



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 Marzo 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

LA STAMPA

TORINO

15/03/2023

PRESTAZIONI IN AUMENTO RISPETTO AL 2022

La corsa dei privati crescono del 10%

In Piemonte incide per l'8% sul bilancio della Regione ed eroga prestazioni all'incirca del 20%. Nel 2022 l'attività in Piemonte è cresciuta di circa il 10% rispetto al 2021, tornando al suo limite massimo di produzione, superato solo durante la pandemia, pari a 713 milioni, stanziati in base al decreto legge del 2012.

Sono i dati salienti della sanità privata, ormai ampiamente integrata con il servizio sanitario pubblico, che non può permettersi di farne a meno. E questo, nonostante in Piemonte il suo peso specifico sia sempre stato più ridotto rispetto a quello di altre regioni: in primis, la vicina Lombardia. Dai posti letto per pazienti Covid ai vaccini, dai tamponi alle liste di attesa, il coinvolgimento dei privati, cliniche e ospedali, è sempre

più spinto.

Ieri si è tenuta l'assemblea elettiva di AIOP Piemonte (Associazione Italiana Ospedalità Privata), l'organizzazione datoriale aderente a Confindustria che nella regione conta 34 realtà, per circa 3.500 letti. Molte, se non la maggior parte, quelle convenzionate con il pubblico. Numerose le riconferme per il triennio 2023-2025, a partire dal presidente Giancarlo Perla e tre dei suoi vice - Fabio Marchi (nel ruolo di vice presidente con delega al Consiglio Nazionale e quindi componente dell'esecutivo nazionale col ruolo di tesoriere), Paola Collo-

raffi (Gruppo Sansavini) e Giacomo Brizio -, mentre alcuni sono nuovi ingressi. Durante l'incontro è stato ricordato José

Parrella presidente ARIS Piemonte (Associazione Religiosa Istituti Socio sanitari), mancato dopo una breve malattia.

Resta il problema, anche in Piemonte, dei tetti di spesa che, è stato fatto notare ieri, «impediscono alle Regioni di utilizzare pienamente le potenzialità di intervento delle strutture di diritto privato accreditate, rendendo difficile il riassorbimento delle liste d'attesa e una piena risposta ai bisogni di salute espressi dal territorio». Da qui l'auspicio «che si riesca a replicare l'alleanza di scopo tra strutture ospedaliere di diritto pubblico e di diritto privato accreditate già sperimentata durante il Covid». Un messaggio al governo, e alle Regioni. ALE.MON. —



Giancarlo Perla riconfermato

IL CASO

La sanità disumana

Appena nove minuti per una visita, l'effetto dei tagli cancella il rapporto tra medici e pazienti ma pesano anche il ricorso ai gettonisti e l'iperspecializzazione del personale ospedaliero

PAOLO RUSSO

Forse nemmeno il dottor Terzilli, alias Alberto Sordi, avrebbe potuto fare più in fretta: 9 minuti per una visita, la maggior parte dei quali trascorsi a riempire moduli sul computer dopo aver dedicato appena una manciata di secondi all'ascolto del paziente. Se vogliamo un esempio lampante di come carenza di personale, condizioni di lavoro stressanti e tecnicizzazione portata all'estremo abbiano finito per disumanizzare la medicina, basta spulciare la ricerca dell'Università di Cambridge sulla durata media di una visita, condotta in 18 Paesi tra i quali l'Italia. Perché in 9 minuti non si può creare una relazione, tantomeno empatia tra medico e paziente. Tanto più se già dopo 20 secondi si viene interrotti

dalle domande del medico. Che passa due terzi del tempo incollato a un pc a compilare moduli e ricette. O a scrivere su Whatsapp, visto che secondo una ricerca dell'Ordine dei medici di Firenze il 47,6% lo usa per dispensare ricette e consigli medici. Eppure svariate ricerche internazionali narrano che già quella relazione tra curante e curato è una terapia, in grado di ridurre fino a 4 volte il rischio di ricovero e di au-

mentare del 30% la possibilità di tenere sotto controllo patologie come la colesterolemia, il diabete o quelle cardiovascolari.

I dati sulla durata media delle visite sono del 2015, ma non è che da allora le cose siano migliorate, anzi. Perché in questi ultimi anni il personale è ancora diminuito, tanto che, secondo il recente Rapporto Crea, di dottori ne mancano 30 mila, di infermieri addirittura 250 mila. Vuoti in organico che sono diventati via via una voragine per effetto di una politica scellerata, che continua ad imporre un tetto assurdo alla spesa del personale, ferma al livello del 2004 e diminuita per di più dell'1,4%. Così, per aggirare l'ostacolo, Asl e ospedali ricorrono sempre più spesso ai medici a gettone, che fini-

scono nella voce di spesa per beni e servizi, che non ha tetti da rispettare, tant'è che come mostra la Relazione sullo stato sanitario del Paese appena presentata dal ministero della Salute, per la prima volta - spinta dai gettonisti - ha superato quella per il personale. Peccato però che i medici in affitto non sappiano nulla dei

pazienti, che vedono una volta prima di rispondere alla chiamata di un altro ospedale. E a farvi ricorso sono sempre più strutture, tant'è che solo in Lombardia coprono oramai sui 45 mila turni l'anno e in Veneto 42 mila.

Mentre 15 mila medici dipendenti affogano nel *burnout*, quell'insieme di depressione, stress e insonnia che finisce per alterare in peggio il rapporto con gli assistiti.

È questo insieme di fattori rendere così disumana la medicina in ambulatori e ospedali, come ci ha raccontato con amarezza ieri in una lettera sulle colonne di questo giornale Bruno Macchioni, ex primario di Ostetricia all'ospedale di Venaria (Torino), rimasto 16 giorni in un letto d'ospedale prima che un medico si prendesse effettivamente cura di lui. Ma se la medicina sta sempre più perdendo di vista il paziente è anche colpa della sua iperspecializzazione e tecnicizzazione. «Oggi viviamo il paradosso di una tecnologia avanzata che "entra" sempre più a fondo nel corpo del paziente, ma che rischia di riportare sempre



LA STAMPA

più all'«esterno» la figura del medico», spiega Dario Manfellotto, presidente della Fondazione Fadoi, la Società scientifica dei medici internisti. Gli unici forse ad aver conservato una visione a 360 gradi del paziente fatto a spezzatino dalla medicina ultra specialistica. «La crescita esponenziale delle conoscenze e della tecnica –

precisa Manfellotto – ha consentito successi inimmaginabili nella cura delle malattie. Ma la medicina di precisione e personalizzata si basa in realtà su una valutazione perlopiù molecolare, genetica, che ancora una volta vede lo strapotere della tecnologia rispetto alla valutazione clinica, che dovrebbe

precedere e non seguire la tecnica». Un progresso che se non governato dai medici rischia di ridurre il paziente a un algoritmo. —

Dopo la lettera-denuncia dell'ex primary torinese: «lo 16 giorni in un letto»

1

Organici all'osso
La principale causa della perdita del rapporto tra medico e paziente sta nella drammatica carenza di personale: in organico mancano 30 mila camici bianchi.

2

Tecnologia avanzata
I grandi progressi nella tecnica, ovviamente fondamentali, hanno diminuito il contatto umano: la valutazione clinica dovrebbe restare centrale nella cura.

3

I dottori in «affitto»
All'estremo opposto rispetto alla iper specializzazione ci sono i «gettonisti», che vanno a chiamata: impossibile creare un rapporto con i pazienti.

Quasi la metà dei professionisti invia le ricette tramite Whatsapp

Gli studi dimostrano che una buona relazione funziona già come terapia



Dalle difficoltà del Pronto soccorso alla crisi del sistema territoriale, continua il viaggio de La Stampa fra i problemi della Sanità italiana



Così su «La Stampa»



Su *La Stampa* di ieri, la lettera di Bruno Macchioni, ex primary di Ostetricia all'ospedale di Venaria: «Io, ex primary per 16 giorni in un letto, vi dico che questa sanità è disumana». Macchioni racconta la sua esperienza dopo la frattura di un femore: «Pazienti senza assistenza e sostegno morale, i colleghi si ribellano».



L'INTERVISTA

Gilberto Corbellini

“Il dialogo è il primo farmaco si investa nella comunicazione”

Il docente di storia della medicina: “L'intelligenza artificiale può aiutare”

Personale che scarseggia, dominio della tecnica sulla pratica clinica e approccio economicistico alla sanità. Professor Gilberto Corbellini, dall'alto della sua cattedra di storia della medicina alla Sapienza di Roma, in tutto questo vede il pericolo di una medicina sempre più disumanizzata?

«Grazie alla tecnologia oggi il medico ha maggiori possibilità di fare buone diagnosi e curare al meglio, com'è nelle aspettative del paziente. Però è anche vero che quando non c'erano tac e risonanze il medico passava molto più tempo a parlare con il paziente. E la disumanizzazione di cui parliamo dipende dalla carenza di comunicazione. Ma se ci sono poche risorse economiche e di personale, quest'ultimo lavorando sotto stress finisce per chiudersi in sé stesso per salvaguardare la propria integrità psicologica. Mentre dovremmo iniziare a investire in comunicazione, come hanno fatto negli Usa e in Gran Bretagna».

In quale modo?

