produrre, quando non riesce più a distinguere le sostanze estranee dalle cellule dell'organismo. Finisce così per attaccare proprie cellule, tessuti, organi e si possono innescare malattie autoimmuni. «Molti stanno male anche perché hanno preso il Covid dopo la vaccinazione. Il surplus anticorpale è stato devastante» conclude lo scienziato.

Ora, di queste persone che hanno bisogno di

aiuto si deve prendere carico il Servizio sanitario nazionale, dove è appena arrivato Orazio Schillaci dopo gli anni del ministero Speranza, in cui il problema è stato semplicemente rimosso. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**«C'è un aumento di patologie di tipo autoimmune, di sclerosi multiple e infiammazioni che colpiscono il sistema nervoso centrale e periferico»**

**Mauro Mantovani**  
chimico sperimentale, bio-tecnologo alimentare e responsabile ricerca e sviluppo del centro Imbio di Milano.

**Sotto, l'ospedale di Giessen e Marburg, in Germania, dove i medici studiano i pazienti colpiti da eventi avversi di varia natura dopo la vaccinazione contro il Sars-CoV-2. Nell'altra pagina, in alto, l'iniezione di una dose anti-Covid.**



## «L'algoritmo utilizzato dall'Aifa ha troppi limiti»

Il nostro sistema di farmacovigilanza sottovaluta gli eventi avversi, dice l'avvocato Roberto Marina, esperto in normativa pandemica.

«Il numero di persone che accusano eventi avversi, e si rivolgono alle Commissioni mediche ospedaliere per il riconoscimento delle indennità previste dalla legge 201, aumenta di giorno in giorno anche se non si hanno dati certi. Saranno almeno centinaia di migliaia» esordisce Roberto Martina, avvocato civilista romano (foto), esperto in normativa pandemica e dei vaccini anti-Covid 19. «Procedere con le richieste è indispensabile, perché come già accaduto in passato più istanze di giustizia ci sono, più accelera l'allineamento delle condizioni di ammissibilità».

### La difficoltà principale che incontrano i danneggiati?

L'utilizzo da parte della farmacovigilanza dell'algoritmo dell'Oms, per la verifica del nesso eziologico. Pone una serie di limiti che sono arbitrari, in quanto riferiti a una tipologia di farmaci a mRNA definibili come vaccini solo dal settembre 2021 e che è completamente nuova, con studi incompleti. Il numero di eventi avversi è già sconcertante, ma pochissima cosa rispetto alle correlazioni che invece emergerebbero utilizzando anche gli altri strumenti quali il criterio cronologico, di idoneità lesiva e fenomenologica, la possibilità scientifica

o statistica.

### Che cos'altro può fare, un cittadino che sta male dopo il vaccino Covid?

Secondo la normativa vigente, l'inoculo della terza, quarta dose, dell'eterologa e di quella somministrata ai guariti è avvenuto in violazione del riassunto delle caratteristiche del prodotto e della legge per l'utilizzo off-label dei farmaci. Per queste somministrazioni difettano sia gli studi di fase 2, sia l'inserimento nell'apposito elenco tenuto dall'Aifa. È quindi importantissimo chiedere formale istanza di accesso agli atti, per ottenere copia conforme del modulo

di consenso e della informativa allegata in modo da conoscere il nome degli operatori e dei responsabili degli inoculi.

(P.F.R.)



01

## **Aifa aderisce a campagna su importanza segnalazione effetti avversi farmaci**

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) aderisce anche quest'anno alla #MedSafetyWeek, la campagna globale che mira a sensibilizzare pazienti e operatori sanitari sull'importanza della segnalazione dei sospetti effetti indesiderati dei farmaci, utilizzando i suoi canali ufficiali (Facebook, Twitter e Youtube) per diffondere i materiali condivisi a livello internazionale. Giunta alla settima edizione (7-13 novembre 2022), la Med Safety Week - ricorda Aifa sul suo sito - coinvolge le autorità regolatorie di 82 Paesi e si concentra sul ruolo chiave che ciascuno può svolgere segnalando un sospetto effetto indesiderato e contribuendo così all'uso sicuro dei medicinali.

