



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

11 Maggio 2023

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**

GIORNALE DI SICILIA

Spostare un dente dove manca è possibile con l'autotrapianto



Lo spostamento di un dente all'interno della bocca attraverso l'autotrapianto è una tecnica sicura se effettuata su alcune categorie di pazienti, ovvero quelli più giovani, e nel rispetto delle indicazioni e delle linee guida. A spiegare cosa dicono le evidenze scientifiche su una tecnica poco utilizzata e conosciuta è la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (Sidp). "La storia del trapianto di denti - spiega Francesca Manfrini, medico chirurgo, specialista in odontostomatologia - risale agli antichi egizi, quando gli schiavi erano costretti a donare i loro denti ai Faraoni. Nelle guerre napoleoniche, poi, i soldati donavano i denti agli ufficiali che li perdevano in battaglia". Negli anni '50 del secolo scorso venne introdotta la tecnica dell'autotrapianto che consiste nell'estrazione di un dente con le sue radici dalla bocca di un paziente e nel successivo impianto in un posto diverso della sua stessa bocca. Nel panorama odontoiatrico oggi viene proposto l'autotrapianto di denti con radice completamente formata nell'adulto per sostituire un dente perso per vari motivi, ad esempio un trauma oppure una carie importante. In questi casi, in realtà non c'è evidenza scientifica che indichi l'autotrapianto come prima scelta al posto di un impianto. "Di contro - aggiunge Manfrini - in un paziente adolescente può essere la miglior scelta per sostituire un dente mancante, quando la radice del dente che viene trapiantato è ancora in via di formazione : la radice stessa può continuare il suo sviluppo di crescita influenzando di pari passo l'osso del paziente nel quale è stata inserita determinando lo sviluppo dell' alveolo in cui alloggerà ". Negli anni Cinquanta vennero registrati alcuni insuccessi relativi all'insorgenza di complicanze e la metodica non fu poi considerata per molti anni. "Di recente - sottolinea l'esperta della Sidp - sono state pubblicate numerose revisioni sistematiche che hanno analizzato la letteratura scientifica disponibile sull'autotrapianto dentale autogeno per valutare la sua efficacia e sicurezza".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

L'autotrapianto richiede abilità per selezionare il caso appropriato e formulare un piano di trattamento, ma "senza dubbio merita di esser meglio conosciuta, tanto dai professionisti che dai pazienti, i quali non avendone mai sentito parlare, possono correre il rischio di rifiutarla a priori". Molti fattori influenzano il successo di un trapianto dentale autogeno: devono essere rispettate le indicazioni che riguardano le caratteristiche scheletriche del paziente, lo stadio di sviluppo della radice, la forma della radice, il trauma chirurgico, il tempo in cui il dente è conservato al di fuori dell'alveolo e le modalità dell'estrazione che devono essere meno traumatiche possibile . E' un'opzione, conclude, "che dovrebbe essere conosciuta nel panorama odontoiatrico per poter essere inserita ,se attentamente programmata, nel piano di trattamento in un paziente in fase di crescita, perché in questa fase della vita può essere una scelta molto vantaggiosa".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



L'appello di 34 associazioni: «Non sia chiusa la Cardiocirurgia pediatrica di Taormina»

Il Codacons ha promosso il cartello. "Un centro d'eccellenza non potrà più continuare a garantire le prestazioni sanitarie".

11 Maggio 2023 - di [Redazione](#)



Un cartello di 34 associazioni per 'salvare' la **Cardiocirurgia pediatrica** di Taormina, nel Messinese, che tra qualche mese cesserà di svolgere ogni attività. A partire dall'1 luglio, infatti, la Cardiocirurgia pediatrica verrà riattivata all'interno dell'Arnas Civico di Palermo, in collaborazione con la Fondazione del Gruppo San Donato. Così il Centro, attivo dal 2010 nell'ospedale San Vincenzo e gestito in convenzione con il Bambin Gesù di Roma, chiuderà i battenti. «**Un centro d'eccellenza**, che negli ultimi anni ha curato migliaia di bambini, sebbene attiri pazienti da tutta l'Isola, non potrà più continuare a garantire le prestazioni sanitarie», dice il Codacons che insieme ad Articolo 32- Associazione italiana diritti del malato, Lega difesa del cittadino e 31 associazioni della società civile, ha promosso il cartello.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Cardiochirurgia pediatrica a Taormina, l'appello al ministro Schillaci

«Siamo scesi in campo- spiega **Francesco Tanasi**, segretario nazionale del Codacons- per sensibilizzare la politica e le istituzioni regionali e nazionali e perché il cittadino deve essere posto al centro del sistema sanitario regionale. Non possiamo accettare che un **punto di riferimento**, qual è il Centro di cardiochirurgia pediatrica di Taormina, venga chiuso a spese dei piccoli pazienti, poiché questa chiusura obbligherà intere famiglie, a percorrere molti chilometri per le cure dei figli. La nostra priorità è quella di scongiurare il progressivo **depotenziamento** dei servizi territoriali, in quanto la sanità dovrebbe andare nella direzione più prossima alla cittadinanza, avvicinando e accorciando le distanze, mentre nella realtà si continuano ad allontanare i servizi. Facciamo sin d'ora **un appello al ministro della Salute** affinché adotti tutti i provvedimenti necessari a evitare la cessazione delle attività della Cardiochirurgia pediatrica di Taormina».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Pnrr. Sicilia: “Centrati tutti gli obiettivi per la rete territoriale, nessun rischio di perdere fondi”

Lo precisa in una nota il Dipartimento per la Pianificazione strategica dell'assessorato alla Salute. “La Regione non soltanto ha rispettato tutte le scadenze, ma nella pianificazione delle strutture è addirittura andata oltre gli standard fissati dall'Agenas considerate le esigenze dei territori e la fragilità delle reti della viabilità in Sicilia”.



11 MAG - “La Sicilia è tra le poche regioni italiane ad aver raggiunto il 100 per cento degli obiettivi fissati dal Pnrr per la realizzazione delle strutture di sanità territoriale. Lo ha riconosciuto anche il ministero della Salute nello scorso mese di aprile con una comunicazione formale”. Lo specifica in una nota il dipartimento per la Pianificazione strategica dell'assessorato regionale della Salute allo scopo di smentire le notizie “inesatte” pubblicate da alcune testate regionali sui presunti rischi per la Sicilia di perdere parte dei finanziamenti del Pnrr. Sono notizie, spiega il Dipartimento, “basate su dati riferiti a periodi precedenti alla data del 31 dicembre del 2022”.

L'iter progettuale e amministrativo della Regione, invece, “rispetta le tempistiche fissate e l'assessorato regionale della Salute ha centrato tutti i target previsti dagli accordi per l'attuazione della Missione 6, componenti 1 e 2, del Piano nazionale di ripresa e resilienza nel territorio della Sicilia, prevista dal contratto istituzionale di sviluppo firmato il 30 maggio del 2022 dalla Regione con il ministero della Salute e definito nel Piano della rete territoriale di assistenza approvato a dicembre dalla giunta regionale”, informa la nota.

Per quanto riguarda le 50 Centrali operative territoriali previste per la Sicilia, la cui attivazione è programmata entro il 30 giugno del 2024, il Dipartimento fa sapere che “già nel termine del 31 dicembre del 2022 sono stati validati i progetti e bandite tutte le relative gare d'appalto”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Analogamente, entro la scadenza del mese di marzo 2023, sono stati approvati i progetti per le Case di comunità, che saranno 156 in tutta l'Isola, e gli Ospedali di comunità, che saranno 43. La attivazione delle strutture è prevista entro il 30 giugno del 2025. Invitalia ha già bandito, anche in questo caso, tutte le relative gare, con le eccezioni delle Centrali operative territoriali e delle Case di comunità della provincia di Trapani, in quanto l'Asp territoriale ha operato in autonomia. Anche per quanto concerne gli in-terventi di adeguamento sismico degli ospedali siciliani, i 32 interventi a valere sul Pnrr e sul Piano nazionale complementare (Pnc) sono stati validati e le ga-re bandite”, aggiunge la nota.

