



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

19 SETTEMBRE 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

LIVESICILIA

Palermo, furto all'ospedale Civico: indagini in corso

19 SETTEMBRE 2023



PALERMO – Un furto è stato messo a segno nel reparto di rianimazione dell'ospedale Civico di Palermo. I ladri hanno portato via un computer. La denuncia è stata presentata dal primario.

Non è ancora noto se nel pc ci fossero dei dati sensibili o meno. I carabinieri indagano per risalire agli autori del furto.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Medici argentini in aiuto: Mussomeli, riapre la Chirurgia Generale

La svolta è arrivata grazie all'accordo stipulato con l'Università argentina di Rosario.

19 Settembre 2023 - di [Redazione](#)

Presso il Presidio Ospedaliero di **Mussomeli** "Maria Immacolata-Longo" è stata annunciata la riapertura della **Chirurgia Generale** segnando un fondamentale passo avanti nell'offerta dei servizi medici alla comunità locale. La **carezza di personale medico** aveva costretto in passato l'ospedale a ridurre le attività chirurgiche, costringendo i pazienti a recarsi in altri Presidi Ospedalieri. La svolta è arrivata grazie all'accordo stipulato con l'Università **argentina** di Rosario e all'arruolamento di 9 medici. Questa opportunità ha permesso di ripristinare la piena operatività della Chirurgia Generale. Al momento, a Mussomeli, è in funzione una chirurgia di base di base di tipo "one day" che prevede interventi chirurgici con dimissioni previste nel corso della stessa giornata, seguite da una breve osservazione nelle successive sei ore. Con il rinforzo del personale medico e la riapertura del reparto di chirurgia, l'Ospedale sarà in grado di eseguire quegli interventi che erano stati temporaneamente sospesi. «L'ospedale di Mussomeli- ha dichiarato **Francesco Scaffidi**, Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia- si trova in una fase di importante evoluzione nel suo riposizionamento con l'obiettivo di estendere la gamma di interventi chirurgici offerti. Dal 2 marzo sono stati eseguiti circa 200 interventi grazie all'"one day surgery" permettendo a molte persone di ricevere cure immediate senza dover ricorrere a spostamenti verso altri Presidi Ospedalieri. La comunità locale può guardare al futuro con speranza, poiché sta emergendo una nuova era di cure mediche di qualità nella loro città, con un ospedale in grado di operare per garantire assistenza all'interland». «L'ospedale Maria Immacolata Longo- ha dichiarato il sindaco **Giuseppe Catania** – ha affrontato diverse criticità nel passato, ma pian piano queste sfide si stanno vincendo. Oggi celebriamo una tappa importante ma intermedia di questo percorso di miglioramento. Questi passi avanti contribuiranno a migliorare ulteriormente l'efficacia e l'efficienza dell'ospedale nel rispetto della rete ospedaliera approvata nel 2019. Particolare apprezzamento va fatto alla **Direzione Strategica** che ha consolidato, con le iniziative messe in campo, una solida base su cui costruire il futuro, lasciando ben sperare per un sistema sanitario sempre più solido ed efficiente per la comunità locale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«Il percorso di miglioramento del Presidio Ospedaliero di Mussomeli- ha dichiarato il Commissario straordinario **Alessandro Caltagirone** – è stato lungo e articolato. L'arrivo di professionisti argentini è un segno degli investimenti significativi fatti nella struttura e nei servizi medici. Attualmente il focus è sulla chirurgia di base, ma presto ci saranno nuove opportunità con l'arrivo di altri due **anestesisti**. Abbiamo l'obiettivo di sfruttare appieno il potenziale della struttura per offrire servizi di alta qualità e per questo è importante comunicare e promuovere le iniziative per attirare sia operatori che pazienti». «Ringrazio l'onorevole Catania per il suo impegno e per la collaborazione tra istituzioni. Mussomeli- ha concluso il Commissario - può aspirare a diventare un **polo di eccellenza regionale**, non escludendo negli anni futuri la specializzazione in chirurgie specifiche, attirando pazienti da tutta la regione e non solo».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Policlinico Giaccone, farmaco innovativo contro l'alopecia areata severa

L'Assessorato regionale della Salute ad agosto ha autorizzato l'uso del baricitinib, inibitore delle Janus Kinase.