«A metà degli anni '90 hanno capito che il principale fattore di insoddisfazione per i trattamenti era l'assenza di dialogo e questo portava alle denunce legali, che a loro volta generano la medicina difensiva, che non fa fare quel che serve se è a rischio. Così i più importanti centri sanitari hanno iniziato ad assumere medici che oltre ad essere bravi sapessero anche comunicare. In Gran Bretagna si sono persino affidati all'intelligenza artificiale».

Ovvero?

«Hanno creato delle piattaforme web in grado di gestire i disturbi dell'umore. Ti registri e il tuo interlocutore virtuale inizia a farti delle domande per sapere qual è il tuo problema. Raccoglie una serie di informazioni che poi gestisce sulla base della psicoterapia cognitivo-comportamentale, l'unica efficace nel gestire queste problematiche. Durante il lockdown ho fatto anche io ricorso a una di queste geniali piattaforme, “Woebot”. Pensi che ogni tanto mi richiama per sapere com'è stato».

Ma l'empatia tra medico in carne e ossa e il suo paziente quanto può incidere su diagnosi e cura?

«Molto, perché il primo farmaco è il medico. Ma non parlerei di empatia perché non posso entrare nella testa delle persone. Piuttosto, come diceva già Galeno nell'antica Roma, direi che si tratta di instaurare un rapporto di simpatia. Nel senso di comprendere la condizione in cui si trova l'altro. Molti studi dimostrano che quando c'è una buona relazione migliora l'aderenza alle terapie e la stessa condizione del malato per una sorta di effetto placebo. Il rapporto fiduciario è indispensabile soprattutto con gli anziani, ma se hai poco personale te lo scordi di poter dedicare mezz'ora a una visita, come sarebbe necessario».

In che misura il burnout che colpisce il personale sanitario finisce per alterare la relazione con il paziente?

«Tantissimo. Ci sono studi che mostrano come la condizione

di burnout e di stress portino a trattare i pazienti come oggetti, pratiche da sbrigare. È un fenomeno ampiamente studiato e conosciuto come “disimpegno morale”».

Non è che anche l'iper-specializzazione medica ha finito per far perdere di vista l'integrità del paziente come persona oltre che come malato?

«Non credo, perché l'iper-specializzazione nasce dall'aspettativa degli stessi pazienti, che esigono trattamenti sempre più efficaci e mirati. Ma questo non deve far dimenticare l'importanza del dialogo».

La tecnologia può far solo bene alla medicina o se male impiegata rischia di disumanizzarla?

«La tecnologia non può essere umana ma algoritmi e intelligenza artificiale ridurranno sempre di più l'errore medico e come ho già detto sono già persino in grado di aprire un dialogo con il paziente. Come tutte le cose, dipende da come la si usa».

E dei medici che usano WhatsApp per parlare con i propri assistiti cosa pensa?

«Se come spesso accade hanno poco tempo è ovvio che ne facciano uso e non è un



LA STAMPA

male. Purché questo non finisca per sostituire poi del tutto il dialogo umano diretto». **Il doppio lavoro dei medici negli ospedali non crea una forma di discriminazione sociale tra chi paga e ha ascolto e chi no?**

«Sì, ma se non migliori le condizioni economiche e di lavoro dei medici non puoi andare poi a dir loro adesso ti levo anche l'opportunità di fare la libera professione. In passato era considerato un privilegio fare il medico. Oggi il 60-70% dichiara che non lo farebbe più».

Nella lettera inviata al nostro giornale l'ex primario torinese, Bruno Macchioni, invita i medici che non vengono messi nella condizione di fare bene il proprio lavoro a dimettersi. Condividi?

«Capisco l'amarrezza di un ex primario che ha anche aspettativa di cura alta. Ma non bisogna enfatizzare gli episodi negativi. Perché nonostante le pessime condizioni di lavoro la stragrande maggioranza dei nostri sanitari fa tutto il possibile e lo fa anche con grande umanità». P.A. RU. —

GILBERTO CORBELLINI
PROFESSORE ALL'UNIVERSITÀ
SAPIENZA DI ROMA



A Londra hanno creato una chat web che ho usato anch'io durante il lockdown: ogni tanto mi chiama per sapere come sto



L'allarme lanciato dai centri di ricerca al ministero

Lotta al cancro sempre più difficile “Mancano risorse e personale”

Servono bioinformatici
e i data manager
Il presidente di Aiom
“Si attivi un percorso
legislativo”

di Michele Bocci

La ricerca è il cuore, spesso sottovalutato, della lotta contro il cancro. Serve a trovare nuovi farmaci e in generale nuove tecniche di cura. In Italia ci sono ben 149 centri dove si studiano soluzioni terapeutiche innovative contro il tumore. Alcuni sono all'avanguardia e hanno una importante produzione di lavori scientifici, altri sono più piccoli. Sono tutti accomunati dalla necessità di avere risorse per lavorare di più e meglio.

I soldi servono a pagare strumentazioni ma anche personale, cioè figure con competenze specifiche che spesso mancano.

A lanciare un appello per dare più respiro alla ricerca è la Ficog, cioè la Federation of italian cooperative oncology groups di Aiom, l'associazione di oncologia medi-

ca. Ieri Ficog ha presentato al ministero alla Salute il primo Annuario dei centri di ricerca oncologica nel nostro Paese, raccontando di successi e spine. È stato anche realizzato uno spot per una campagna di sensibilizzazione che si intitola “Lo sai quanto è importante?”, per ricordare che se oggi il 60% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla diagnosi, e un milione di persone sono guarite, è soprattutto grazie alla ricerca.

In Italia ci sono 29 centri che fanno oltre 40 sperimentazioni e 69 che ne fanno tra 10 e 40. «Restano però forti criticità nella disponibilità di personale – dicono da Ficog – 100 centri sono privi di un bioinformatico, 72 non possono contare sul supporto statistico. E sono troppo pochi i coordinatori di ricerca clinica, i data manager, strutturati».

Secondo il presidente di Aiom, Saverio Cinieri «è indispensabile

individuare un percorso legislativo per il riconoscimento della figura dei data manager».

La ricerca si concentra soprattutto sul tumore della mammella, su quelli gastro-intestinali e su quelli toracici. In Italia circa l'8% dei pazienti in trattamento ogni anno, pari a oltre 15 mila, entra in sperimentazioni cliniche, ma, afferma il presidente Ficog Carmine Pinto, «dovrebbero arrivare almeno al 20%».

Secondo il ministro della Salute, Orazio Schillaci, è «fondamentale porre la ricerca al centro delle politiche sanitarie al fine di rilanciare la sanità nel suo complesso e assicurare le migliori opportunità terapeutiche ai cittadini».



LA LEZIONE DEL COVID

SISTEMA SALUTE DA RIPENSARE

di **Sergio Harari**

Sebbene se ne parli molto meno e anzi si cerchi di non parlarne affatto, il Covid è ancora tra noi.

Da dopo la prima ondata non è facile discriminare chi muore di Covid o con il Covid, e molte polemiche hanno accompagnato queste valutazioni, ma ci si può rifare alla mortalità in eccesso come dato inequivocabile. Carlo La Vecchia, uno dei migliori ricercatori del nostro Paese, ha stimato in 9.631 i morti in eccesso in Italia dall'aprile al giugno 2022 rispetto all'andamento medio negli anni precedenti la pandemia (2011-2019) con un incremento del 6,3%. Nel solo mese di luglio 2022 la mortalità in eccesso ha superato i 12.000 casi, a questo nefasto risultato probabilmente hanno contribuito anche altri fattori, come l'ondata di caldo, ma se consideriamo il quadrimestre aprile-luglio 2022 i decessi in eccesso superano i 21.000 casi (+10,6%) in più dell'atteso in base alla serie storica. La maggior parte dei sog-

getti erano ultrasessantacinquenni, tanto è vero che in un altro studio La Vecchia e colleghi hanno documentato come, dopo la prima ondata pandemica, la perdita in termini di lavoratori attivi sia stata circoscritta e quasi azzerata quando Omicron è poi diventata predominante.

Dobbiamo fare i conti con un problema di salute che, diversamente da altre malattie trasmissibili del passato che erano appannaggio solo dei reparti di infettivologia, interessa tutte le strutture sanitarie: la medicina interna, la pneumologia, le terapie intensive, ecc. Oggi l'impatto sanitario è soprattutto concentrato sui reparti internistici che ricoverano la maggioranza dei pazienti, dovendo comunque continuare a fare fronte a tutte le patologie non Covid.

Se vogliamo imparare dall'esperienza del recente passato, dobbiamo sia sviluppare le competenze e professionalità che per necessità si sono dovute improvvisare nella fase più acuta della pandemia (ricordate gli ortopedici che ventilavano i pazienti?), che avere pronti quei piani e quelle strategie emergenziali che sono mancate: abbiamo ora sufficienti posti letto di terapia semi-intensiva e intensiva? Reparti di

degenza attrezzati? Stanze a pressione negativa, ventilatori ecc.?

Come stiamo affrontando, se la stiamo affrontando, questa nuova entità patologica che è entrata nella nostra sanità, il Covid? Stiamo veramente facendo il meglio per gestire questi pazienti e non sottrarre risorse agli altri? Non va forse, dopo questa drammatica esperienza, ripensato tutto il sistema salute del nostro Paese, destinando anche maggiori risorse e sfruttando le opportunità offerte dal Pnrr?