La Regione, quindi, conclude il dipartimento, “non soltanto ha rispettato tutte le scadenze, ma nella pianificazione delle strutture è addirittura andata oltre gli standard fissati dall’Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) considerate le esigenze dei territori e la fragilità delle reti della viabi

LA SANITÀ

I medici: "Ospedali senza gettonisti così chiudono i pronto soccorso"

PAOLORUSSO

«Non c'è alcun allentamento della stretta sui gettonisti». Il ministro della Salute Schillaci interviene a fine giornata per ribadire che la volontà di mettere un freno all'uso negli ospedali resta intatta. - PAGINE 22-23

OSPEDALI IN AFFANNO

Sanità l'imbutto dei gettonisti

Il governo vara la stretta: contratti a tempo rinnovabili solo una volta. Il ministro Schillaci: nessun allentamento in vista, bisogna evitare gli abusi

IL DOSSIER

PAOLORUSSO

«Non c'è alcun allentamento della stretta sui gettonisti». Il ministro Schillaci interviene a fine giornata per ribadire che la volontà di mettere un freno all'uso negli ospedali resta intatta e gli emendamenti approvati nel decreto bollette non modificano il senso del provvedimento. Questo governo, ribadisce, «ha disciplinato in modo rigoroso il ricorso ai medici a gettone ponendo condizioni chiare per evita-

re l'abuso delle esternalizzazioni». La modifica approvata dalle Commissioni riunite Finanze e Affari Sociali «serve esclusivamente ad estendere la possibilità di deroga» per massimo 12 mesi, dell'attuale situazione anche agli altri reparti e non più soltanto ai Pronto Soccorso. «Con questa modifica si dà una risposta alle istanze arrivate dalle Regioni relative a esternalizzazioni necessarie per fronteggiare le emergenze in tutti i reparti ospedalieri. Il ricorso ai gettonisti sarà quindi consentito - conclude il ministero - ormai

per un periodo non superiore a 12 mesi, solo in caso di necessità e urgenza, verificata l'indisponibilità di personale interno e accertato il possesso dei requisiti professionali previsti per legge. Tale deroga di 12 mesi non avrà possibilità di proroga». Che ci sia un urgente bisogno dei gettonisti lo confermano che i medici che sempre ieri sono tornati a



LA STAMPA

rilanciare l'allarme: «Se chiudiamo i contratti con le coop che li offrono in affitto senza assumere qui salta tutto». Del resto «quello dei gettonisti è solo il sintomo di una disaffezione al sistema pubblico testimoniata da una fuga verso il privato che sembra non avere freni», dice Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato dei camici bianchi ospedalieri dell'Anao. Che a riprova sciorina numeri inediti. «Nel 2021 in uscita verso l'estero o il privato erano in 2.700 nel 2022 sono per l'esattezza 3.009. I reparti non reggono né con, né senza gettonisti, perché qui il problema non è solo la carenza di personale ma anche il fatto che lavoriamo troppo e male, senza gratificazioni, né economiche e nemmeno di carriera» si sfoga Di Silverio.

Il ministro della Salute aveva così deciso di frenare il ricorso indiscriminato ai gettonisti fissando nel decreto bollette alcuni paletti: stabilendo prima di tutto che abbiano una specializzazione in emergenza e urgenza visto che solo lì dovrebbero lavorare, che non abbiano superato i 70 anni, con il limite di poterli utilizzare solo

una volta e per non oltre un anno, sempre che non ci siano idonei in graduatoria da assumere. Proprio ieri le commissioni affari sociali e finanze della Camera hanno però approvato una serie di emendamenti di maggioranza che vanno ad allentare la stretta, salvando i contratti in atto e le procedure di affidamento in corso, anche se i contratti non potranno comunque durare più di un anno. Come dire che se da qui a 12 mesi non ci sarà un'iniezione di linfa nuova nei reparti ospedalieri oltre che nei pronto soccorso, il rischio paralisi è pressoché assicurato. Fermo restando che già oggi con le nuove regole volute da Schillaci circa la metà dei medici in affitto, più o meno 7mila, resterebbero fuori dai cancelli degli ospedali.

«È sconcertante, ogni sera mi ritrovo in reparto un medico diverso. Ma lo sa che poche sere fa, in uno dei più affollati pronto soccorso di Milano, a gestire i pazienti era un medico dei trasporti? Quelli che

certificano il rinnovo delle pazienti per capirci. Solo che finito il doppio turno è andato a incassare il suo bel gettone da 1.200 euro», racconta Giorgio, primario in un ospedale lombardo che preferisce rimanere anonimo.

Poi c'è il problema dei turni di lavoro formato extra large, coperti per alzare in pochi giorni quello che un dipendente porta a casa in oltre un mese. «Guadagno 100 euro l'ora e i nostri turni non li regola nessuno. Io mantengo una mia etica e più di tanto non ne faccio, ma c'è chi accorpa 4-5 notti di fila, che oltre ad essere pericoloso non garantisce nemmeno la qualità delle cure», ammette Stefania, che nel pronto soccorso di un ospedale pubblico c'ha lavorato per 12 anni prima di darsi alla fuga. Come ha fatto Roberto Malesani, neurologo che a dicembre del 2018 si è licenziato dall'ospedale di Castelfranco e che ora si divide da gettonista tra gli ambulatori dello stesso ospedale più quelli di Montebelluna e Feltre. «Lavorando in quest'ulti-

mo ambulatorio dal lunedì al sabato per cinque ore al giorno, contro le 12 in corsia posso arrivare a 7mila euro netti al mese invece dei 3mila che guadagnavo prima» confida.

In realtà un modo per tornare ad avere medici in pianta stabile nei reparti ci sarebbe, ed è quello di fare ricorso, come la legge in teoria permette di fare, ai 25mila specializzandi del terzo anno. Solo che le Università vogliono tenerseli stretti e tendono a non dare il nulla osta al loro utilizzo fuori dai policlinici, tanto che oggi solo l'8% dei giovani dottori in formazione specialistica lavora negli ospedali non universitari. Ora un altro emendamento, sostenuto anche da Schillaci, impone alle Università di stipulare entro 90 giorni gli accordi quadro per l'assunzione dei medici in formazione specifica. Se la lobby dei baroni universitari non armerà di spugna qualche parlamentare potrebbe essere la svolta reclamata dai sindacati medici. —

Solo in sei regioni non si fa ricorso ai dottori a chiamata

Appena l'8% degli specializzandi lavora negli ospedali

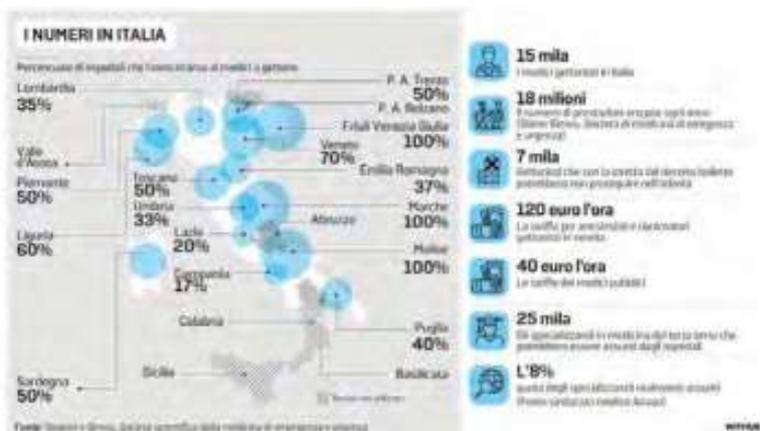
Su La Stampa



Medici a gettone
Frischi per la salute



Le inchieste uscite nei mesi passati su La Stampa che hanno portato alla luce le maggiori criticità sul sistema che ha favorito il ricorso sempre maggiore ai camici bianchi "gettonisti" da parte della sanità italiana





Dir. Resp.: Marco Girardo

Servizio sanitario nazionale, perché cresce la mobilitazione

VIVIANA DALOISO

Ora che l'emergenza pandemica è ufficialmente alle spalle, è tempo di bilanci. E quelli sulla sanità, nel nostro Paese, purtroppo sono quasi tutto in rosso. Pensare che proprio il virus, e lo tsunami con cui ha sconvolto i nostri ospedali, erano stati la molla per un ripensamento strutturale dei servizi che avrebbe dovuto (e dovrebbe) trovare nei fondi del Pnr il suo strumento straordinario e inaspettato di realizzazione: oltre 15 miliardi complessivi, di cui ben 7,5 destinati alla riorganizzazione dell'assistenza sul territorio attraverso l'implementazione delle cure a domicilio e la creazione di case di comunità. Che oggi però non esistono ancora, e in molti dubitano potranno mai essere realizzate vista la drammatica mancanza di medici e infermieri con cui farle funzionare.