Presso l'unità operativa complessa di **Dermatologia** e malattie trasmissibili sessualmente (MTS) del **Policlinico Giaccone**, diretta dalla Professoressa Maria Rita Bongiorno, è possibile trattare l'**alopecia areata severa** con un farmaco innovativo, "**baricitinib**" il nome della molecola, inibitore delle Janus Kinase, enzimi responsabili dei processi infiammatori e immunitari. Lo scorso mese di agosto l'Assessorato regionale della Salute ha aggiornato il **prontuario** terapeutico ospedaliero e territoriale autorizzando l'uso del baricitinib (l'immissione in commercio e la rimborsabilità del SSN era stata approvata dall'Aifa con **determina 456/2023** e pubblicata sulla Gazzetta ufficiale del 3 luglio 2023), la cui somministrazione avverrà secondo le precise indicazioni dell'Aifa.

«La nostra unità operativa, **centro autorizzato** per la prescrizione dei farmaci biotecnologici- afferma la professoressa Bongiorno- conferma la sua attenzione all'innovazione assicurando ai pazienti un'assistenza sanitaria di alto livello e una buona qualità di vita». L'alopecia areata è una **malattia autoimmune** caratterizzata dall'improvvisa e rapida perdita di capelli o di peli, in una o più chiazze circoscritte. Nel 20% dei casi la patologia evolve nelle sue forme più gravi: alopecia areata totale (perdita di tutti i capelli) o universale (con interessamento di tutti i capelli e dei peli del corpo). «La diagnosi è essenzialmente clinica- spiega Bongiorno- e può essere facilitata dall'uso del dermatoscopio che ne evidenzia i segni caratteristici.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Questa patologia ha un forte impatto sulla **qualità della vita** dei pazienti, in quanto, agli effetti fisici determinati dalla mancanza di protezione causata dalla assenza dei peli, si associano conseguenze psicologiche e sociali». **L'UOC di Dermatologia e MTS** è anche Centro di riferimento regionale per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie rare di interesse dermatologico. I pazienti vengono seguiti nella diagnosi, nel trattamento e nel monitoraggio clinico attraverso percorsi diagnostico-assistenziali appositamente dedicati.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Farmaci. Aifa revoca restrizioni sull'uso di preparati di mitomicina medac per somministrazione endovenosa

Le suddette restrizioni all'uso erano basate su questo possibile rischio per la sicurezza dei pazienti solo in caso di uso endovenoso. Il rischio di eventi tromboembolici poteva evitato efficacemente utilizzando un filtro antiparticolato appropriato (dimensione dei pori di 5 μ m).



19 SET - [Nota informativa](#) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) su MITOMICINA MEDAC 10 mg (AIC n. 044530044), che segnala la revoca delle restrizioni sull'uso di preparati di mitomicina medac per somministrazione endovenosa (in particolare, la revoca riguarda l'utilizzo di un filtro antiparticolato (5 μ m) in caso di somministrazione endovenosa).

Nel 2022, durante un programma di stabilità in corso, alcuni lotti hanno mostrato un risultato fuori specifica per quanto riguarda le particelle visibili. Questi sono stati identificati come polimeri di mitomicina. In caso di somministrazione intravescicale sono previsti effetti negativi sui pazienti. Le suddette restrizioni all'uso erano basate su questo possibile rischio per la sicurezza dei pazienti solo in caso di uso endovenoso. Il rischio di eventi tromboembolici poteva evitato efficacemente utilizzando un filtro antiparticolato appropriato (dimensione dei pori di 5 μ m). Adattando il processo di fabbricazione, il rischio di formazione di particelle visibili è stato eliminato.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Diana Bracco “Intelligenza artificiale aiuterà il lavoro dei radiologi”

MILANO (ITALPRESS) – “Unlocking the A.I. Revolution – A Symposium on the future of the Healthcare Industry and Diagnostic Imaging in the era of Artificial Intelligence”. E' questo il titolo dell'edizione 2023 del Bracco Innovation Day che si è tenuto presso l'Auditorium dello Human Technopole, nel cuore del distretto tecnologico MIND. I lavori sono stati introdotti