Tutti i farmaci - ricorda l'Agenzia - possono causare effetti indesiderati in alcuni pazienti: per questo esistono misure che vengono attuate per monitorare continuamente la loro sicurezza dopo l'immissione in commercio. Lo scopo di questo monitoraggio è ottenere maggiori informazioni sugli effetti avversi noti e eventualmente scoprirne di nuovi. Le autorità regolatorie gestiscono i sistemi per rilevare e analizzare gli effetti indesiderati dei farmaci e prevenire possibili problemi ai futuri pazienti.

Ogni segnalazione effettuata da un paziente o da un operatore sanitario - avverte l'Aifa - svolge un ruolo chiave nell'acquisizione di maggiori conoscenze sui benefici e i rischi dei farmaci. È dunque importante ricordare che tutti possono segnalare un sospetto effetto indesiderato direttamente sul sito Aifa, seguendo le indicazioni contenute nella pagina 'Come segnalare una reazione avversa'.



## Scienza

# Picard, la scienziata che salva vite con gli smartwatch «intelligenti»

Il premio «Lombardia è ricerca» alla docente del Mit. Al via gli studi anti-epilessia

di **Stefania Chiale**

**R**osalind Picard si sfilava il bracciale blu simile a uno smartwatch che le è valso, insieme alle ricerche di una vita sull'utilizzo dell'Intelligenza artificiale per decifrare lo stato fisico ed emotivo delle persone, il premio da 1 milione di euro «Lombardia è ricerca». Nel foyer del Teatro alla Scala di Milano prima della premiazione la scienziata americana capovolge il cinturino e mostra il funzionamento che permette al dispositivo di salvare vite: «Questo bracciale — dice indicando il quadrante — ha sensori che rilevano i cambiamenti dell'attività elettrica sulla superficie dell'epidermide e i movimenti, riconoscendo quando l'insieme di questi dati rappresenta una convulsione epilettica. Se questo accade, parte un messaggio che viene inviato al cellulare dell'utente e da qui a un'app che invia l'allarme alle persone coinvolte, caregiver,

familiari, amici che possono intervenire immediatamente». La scienziata, ingegnera, inventrice e imprenditrice, fondatrice e direttrice dell'Affective Computing Research Group del MIT di Boston è stata premiata ieri sul palco della Scala.

Picard è tra i pionieri dei dispositivi indossabili per raccogliere dati fisiologici nelle attività quotidiane e la prima a sfruttare l'Intelligenza artificiale per dedurre alcuni indicatori del benessere, delle emozioni e dello stress. Alcuni dei dispositivi a cui ha lavorato sono in grado di rilevare il tipo di crisi epilettica più pericoloso per la vita, e inviare un allarme quando si manifesta. Grazie alle sue idee e alle sue invenzioni, i ricercatori di tutto il mondo stanno avviando progetti per far progredire le scoperte nel campo di emozione, epilessia, stress, sonno, salute mentale, dipendenze, morbo di Alzheimer, autismo, e studi sul dolore. Ora le sue ricerche proseguiranno anche agli ospedali Niguarda e Buzzi di Milano: come da regolamento, il 70% del premio, consegnato ieri dal

presidente della Regione Attilio Fontana, dal vicepresidente e assessore alla Ricerca Fabrizio Sala, dal presidente della Fondazione Umberto Veronesi Paolo Veronesi e dal direttore del Corriere Luciano Fontana, deve essere investito sul territorio lombardo in collaborazione con i centri di ricerca della regione. La professoressa dell'MIT di Boston ha scelto i due ospedali milanesi per condurre le sue ricerche: al Niguarda i dottori Roberto Mai e Laura Tassi supervisioneranno uno studio clinico sulle patologie neurologiche, con particolare riferimento all'epilessia. Al Buzzi il progetto supervisionato da Pierangelo Veggiotti punterà a studiare le variazioni che avvengono a livello cerebrale nei bambini.

«Ogni 7-9 minuti c'è una morte per crisi epilettica. La cosa più importante per chi soffre di epilessia è non essere lasciati soli», ha ricordato Picard raccontando le origini della sua ricerca. «Questo Premio — ha commentato il governatore Attilio Fontana — rappresenta in maniera concreta la grande attenzione che

Regione Lombardia rivolge alla ricerca». Il tema di quest'anno, alla sua quinta edizione, era «Computer Science per la Sicurezza, il Benessere e la Crescita Sostenibile». Il premio collega direttamente le ricerche più avanzate a livello internazionale alla Lombardia: «Il nostro primo obiettivo — ha sottolineato Fabrizio Sala — è il benessere dei cittadini e che i centri di ricerca e le attività mediche lombarde possano istituire duraturi rapporti di collaborazione con il vincitore. Per i nostri ricercatori e gli studenti è una grande opportunità».