Il tema del personale sanitario è solo il primo nella lista delle criticità, ma è quello dirimente. Perché è ovvio che senza medici e infermieri il Servizio sanitario - poco importano i fondi - non può stare in piedi. In queste ore ordini e sindacati di ogni categoria sono tornati a rimarcare con forza l'esigenza di trovare una volta per tutte la soluzione all'emorragia, che giace sul tavolo del ministro della Salute senza per ora incontrare

sconvolgenti piani di cura. Secondo la Società italiana di medicina di emergenza urgenza (Simeu) nei Pronto soccorso mancano 4.200 medici (in sei mesi, da gennaio a luglio 2022, se ne sono dimessi 600, in pratica 100 al mese). I conti di Agenas dicono che i medici di famiglia sono 40mila (in Francia, tanto per fare un confronto, arrivano a 94mila), il 75% dei quali con oltre 27 anni di anzianità. L'ultimo rapporto Gimbe certifica l'assenza di quasi mille pediatri (e saranno oltre 3mila nel 2031). E i dati della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnoipi) parlano di 100mila infermieri pronti a uscire dagli ospedali nel giro di 8-10 anni. Non che la questione sia di colore politico: i camici bianchi mancavano ai tempi del ministro Speranza, e a dire il vero cominciarono a scarseggiare anche prima dell'arrivo del Covid, quando gli allarmi sull'impatto dei pensionamenti erano per lo più inascoltati. «Sull'attrattività del Servizio sanitario esiste un problema paneuropeo - ha detto ieri il ministro Orazio Schillaci -, gli infermieri mancano in tutta Europa e questo problema va affrontato bene. Qui da noi questo problema sconta errori di programmazione precedente», mentre «il problema dei medici è diverso anche se una migliore programmazione poteva

farci avere più medici che potevano farci comodo. Ecco perché, in accordo con il ministro Bernini, ci sarà un ampliamento degli iscrivibili alle facoltà di Medicina da subito». Una promessa non nuova, che arriva nei giorni in cui davanti alle università di mezzo Paese gli studenti si assiepano con le tende perché - prima di diventare medici, infermieri o qualsiasi altra cosa - serve anche che possano frequentarla, l'università.

Altro tasto dolente, in buona parte legato alla carenza di personale e poi ovviamente anche al *black-out* pandemico, sono le liste d'attesa. Lunghissime, anche in regioni storicamente virtuose come la Lombardia e il Veneto, in altri casi infinite. Col servizio pubblico che arranca, la fortuna dei "gettonisti" (pagati dallo Stato), il privato che galoppa, gli ospedali che sempre più spesso diventano teatri di tensioni, proteste, persino aggressioni (quelle che finiscono - sembra il gatto che si morde la coda - nuovamente ad allontanare il personale sanitario). Si capisce allora il peso dell'appello, ormai diventato una slogan, del "Servizio sanitario da salvare".

A lanciarlo sulle pagine di *Avvenire*, un mese fa, era stato il direttore dell'Istituto Mario Negri Giuseppe Remuzzi, in una lunga intervista: «Il Covid ha incontrato nel nostro Paese una





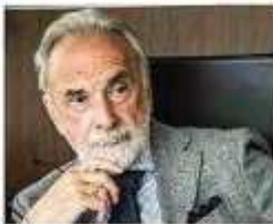
sanità trascurata per troppo tempo, del tutto priva di organizzazione territoriale, con gli ospedali impoveriti delle attività, demandate al privato e la spina dorsale dei medici di medicina generale del tutto svnicolata dalla governace regionali. E cosa è stato fatto? Niente. Siamo fermi». Lo scienziato è tornato più volte in questi giorni a ribadire la necessità di investire sui giovani, sulla ricerca, sulla medicina territoriale «governando la sanità pubblica» che significa «chiudere i piccoli ospedali, aumentare lo stipendio dei medici, eliminare l'ir-

tramoenia perché crea artificialmente una lista d'attesa e fare pressioni sul Governo centrale perché ci sia un adeguato finanziamento a livello regionale». Considerazioni condivise appieno dal presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli, che per la crisi del Ssn ha la sua ricetta: «Una legge che leghi il numero delle lauree in medicina a quello delle borse di specializzazione (oggi insufficienti)» perché «più che i medici a mancare sono gli specialisti» e

poi fondi destinati al capitale umano «prima che a costruire strutture o acquistare strumenti». La sfida resta aperta, sul piatto la salute di tutti.

IL SEGNALE

Dalla comunità scientifica ai sindacati, fino ai professionisti della salute, ecco chi chiede risorse e progetti per riuscire a difendere (e rilanciare) il Ssn



Giuseppe Remuzzi



Filippo Anelli



Un piano per 30mila medici in più

Università

La proposta dei tecnici della ministra Bernini: numero chiuso allargato Risultato raggiungibile nel 2030 ma resta il pericolo di bolla tra dieci anni

Trentamila medici in più nel 2030: è l'obiettivo che si propone il piano presentato dai tecnici della ministra dell'Università, Anna Maria Bernini, per rimpolpare il numero di camici bianchi dopo l'emorragia degli ultimi anni. Il numero chiuso rimarrebbe e si punta all'aumento progressivo degli slot a disposizione nei prossimi sette anni, con un'ipotesi di 19mila professionisti

in più già per il 2023. Ma resta il nodo degli specialisti e il rischio bolla tra dieci anni.

Bartoloni e Bruno — a pag. 5

Ingressi a Medicina, un piano per 30mila posti in più al 2030

La proposta dei tecnici. Nel testo inviato alla ministra Bernini il numero chiuso rimane e l'obiettivo è l'aumento progressivo degli slot disponibili nei prossimi sette anni: ipotesi 19mila per il 2023

Pagina a cura di
Marzio Bartoloni
Eugenio Bruno

Nel futuro di Medicina non c'è alcuna eliminazione del numero chiuso. Bensì un ampliamento dei posti a disposizione fino a 30mila ingressi in più nei prossimi sette anni. A prevederlo è la bozza di relazione che la commissione di esperti guidata dall'ex rettore Eugenio Gaudio ha consegnato nei giorni scorsi alla ministra dell'Università, Anna Maria Bernini, e che quest'ultima dovrà a sua volta girare, eventualmente integrata o emendata, ai governatori così da avviare la trattativa in Conferenza Stato Regioni per innalzare già dal 2023/24 (magari di quel 25-30% annunciato più volte dalla titolare del Mur) la soglia di 14.787 accessi previsti attualmente per i test in lingua italiana.

Il documento degli esperti, che sviluppa oltre 50 pagine al netto degli allegati, si apre rivendicando il proprio valore «prospettico», volto cioè «ad analizzare, dal punto di vista temporale, il medio-lungo pe-

riodo, al fine di garantire la sostenibilità del sistema». E prosegue con le considerazioni dei vari soggetti auditi: la Federazione dell'ordine dei medici (Fnomceo) ha battuto da subito sul duplice tasto del fabbisogno di specialisti da garantire e dell'orientamento da migliorare, magari con un potenziamento dei licei a curvatura biomedica; l'Ente previdenziale Enpam ha quantificato in 24mila i medici che mancheranno all'appello nel 2028; l'Istat ha sottolineato come i «camici bianchi» over 55 negli ultimi 10 anni siano saliti dal 46,4% al 55,2%; l'Anvur ha spiegato che se si vogliono aumentare gli slot bisogna rivedere il parametro di 60 studenti ogni 18 docenti oggi previsto per accreditare una nuova laurea in Medicina; il Consiglio nazionale degli studenti (Cnsu) ha chiesto di concentrarsi, nell'immediato sull'aumento delle disponibilità e, negli anni futuri, sull'abrogazione del numero programmato; l'Anaa - Assomed ha acceso un faro su alcune professionalità che già adesso risultano sguarnite, come la medicina

d'emergenza e urgenza negli ospedali dove mancano 84.500 unità (da qui la scelta di allentare la stretta nel Dl bollette sui cosiddetti «gettonisti»: si veda articolo a pagina 32).