MILANO (ITALPRESS) - "Unlocking the A.I. Revolution - A Symposium on the future of the Healthcare Industry and Diagnostic Imaging in the era of Artificial Intelligence". E' questo il titolo dell'edizione 2023 del Bracco Innovation Day che si è tenuto presso l'Auditorium dello Human Technopole, nel cuore del distretto tecnologico MIND. I lavori sono stati introdotti dall'intervento di Fulvio Renoldi Bracco, Vicepresidente e CEO di Bracco Imaging, che ha affermato: "L'intelligenza artificiale sta avendo un impatto significativo sulle nostre vite e la sua adozione nella diagnostica per immagini porterà grandi benefici sia ai pazienti che agli operatori sanitari. Per questo motivo, da tempo come Bracco abbiamo creato un team dedicato all'intelligenza artificiale che collabora con prestigiose università, ospedali e aziende private e che mira a sviluppare algoritmi e soluzioni intelligenti in grado di migliorare le prestazioni diagnostiche dei mezzi di contrasto, ottenendo un imaging sempre più preciso e predittivo. Inoltre, stiamo investendo nell'innovazione digitale con l'obiettivo di ottenere un utilizzo migliore e più efficiente dei dati. L'esperienza delle ricerche condotte negli ultimi anni ha infatti dimostrato la complementarità dei dati estratti dalle immagini biomediche e dei dati clinici". Fulvio Renoldi Bracco ha inoltre aggiunto che "al di là della diagnostica per immagini il nostro desiderio, coerentemente con la natura della nostra azienda, è quello di comprendere il ruolo che l'IA può svolgere nelle aree di nostro maggiore interesse quali: il drug discovery, le scienze omiche e la produzione farmaceutica. Questi temi sono alla base di un progresso scientifico di cui beneficeranno prima di tutto i pazienti grazie a una miglior comprensione delle malattie che consentirà l'accesso a percorsi terapeutici mirati".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Tre le sessioni di discussione che hanno animato il simposio del Gruppo Bracco con importanti keynote speaker internazionali, la prima ha approfondito le novità dell'Intelligenza Artificiale nel drug discovery, nelle scienze omiche e nel pharmaceutical manufacturing, mettendo in luce come l'IA giocherà un ruolo importante in tanti aspetti della medicina e dell'industria della salute; ed in particolare, nell'accelerare la creazione di nuovi farmaci ingegnerizzati per un target specifico; nel facilitare lo studio e la gestione di grandi quantità di dati in ambito omico per la prevenzione e il trattamento delle patologie umane; e nell'efficientare l'ambito produttivo al fine di massimizzare le rese e minimizzare l'impatto ambientale. La seconda sessione è stata dedicata all'impatto dell'IA in radiologia, dove sono state affrontate tematiche di rilievo nel panorama dell'adozione dell'IA nell'ambito dell'imaging diagnostico. Si è infatti sottolineato come l'IA possa migliorare l'accuratezza e l'efficienza diagnostica e al tempo stesso ottimizzare i carichi di lavoro clinici. In questo scenario differenti oratori si sono confrontati portando nella medesima arena testimonianze accademiche ed industriali. La sessione conclusiva - a cui hanno partecipato il Presidente di Human Technopole Gianmario Verona, Marcella Panucci, Capo di Gabinetto del Ministero dell'Università e della Ricerca e i rappresentanti delle istituzioni europee e regionali Claudia Colla, Capo della Rappresentanza Regionale della Commissione Europea in Italia e Alessandro Fermi, Assessore all'Università, Ricerca, Innovazione di Regione Lombardia - ha affrontato i tanti aspetti etici, politici e regolatori che le istituzioni nazionali e internazionali si trovano oggi ad affrontare di fronte all'Artificial Intelligence Revolution. Aprendo questa ultima sessione, Diana Bracco, Presidente e CEO del Gruppo Bracco, ha spiegato innanzitutto l'importanza crescente per la salute dei pazienti dell'imaging diagnostico, settore in cui l'azienda è leader globale: "L'imaging si conferma sempre più un pilastro della medicina contemporanea e un elemento imprescindibile nell'individuazione delle patologie e nello sviluppo di linee terapeutiche innovative. In tutto il mondo infatti si è compreso", ha affermato Diana Bracco, "che le diagnosi precoci non soltanto permettono una medicina personalizzata e di precisione, ma aiutano a far fronte alle malattie nelle fasi iniziali con risparmi consistenti per i servizi sanitari. L'imaging di precisione - grazie anche alla sua natura non invasiva, associata a rischi minimi per il paziente - sarà sempre più centrale nella medicina del futuro, dove diagnostica e terapia appaiono via via più unite". Diana Bracco si è poi soffermata anche sulle potenzialità e sui rischi della rivoluzione dell'IA nell'imaging diagnostico: "L'Intelligenza Artificiale aiuterà il lavoro dei nostri radiologi, supportandoli nel fare referti sempre più precisi e affidabili. Penso ad esempio alla maggiore accuratezza che l'IA potrà garantire nell'interpretazione delle immagini e nel rilevamento delle lesioni. Certo, tutti sappiamo che questa nuova, potente tecnologia comporta anche dei rischi, a iniziare da quelli legati alla tutela dei dati personali dei pazienti o alla vulnerabilità dei data system. Alle istituzioni, dunque, l'IA pone nuove sfide che sono al tempo stesso tecniche, regolatorie, sociali ed etico-politiche". Al Bracco Innovation Day hanno partecipato, oltre a numerosi ospiti, i ricercatori provenienti dai centri Bracco in Italia, Svizzera, Germania, Regno Unito, Stati Uniti e Cina. Nel