Ci piacerebbe che più che perdersi a recriminare su quello che tre anni fa si sarebbe potuto fare, si pensasse invece a quello che ora e adesso si deve fare.

sergio@sergioharari.it

**Occasione
Più che recriminare
sul passato, occorre fare
le scelte giuste cogliendo
l'opportunità del Pnrr**



14 mar
2023

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

AZIENDE E REGIONI

Enti accreditati: le falle delle Regioni nel rilascio delle convenzioni e nel controllo dei budget

di *Ettore Jorio**

Gli accreditati contrattualizzati rappresentano, di fatto, una soluzione al dilagare progressivo del mal funzionamento del servizio sanitario pubblico. Il recente dato offerto dall'Istat è allarmante. Sono più di quattro milioni i cittadini che si rivolgono alla assistenza a pagamento a causa delle liste di attesa, spesso al di là dei tempi vitali (si veda *IlSole24Ore* del 14 marzo scorso).

Tutto questo genera un grave disagio nella percezione sociale dei Lea, principalmente a chi è costretto a cercare i soldi per accedere come al servizio da solvente. Per non parlare, di come impedisce a chi non ha quattrini addirittura la percezione dei livelli essenziali di assistenza.

Dunque, un grazie alla concorrenza amministrata di supplire alle deficienze del servizio pubblico a denominazione di origine controllata incapace, da tempo, di dare risposte alla domanda sempre più frenetica.

Intanto, però i poveri piangono, specie quelli che non hanno il cosiddetto "santo in paradiso" che rintracci loro un posto letto decoroso ovvero una diagnosi per immagini salvavita.

A fronte di tutto questo, occorre pretendere che la erogazione delle prestazioni accreditate/contrattualizzate sia la più corretta possibile. Per intanto, generata secondo un preciso fabbisogno epidemiologico, impeditivo di rilasci a gogò, come sta avvenendo in diverse regioni, ove la duplicazione delle postazioni erogatrici private si moltiplica con maggiore velocità di quanto fecero i più nobili "pani e pesci".

Ebbene, i sistemi sanitari regionali stanno in proposito disattendendo a regole ben precise sia in termini di rilascio di accreditamento istituzionale e di contrattualizzazione dei budget che di sorveglianza e controllo.

Quanto alle prime, necessita una maggiore osservanza alle leggi, soprattutto quella recentemente modificata dal Ddl concorrenza 2021 (legge n. 118/2022), che ha profondamente inciso sugli artt. 8 quater e quinquies del vigente d.lgs. 502/1992. Una riscrittura radicale degli anzidetti precetti normativi, atteso che oggi presentano novità importanti, per alcuni versi dimostratrici di una comune ratio legislativa che pretende di mutare le «regole di ingaggio» degli erogatori privati. Tutto questo determinerà non poche modificazioni nella gestione della concorrenza amministrata, posta a baluardo dell'erogazione dei LEA, in un regime di sana competizione tra il pubblico e il privato erogatore.

Una novità, questa, che ha due facce entrambe positive:

-la prima di introdurre una sana e maggiore competizione nel soddisfacimento della programmazione del fabbisogno epidemiologico residuale, comunque fatta quasi



ovunque per modo di dire perché senza rilevazione alcuna, da coprire con accreditamento privato e conseguenti contratti;

-la seconda di sopprimere il rinnovo dovuto dell'accREDITAMENTO e la stipulazione doverosa dei contratti nonché di introdurre un'offerta accreditata privata di maggiore qualità per il cittadino e di convenienza per l'economia pubblica.

Relativamente alle regole agonistiche da applicare regionalmente, sarà compito delle Regioni sapersele dare bene anche alla luce di quello che sarà l'imminente Codice dei contratti.

Il secondo dei temi è quello del doveroso controllo sull'agire degli accreditati/contrattualizzati. Al riguardo, le maglie delle verifiche periodiche e continuative sono invero un po' larghe. Non è infrequente lo svolgimento di attività degli accreditati svolte in termini apertamente contrari alle regole ordinarie. Prioritariamente, a quelle che escludono ogni forma di prestazione professionale resa da medici dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale, anche in modalità libero-professionale (legge 412/1991, art. 4, co. 7). Un divieto assoluto che, ovviamente, investe le prestazioni rese altresì in strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale e, quindi, col medesimo contrattualizzate (legge 662/1996, art. 1, co. 5).

Una ratio legislativa trascurata, quella che pretende di impedire che il dipendente pubblico possa comunque determinare un'influenza negativa sulla struttura pubblica dalla quale è dipendente, attraverso lo sviamento dell'utenza in favore di strutture private che lavorino in nome, per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Le anzidette ragioni di interesse pubblico risiedono nel fatto che una siffatta promiscuità potrebbe ingenerare, anche in relazione ai minori costi organizzativi che tali generi di prestazioni assicurano, se perfezionate in regime di libera-professione, una dannosa e sleale concorrenza nell'ambito delle scelte che l'utenza ha l'opportunità di perfezionare ricorrendo al CUP competitivo, che risulterebbe così viziato nella ragione istitutiva e nell'esito.

**Università degli Studi della Calabria*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

QUASI 126 MLD DI FABBISOGNO SANITARIO STANDARD

Il fabbisogno sanitario nazionale standard, a decorrere dall'anno 2023, sarà pari a 125,9 miliardi e verrà ripartito sulla base dei seguenti criteri: popolazione residente; frequenza dei consumi sanitari per età; tassi di mortalità della popolazione; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni.

Questi ultimi riferimenti verranno individuati tenendo in considerazione alcuni elementi quali l'incidenza della povertà individuale; il livello di bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione della popolazione della regione presa in considerazione.

E' questo quanto si prevede all'interno del decreto che è stato emanato dal

Ministero della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, avente a oggetto la definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Scendendo nello specifico, il provvedimento, che è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale numero 61 del 13 marzo 2023, chiarisce che:

- il 98,5 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando il procedimento dettato dai commi dal 5 all'11 dell'ar-

ticolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, numero 68;

- lo 0,75 per cento delle risorse da trasferire alle regioni è distribuito in base al tasso di mortalità degli under 75 mentre;

- un ultimo 0,75 per cento è assegnato in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

Pasquale Quaranta



DATI FNOPI *Infermieri, violenze nascoste*

Violenze subite e non denunciate per gli operatori sanitari. Una rilevazione effettuata da otto università, capofila Genova, effettuata sugli infermieri che hanno subito violenze fisiche o verbali mette in luce che rispetto ai circa 5mila casi denunciati in un anno ce ne sono 26 volte di più, circa 125.000, non registrati. A comunicarlo la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) nella settimana che segue la giornata na-

zionale per la prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari, che è fissata per il 12 marzo di ogni anno (come previsto dal dm del 27 gennaio 2022).

La Fnopi sottolinea poi come nel 75% dei casi le violenze coinvolgono donne e che nel 40% si è trattato di violenze fisiche. «Vere e proprie aggressioni che hanno lasciato il segno: il 33% delle vittime è caduto in situazioni di burnout e il 10,8%

presenta danni permanenti a livello fisico o psicologico», fanno sapere ancora dalla Federazione.



A «FUORI DAL CORO» I DOCUMENTI CHE INCHIODANO L'AGENZIA «TANTI VACCINATI SENZA ANTICORPI» MA AIFA DIEDDE L'ORDINE: IGNORIAMO

Dalle Regioni piovevano segnalazioni, però venne alzato il muro: «Non si parli di fallimento». Secco no anche ai dirigenti che volevano avviare la vigilanza attiva: «Per sopravvivere, bisogna imparare a non rispondere»

di **MARIANNA CANÈ**

■ Una breccia è stata aperta e così inizia a crollare quella rete di bugie che ha accompagnato tutta la campagna vaccinale, come quando il 15 settembre 2021 l'allora sotto-

segretario alla Salute, Pierpaolo Sileri, diceva in Parlamento: «Ho sentito dire che i vaccinati si prendono il virus e lo trasmettono, (...)»

segue a pagina 3

Le mail che provano i silenzi di Aifa su effetti avversi e flop dei vaccini

«Fuori dal coro» svela che l'ente, ignorando Regioni e ospedali su reinfezioni e mancato sviluppo di anticorpi, rifiutò di parlare di «fallimento» dei sieri. Snobbata pure la farmacovigilanza: «Impariamo a non rispondere»

Segue dalla prima pagina

di **MARIANNA CANÈ**

(...) è una falsità, una bugia».

Le bugie però in questi due anni sono state altre e ieri sera, a *Fuori dal coro*, su Rete 4, sono stati mostrati dei documenti esclusivi, interni all'Aifa, che pongono degli interrogativi su quanto è stato fatto e detto durante tutto il piano di vaccinazione, come nel famoso intervento di **Mario Draghi** durante la conferenza stampa del 22 luglio 2021, in cui l'ex premier disse: «Se non ti vaccini, ti ammali, muori, oppure fai morire».

Documenti che fanno chiedere perché si sia voluto costantemente ignorare l'evidente fallimento dei vaccini contro il Covid cercando di mettere tutto a tacere.

Era il 19 gennaio 2021, la campagna di vaccinazione stava muovendo i primi passi, eppure già qualcosa non anda-

va. La Regione Umbria si accorge che ci sono dei vaccinati che non sviluppano anticorpi e così manda una nota all'Aifa.