Fatte queste premesse e analizzati tutti i termini della questione, incluso quello cruciale dell'imbuto formativo che affrontiamo qui accanto, la commissione prova a stimare i fabbisogni di medio-lungo periodo e sottopone alla ministra Bernini una serie di proposte per aumentare gli ingressi cercando di mantenere alta la qualità della formazione. A cominciare dalla necessità di mantenere il numero programmato «a garanzia della



qualità della formazione e del riconoscimento europeo del titolo rilasciato». E proseguendo poi con l'idea di accrescere «progressivamente» il numero di accessi per ulteriori 30.000 posti spalmati in un arco temporale di sette anni con annessa rivalutazione a partire dal 2030. In pratica, si suggerisce di portare da 60 a 75/78 il parametro della numerosità massima di studenti prevista dall'allegato D del Dm 1154/2021 per il corso di laurea magistrale a ciclo unico in "Medicina e Chirurgia". Per farlo servirebbero 23 milioni (stando a una stima della Conferenza dei rettori) in più da destinare alle università per aumentare gli investimenti in strutture, laboratori, personale. A loro volta, anche le Regioni dovrebbero adeguare le strutture del Servizio sanitario nazionale per accogliere gli i tirocinanti.

Se la proposta venisse applicata così com'è e già da quest'anno entro l'estate potremmo vedere salire gli slot per i test d'ingresso del 2023 dagli attuali 14.787 a quasi 19mila. A fronte di una platea di iscritti ai Tolc online gestiti dal consorzio Cisia, che da quest'anno sostituiscono il vecchio quiz nazionale, che ha raggiunto i 72.450 per la prima sessione (svoltasi dal 13 al 22 aprile). In attesa di sapere quanti si registreranno anche per la seconda "finestra" in calendario dal 15 al 25 luglio. A differenza del passato, quando si svolgeva in un unico giorno per tutti, il tentativo potrà essere ripetuto (due volte per ciascun anno solare) e ci si può candidare sin dalla quarta superiore, fermo restando che per l'iscrizione vera e propria bisognerà comunque conseguire il diploma. Chi parteciperà a entrambe le sessioni, di fat-

to, raddoppierà le sue chance dal momento che potrà scegliere quella con il punteggio migliore. Un sistema, quello dei Tolc, di cui la relazione non parla e che dunque possiamo immaginare venga confermato anche l'anno prossimo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per aiutare gli atenei ad adeguare strutture, laboratori e personale servono in prima battuta 23 milioni



In corsia. In arrivo l'ampliamento dei posti a disposizione per l'accesso alla facoltà di Medicina



LA GIORNATA INTERNAZIONALE

INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ EVOLUZIONE DI UNA MISSIONE

BARBARA MANGIACAVALLI*



Il 12 maggio 1820 è nata Florence Nightingale, fondatrice delle Scienze infermieristiche moderne. L'International Council of Nurses ricorda questa data celebrando in tutto il mondo la Giornata internazionale dell'Infermiere. A partire dal 1992 l'allora Federazione nazionale Collegi Ipasvi (Fnopi.it) sostiene la Giornata internazionale dell'Infermiere anche con la diffusione di manifesti che sottolineano l'impegno degli infermieri italiani sui temi della solidarietà e dell'alleanza con i pazienti e le loro famiglie.

Il 12 maggio è, così, diventato l'occasione per far sì che la professione infermieristica parli un po' di sé con i ricoverati negli ospedali, con gli utenti dei servizi territoriali, con gli anziani, con gli altri professionisti della sanità, con i giovani che devono scegliere un lavoro, con tutti coloro, insomma, che nel corso della propria vita hanno incontrato o incontreranno un infermiere.

GLI EVENTI

Dal 12 al 14 maggio si svolgeranno tre giorni di eventi a Bergamo e Brescia Capitali della Cultura. Questo il titolo: "Il ta-

lento degli infermieri. Arte e scienza in evoluzione". A tre anni dall'inizio dell'emergenza pandemica, l'evento, realizzato con la direzione artistica della Fondazione Soldano, prenderà forma attraverso una serie di appuntamenti culturali gratuiti e aperti a tutta la cittadinanza per restituire un senso a quel periodo così difficile e rilanciare l'assistenza e il rapporto con i cittadini verso un nuovo inizio.

Ricordo che recentemente è stato firmato un protocollo di intesa tra la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche e la Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto - Società Scientifica delle Attività Territoriali, per potenziare i distretti sanitari grazie alla figura soprattutto dell'infermiere di famiglia e comunità. Non solo quale modello professionale, ma anche come riferimento culturale e organizzativo per le nuove politiche della sanità territoriale.

Le attività che il protocollo intende promuovere sono: valorizzare le competenze acquisite dal professionista, per rispondere alle nuove esigenze della popo-



Il Messaggero

lazione, innanzitutto per disporre di servizi di prossimità; favorire l'integrazione tra i diversi professionisti della sanità, anche nell'ambito dell'organizzazione delle strutture di direzione; favorire la diffusione e l'accessibilità di dati epidemiologici tra tutti i professionisti del territorio per sviluppare modelli di cura sempre più rispondenti alle esigenze della popolazione; favorire l'implementazione del modello di community building, e, così, i valori di coinvolgimento, proattività, promozione delle connessioni sociali e co-progettazione; favorire la creazione di percorsi di formazione, rivolti in particolare all'Infermiere di famiglia e di comunità, perché possa acquisire un maggior grado di preparazione nei diversi ambiti di intervento e valorizzare, così, le proprie competenze trasversali. Il protocollo prevede specifici accordi attuativi in relazione ai singoli progetti di collaborazione e dovrà garantire la collaborazione per la divulgazione dell'attività ai livelli nazionali, regionali e provinciali e una continua e costante collaborazione tra gli eventuali rispettivi gruppi di lavoro, necessaria alla ottimale realizzazione delle rispettive attività.

Il ruolo dei distretti in questo momento e in questo assetto che si sta dando al sistema salute del Paese è un ruolo strategico, un punto chiave, la cerniera di congiunzione tra l'ospedale per acuti e la necessità di garantire quella che nel Pnrr è chiamata sanità di prossimità, salute di prossimità. Il distretto gioca questo ruolo di connessione: un momento peculiare e anche un luogo fisico e virtuale, grazie alle nuove tecnologie d'incontro, confronto, definizione di percorsi, di integrazione multiprofessionale e di integrazione dei setting assistenziali.

Il distretto è quell'elemento che aiuta a ricomporre la frammentazione del nostro sistema salute, anche inserendo il sociale, e gli infermieri sono al centro e motore di questo cambiamento.

**presidente FNOPI
Federazione nazionale
ordini professioni infermieristiche*

UN MODELLO
ANCHE CULTURALE
E ORGANIZZATIVO
ORA L'OBIETTIVO
È IL POTENZIAMENTO
DEI DISTRETTI

Barbara Mangiacavalli,
presidente
FNOPI,
Federazione
nazionale
ordini
professioni
infermieristiche



SANITÀ

**Ricetta on line a regime,
iter più rapidi per i disabili**

Ricetta medica dematerializzata a regime e iter più smart per i disabili: sono due delle novità previste dal disegno di legge delega per la semplificazione in sanità. — a pagina 12

Ricetta online a regime, iter più rapidi per i disabili

Semplificazioni. Oggi in Consiglio dei ministri il Ddl con la norma che digitalizza le prescrizioni. Le altre misure vanno dal turismo ai servizi

Marzio Bartoloni

Dopo averne sperimentato ampiamente i benefici durante la pandemia la ricetta medica dematerializzata - quella che gli italiani hanno imparato a ricevere dal medico sul proprio telefonino - entra finalmente a regime, senza più bisogno di nuove proroghe (l'ultima scade nel 2024). Con la novità che la digitalizzazione riguarderà tutte le tipologie di ricetta: non solo quelle del ricettario Ssn (la "rossa") ma anche quelle per la prescrizione di farmaci che non sono a carico del Servizio sanitario nazionale (le cosiddette ricette "bianche") e quelle destinate ai pazienti cronici per le quali viene introdotta la ripetibilità illimitata. In quest'ultimo caso il medico potrà prescrivere in un'unica ricetta «la posologia e il numero di confezioni dispensabili nell'arco temporale al massimo di dodici mesi». Il medico nella ricetta (quella da rinnovare volta per volta) su richiesta

del paziente potrà indicare anche

solo il codice fiscale al posto di nome e cognome.