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

corso della sessione dedicata alla "AI in radiologia", tra l'altro, sono stati presentati i risultati di un importante studio pubblicato sulla prestigiosa rivista Investigative Radiology e firmato, tra gli altri, da Alberto Fringuello Mingo, Sonia Colombo Serra e Giovanni Valbusa, tre giovani ricercatori di Bracco Imaging. Grazie all'Intelligenza Artificiale, il team è riuscito ad "addestrare", con una innovativa strategia, una rete neurale per incrementare il contrasto nelle Risonanze Magnetiche dell'encefalo senza impatto alcuno sull'attuale protocollo clinico. Questa rete neurale ha consentito di migliorare l'identificazione di lesioni cerebrali, dimostrando di essere uno strumento potenzialmente utile al radiologo nell'esecuzione dell'attività diagnostica. L'introduzione di questa tecnologia, valutata positivamente da neuro-radiologi di comprovata esperienza in ambito clinico presso l'Erasmus Medical Center di Rotterdam e il Centro Diagnostico Italiano (CDI), ha un potenziale notevole perchè aumenta significativamente il contrasto in immagini acquisite con protocolli clinici standard. Al termine dei lavori del Bracco Innovation Day, è stato inaugurato l'ufficio che il Gruppo ha aperto presso THE HIVE nel MIND Milano Innovation District.

LA SANITÀ

Il piano Schillaci Pronto un miliardo per ridurre subito l'attesa in ospedale

PAOLO RUSSO

Il piano per abbattere le liste di attesa c'è e consiste nel dare più soldi a medici e infermieri. Per il resto il piatto piange. Per-

ché l'asticella per la sanità, da 2,5 miliardi è apparentemente salita a 3,2 dopo i colloqui tra Schillaci e Giorgetti. - PAGINA 11



Il piano per smaltire gli arretrati: 5 ore di straordinari alla settimana pagate quasi il doppio in arrivo anche il rinnovo dei contratti ma per Case e Ospedali di comunità non ci sono fondi

Un miliardo in più alla sanità per tagliare le liste d'attesa

IL RETROSCENA

PAOLO RUSSO
ROMA

Il piano per abbattere le liste di attesa c'è e consiste in larga parte nel dare un bel po' di soldi in più a medici, infermieri e personale tecnico-sanitario affinché facciano lavoro extra per smaltire gli arretrati in fatto di visite, analisi, tac e quant'altro. Il fatto è che, trovati i soldi per quella che resta la piaga sanitaria numero uno, per il resto il piatto piange. Perché l'asticella per la sanità, da 2,5 miliardi, è apparentemente salita a 3,2 dopo gli ultimi colloqui tra il Titolare della Salute, Orazio Schillaci, e quello dell'Economia, Giancarlo Giorgetti. Ma in quel gruzzolo ci sono circa 2,2 miliardi destinati al rinnovo del contratto dei medici per il triennio 2021-24, quello chiamato a compensare la quota di retribuzione erosa dall'inflazione, pur rivista al ribasso. Quindi ne resta uno che servirà a retribuire meglio il personale sa-

nitario. Ma non c'è un euro per far lavorare medici di famiglia, specialisti ambulatoriali e infermieri nelle nuove strutture territoriali finanziate con 7 miliardi del Pnrr: Case e Ospedali di comunità che così rischiano di rimanere scatole vuote.