Picard ha convinto una Giuria di 15 top scientist di livello internazionale battendo altre 32 candidature. «Sono entusiasta e onorata — ha commentato la professoressa —. Non vedo l'ora di lavorare con i ricercatori in Lombardia per fare nuovi progressi scientifici e tecnologici che possano migliorare la salute delle persone».

### Sperimentazione

Due ospedali milanesi, il Niguarda e il Buzzi, useranno i suoi sensori per studi neurologici

### Inventrice

La professoressa è tra i pionieri dei dispositivi che raccolgono dati fisiologici in «real time»



## Airc, in piazza i cioccolatini per la ricerca sul cancro

### L'APPUNTAMENTO

**C**ioccolato alleato della ricerca contro i tumori. Sabato 12 novembre tornano in 1.800 piazze i "Cioccolatini della ricerca", distribuiti dai volontari Airc (Associazione italiana per la ricerca sul cancro - Airc.it) a fronte di una donazione di 10 euro. Proseguono fino al 13 i "Giorni della ricerca" di Fondazione Airc, per informare il pubblico sulla lotta al cancro

coinvolgendo tv, radio, stadi di calcio e scuole superiori.

"Oggi cambiamo il domani" è il claim della campagna per sottolineare la centralità della scienza e la necessità di sostenere i ricercatori per individuare le cure più efficaci di domani. Come dimostra la storia di Cristian Morisi (nella foto) il volto della campagna dei cioccolatini della ricerca: ha superato un linfoma non Hodgkin, diagnosticatogli ad appena 8 anni. «I medici mi avevano dato il 10% di probabilità di guarigione. Oggi grazie ai progressi della ricerca più del 60% dei malati si salva», raccon-

ta. Ora è guarito ed è volontario. Sarà possibile ordinare i cioccolatini online su Amazon.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Le nuove sfide della sanità digitale

### Sm@rtHealth®: la soluzione ideale per una sanità 2.0

Fondata a Riccione nel lontano 1996, I-Tel è una PMI innovativa che sviluppa soluzioni tecnologiche per la comunicazione multicanale, per automatizzare e ottimizzare i flussi informativi e comunicativi della Pubblica Amministrazione, delle Strutture sanitarie e delle aziende private italiane con l'intento di offrire ai cittadini servizi sempre più all'avanguardia. Questa eccellenza tutta italiana, appartenente a Maps Group e da poco diventata *Società Benefit*, ha ideato Sm@rtHealth®, la Piattaforma digitale multicanale destinata a facilitare l'accesso alla salute e ai servizi sanitari dei pazienti cronici, come afferma in questa lunga intervista **Stefania Mancini**, co-fondatrice di I-Tel.

di Roberta Imbimbo

**D**ott.ssa Mancini, qual è la mission di I-Tel? Nell'era della *digital transformation* e dell'intelligenza artificiale, la nostra mission è semplificare la vita e il lavoro delle persone grazie all'utilizzo di tecnologie automatizzate di ultimissima generazione.

Da oltre 20 anni aiutiamo infatti i nostri clienti (PA, Strutture sanitarie e Aziende private) a digitalizzare i propri processi operativi per garantire agli utenti un servizio sempre più efficace e veloce.

In ambito sanitario, quello nel quale operiamo con maggiore assiduità, abbiamo creato Sm@rtHealth®, una Piattaforma multicanale sofisticata che consente alle Strutture sanitarie di ottimizzare e automatizzare i processi di interazione con i pazienti, per gestire prenotazioni e appuntamenti, attivare sistemi di recall per ridurre le visite a vuoto e autorizzare i pagamenti elettronici.

Oggi più che mai crediamo nell'importanza della *Telemedicina* e del *monitoraggio a domicilio*, che rappresentano un modello organizzativo necessario per una gestione semplificata dei malati cronici o multi patologici costretti a casa e impossibilitati ad estenuanti trasferimenti in ospedale. Grazie alla comunicazione multicanale con gli assistiti, le aziende sanitarie possono seguire i pazienti diabetici, cardiopatici e affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) in modo

capillare, fornendo loro un'assistenza adeguata ed efficace.