La misura tanto attesa sia dai cittadini che dai medici e che promette di semplificare sempre di più la vita di chi ha bisogno di farmaci con la possibilità di rinunciare alla ricetta cartacea (che resta comunque sempre possibile) è prevista nel disegno di legge che contiene la «delega per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e misure in materia farmaceutica e sanitaria» e che è atteso oggi in consiglio dei ministri.

La ricetta dematerializzata è nata oltre dieci anni fa, ma il suo impiego massiccio è stato imple-



mentato velocemente agli inizi della pandemia nel 2020 (con l'allora decreto Cura-Italia) proprio per venire incontro alla necessità di lasciare casa il meno possibile e di evitare assembramenti. La misura era stata prorogata a tutto il 2024 dall'ultimo decreto millepro-

roghe, ma ora - appena il disegno di legge sarà approvato - entrerà definitivamente a regime.

La bozza - una decina di articoli - prevede anche altre misure per la semplificazione della vita dei cittadini (si veda l'articolo in basso sull'accesso ai servizi digitali) oltre che misure taglia-burocrazia per i disabili, per le autorizzazione dei farmaci, per il turismo, le autorizzazioni di polizia e la prevenzione di incendi e di sicurezza antincendio. Come per ogni delega si tratta per ora solo di principi generali da attuare poi con decreti legislativi che dovranno essere approvati entro agosto 2024.

In particolare per quanto riguarda le semplificazioni e l'«accelerazione dei procedimenti per

le persone con disabilità» la delega prevede che il Governo segua alcuni «criteri direttivi»: si va dalla semplificazione di tutte le procedure «in materia di autorizzazioni, concessioni, contributi, agevolazioni per l'abbattimento delle barriere architettoniche e la mobilità, nonché in materia di accesso alle prestazioni» fino alla «riduzione degli oneri amministrativi a carico dei cittadini affetti da patologie croniche ed invalidanti ed eliminazione della ripetizione degli accertamenti sanitari per le patologie e le disabilità permanenti». Dovranno poi essere «concentrati» tutti i procedimenti di riconoscimento di invalidità e non si dovranno presentare tutti quei documenti che sono già presenti nel fascicolo sanitario elettronico.

Per quanto riguarda la farmaceutica oltre alla semplificazione e all'accorpamento dei procedimenti amministrativi dovrebbe entrare nel testo oggi sul tavolo di Palazzo Chigi una norma per il controllo più stretto della caren-

za di farmaci esplosa nei mesi scorsi, ora in riformulazione da parte del ministero della Salute con la possibilità per l'Agenzia italiana del farmaco di comminare delle sanzioni. Infine si stabilisce che l'odontoiatra possa esercitare le attività di medicina estetica non invasiva o mininvasiva al terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

31 agosto 2024

LA SCADENZA DELLA DELEGA

Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 agosto 2024, uno o più decreti legislativi di semplificazione, razionalizzazione e per la digitalizzazione dei

procedimenti amministrativi in materia di turismo, di disabilità, farmaceutica e sanitaria, di autorizzazioni di polizia e in materia di prevenzione incendi e di sicurezza antincendio dei prodotti

Le misure del disegno di legge

1

RICETTA

Sì alla digitalizzazione di tutte le prescrizioni

Dopo la sperimentazione del Covid la ricetta dematerializzata va a regime con la digitalizzazione che riguarderà tutte le tipologie: non solo quelle del ricettario Ssn (la "rossa") ma anche quelle per la prescrizione di farmaci non a carico del Servizio sanitario nazionale (le ricette "bianche") e quelle destinate ai pazienti cronici per le quali viene introdotta la ripetibilità illimitata

2

FARMACI

Controllo più stretto su carenze medicine

Oltre alla semplificazione e all'accorpamento dei procedimenti amministrativi dovrebbe entrare nel testo oggi sul tavolo di Palazzo Chigi una norma per il controllo più stretto della carenza di farmaci esplosa nei mesi scorsi, ora in riformulazione da parte del ministero della Salute con la possibilità per l'Agenzia italiana del farmaco di comminare delle sanzioni.

3

DISABILITÀ

Taglio di procedure e accertamenti

Per i disabili si punta a una semplificazione di tutti i procedimenti: dall'abbattimento delle barriere architettoniche alla riduzione degli oneri amministrativi fino all'eliminazione della ripetizione degli accertamenti sanitari per le patologie e le disabilità permanenti». Dovranno poi essere «concentrati» tutti i procedimenti di riconoscimento di invalidità

Da subito la proroga della digitalizzazione, ma la delega prevede decreti da approvare entro agosto 2024



LA RIFORMA UE

PER I FARMACI TEMPI PIÙ RAPIDI E MAGGIORE DIFFUSIONE

Imponente revisione della normativa europea: ridotta l'esclusiva di mercato per i medicinali innovativi. Critiche le case farmaceutiche

GABRIELE ROSANA

È

la più imponente revisione delle regole del gioco in oltre vent'anni. E, viste le reazioni delle aziende, tutto fa presagire che non avrà vita facile. Dopo tre rinvii consecutivi, la Commissione europea ha presentato la riforma della legislazione farmaceutica Ue, l'ultimo grande dossier in materia sanitaria di una legislatura Ue che, segnata dalla pandemia, ha fatto fare alla costruzione dell'Unione della salute più di un passo avanti. Adesso, l'esecutivo lancia il mercato unico dei medicinali, con l'obiettivo, da una parte, di migliorare l'accesso alle cure innovative e la diffusione, e, dall'altra, di evitare le carenze sugli scaffali.

IL PIANO

Per farlo, Bruxelles interviene anzitutto sulla protezione della proprietà intellettuale dei farmaci e scommette su un avvento più tempestivo e capillare dei generici: non si tratta, tuttavia, di modificare la durata dei brevetti in senso stretto (che rimane invariata), ma di ridurre l'esclusiva di mercato per i medicinali innovativi. Oggi i tempi di attesa per un nuovo farmaco

variano tra i quattro mesi e i due anni, con il 90% della disponibilità nei Paesi più ricchi e appena il 10% altrove. «Il posto in cui vivi non deve essere in grado di determinare se vivi o se muori», è lo slogan fatto proprio dalla

commissaria alla Salute Stella Kyriakides, secondo cui «saremo in grado di dare nuovi medicinali a circa 70 milioni di persone in

più. L'approccio scelto dalla Commissione è quello del bastone e della carota: la tutela dei diritti viene, di regola, ridotta dai dieci anni attuali a otto, ma questa può tornare a espandersi seguendo una schema di incentivi a scatti, se la casa produttrice deciderà di garantire un accesso

uniforme al farmaco in tutti i Ventisette entro due anni dall'immissione in commercio della terapia. Al riparo dalla tagliola Ue vengono messe pure le cure innovative che rispondono a esigenze mediche fino a quel momento non soddisfatte e gli studi che producono dati clinici comparativi: in questi casi, l'azienda potrà aggiungere anni di tutela supplementari fino a giungere a un massimo di 12. La durata per le terapie per le malattie rare sarà, invece, di nove

anni, con la possibilità di estenderla fino a 13. Con la riduzione del periodo standard di tutela regolamentare, i medicinali generici potranno essere commercializzati prima, così contenendo i costi per i pazienti e per i sistemi sanitari nazionali - stima Bruxelles -, ma se un'impresa lo vorrà, con i premi supplementari potrà portare l'esclusiva di mercato in Europa a livelli analoghi se non superiori ai concorrenti Cina, Stati Uniti, Israele, Canada e Giappone.