La risposta arriva tempestiva, il giorno stesso: «Pur non essendo ancora disponibili chiari criteri di definizione di caso del fallimento vaccinale per i nuovi vaccini Covid, non va indicato il Pt mancanza di efficacia e i Pt correlati». In pratica, nel dubbio, meglio tacere e non segnalare.

Ma l'evidenza è più forte di qualsiasi tentativo di sotterrare la verità.

Infatti passano due mesi e questa volta è il Centro di farmacovigilanza della Regione Liguria a contattare l'Agenzia del farmaco. L'oggetto della comunicazione non lascia

spazio a interpretazioni: «Casi di mancata efficacia del vaccino Comirnaty», ossia il Pfizer.

La struttura responsabile della farmacovigilanza ligure evidenzia dei casi in cui vaccinati con due dosi, a poca di-

stanza dal secondo inoculo, si ammalano di Covid manifestando dei sintomi. E anche questa volta vengono chieste spiegazioni all'Aifa su come poter segnalare l'accaduto. Anzi, la Regione Liguria fa persino un passo in più e chiede espressamente di poter registrare questi eventi come gravi casi di mancanza di efficacia. Per fare questo cita nella comunicazione una indicazione dell'Aifa stessa del 2018, quindi pre pandemia: «La reazione è grave quando viene riportata la mancanza di efficacia per alcuni prodotti [...] come i vaccini». Per i liguri questa nota del 2018 basta per poter di-



VERITÀ

chiarare che in quei casi di contagio il vaccino ha fallito. Purtroppo però anche in questa volta viene messo tutto a tacere.

Dai documenti mostrati ieri sera durante la diretta del programma condotto da **Mario Giordano**, emerge come il tentativo di non segnalare, con il passare del tempo, diventi così spudorato che sono gli stessi funzionari dell'Agenzia del farmaco a sollevare dei dubbi.

In un altro documento interno, infatti, una funzionaria chiede spiegazioni sul perché i casi di contagio dei vaccinati non debbano essere considerati come dei fallimenti vaccinali, se mancano gli anticorpi indotti dal siero.

La donna scrive ai colleghi: «Vi chiederei di spiegarmi la differenza tra fallimento vaccinale e assenza di anticorpi indotti da vaccino». Le viene risposto: «La nostra idea è che assenza di anticorpi indotti da vaccino si configuri come una reazione avversa diversa da fallimento vaccinale...».

Questo però sembra mandare su tutte le furie la funzionaria che quindi rincara la dose: «Io all'Università ho studiato che lo scopo della vaccinazione è stimolare il sistema immunitario a produrre anticorpi. Se il vaccino non ha prodotto anticorpi che effetto ha avuto nella persona a cui è stato somministrato? A rigor di logica nullo, ovvero mancanza di efficacia e quindi fallimento vaccinale».

E a confermare la posizione della donna è anche il dottor **Maurizio Federico**, dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità, che ai microfoni di *Fuori dal coro*, parlando a titolo strettamente personale, ha sottolineato: «Tutti i vaccini hanno lo scopo di stimolare il sistema immunitario a produrre anticorpi. Se quindi non genera anticorpi è difficile che funzioni».

Sembra tutto abbastanza chiaro: un vaccino per funzionare deve produrre anticorpi, eppure per l'Aifa continua a essere un problema ammettere il fallimento vaccinale.

In un altro documento interno, nel servizio di *Fuori dal coro*, viene mostrata la risposta data alla funzionaria che poneva il dubbio: «Se facciamo passare come fallimento vaccinale l'assenza degli anticorpi, siamo fuori dalle indicazioni Ema [...]. Per questo pensavamo di farle modificare togliendo fallimento vaccinale».

Quindi per la scienza se non ci sono anticorpi, il vaccino ha fallito, eppure per l'Aifa non è così e lo ribadisce anche qualche mese fa rispondendo a una segnalazione degli Spedali Civili Brescia.

La struttura ospedaliera lombarda a novembre scorso segnala un «elevato numero di casi di inefficacia di vaccini anti Covid-19» e così l'Agenzia del farmaco si mette in allarme, chiedendo spiegazioni.

Nel farlo cita le quattro condizioni necessarie per le quali può essere dichiarato il fallimento vaccinale, due però fanno sorgere dei dubbi: test molecolare positivo e presenza di sintomi. Per l'Aifa quindi non si è di fronte a un fallimento

vaccinale se, pur essendo positivo al tampone rapido, il vaccinato contagiato non fa il ben più costoso e meno diffuso molecolare. E poi vengono eliminati dalla statistica tutti gli asintomatici. Insomma, sembra che in questo tentativo di dover definire per forza dei criteri, siano stati scelti quelli che permettono di inserire meno casi possibili.

Ma vi è di più. L'Agenzia del farmaco avrebbe dovuto far partire dei progetti di vigilanza attiva per i danneggiati dal vaccino, in modo da monitorare in prima persona l'evolversi di eventuali patologie. Progetti che però non sono mai partiti. E quando vengono chieste spiegazioni su che fine abbiano fatto i così detti *Vigicovid*, l'Aifa scrive: «Il progetto *Vigicovid* non deve essere considerato. [...] Se vogliamo sopravvivere a tutto quello che sta arrivando occorre imparare anche a non rispondere [...]».

Peccato però che la trasparenza sia un obbligo per gli enti pubblici, perché senza trasparenza si può mentire e imporre decisioni senza alcun fondamento scientifico.

*Qualcuno obiettava:
«Se quell'antidoto
non immunizza, quale
effetto ha prodotto?»*

*I dirigenti scrissero:
ammettere il fiasco
significava star fuori
dai parametri Ema*



L'uomo dei divieti faceva lo gnorri

Dalle carte dell'indagine di Bergamo si scopre che Ricciardi pretese lo stop alle messe sentito dalle toghe, però, giurava: «Con Speranza parlavo solo di rapporti con l'estero»

di **ALESSANDRO RICO**

■ Non so, non ho visto, se c'ero dormivo. Il drammaturgo **Luigi Lunari** avrebbe potuto usare il titolo di un suo cabaret, per descrivere la chiacchierata di **Walter Ricciardi**, superconsulente dell'ex ministro **Roberto Speranza**, con i magistrati che indagavano su zona rossa in Lombardia e mancato aggiornamento del piano pandemico. Il contenuto di quella conversazione, che il prof della Cattolica intrattenne in quanto informato sui fatti, sono agli atti dell'inchiesta.

È il 18 giugno 2020. **Ricciardi** si confronta, negli uffici della Gdf a Roma, con i sostituti procuratori **Fabrizio Gaverini** e **Silvia Marchina** e con il luogotenente dei carabinieri presso la Procura di Bergamo, **Leonardo Fazio**. In quell'occasione, l'uomo che pure si auto-definisce «il più chiusurista» e che, in effetti, farà scuola a **Speranza** sulla filosofia del Covid zero, sorprendentemente parla come se fosse un passante, anziché uno dei protagonisti delle decisioni - sgangherate - assunte dal governo giallo-rosso. «Episodicamente», riferisce ad esempio alle toghe, «ho partecipato alle riunioni del Cts e ad altre riunioni operative». I magistrati gli chiedono: «Lei ha partecipato alle riunioni del Cts in cui si discuteva della zona rossa di Codogno?». Risposta: «Che io ricordi, no; forse potrei averne parlato a margine di qualche riunione ma non ho invece partecipato a riunioni specifiche sul punto». Naturale, se il suo contributo era solo «episodico». «Mi sono concentrato», spiega

Ricciardi, «sui rapporti internazionali». Come quando scrisse al ministro il discorso pronunciato il 6 marzo al vertice di Bruxelles con gli omologhi europei. Però, «non ero a conoscenza dei casi di Nembro e Alzano», scoperti in seguito a «colloqui informali» con **Silvio Brusaferrò**, presidente dell'Iss. Quando uno è troppo occupato a curare i rapporti con i Paesi esteri, capita che gli sfugga qualcosa in patria. «Il 26 febbraio 2020», insistono i sostituti procuratori, «c'è stato un incontro del Cts alla presenza del ministro **Speranza**, nel quale non si ritenevano sussistere le condizioni per l'estensione delle zone rosse ad altre aree oltre a quelle fino ad allora individuate. Il ministro ne ha parlato con lei?». Secondo voi? «No, francamente non ricordo. Sulle decisioni interne sono entrato poco, salve le mie competenze specifiche come professore d'igiene». D'altronde, sottolinea ancora **Ricciardi**, «i miei rapporti con lui (**Speranza**, ndr) riguardavano le relazioni internazionali». Ancora: «L'interlocuzione che avevamo riguardava prevalentemente i rapporti internazionali; in alcuni casi, poi, il ministro mi chiedeva opinioni e valutazioni in merito all'evolversi della situazione».

Strano. Dalle chat in possesso degli inquirenti, emerge un quadro differente. In un messaggio, **Giuseppe Ruocco**, uno dei dirigenti del dicastero di lungotevere Ripa, rivela alla confidente Livia che è stato proprio **Ricciardi** ad aver «opposto assoluto divieto alle messe [...] mettendomi difficoltà il ministro perché con

Conte (*Giuseppe, il premier, ndr*) avevamo aperto a forme intermedie (solo infrasettimanali, cose così)». Possibile che l'uomo che si limitava a curare le relazioni con l'estero, convincendo gli altri Paesi che bisognava aderire «alle nostre indicazioni» e che noi stavamo «agendo correttamente», arrivasse a prescrivere una misura così grave - e inutile - come il blocco delle funzioni religiose? Se nulla sapeva di zone rosse e Comuni lombardi nel caos, in virtù di cosa **Ricciardi** si sarebbe fatto latore di certi provvedimenti? E per quale ragione affollava i salotti tv e le pagine dei giornali, proclamando un giorno sì e l'altro pure la necessità dei lockdown?