**Tanti i traguardi raggiunti in tutti questi anni di attività. Obiettivi futuri?**

Dallo scorso aprile, I-Tel è diventata *Società Benefit*, un traguardo importantissimo per chi come noi crede nell'importanza di un futuro più sostenibile. Non a caso uno dei nostri obiettivi prioritari è lavorare all'insegna della sostenibilità, facendo della responsabilità sociale e ambientale d'impresa il nostro principale valore etico.

La volontà di armonizzare gli obiettivi di crescita economica con politiche sociali ed ambientali, ha spinto I-Tel ad adottare un modello di *business innovativo* sin dalla sua fondazione e a perseguire in modo particolare tre goal dell'Agenda 2030: l'obiettivo numero 5, il raggiungimento delle pari opportunità tra donne e uomini, aiutando le donne ad emanciparsi sempre di più, poiché fermamente convinti che la disparità di genere costituisca uno dei maggiori ostacoli allo sviluppo sostenibile e alla crescita economica di un paese; l'obiettivo numero 8, garantire a chi lavora per noi e con noi, un lavoro equo dignitoso e un ambiente inclusivo e flessibile; ed infine l'obiettivo numero 9, costruire un'infrastruttura resiliente in ambito sanitario, promuovendo l'utilizzo di tecnologia innovativa (la telemedicina ne è appunto un esempio) per garantire un approccio migliore e più equo alla cura delle persone.

Da poco entrati in Maps Group, un prestigioso Gruppo quotato in borsa, la nostra sfida per il futuro sarà diventare uno dei riferimenti più importanti in Italia per quanto riguarda la gestione dei software in sanità e giocare un ruolo sempre più prestigioso in un mercato in continua evoluzione, forti dell'esperienza e della competenza maturate in tutti questi anni di attività.

Per maggiori info: [www.i-tel.it](http://www.i-tel.it)



# Un robot per imparare a camminare

Al San Raffaele con Atlas  
i primi passi di un bimbo speciale

••• Daniele, 5 anni, cammina per la prima volta nella sua vita grazie ad Atlas, il robot realizzato grazie ad anni e anni di ricerca presso l'IRCCS San Raffaele di Roma. L'obiettivo dell'importante progetto di neuroriabilitazione pediatrica, è quello di insegnare da zero a muoversi autonomamente ai piccoli che non hanno mai avuto la possibilità di farlo.

Buzzelli a pagina 19



## NEURORIABILITAZIONE NEI BAMBINI

Il rivoluzionario macchinario presentato all'IRCCS San Raffaele all'interno del progetto di ricerca «RoboKID»

# Primo esoscheletro pediatrico

*Il piccolo Daniele, 5 anni, finalmente può camminare grazie ad Atlas 2030*

**ALESSIO BUZZELLI**

••• Il piccolo Daniele, 5 anni e un'ischemia midollare perinatale che fino ad oggi gli ha impedito di camminare, ora riesce finalmente a stare in piedi e a muovere i suoi primi, piccoli passi. Tutto merito di Atlas 2030, il primo esoscheletro pediatrico dedicato alla riabilitazione del cammino per i bambini dai 4 ai 10 anni, presentato ieri per la prima volta in Italia all'IRCCS San Raffaele di

Roma all'interno del progetto di ricerca chiamato «RoboKID», alla presenza del Ministro della Salute Orazio Schillaci, del Presidente del Comitato tecnico scientifico dell'IRCCS San Raffaele Prof. Enrico Garaci, del Presidente della Re-

gione Lazio Nicola Zingaretti, dell'Assessore alla Sanità Regionale Alessio D'Amato e dell'Onorevole Antonio Angelucci. E davvero Daniele, nemmeno un metro di altezza, ieri, mentre muoveva in avanti le sue piccole gambe, sembrava un supereroe dei fumetti: tolti gli occhiali da vista e indossata la maschera di Iron Man, camminava verso gli



adulti senza paura né tentennamenti, sorretto e aiutato dal fido Atlas, perfetto assistente robotico per compiere questa impresa. Già, perché qui di impresa si tratta - quella di tornare a camminare per Daniele, quella dei ricercatori di aiutarlo in questo obiettivo - come sottolineato dallo stesso nome dato all'esoscheletro: Atlas è infatti il nome greco di Atlante, creatura mitologica cui Zeus aveva dato il compito di sorreggere sulle proprie spalle l'intera volta celeste, producendosi in uno sforzo sovraumano, anche per un Titano come lui. Ma, a differenza di Atlante, Daniele e gli altri bambini come lui affetti da disturbi neuromotori da oggi non saranno più soli, perché la tecnologia degli esoscheletri sta facendo passi da gigante, come dimostra il progetto portato avanti all'IRCCS San Raffaele. Se infatti l'obiettivo di insegnare da zero a camminare ad un bambino che non ha mai avuto la possibilità di farlo fino a qualche tempo

fa era pura utopia, oggi, grazie a tecnologie come Atlas, può diventare più che realistico.