LE CONTESTAZIONI

Secondo le critiche dei rappresentanti dell'industria farmaceutica, però, si verrebbe a creare un sistema macchinoso che potrebbe non bastare a trattenere le aziende nell'Ue, che negli ultimi vent'anni ha già perso il 25% degli investimenti in innovazione, lasciando il passo a cinesi e americani. Prima di diventare definitivo, il pacchetto (che prevede pure procedure di autorizzazioni più rapide, incentivi allo sviluppo di nuovi antibiotici e foglietti illustrativi elettronici accanto ai tradizionali bugiardini cartacei) dovrà essere approvato dall'Europarlamento e dai governi riuniti nel Consiglio, do-



Il Messaggero

ve Italia e Germania hanno già segnalato la volontà di introdurre maggiori garanzie per le case farmaceutiche.

Che la politica sanitaria industriale sia al centro delle preoccupazioni dei Ventisette lo dimostra anche un'iniziativa parallela, coordinata dal Belgio e che ha messo insieme altri 18 Paesi Ue, tra cui il nostro, attorno a un documento congiunto

in cui si chiede a Bruxelles di ripetere con i principi attivi dei farmaci la strategia adottata per i microchip: puntare sul "made in Europe" per ridurre radicalmente la dipendenza da Cina e India.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA TUTELA DEI DIRITTI
SCENDE DA 10 A 8 ANNI
MA PUÒ ESPANDERSI
GRAZIE A INCENTIVI
ESCLUSE LE TERAPIE
PER LE MALATTIE RARE





Dir. Resp. Marco Girardo

Malattie rare, la ricerca che funziona

Visita nella storica villa bergamasca che ospita i laboratori del Centro Daccò, creati dall'Istituto Mario Negri, dove si dà la caccia a patologie senza nome. E spesso si vince

MARCO BIROLINI

inviato a Ranica (Bergamo)

Dice la leggenda che la contessa avesse espresso il desiderio di poter disporre di 365 stanze, una per ogni giorno dell'anno. Un capriccio a cui oggi la scienza deve molto: nei 9 mila metri quadri dell'ottocentesca Villa Camozzi, dove una volta si tenevano feste e ricevimenti, l'Istituto Mario Negri ha installato nel 1992 il Centro di ricerche cliniche per le malattie rare intitolato ad Aldo e Cele Daccò, i benefattori che finanziarono la ristrutturazione dell'antico edificio adagiato sulla collina di Ranica, vicino a Bergamo.

La residenza nobiliare ospita ora laboratori, ambulatori e uffici: è il quartier generale di un'équipe di medici, infermieri, ricercatori, statistici e ingegneri che concepisce e realizza progetti di ricerca finalizzati a trovare cure per malattie che colpiscono in media una persona su 2 mila. I risultati sono di assoluto rilievo, a partire da un servizio gratuito di informazione che ha consentito di rispondere a 31.787 richieste da parte di pazienti, familiari e operatori sanitari, per un totale di 1.054 malattie rare segnalate. Sono stati creati 3 registri di patologie (che includono 2.950 pazienti) e una "biobanca" che raccoglie e conserva campioni biologici relativi a oltre 3.600 malati e ai loro familiari. Nei laboratori sono state scoperte più di 890 mutazioni genetiche e sono stati studiati oltre 130 geni.

«Quando siamo partiti, 30 anni fa, in Italia esisteva poco o nulla in questo campo - spiega la dottoressa Nadia Rubis, responsabile affari etici e regolatori -. All'inizio eravamo soprattutto un centro di documentazione e riferimento per chi soffriva di patologie rare. Spesso arrivavano famiglie disperate, che non sapevano più dove sbattere la testa. Noi ci preoccupavamo anche di metterle in contatto con altri nelle loro stesse condizioni: da questi incontri sono nate alcune associazioni, fondamentali non solo per approfondire la conoscenza della malattia ma anche per sentirsi meno soli di fronte alla macchina burocratica sanitaria con cui giocoforza ci si deve confrontare. Poi abbiamo aperto la strada degli studi clinici, e dal 2001 siamo il centro di coordinamento della rete lombarda che si occupa di malattie rare».





Un ruolo da pionieri che non è sempre stato agevole, perché c'erano da vincere diffidenze e gelosie di altri colleghi e strutture. «Oggi non è più così, sono gli stessi ospedali a indirizzare i pazienti da noi. Chi arriva viene sottoposto a visite ed esami, dopodiché gli viene proposto un percorso con nuove terapie farmacologiche». Il Dipartimento nasce nel solco delle competenze nefrologiche, ma con gli anni si è specializzato anche nel trattamento di altre malattie. Con una costante: l'attenzione non solo allo stato fisico del paziente, ma anche al suo benessere psicologico.

Nella villa i pazienti trovano un ambiente confortevole, molto distante dai freddi e asettici corridoi ospedalieri: le stanze di day hospital con vista sul parco, che si alternano ai saloni affrescati, alleviano almeno un po' l'ansia di chi magari arriva da lontano per avere una diagnosi e soprattutto trovare finalmente una cura. Non si tratta di un effetto scenico fine a sé stesso, né di una cornice stonata, perché al Centro Daccò conoscono bene l'importanza di prendersi cura non solo del fisico ma anche,

per quanto possibile, dell'aspetto umano e psicologico. «Tra una visita e il responso medico - prosegue la dottoressa Rubis - può passare del tempo: a volte giorni, in qualche caso anche

mesi. Occorre avere pazienza e

bisogna farlo comprendere pure alle famiglie: da noi arrivano tanti bambini, che spesso soffrono di patologie ereditarie perché di origine genetica. Cerchiamo di dare risposte alle loro domande, senza mai vendere illusioni. E sapendo che le difficoltà restano enormi. Non sempre ci sono soluzioni, e alcuni farmaci, per essere sviluppati, richiedono anche 10-15 anni. Non è insomma un percorso facile, per questo cerchiamo di dividerlo il più possibile. I nostri pazienti partecipano anche ai convegni: alcuni sanno che non beneficeranno dei risultati, ma sperano che forse un giorno lo potranno fare i loro figli, che purtroppo rischiano di sviluppare le medesime patologie».

Un mondo doloroso dove ci si dovrebbe muovere in punta di piedi, e in cui invece irrompono a volte personaggi con pochi scrupoli e troppe promesse. «Siamo in un buon momento per la ricerca - sottolinea la dottoressa Erica Daina, direttrice del Centro - si cominciano a raccogliere i frutti di quanto si è seminato nel corso degli anni. Ma guai a dare false speranze, come fa qualche presunto guaritore: non esistono metodi miracolosi, non servono fughe in avanti. Gli effetti collaterali, ad esempio, sono una delle ragioni per non avere fretta. La ricerca deve seguire protocolli rigorosi che impongono controlli severi, perciò i tempi non possono essere brevi. Inutile e dannoso generare aspettative che in qualche caso suscitano la pretesa infondata di avere accesso a cure non ancora disponibili. Non servono nemmeno i gesti eclatanti: i passi avanti ci sono, ma questo non vuol dire che si debba andare di corsa».



L'Istituto Daccò. A lato un laboratorio





Dir. Resp. Marco Girardo

PADOVA «Voglia di crescere»

Sulle leucemie acute ora farmaci mirati anche per bambini

DANILO POGGIO

La leucemia acuta è la patologia oncologica maggiormente diffusa tra i più giovani. Eppure soltanto in tempi recentissimi è partita la sperimentazione per utilizzare i farmaci più innovativi anche con i bambini, grazie anche al progetto «Voglia di crescere». Ogni anno, in Italia, vengono diagnosticati 700 nuovi casi, con picchi di incidenza fra i 4 e gli 8 anni di età. La malattia è originata da cellule immature che acquisiscono errori mantenendo la capacità di auto-rinnovarsi e proliferare in modo incontrollato. Mentre per gli adulti esistono farmaci biologici di ultima generazione in grado di colpire in modo specifico le cellule malate, fino a oggi ai piccoli pazienti sono state prescritte le consuete

terapie farmacologiche (come la chemioterapia e il trapianto di cellule ematopoietiche staminali) con frequenti e pesanti effetti collaterali, recidive intorno al 30% e tassi di sopravvivenza che purtroppo non superano il 50%.