Forse, l'ex attore ha una certa propensione a sottovalutarsi. Nell'ultimo numero di *Famiglia Cristiana*, **Ricciardi** pontifica sulla sanità in crisi, contestando il ricorso a medici a gettone e invocando «investimenti». Come mai non ottenne che si aprissero i cordoni della borsa quando dirigeva l'Iss? Per cui, anzi, organizzò una spending review, facendo chiudere il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute? Anche lì doveva gestire i rapporti internazionali? Anche allora non sapeva, non vedeva e, se c'era, dormiva?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



14 mar
2023

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

Tumori: 149 centri di ricerca ma più della metà al Nord, servono risorse e personale

In Italia sono 149 i centri censiti che conducono ricerche cliniche in oncologia. Il 91% ha una radiologia accreditata in sede, il 76% è dotato di un'anatomia patologica e il 68% di un laboratorio di biologia molecolare, aspetto molto importante per il ruolo centrale della medicina di precisione. Quasi la metà dei centri (69) svolge un buon numero di sperimentazioni ogni anno, compreso fra 10 e 40, e 29 strutture superano i 40 trial. Restano però forti criticità nella disponibilità di personale e di una solida infrastruttura, indispensabili per garantire la qualità degli studi: il 67% (100 centri) è privo di un bioinformatico, il 48% (72) non può contare sul supporto statistico. E sono troppo pochi i coordinatori di ricerca clinica (data manager) strutturati, i ricercatori e gli infermieri di ricerca. Sono carenti anche le strutture informatiche disponibili, infatti solo il 40% può utilizzare un sistema di elaborazione di dati. Inoltre, vi sono forti differenze territoriali, perché oltre la metà delle strutture di ricerca in oncologia (78 su 149) si trova al Nord, 38 al Centro e solo 33 al Sud. E' la fotografia è scattata dal primo "Annuario dei Centri di Ricerca Oncologica in Italia", promosso dalla Federation of Italian Cooperative Oncology Groups (FICOG) e dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), un vero e proprio censimento delle strutture che realizzano sperimentazioni sui tumori nel nostro Paese, presentato oggi al ministero della Salute in occasione della prima Giornata nazionale dei Gruppi Cooperativi per la Ricerca in Oncologia, promossa da FICOG, un evento che si celebrerà ogni anno per sensibilizzare i cittadini sull'importanza dei trial clinici indipendenti. "Con questo volume offriamo alle Istituzioni uno strumento concreto per l'individuazione dei centri che possono rispondere ai nuovi requisiti stabiliti dal Regolamento europeo 536 del 2014 sulle sperimentazioni cliniche – afferma **Carminé Pinto**, presidente FICOG -. Gli studi condotti in Italia hanno cambiato la pratica clinica a livello nazionale e internazionale in diversi tipi di tumori, portando alla modifica di linee guida e raccomandazioni. Ma servono personale, infrastrutture digitali, risorse economiche e organizzative. Il finanziamento pubblico in questo settore è, da sempre, sottodimensionato nel nostro Paese. Siamo agli ultimi posti in Europa per finanziamenti. Se la ricerca è centrale per lo sviluppo e l'innovazione, allora è indispensabile definire e attuare una strategia unitaria e un piano nazionale. Non è più procrastinabile la realizzazione della Rete Nazionale per la Ricerca Clinica, fondamentale anche per attrarre investimenti privati. La programmazione va declinata anche a livello locale, con la piena istituzione delle Reti Oncologiche Regionali, che possono promuovere e facilitare le sperimentazioni da un punto di vista progettuale, gestionale e amministrativo. In questo modo potranno essere colmate le differenze territoriali, che vedono la maggior parte dei centri al Nord". La Regione che vanta più strutture è la Lombardia (28), seguita da Lazio (18), Piemonte (15), Veneto (14) ed Emilia-Romagna (13). I tumori su cui si concentra il maggior numero di sperimentazioni sono



quelli mammari, gastro-intestinali, toracici, urologici e ginecologici.

“La produzione scientifica italiana è all'avanguardia in molti ambiti e i riconoscimenti alle nostre Scuole a livello internazionale sono molteplici – spiega il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, nella prefazione del libro -. Mai come adesso siamo consapevoli dell'eccellenza delle ricercatrici e dei ricercatori italiani e, da anni, in Italia, sono attivi i Gruppi cooperativi che hanno proprio il compito di sviluppare la ricerca clinica nei diversi settori e hanno prodotto lavori divenuti pietre miliari dell'Oncologia Medica a livello mondiale. Da medico e da ministro della Salute, ritengo fondamentale porre la ricerca al centro delle politiche sanitarie e delle attività del Servizio Sanitario Nazionale, al fine di rilanciare la sanità nel suo complesso e assicurare le migliori opportunità terapeutiche ai cittadini. Adeguatamente supportata attraverso iniziative di sostegno alla ricerca, l'oncologia medica può costituire un motore di sviluppo non solo scientifico, ma anche economico e sociale”. Nel 2022, in Italia, sono state stimate 390.700 nuove diagnosi di cancro. In due anni, l'incremento è stato di 14.100 casi. “Quasi il 40% delle sperimentazioni condotte nel nostro Paese riguarda l'Oncologia – afferma **Saverio Cinieri**, presidente AIOM -. La gestione dei trial clinici sta diventando sempre più complessa e richiede competenze specifiche e multidisciplinari. È importante disporre di diverse figure professionali, come i coordinatori di ricerca clinica, cioè i data manager, gli infermieri di ricerca, i biostatistici, gli esperti in revisione di budget e contratti. In particolare, i coordinatori di ricerca clinica sono figure fondamentali, perché deputate alla gestione dei dati all'interno delle sperimentazioni. Dove sono presenti, si registra un importante aumento delle performance del centro, che si traduce nell'arruolamento dei pazienti, in alti standard qualitativi, nella salvaguardia del benessere delle persone negli studi e nell'ottimizzazione dei processi. Però un vuoto normativo non permette di strutturarli all'interno dei team, limitando il loro impiego con contratti libero professionali, borse di studio e assegni di ricerca”. “Assistiamo, quindi, a una costante migrazione di personale esperto e qualificato verso aziende farmaceutiche e organizzazioni di ricerca a contratto – continua Cinieri -. È indispensabile individuare, con l'aiuto delle Istituzioni, un percorso legislativo per il riconoscimento dei data manager”.

Il Regolamento europeo 536 del 2014 ha armonizzato il processo di valutazione e autorizzazione di uno studio clinico condotto in più Stati membri. E l'Italia si è finalmente adeguata alla normativa comunitaria, grazie ai quattro decreti firmati dal ministro della Salute (pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 31 del 7 febbraio 2023). “Il Regolamento europeo rappresenta un'ottima opportunità per superare le attuali criticità – continua Pinto -. Standardizza e semplifica la ricerca clinica ma, al tempo stesso, garantisce la qualità degli studi e la partecipazione dei pazienti. Dal nostro censimento emerge come il tempo medio di valutazione di uno studio da parte del Comitato Etico sia, nella maggior parte dei casi (68%), di 4-8 settimane. È compreso fra uno e due mesi anche il tempo medio richiesto per la firma del contratto. Il Regolamento europeo porterà a velocizzare le procedure autorizzative e ad eliminare vincoli burocratici e richieste di documentazione spesso eterogenee e ridondanti”.

“La partecipazione diretta delle associazioni dei pazienti nelle attività di ricerca promosse dalla Commissione Europea rappresenta oggi una realtà – sottolinea **Francesco De Lorenzo**, presidente FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) -. Inoltre, è recente l'approvazione all'unanimità da parte della Camera dei Deputati di una mozione in cui è raccomandato al Governo di coinvolgere e ascoltare i pazienti continuativamente sin dalle prime fasi dei processi decisionali: dalle sperimentazioni, alle gare, ai comitati etici, alla programmazione. Considerato che la ricerca clinica deve essere 'patient centred', la mozione impegna l'Esecutivo a prevedere nei bandi di ricerca nazionali quanto già previsto dalla Commissione Europea, ossia considerare valore aggiunto la collaborazione delle associazioni dei pazienti alla co-progettazione e gestione dei progetti”. “Il legislatore, pertanto, deve adeguare la normativa a quanto stabilito a livello europeo – continua Francesco De Lorenzo -. Finora le associazioni hanno collaborato perché coinvolte dagli oncologi, che ringraziamo, ma serve una iniziativa legislativa specifica. Vanno inoltre

superati i pregiudizi ancora presenti per la partecipazione agli studi clinici, che consentono di accedere, anche anni prima dell'immissione in commercio, a una terapia innovativa e contribuire alla disponibilità della cura per altri pazienti colpiti dalla stessa neoplasia”.