«La neuroriabilitazione - ha spiegato Marco Franceschini, Direttore del Laboratorio di Ricerca Clinica in Riabilitazio-

ne Neuromotoria dell'IRCCS - è lo strumento che permette di riprogrammare le funzioni cerebrali attraverso il meccanismo della plasticità sinaptica. Nei bambini con le patologie neurologiche, molti dei quali non hanno mai avuto la

possibilità di camminare, questo meccanismo assume un ruolo ancora più importante: i piccoli, in questo caso, non devono riapprendere ma imparare da zero. Permettere loro di camminare in modo fisiologico con ripetibilità e intensità è un'opportunità terapeutica di fondamentale importanza».

Un'opportunità che solo anni e anni di ricerca hanno potuto creare, nella quale sono state coinvolte discipline diverse tra loro, dalla biologia alla matematica, dalla fisica alla medicina, fino ad arrivare alla chimica e alla robotica. Ed è stato proprio grazie a questo approccio multidisciplinare che è stato possibile mettere a punto un dispositivo come Atlas, l'unico esoscheletro al mondo che consente al bambino di muoversi liberamente grazie alla sua tecnologia elastica che si adatta al corpo di chi lo indossa e che ne replica i movimenti.

«Il robot - ha chiarito Francesco Infarinato, Responsabile del Laboratorio di Bioingegneria della Riabilitazione - utilizza articolazioni attive a rigidità variabile che imitano i processi della funzione muscolare naturale. Con i suoi 8 motori, infatti, Atlas consente la libertà di movimento in tutte le direzioni e offre al bambino la possibilità di camminare in modo attivo e controllato, permettendogli così di interagire con l'ambiente in modo libero e sicuro».

Oltre all'aspetto puramente medi-

co-biologico, però, in questi casi c'è da considerare anche quello psicologico ed emotivo, altrettanto importante quando si parla di bambini così piccoli costretti ad affrontare percorsi riabilitativi tanto impegnativi. «La maggior parte dei ragazzini che lo stanno già utilizzando presso il nostro reparto non ha mai camminato in autonomia - ha spiegato

Claudia Condoluci, Responsabile dell'Area Pediatrica e delle disabilità dello sviluppo. Con Atlas può farlo e può svolgere anche diverse attività come calciare una palla e disegnare, cose che non avrebbe mai pensato fossero possibili. Pertanto oltre all'apprendimento e all'acquisizione di adeguate strategie di controllo motorio, il robot ha un importantissimo impatto sulla sfera cognitiva, emotiva e sociale, per il bambino e per la famiglia».

«La ricerca è indispensabile per una sanità migliore e gli Irccs sono il luogo dove si può fare ricerca e innovazione ad alto livello - ha dichiarato durante la presentazione il ministro della Salute Orazio Schillaci - L'esoscheletro Atlas è molto interessante, soprattutto perché trova applicazione nei pazienti più piccoli e fragili, a cui deve andare la nostra attenzione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Come un supereroe  
Il bimbo impara da zero  
a muoversi nello spazio  
e a svolgere attività mai provate*

*Tecnologia elastica  
Si adatta al corpo di chi lo indossa  
e ne replica i movimenti. Il robot ha un  
importante impatto cognitivo ed emotivo*

**Sorrisi**

Da sinistra a destra il presidente della Finanziaria Tosinvest Giampaolo Angelucci, il direttore del Laboratorio di Ricerca Clinica in Riabilitazione Neuromotoria dell'IRCCS San Raffaele, Marco Franceschini, il Presidente del Comitato tecnico scientifico dell'IRCCS San Raffaele, prof. Enrico Garaci e il ministro della Salute Orazio Schillaci



**Iron Man**  
Daniele con la sua maschera preferita. A fianco da sinistra a destra il presidente Nicola Zingaretti e l'assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato (Fotoservizio Pasquale Carbone CanterbaPress)