La differenza di trattamento in base all'età ha motivazioni scientifiche. Senza una attenta e dettagliata sperimentazione, i bambini non possono essere curati con i farmaci più moderni degli adulti, perché non metabolizzano i trattamenti farmacologici nello stesso modo e non rispondono alle terapie con le medesime modalità. Con il progetto dell'Istituto di Ricerca pediatrica Città della Speranza di Padova ci si propone - attraverso il sequenziamento massivo del Dna e dell'Rna delle cellule tumorali - di individuare nuovi farmaci "su misura", più facilmente tollerati e meno tossici, in modo da minimizzare gli effetti collaterali negativi sui pazienti pediatrici a lungo termine. La ricerca, che si svilupperà nell'arco di 3 anni e analizzerà 150 nuovi casi e 30

recidive, è sostenuta dalla Fondazione Just Italia con una donazione di 300.000 euro, di cui 200.000 sono un importo minimo garantito, mentre 100.000 sono stati generati dalla "raccolta fondi" attraverso la vendita speciale di un miniset benefico Just.

«Con l'ingresso dei nuovi farmaci - spiega Martina Pigazzi, coordinatrice del progetto e responsabile dell'Unità di Genetica, Laboratorio di Oncoematologia, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino dell'Università e dell'Ospedale di Padova - assistiamo al primo grande cambiamento degli ultimi 20 anni. Con un gruppo multidisciplinare e attraverso modelli esclusivi messi a punto nei nostri laboratori, possiamo testarli nella fase pre-clinica anche a livello pediatrico, utilizzando tecniche all'avanguardia e modelli tridimensionali. I risultati sono incoraggianti e i tempi non saranno lunghi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Girardo

Il tumore e la «vita nuova» delle cure palliative

ENRICO NEGROTTI

«Le cure palliative rappresentano il miglior "accompagnamento" che la medicina può offrire alle persone affette da malattie croniche inguaribili ed evolutive, e poi terminali. E in Italia stanno avanzando in termini sia di quantità sia di qualità». Marco Maltoni, che a Forlì è il direttore dell'Unità di Cure palliative del Dipartimento oncologico dell'Ausl Romagna, sottolinea i benefici che un percorso ben organizzato di cure palliative assicura sia al paziente sia alla sua famiglia: «Offrono lo spazio per una maturazione personale, e una vicinanza che rende più umano l'approrsimarsi alla fine della vita».

A riaccendere il dibattito sul fine vita e sui modi per affrontarlo è stata, pochi giorni fa, l'intervista al *Corriere della Sera* in cui sabato scorso la scrittrice Michela Murgia ha reso noto di essere malata di tumore senza possibilità di guarigione. «Le cure palliative - osserva Maltoni - rappresentano un approccio che, oltre a noi specialisti, dovrebbe diventare parte del bagaglio di ogni medico e di ogni operatore sanitario». Del resto, aggiunge, «accompagnamento deriva dal latino *cum panis*, cioè condividere il pane, un atteggiamento intimo e familiare in un viaggio alla ricerca di senso.

Un'attività che caratterizza l'essere umano che, a differenza degli animali, ha piena coscienza di quello che lo aspetta. Il che comporta un surplus di consapevolezza e sofferenza, che non va misconosciuta. Ma nel clima di verità che caratterizza la vita in hospice, c'è la possibilità di usare quel tempo per recuperare rapporti e prendere decisioni importanti».

Se oggi, soprattutto in Occidente, «l'ideale della morte sembra essere l'aver giocato a tennis il giorno prima e non svegliarsi dal sonno - osserva Maltoni - è chiaro che c'è il rischio di voler "censurare" o cancellare la sofferenza umana, che invece va rispettata e accompagnata».

Infatti uno dei nodi relativi ai ricoveri in hospice è lo stigma che le cure palliative si portano addosso, quello di essere solo un percorso verso la morte. «Invece - obietta Maltoni - il ricovero in hospice è fatto anche per affrontare momenti complessi, quali curare sintomi difficilmente gestibili a domicilio (con dimissione del paziente una volta stabilizzato) o anche per dare sollievo per una-due settimane a una famiglia provata dall'assistenza al proprio congiunto».

Indubbiamente però le cure palliative sono somministrate anche nell'accompagnamento verso la morte. «Noi pensiamo - sottolinea Maltoni - anche all'interno della nostra Società italiana di cure palliative (Sicp) che si debba restare fedeli all'impostazione originale del-

la fondatrice delle cure palliative, Cicely Saunders: questa richiedeva una relazione tra medici, paziente e famiglia che, in un rapporto di cura sostanziale, non facesse mai sentire solo nessun malato, dal punto di vista sia sanitario sia sociale». Proprio per questo, osserva ancora Maltoni, «è necessario che un percorso di cure palliative sia reso possibile a tutti coloro che ne hanno bisogno. In Italia la situazione sta migliorando sia per il numero di hospice (307, di cui 7 pediatrici) e per la diffusione delle reti di cure palliative, che permettono di alternare il ricovero a consulenze e interventi negli ospedali per acuti o a possibilità di assistenza domiciliare. E anche per la migliore formazione: esistono ora 16 università con la Scuola di specializzazione in Medicina e cure palliative, anche se non tutte hanno coperto i posti disponibili». Il tempo trascorso in hospice, conclude Maltoni, «può essere un percorso dinamico, un "condividere il pane" alla ricerca del significato dell'esistenza. Nella società "plurale" gli hospice sono una risposta più affascinante di altre, un piccolo luogo di vita nuova».



La scrittrice Michela Murgia



DALL'ANALISI DEL DNA ALLE CURE A CIASCUNO LA SUA "LIFEMAP"

CARLA MASSI

È

la medicina che cerca la fragilità e i difetti premonitori di una possibile malattia. È la medicina predittiva. Che permette di creare terapie mirate e individuali.

Un tassello di quella "Medicina 5P" capace di riscrivere la battaglia contro le patologie. P come precisione, predittiva, personalizzata, preventiva e partecipativa. Autentico "ribaltone", dalla prevenzione alla terapia. Oggi, placata l'emergenza Covid, sta diventando realtà tra ricerca scientifica e finanziamenti ad hoc.

«La medicina predittiva – si legge nella definizione del Ministero della Salute – permette di determinare il profilo di rischio di ciascuna persona, di monitorarne

l'evoluzione e di realizzare appropriati interventi preventivi oltre che di selezionare la terapia, la dose e il tempo di trattamento migliori. La medicina predittiva quindi si pone come medicina dell'individualità, ma per essere tale richiede un processo di crescita delle conoscenze e di profonda innovazione nei modelli culturali medici».

IL PROGETTO

Proprio per riuscire a raggiungere questo obiettivo l'Istituto Giannina Gaslini di Genova ha ricevuto dal ministero della Salute un finanziamento di 5.385.154 euro per la realizzazione di un progetto di ricerca denominato "LIFEMap". Campo d'azione: dalle patologie dei bambini alle malattie cardiovascolari e neoplastiche negli adulti. Verrà creata una mappatura genomica utile per la medicina e la prevenzione personalizzata.

Il progetto dell'Istituto genovese è arrivato al secondo posto seguito dal lavoro



del Consiglio Nazionale delle Ricerche tra le 18 proposte presentate all'interno della Traiettorie3 del Piano Operativo Salute. Il Gaslini è il coordinatore dei dieci centri che partecipano allo studio: Irccs San Raffaele Roma, Aorn Santobono-Pausilipon Napoli, Asl Teramo, Università dell'Aquila, Università di Padova, Università Kore di Enna, Università Telematica San Raffaele Roma-Sede Acireale, Centro di ricerca, sviluppo e studi superiori in Sardegna e il Centro per la Formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario in Sicilia.