Al ministero della Salute è stato presentato anche lo spot, che è parte della campagna di sensibilizzazione “Lo sai quanto è importante?” e che sarà diffuso nei social network e in Tv. “È indispensabile promuovere una corretta informazione e partecipazione – conclude Pinto -. Ci rivolgiamo direttamente ai cittadini per comunicare il valore della ricerca ed il suo ruolo imprescindibile per i progressi nelle conoscenze e nelle strategie di controllo e cura dei tumori. Soprattutto grazie alla ricerca, oggi il 60% dei pazienti è vivo a 5 anni dalla diagnosi e un milione di persone può essere considerato guarito”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 mar
2023

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI



Cipomo: a rischio la pari opportunità di accesso alle terapie oncologiche innovative

Sono le nuove frontiere per la gestione dei tumori, eppure le tecnologie Next generation sequencing (NGS), test di profilazione genomica in grado di analizzare l'intero genoma umano, e i Molecular Tumor Board (MTB), team interdisciplinari di esperti dedicati all'interpretazione clinica dei nuovi dati disponibili, non sono implementati in modo omogeneo in Italia. Una disparità che



potenzialmente mette a rischio le pari opportunità di accesso alle terapie innovative per i pazienti. L'offerta dei servizi è infatti eterogenea. Nei Centri specializzati per terapie oncologiche il sequenziamento di nuova generazione NGS è utilizzato solo nel 50% dei casi. I MTB sono presenti a macchia di leopardo, in 13 Regioni su 19 e con una grande variabilità di modelli organizzativi. Sette i MTB regionali censiti, ma ci sono anche gruppi intraregionali aziendali o di rete. Soprattutto un terzo dei professionisti (il 33,6%) non ha accesso al team.

Sono questi i principali risultati emersi dalla Survey nazionale condotta dal Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) nell'ambito del Progetto Oncologia di Precisione, pubblicati sulla rivista internazionale *The Oncologist* (G. Fasola et al.). La pubblicazione avviene in coincidenza con l'invio in Conferenza Stato Regioni della bozza di Decreto che istituisce i Molecular Tumor Board e individua i Centri specialistici per l'esecuzione dei test per la profilassi genomica estesa NGS. Risultati che offrono quindi una chiave di lettura per sciogliere i nodi organizzativi.

Complessivamente, hanno partecipato all'indagine condotta dal 10 al 28 febbraio 2022 129 Direttori di Dipartimenti di Oncologia medica di 19 regioni Italiane (di cui 2 Province autonome) rappresentativi di oltre il 98,5% della popolazione italiana e di diverse istituzioni, tra cui aziende sanitarie (45,1%), ospedali pubblici (36,3%), ospedali universitari pubblici (10,6%), istituti scientifici di ricerca (3,5%) e professionisti privati (0,9%). Nelle Aziende che utilizzano il sequenziamento NGS, i laboratori sono collocati nell'81,4% dei casi internamente alla struttura o nella rete regionale. Solo il 18,6% si rivolge a servizi privati. Per quanto riguarda gli aspetti legati al rimborso, la maggior parte degli intervistati (57,7%) non sapeva se la propria Regione avesse definito tariffe specifiche per questo tipo di analisi.

I MTB erano presenti e formalmente decretati, al momento della Survey, in Piemonte, Liguria, Lombardia, FVG, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Campania e Sicilia. In Puglia era presente ma non ancora formalmente decretato. Il 43,7% dei professionisti afferma di non aver mai avuto bisogno di segnalare al MTB casi per consulenza e il 32,4% ritiene che l'attuale organizzazione delle MTB nel proprio contesto non soddisfi le proprie esigenze.

Chiedendo ai professionisti quale sia livello più opportuno per l'istituzione di un MTB è emerso che il 38,6% preferirebbe un MTB regionale, il 43,6% ritiene più funzionale un livello intraregionale (33,7% nella rete Hub&Spoke, il 7,9% come singolo Hub e il 2%

come unico Spoke) e il 17,8% considera che la coesistenza di una MTB locale per l'attività clinica di routine e di un MTB regionale di coordinamento possa essere la soluzione migliore.

La registrazione delle attività cliniche dei MTB è fondamentale, tuttavia, il 31,3% degli intervistati ha riportato di non essere a conoscenza dell'esistenza di un database per le discussioni di MTB, il 26,9% ha affermato di non utilizzarne alcuno, il 41,8% ha riportato l'utilizzo di un database in diverse forme per tenere traccia dei dati di discussione MTB (il 22,4% database locale, il 14,9% database regionale, il 4,5% utilizza piattaforme online). Dalla Survey è emerso inoltre un orientamento netto a favore di una composizione agile dei MTB, che veda presenti stabilmente alcune figure chiave (oncologi, patologi, biologi molecolari, genetisti, farmacisti e case manager) in numero inferiore rispetto ai primi MTB regionali istituiti che comprendevano molte più figure professionali. Tutti i Direttori hanno concordato con la presenza di un oncologo (100%) e la maggioranza la ritiene indispensabile per un MTB la presenza di: biologi molecolari (96%), patologi (92%), genetisti (76%), farmacisti ospedalieri (60%) e case manager (57%). Altri professionisti, indicati da meno della metà dei rispondenti, sono: ematologi (48%), bioinformatici (37%), rappresentanti dei pazienti (33%), bioeticisti (33%), infermieri ricercatori (28%), farmacologi (27%), chirurghi (26%), radiologi (21%), infermieri esperti in oncologia (20%), direttori scientifici (19%), epidemiologi (15%), medici legali (10%), direttori medici (10%), direttori sanitari (9%), o altri (2%).

Altro nodo è quello del consenso informato, gestito in modo diverso nelle varie realtà analizzate. Il 53,5% degli oncologi intervistati riferisce che è richiesto un consenso per le analisi molecolari, il 36,6% che non viene richiesto in quanto implicito nel percorso diagnostico-terapeutico e il 9,9% che il consenso ai pazienti è richiesto solo per l'analisi NGS. Una eterogeneità che chiama in causa la necessità di indirizzi chiari da parte del Ministero della Salute per l'acquisizione del consenso dei pazienti nell'effettuare queste indagini.

“I risultati di questa Survey confermano la necessità di un lavoro comune continuo tra i professionisti e le Istituzioni di Governo sui fronti in rapida evoluzione dell'Oncologia medica – afferma **Gianpiero Fasola**, direttore Dipartimento ad attività integrata di Oncologia e Direttore SOC di Oncologia presso l'Azienda Ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia Asu Friuli Centrale – le dinamiche della nostra disciplina sono molto veloci: se non adeguiamo tempestivamente l'organizzazione, corriamo il rischio di non portare a tutti i pazienti i benefici dell'innovazione”.

“Sulla base di questa analisi – dichiara **Luigi Cavanna**, presidente del Cipomo – le Istituzioni di Governo possono trarre utili spunti per affinare i provvedimenti e per applicarli nei diversi ambiti. Bisogna tener conto degli elementi essenziali necessari per rendere l'Oncologia di Precisione fruibile a tutti i potenziali destinatari, in modo appropriato e sostenibile. Tra questi: la popolazione e l'estensione geografica, i modelli organizzativi, le esperienze già in corso e le dinamiche di veloce evoluzione delle conoscenze”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quei farmaci sorvegliati speciali

di Maddalena Bonaccorso

In un mondo che si vorrebbe affrancato dalla malattia e dalla sofferenza, il rischio del paradosso è dietro l'angolo: aver paura di ciò di cui non si deve. Della scienza, dei farmaci. La nostra aspettativa di essere sempre più sani e più longevi fatica ancora a capire sino in fondo il rapporto rischio-beneficio che guida le scelte, e può fare la differenza tra la vita e la morte. Un rapporto che sta alla base della revisione dei farmaci, quella procedura che impone una serie di «stop and go» per medicinali che magari sono sul mercato da anni se non da decenni e che - a un certo punto, in un certo Paese, o in una certa categoria di persone - danno vita a fenomeni inaspettati e dannosi.

Proprio ciò che è successo in Europa con alcuni diffusissimi prodotti contro raffreddore e influenza, contenenti pseudoefedrina. Medicinali da banco sui quali grava il sospetto di causare gravi patologie dei vasi sanguigni del cervello: nella fattispecie la sindrome da encefalopatia posteriore reversibile (PRES) e la sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile (RCVS). Per questo sono ora sottoposti a revisione da parte dell'European Medicines Agency, ente regolatorio che vigila sui farmaci e ne autorizza o meno la sperimentazione, la messa in commercio e la vendita continuata.

«Dobbiamo premettere che il processo di revisione è partito per la segnalazione di solo 10 eventi avversi - su milioni di consumatori - concentrati tutti in Francia» spiega Guido Rasi, già direttore di Ema (Agenzia europea per i farmaci) e ordinario di Microbiologia all'Università Tor Vergata di Roma. «A seguito di queste segnalazioni, che sono attive, cioè possono essere eseguite direttamente dai pazienti sul sito dell'Ema o attraverso medici di famiglia e ospedalieri, è partito quello che tecnicamente si chiama "referral": un processo revisionale di sicurezza, realizzato con algoritmi potenti e sempre implementati, che nel caso della pseudoefedrina, che comunque già

nel foglietto illustrativo indicava rischio di ictus, infarto e altri eventi avversi, si concluderà in maggio». A quel punto, si deciderà se lasciare tutto così com'è, se cambiare le indicazioni e/o le dosi nel foglietto illustrativo, se privarli dello status di prodotti da banco e collocarli tra quelli soggetti a prescrizione

medica, o se sospenderli del tutto.