Ma partiamo dal lato della medaglia che luccica, quello del piano per abbattere le liste d'attesa. Al ministero della Salute sono andati a fare un po' di ripasso sui libri di storia sanitaria e hanno visto come il fenomeno abbia iniziato a prendere piede dopo il 1992, l'anno della manovra da lacrime e sangue di Giuliano Amato, che per fare cassa tagliò i compensi orari per l'extra lavoro di medici e infermieri. Da allora la macchina pubblica si è ingolfata, cominciando ad accumulare ritardi nell'erogare le prestazioni. Da qui l'idea di pagare 5 ore di lavoro extra settimanali (portando così l'orario a 43 ore, il

massimo consentito dalla normativa europea) a medici, infermieri, tecnici di radiologia e di laboratorio, finalizzate esclusivamente al taglio delle liste che sta molto a cuore alla premier. Un po' per questo, un po' per tamponare anche la fuga di medici e infermieri dalla sanità pubblica, il compenso per gli straordinari verrebbe raddoppiato. Quello dei medici passerebbe da 60 a 100 euro all'ora, quello del restante personale sanitario da 25 a 50. In più ai dottori, come richiesto dal loro sindacato Anaa. verrebbe detassata



LA STAMPA

l'indennità di specificità medica, che percepiscono tutti gli ospedalieri. Un'operazione che porterebbe nelle buste paga circa 240 euro in più al mese. A completare il piano c'è poi l'obbligo per i privati di inserire le loro agende di prenotazione in quelle pubbliche gestite dai Cup, con divieto assoluto di chiudere le prenotazioni. La libera professione medica dentro gli ospedali secondo Schillaci incide poco, ma verrà imposto ai direttori generali di applicare la legge spesso elusa che non consente di fare più attività per i solviti che per i mutuatati.

I 2,2 miliardi che restano serviranno invece a finanziare il contratto dei medici più atteso: quello che dovrà recuperare l'inflazione. Anche

perché i sindacati di categoria hanno minacciato in caso contrario una vera serrata degli ospedali, non sapendo come giustificare con i propri iscritti gli aumenti che stanno già partendo nel settore privato mentre nel pubblico i medici devono ancora siglare il contratto del triennio 2019-21.

La coperta sanitaria però finisce qui. Anzi, ci sono da trovare i soldi per innalzare di 600 milioni di euro l'anno il tetto di spesa per i dispositivi medici, ripianando anche il miliardo circa di sfioramento del triennio 2019-21. Un'operazione che sta particolarmente a cuore a Giorgetti, il quale teme la valanga di ricorsi già presentati dalle aziende del settore contro il cosiddetto

pay-back, il meccanismo che obbliga i produttori a ripianare gli sforamenti di spesa. Il pressing di Schillaci sul collega di via XX settembre punta a far finanziare l'operazione con soldi presi al di fuori del già esangue fondo sanitario nazionale.

Resta da capire dove trovare i soldi per la riforma della sanità territoriale. Il 42% degli specialisti ambulatoriali lavora meno di 10 ore alla settimana, che Schillaci vorrebbe portare a 48 per far funzionare le Case di comunità, dove il ministro intende far lavorare in team anche i medici di famiglia. Magari portando nella dipendenza quelli più giovani. Due operazioni che hanno dei costi. La manovra non potrà coprirli, ma

alcune misure di razionalizzazione di spesa potrebbero liberare risorse che consentirebbero poi alle Regioni di pagare il conto. In particolare Schillaci punta a dare un taglio a quel 20% di accertamenti inutili e a riaccorpate reparti e sale operatorie sottoutilizzate. Operazioni che spetterebbe alle Regioni portare a termine, utilizzando i risparmi per pagare medici e infermieri del territorio. —

I medici devono ancora firmare gli accordi per il triennio 2019-21

Le misure sul tavolo



Compensi doppi

Le ore di straordinario sarebbero pagate ben di più rispetto alla cifra attuale: per i medici si passerebbe da 60 a 100 euro all'ora, per il restante personale sanitario l'aumento previsto sarebbe da 25 a 50 euro.