Focus della ricerca, grazie a prelievo di sangue e sequenziamento genomico, obesità, diabete, tumori pediatrici e malattie infiammatorie autoimmuni. Emergenze sanitarie di oggi ma anche prossime venture. Dai bambini agli adulti. Medicalmente, socialmente e economicamente.

IL CRONOPROGRAMMA

«Si tratta di una moderna area di ricerca che ha l'obiettivo di studiare il patrimonio genetico, le interazioni ambientali e gli stili di vita di ciascun individuo e di integrare le informazioni ottenute allo scopo di identificare già nelle prime età della vita i soggetti a rischio di sviluppare patologie gravi in età adulta – spiega il direttore scientifico del Gaslini e coordinatore del progetto Angelo Ravelli – La disponibilità di questi dati può consentire di intervenire in una fase in cui la prevenzione può avere il massimo impatto, dal punto di vista sanitario e socioeconomico. Questo approccio facilita un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili ed è orientato a indurre un miglioramento globale della salute pubblica e della qualità della vita».

Il lavoro durerà circa tre anni, verranno raccolti i dati sia clinici che genetici di cinquemila persone con patologie metaboliche (diabete, gotta, ipercolesterolemia e altre), mille con malattie infiammatorie e mille con tumore. Parallelamente viene programmata la selezione di gruppi di adulti che, con i pazienti pediatrici, condividono le stesse patologie, delle quali rappresentano da grandi una possibile evoluzione.

Obiettivo del progetto: definire profili genetici di rischio e mettere a punto strategie di screening e prevenzione. È stato provato un stretto legame tra malattie pediatriche e patologie gravi nell'adulto. Così da poter agire tempestivamente per arrestare la progressione del processo patologico. Sia attraverso controlli sia cambiando il menù e le abitudini quotidiane.

CORRELAZIONI

Ma perché cambiare l'alimentazione oltre che per perdere peso o abbassare il colesterolo? Perché ogni individuo ha un proprio Dna, che condiziona la risposta dell'organismo ai vari prodotti alimentari e quindi l'effetto sulla salute. In presenza di un difetto genetico, infatti, i cibi e i nutrienti consumati nella giornata possono, infatti, non essere assimilati correttamente.

Lo studio del proprio Dna è quindi uno strumento efficace per capire quali cibi si adattano meglio al nostro organismo e ci mantengono in salute. Alcuni alimenti, se consumati regolarmente, portano a modifiche del Dna e quindi possono potenzialmente andare a migliorare o peggiorare la funzionalità del nostro organismo.

Da qui, la scelta del progetto "LIFEMap" di analizzare le possibili correlazioni tra le malattie da piccoli (dall'obesità alle patologie infiammatorie) e la loro evoluzione da grandi. Mantenere il peso corretto durante l'infanzia e l'adolescenza, per esempio, è fondamentale e si evita la probabilità di malattie come infarto e ictus o diabete. «Dati recenti segnalano – a parlare sono i ricercatori del Gaslini – una correlazione con l'accresciuta suscettibilità a sviluppare numerose forme di tumore in età adulta».

Le malattie infiammatorie pediatriche (l'artrite giovanile, il lupus, la dermatomiosite e le vasculiti sistemiche) possono indurre cancro, problemi cardiovascolari, diabete e obesità. Inoltre, anche se le neoplasie pediatriche sono molto diverse da quelle dell'adulto, i bambini e gli adolescenti che sono guariti dal tumore (leucemie, linfomi, neuroblastoma, sarcomi, tumori cerebrali) mantengono, secondo i ricercatori del progetto, un rischio sostanziale di recidive, anche a distanza di dieci anni dalla diagnosi iniziale. E, anche se i tumori negli adulti sono diversi, ci sono ipotesi scientifiche secondo le quali il percorso della loro insorgenza e sviluppo hanno molte similitudini. Per questo, la ricerca ha reclutato sia bambini che adulti.

La predittività di questa medicina si basa, dunque, sulle informazioni ricavate dalla costituzione genetica come dalla valutazione ambientale. Si fa gol arrivando a elaborare una stima del rischio di essere



Il Messaggero

colpiti da una certa patologia nell'arco della vita. E caratterizzando i fattori di rischio (cardiovascolare e oncologico) nell'età adulta insieme alle connessioni con l'ambiente e le abitudini di vita. I risultati consentiranno di programmare per la persona una serie di "protezioni" in grado di limitare al massimo o evitare l'insorgenza della patologia.

IPROBLEMI

Il possibile risvolto della medaglia lo segnala il ministero della Salute mettendo in guardia con tre possibili scenari che ricercatori, medici e pazienti, si legge, devono tenere bene presenti: 1) il risultato dei test predittivi raramente dà la certezza, non sempre consente di stabilire con sicurez-

za se, quando e a quale livello di gravità la persona si ammalerà 2) i test permettono di individuare soggetti a rischio ma, per loro, potrebbe accadere che non sia possibile modificare la probabilità di sviluppare la malattia 3) con la medicina predittiva, persone clinicamente normali potrebbero diventare "pre-pazienti" per anni, prima di sviluppare la condizione per la quale sono a rischio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

OBIETTIVO:
DEFINIRE I PROFILI
PER METTERE
A PUNTO STRATEGIE
DI SCREENING
E PREVENZIONE

ANGELO RAVELLI,
DIRETTORE SCIENTIFICO
DELL'ISTITUTO LIGURE:
«IMPORTANTI
ANCHE L'AMBIENTE
E LO STILE DI VITA»

Grazie a un finanziamento di oltre 5 milioni di euro dal Pnrr il Gaslini di Genova è a capo di una ricerca di medicina predittiva: si studiano i rischi di patologie con una mappatura genomica di bimbi per intervenire su analoghe malattie di adulti. Un lavoro che durerà tre anni e che coinvolgerà oltre 7mila pazienti

IL PROFESSORE
DI MEDICINA INTERNA:
«FONDAMENTALE
NON SOLO LA QUANTITÀ
MA ANCHE L'ORARIO
IN CUI SI ASSUME CIBO»



Sardegna, si cercano anche infermieri

Medici stranieri per le carenze

Professionisti stranieri per ovviare alla ormai cronica carenza di medici e infermieri. È quanto accade in Sardegna, dove è stato emanato un avviso pubblico per costituire un elenco regionale dei professionisti disponibili e in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo delle professioni sanitarie nell'isola, a cui potranno partecipare anche operatori non italiani. L'iniziativa lanciata dall'assessorato regionale della sanità, guidata da Carlo Doria, cerca appunto di alleviare le difficoltà di personale che sconta il servizio sanitario nazionale, particolarmente evidenti in Sardegna. «I professionisti iscritti nell'elenco, che dovessero soddisfare i requisiti previsti, potranno all'occorrenza essere impiegati nella sanità pubblica e nelle strutture private accreditate, sanitarie e socio-sanitarie», spiega Doria, «come le strutture residenziali

per anziani, minori, psichiatriche e delle dipendenze che fanno parte della rete regionale, con incarichi provvisori per sopperire alle eventuali carenze e necessità assistenziali». Le domande dovranno essere inviate via posta certificata alla direzione generale dell'assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale all'indirizzo san.dg-san@pec.regione.sardegna.it. Medici e infermieri che volessero iscriversi all'elenco dovranno allegare alle domande copia del titolo di studio e del certificato di iscrizione all'albo o ordine del paese di provenienza, curriculum e, nel caso di cittadini di stati extra Ue, copia del permesso di soggiorno che consenta di lavorare in Italia.

La carenza di personale viene indicata da anni come uno dei principali problemi della sanità italiana. Gli infermie-

ri, in particolare, sono una delle categorie più in difficoltà. In vista della giornata internazionale degli infermieri, indetta per il 12 maggio, ieri sono stati diffusi ulteriori dati da parte di Francesco De Cobelli, presidente del corso di laurea in infermieristica al San Raffaele. «Secondo alcune stime, sono almeno 60.000 gli infermieri che mancano in Italia, con poco meno di 400.000 professionisti attivi», i numeri di De Cobelli, che ricalcano quelli già presentati dalla Federazione nazionale di categoria.