«All'inizio di ogni referral, e consideriamo che Ema ne porta avanti diverse decine ogni anno» prosegue Rasi «nessuno è in grado di sapere quali delle quattro decisioni verrà presa e come si concluderà ogni processo: occorre attendere la fine degli studi. Il caso della pseudoefedrina non è grave né particolarmente allarmante: infatti, se si ravvisano per determinati farmaci pericoli gravi e immediati per la salute pubblica, si procede invece con il "rapid alert", in seguito al quale il medicinale viene sospeso e ritirato in tempi brevissimi, in attesa di successivi approfondimenti».

Tutto sembrerebbe, quindi, lineare e sicuro: il problema di fondo, tuttavia, è un concetto generale molto ampio e complesso che si basa sulla fiducia, sulla scienza, sulla fallibilità e sul rischio. «Intanto va detto chiaramente che il farmaco sicuro al 100 per cento non esiste» spiega ancora Rasi «ma che si lavora, sempre, per i farmaci, i vaccini e per qualsiasi atto medico, sul crinale del rapporto rischio-beneficio, che non è fisso e costante ma cambia nel tempo. Per questo i medicinali vanno sottoposti ad aggiornamenti periodici».

Ultimamente sono state avviate revisioni sull'uso del topiramato (farmaco contro l'epilessia) nelle donne in gravidanza, a seguito di uno studio che aveva evidenziato un possibile aumento del rischio di disturbi del neurosviluppo, dello spettro autistico e disabilità intellettiva nei piccoli le cui madri avevano assunto topiramato durante la gestazione.

Inoltre, Ema nei mesi scorsi ha indagato anche sui farmaci contenenti folcodina, usati per trattare la tosse secca, temendo che l'uso possa causare reazioni anafilattiche in corso di anestesia generale. Un'altra lente d'ingrandimento è stata posta sul nemegestrolo, usato per i dolori mestruali e nella terapia ormonale sostitutiva



e sospettato di essere a rischio per il meningioma (un tumore cerebrale benigno), e sulla terlipressina, medicinale per la sindrome epatorenale che potrebbe dare disturbi respiratori. Ma sono solo alcuni dei molteplici esempi che si potrebbero fare, perché i referral sono continui, proprio per garantire maggiore sicurezza.

La formula rischio-beneficio che regola sperimentazione, approvazione e «vita» dei farmaci negli ospedali, nelle farmacie e nelle nostre case, è il fondamento della pratica clinica: ma è indubbio che, per i pazienti costretti ad assumere medicine, magari tante e in dosaggi non indifferenti, questi fenomeni di revisione - e a volte ritiro dal commercio - risultino inquietanti. E spingano a chiedersi se, quando il farmaco entra in commercio, non siamo proprio noi malati a costituire l'ultima sperimentazione, la cosiddetta «sorveglianza post-marketing»?

«Dobbiamo essere molto chiari» conclude il professore. «Quando un farmaco va in commercio è perché gli studi hanno dimostrato che è utile, per una determinata patologia e una determinata platea di pazienti: quindi i test clinici sono terminati. Però

nessuna sperimentazione può dare tutte le possibili variabili di una popolazione. Se un paziente è contemporaneamente diabetico, iperteso, magari neoplastico e con insufficienza renale, sicuramente quella determinata popolazione con quelle concomitanti patologie non è stata studiata sul farmaco. Solo l'osservazione in "real life" ce lo può dire».

E magari, a monte sarebbe utile rendere più veloce e intuitivo il sistema di segnalazione di eventi avversi, coinvolgendo le farmacie (già in molte regioni, ma non in tutte, è possibile compilare i moduli di segnalazione) e con campagne informative mirate e davvero comprensibili.

Quel che è certo è che bisogna essere consapevoli che anche nel terzo millennio delle supertecnologie e dei progressi scientifici, nessuna terapia può garantirci - al di là di ogni ragionevole dubbio - di farci guarire e di non farci del male. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il processo di revisione dei medicinali contenenti pseudoefedrina è partito dopo la segnalazione di 10 eventi avversi gravi avvenuti in Francia.

Non c'è solo l'efedrina, sottoposta a revisione per alcuni effetti avversi. Anche altri medicinali sollevano perplessità. Significa che non possiamo mai fidarci del tutto?

«Soltanto l'osservazione "real life" può darci tutte le varianti di una popolazione»



Guido Rasi, già direttore dell'EMA



Perché per il raffreddore non esistono terapie

Ma se invece di imbottirci di medicinali contro il raffreddore e di utilizzare ogni tipo di spray nasale nel vano tentativo di eliminare malessere, naso che cola e lacrimazione, provassimo a sopportare? È sempre valido l'antico «detto» del raffreddore che, se curato, dura sette giorni e se non curato dura una settimana?

Dagli ambulatori medici dicono di sì: «Il raffreddore è di origine virale» spiega Fabio Fichera, da più di 30 anni medico di medicina generale «quindi non abbiamo alcuna terapia che

possa agire sulla causa e ridurre i tempi di malattia. Riguardo ai vasocostrittori, che molti utilizzano, danno una transitoria riduzione delle secrezioni, ma hanno effetti collaterali notevoli e al termine dell'azione un effetto paradossale con aumento

delle secrezioni stesse».

E riguardo alla tendenza all'automedicazione (aumentata del 19 per cento dal 2019 a oggi) per cui si prende l'antibiotico che è in casa anche per malesseri leggeri, rischiando di innescare farmaco-resistenza, i medici

allargano le braccia: «Sappiamo che il fenomeno è in crescita» continua Fichera «ma a noi sfugge, perché il paziente, a meno di problemi dopo l'assunzione del farmaco, non viene a raccontarci di aver preso medicine non prescritte. Ma può andare incontro a interazioni potenzialmente pericolose». Sempre meglio affidarsi dunque al proprio dottore: proprio perché il farmaco sicuro al 100 per cento non esiste, è bene che ognuno faccia il proprio mestiere. (M.B.)



Nell'imminenza del 17 marzo, Giornata Mondiale del Sonno, la sleep coach Beth Kendall consiglia il Tapping: bastano alcune semplici pressioni in punti precisi del volto per evitare risvegli notturni

L'automassaggio soft può battere l'insonnia

LA TECNICA

Se mettere l'insonnia ko è anche il vostro sogno, semplici tecniche di automassaggio, la sera prima di coricarsi, possono essere d'aiuto nel rilassamento profondo di corpo e mente. In occasione dell'imminente Giornata Mondiale del Sonno (World Sleep Day), venerdì 17 marzo, la sleep coach Beth Kendall (coach del sonno statunitense, nota a livello internazionale) dà pratici consigli, molto utili specialmente in età Silver over 60, per praticare il Tapping, l'automassaggio con cui, grazie a semplici pressioni dei polpastrelli su determinate zone delle tempie e della fronte, si possono avere miglioramenti sulla qualità del sonno e sui risvegli notturni.

IL FISIOTERAPISTA
Dal suo studio nel Minnesota, dell'obiettivo del rilassamento notturno grazie al Tapping la Kendall ha fatto una mission di vita (www.bethkendall.com). In Italia, secondo i dati dell'AIMS (Associazione Italiana per la Medicina del Sonno) sono 12 milioni le persone che soffrono di insonnia cronica o transitoria, con le problematiche correlate a questo disagio. Ma come possono facilitare sequenze di automassaggio, come il Tapping, aiutarci a ricambiare la fase del sonno? Kendall parte da un assunto fonda-

mentale, ovvero che «il sonno è un processo completamente passivo», e a nulla serve concentrarsi mentalmente sull'idea di «dover dormire».

IL PERCORSO

La tecnica di Tapping proposta dalla sleep coach si basa su un percorso di studi di programmazione neurolinguistica ed EFT (Emotional Freedom Technique) elaborati da Robert Smith, ingegnere neuroplastico e comportamentale, fra i maggiori esperti di stress e trauma negli Usa, fondatore del metodo Eutaptics Faster Eft. Questa tecnica, ideale da praticare prima di andare a dormire, si basa sui punti della digitopressione nella medicina cinese. Stimolando con le dita determinate zone del viso si vanno a lenire stress, tensione, nervosismo accumulati nella giornata. Ecco perché è importante, con i polpastrelli delle mani, massaggiare, in modo circolare e soft, e tamburellare dolcemente queste zone del volto: la radice nasale (fra le sopracciglia), le tempie, gli zigomi e poco sotto le clavicole, ai lati dello sterno, rimanendo circa 2 minuti su ogni zona elencata. Sollecitando questi punti si invia un segnale calmante all'amigdala, l'area del cervello dove vengono elaborate le emozioni.

Il Tapping finalizzato al benessere psicofisico ha origini remote in Oriente, ma è stato messo a punto per il mondo occidentale negli anni '80 dallo psicologo americano Roger Callahan, esperto di medicina cinese e agopuntura. Oggi l'automassaggio è anche "virale". Sul canale YouTube Qigong Meditation sono approfondite varie tecniche di Tapping per rilassarsi e attutire momenti di rabbia o ansia: prima di andare a letto viene suggerita la digitopressione sul punto Anmian (punto di pressione del sonno nell'agopuntura) con piccoli cerchietti in senso orario dell'indice e del medio sull'osso mastoideo, proprio dietro ogni orecchio.