Ritocco atteso

I restanti 2,2 miliardi serviranno a finanziare il contratto dei medici che dovrà recuperare l'aumento del costo della vita dovuto all'inflazione. C'è anche l'ipotesi di detassare l'indennità di specificità medica.



Tetto da innalzare

Vanno trovati i 600 milioni l'anno per innalzare il tetto di spesa per i dispositivi medici, resta da capire come finanziare la riforma della sanità territoriale che prevede Case e Ospedali di comunità.

3,2

Miliardi, la cifra destinata alla sanità: 2,2 servono per coprire il rinnovo dei contratti

7

Miliardi, in arrivo dal Pnrr per le strutture di comunità: mancano i soldi per chi ci lavorerà



Orazio Schillaci, ministro della Salute, con Giancarlo Giorgetti (Economia)



Sanità territoriale: aprono le prime Case e ospedali di comunità

Pnrr. Per ora sono concentrate in poche Regioni come Emilia Romagna e Lombardia. Solo un terzo delle strutture aperte sette giorni, attivi 1.378 letti

Marzio Bartoloni

Le prime 187 Case di comunità e i primi 76 ospedali di comunità hanno già aperto i battenti offrendo visite, analisi e posti letto per assistenza più complessa agli italiani. Per ora sono concentrate in poche Regioni - soprattutto Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Piemonte e Puglia - e offrono i servizi ancora non del tutto a regime, ma è un primo segnale della rivoluzione della Sanità territoriale: quella che dovrebbe avvicinare le cure agli italiani e che secondo la tabella di marcia del Pnrr che ci investe 7 miliardi dovrebbe essere condotta in porto entro giugno 2026 quando dovrebbero aprire le 1430 Case di comunità previste e 1424 ospedali di comunità a cui si aggiungono anche 611 Centrali operative territoriali (le Cot) che avranno la regia delle cure sul territorio. Il condizionale è d'obbligo perché tra aumento dei costi (+30% in media rispetto ai "preventivi" iniziali) e qualche ritardo gli inciampi sono dietro l'angolo, ma il ministro della Salute Orazio Schillaci rassicura e conferma - come anticipato dal Sole 24 Ore - che per i costi in più si potrà attingere ai fondi dell'edilizia ordinaria (ex articolo 20) e a quelli della coesione, come da richiesta di revisione del Pnrr già inviata a Bruxelles. «Dal puntuale monitoraggio semestrale condotto da Agenas allo stato non rileva alcuna ragionevole preoccupazione riguardo al rischio che la costruzione ed attivazione delle case ed ospedali

di comunità previsti dal Pnrr possano non essere completate entro la data stabilita del 30 giugno 2026, avverte Schillaci.

Ed eccolo - come ogni 6 mesi - l'ultimo monitoraggio di Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali) che riguarda il semestre gennaio giugno 2023 e che fotografa per la prima volta in base a quanto dichiarato dalle Regioni anche la presenza di servizi «in base agli standard del Dm 77» (il decreto sulla Sanità territoriale, ndr).

Partiamo dalle Case di comunità: queste strutture dovranno garantire una presenza medica fino a 24 ore al giorno sette giorni su sette e dovranno prevedere al loro interno equipe multiprofessionali (psicologo, logopedista, fisioterapista, dietista, tecnico della riabilitazione, ma quando necessario anche il cardiologo, lo pneumologo o il diabetologo ecc). Qui gli italiani potranno ottenere oltre alla classica visita medica anche servizi diagnostici primari per monitorare le proprie condizioni di salute (ecografi, elettrocardiografi, retinografi, oct, spirometri, ecc) oltre a fare analisi, screening e vaccinazioni. Al momento come detto sono attive 187 Case di comunità su 1430: 92 in Lombardia, 43 in Emilia, 38 in Piemonte, 6 in Toscana e Molise e 2 in Umbria. Di queste 59 sono aperte sette giorni su sette, 41 sei giorni su sette, 87 meno di 6 giorni. Per quanto riguarda i servizi in 102 è presente il medico di famiglia, in 53

c'è anche il pediatra (in 49 casi meno di 30 ore settimanali, in 32 tra 30 e 49 ore e in 26 tra 50 e 60 ore a settimana). Poi è prevista la presenza di una equipe multiprofessionale minima in 137 strutture e un ambulatorio infermieristico per la gestione della cronicità in 155 strutture, stesso numero per la presenza dei punti unici di accesso.