LE VARIANTI
«L'automassaggio rappresenta un momento di contatto con il proprio corpo, in cui favorire il rilassamento e ricentrarsi nel qui ed ora», conferma Roberto Barbaro, fisioterapista e osteopata. «Per agevolare il sonno consiglio anche l'utilizzo dello still point inducer, che si realizza con due palline da tennis strette in un calzino. Si posiziona da sdraiati dietro la nuca, e si effettuano respirazioni profonde per 3 minuti: l'effetto è una stimolazione del sistema nervoso vagale che induce il rilassamento profondo. Un altro automassaggio dal potere rilassante lo si può fare effettuando 5 lievi massaggi con le proprie mani dietro la testa, sui muscoli suboccipitali (fra la base del cranio e il collo), con movimenti circolari, verso l'esterno».

Maria Serena Patriarca

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA STORIA

I medici eroi di Bergamo portano il Covid a teatro “Raccontare ci farà bene”

Domani il debutto dello spettacolo “Giorni muti, notti bianche” in scena anche gli infermieri: “L’idea è nata sulla chat di reparto”

ADRIANA MARMIROLI

Le polemiche infuriarono. La conclusione dell’inchiesta giudiziaria sui giorni in cui il Covid esplose a Bergamo e nella vicina Val Seriana ha riportato in prima pagina i giorni convulsi e tragici della primavera 2020 che parevano rimossi e archiviati in nome del ritorno alla normalità. Parevano. Perché sono molti in realtà quelli per cui il lockdown non è mai finito: incistato nell’animo, dove ci sono cicatrici che ancora sanguinano in chi era in prima fila a fronteggiare il virus. Per elaborare quel dolore e cercare di ripartire, medici e infermieri del pronto soccorso dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo hanno deciso di trasformare ricordi ed emozioni in memoria condivisa, ovvero in uno spettacolo teatrale, «Giorni muti, notti bianche», dove ognuno interpreta sé stesso.

Le prove sono in corso. Il debutto è previsto per domani al Teatro Sociale di Bergamo. Altre repliche sono previste il 18 marzo, giorno dedicato alla memoria delle vittime del Covid-19, al Teatro San Filippo Neri di Nembro, il 28 marzo ancora al Sociale e infine il 15 aprile al Centro Culturale «Aldo Moro» di Orzinuovi.

C’è il primario che apre lo spettacolo e spiega perché il teatro. L’infermiera che ricorda lo sguardo dei pazienti dietro le maschere dell’ossigeno e l’intimità delle confidenze nella lunga solitudine della

corsia. Il medico che rivive l’incontro quasi clandestino tra un padre e un figlio entrambi ricoverati. Quello che parla della telefonata di una moglie che spiega come penetrare la demenza del vecchissimo marito ricoverato per fargli sentire che lei c’è, gli è vicina. Ci sono monologhi e momenti corali quasi coreografici come il rito quotidiano della vestizione per entrare in reparto. La paura di contagiare sé stessi e i parenti: tornare a casa o isolarsi in un rifugio temporaneo? Il palco è buio, le luci violente, in scena nulla che rimandi a ospedale e malattia.

Sono spesso ricordi flash che emergono all’improvviso dalla memoria dove la concitazione di quei giorni li aveva riposti, concordano medici e infermieri. «È uno tra i più tipici sintomi dello stress post traumatico - dice il dottor Massimiliano De Vecchi -. Come l’insonnia e gli incubi, che un po’ tutti abbiamo avuto». Responsabile della medicina d’urgenza al Giovanni XXIII, di questo progetto è stato uno dei motori, ha coordinato chi vi ha preso parte ed è lui stesso attore.

Su quel palco, insieme ai colleghi, è salito per provare a metabolizzare ciò che ha vissuto, prendendone in qualche modo le distanze: non più protagonista ma interprete. «Solo l’arte è capace di trovare le parole per raccontare le esperienze più complesse e prenderne le distanze. Il teatro ancora di più», dice ancora.

«A un anno esatto dall’e-

splorazione della pandemia, sulla nostra chat di reparto - ricorda - uno di noi aveva ipotizzato che potesse essere utile raccontare ciò che avevamo vissuto: che avrebbe fatto bene a noi e, se lo avessimo condiviso all’esterno, forse avrebbe fatto bene anche ad altri. È così che è nata l’idea dello spettacolo». In tanti hanno aderito subito: 19 quelli che vedremo sul palco. Il progetto ha preso forma e si è concretizzato quando si sono unite la regista Silvia Briozzo e la sua assistente Gabriella Erba. Molti in realtà avevano già consegnato alla scrittura esperienze e riflessioni. Ad altri i ricordi sono invece emersi durante le prime fasi del laboratorio teatrale. La drammaturga Carmen Pellegrinelli li ha raccolti tutti e organizzati in forma teatrale. «Ne è uscito un grande affresco corale composto da tanti quadri che raccontano lo smarrimento di fronte a un evento inaspettato e di dimensioni smisurate», dice ancora la regista. «Se il mio era uno sguardo più distaccato e oggettivo, perché non ero coinvolta come loro, tut-



LA STAMPA

tavia anch'io sentivo il bisogno di mettere il punto a una tragedia che aveva colpito me come tutti in città. Lo spettacolo è proprio questo: la chiusura di un cerchio, un rito di passaggio per elaborare il lutto di un dolore violentissimo che abbiamo ancora dentro, intatto. Era però fondamentale che ognuno si riappropriasse del racconto senza più soffrire. Ma anche senza perdere quel pathos che andava trasmesso al pubblico. Per questo diventare attori che interpretano un personaggio era il primo passo per portare in scena una

narrazione tanto privata».

Tira le somme di questa esperienza De Vecchi: «Abbiamo vissuto un'esperienza tragica ma anche – incredibilmente – molto bella, che ci ha lasciato molto: il senso della coesione, l'abnegazione, la caduta di incomprensioni ed egoismi, il recupero di un rapporto più umano con i pazienti. Nella memoria di tutti è ben chiara la scansione dei fatti e il progredire della malattia che come uno tsunami tutto travolgeva. È vivo il ricordo della fatica, della solitudine, dello stress emotivo. La popolazio-

ne bergamasca aveva gli elementi per capire cosa stava avvenendo. Però tutti concordemente abbiamo deciso di non commentare o entrare nel merito delle polemiche di questi giorni: vogliamo salvaguardare da ogni interferenza il senso del nostro messaggio». —

“

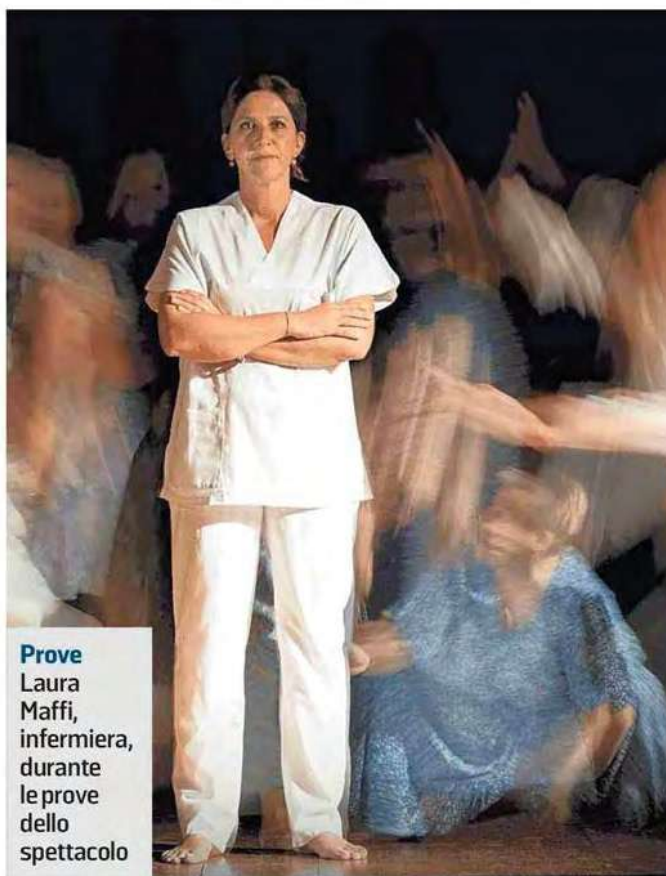
Massimiliano De Vecchi
medico e attore

Abbiamo vissuto un'esperienza tragica ma anche, incredibilmente, molto bella

“

Carmen Pellegrinelli
drammaturga

Diventare attori era il primo passo per portare in scena una narrazione tanto privata



Prove
Laura Maffi, infermiera, durante le prove dello spettacolo

ANDREA FRAZZETTI



Esofago, tecnica elimina lesioni ed evita tumori

«Congelate». Le lesioni gastro-esofagee, causate dal reflusso, ora possono essere letteralmente congelate e quindi riparate. La tecnica della crioablazione endoscopica è stata utilizzata con successo per la prima volta in Italia al Policlinico Gemelli. «Il trattamento - ha spiegato Cristiano Spada, direttore di Endoscopia digestiva chirurgica - si effettua nel corso di una normale gastroscopia con protossido di azoto liquido in forma gassosa. Si formano così

cristalli di ghiaccio che a ischemizzano e eliminano il tessuto patologico». Il trattamento si è dimostrato sicuro, efficace e ben tollerato dai pazienti. Un adulto su 5 soffre di esofago di Barrett, conseguenza di un danno cronico come quello da reflusso gastro-esofageo. Una condizione che, se trascurata, può portare a una displasia, una situazione precancerosa che può evolvere anche in un adenocarcinoma esofageo.

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