Per quanto riguarda gli ospedali di comunità - strutture dove ricoverare pazienti cronici che non hanno bisogno delle cure ad alta intensità di un ospedale normale ma comunque di un'assistenza più complessa di tipo soprattutto infermieristico - il monitoraggio dell'Agenas dice che al momento sui 434 ospedali di comunità previsti dal Pnrr (e dagli altri impegni regionali) sono già funzionanti 76 per un totale complessivo di 1378 posti letto. Di questi 38 sono in Veneto, 17 in Lombardia, 6 in Puglia, 3 in Umbria, 2 in Abruzzo e uno in Campania, Lazio e Liguria. Infine sempre il monitoraggio avverte che delle 611 centrali operative territoriali - le registe delle nuove cure della Sanità territoriale - sono 77 le centrali dichiarate attive dalle Regioni: di queste 16 sono attive 7 giorni su sette, altre 16 sei giorni a settimana e infine 45 meno di sei giorni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Al momento sono attive 187 Case di comunità su 1.430 e 76 ospedali di comunità sui 434 previsti dal Pnrr entro il 2026



«RISPETTEREMO SCADENZA 2026»

«Allo stato non rileva alcuna ragionevole preoccupazione riguardo al rischio che la costruzione ed attivazione delle case ed ospedali di comu-

nità previsti dal Pnrr possano non essere completate entro la data stabilita del 30 giugno 2026», così il ministro della Salute Orazio Schillaci



► PENSIERO UNICO

Obiezione di coscienza sotto attacco con il nuovo codice deontologico

Il testo, aggiornato dalla più grande associazione mondiale di dottori, indica «l'obbligo etico di ridurre al minimo l'interruzione delle cure per non discriminare i pazienti». Ma così l'autonomia dei camici bianchi è a rischio

di **MATTEO LORENZI**



■ Vogliono inibire l'obiezione di coscienza dei medici. Ma, come spesso accade, l'intenzione non è dichiarata esplicitamente: la trappola è nascosta tra le pieghe di parole apparentemente innocue, anzi addirittura considerate positive. Basta servirsi di termini vaghi come «discriminazione» o «discriminare», non specificati da alcun complemento, che un domani potranno essere interpretati a piacimento dall'ideologia di turno.

Il riferimento è al nuovo Codice internazionale di etica medica (Icome), recentemente aggiornato - dopo 16 anni dall'ultima revisione - dall'Associazione medica mondiale (Wma), l'organizzazione che racchiude al suo interno più di 100 associazioni nazionali di medici, con oltre 10 milioni di professionisti affiliati. Il primo Codice fu firmato a Londra nel 1949, appena dopo la seconda guerra mondiale. È stato successivamente modificato quattro volte: nel 1968 a Sidney, nel 1983 a Venezia, nel 2006 a Pirlanesberg (in Sudafrica) e nel 2022 a Berlino. Si tratta di documenti che hanno un'enorme influenza sulle decisioni dell'Oms e sulle politiche sanitarie dei governi nazionali. Vale la pena dunque leggerli con attenzione, perché ci dicono molto sull'orizzonte a 15-20 anni della pratica medi-

ca. E nell'ultima revisione, quella votata l'anno scorso, è stato inserito tutto l'arsenale dell'ideologia progressista: dalle cure green alla discriminazione, fino ad arrivare ai doveri verso le nuove generazioni. Il tutto, ovviamente, condito con un «nuovo linguaggio gender inclusive».

Il diavolo - si sa - è nei dettagli, ed è proprio mettendoli insieme che ci si accorge, oltre che delle contraddizioni, anche dei pericoli in vista. Ma andiamo con ordine. Dopo il preambolo, l'articolo uno del nuovo testo, nella sezione «Principi generali», recita: «Il primo dovere del medico è promuovere la salute e il benessere dei singoli pazienti, fornendo loro una cura competente, tempestiva e premurosa». Nella versione del 2006, invece, nella prima parte sui principi generali non figura nulla a riguardo, mentre nel primo articolo della sezione «Doveri dei medici verso i pazienti» si trova scritto che il medico ha «l'obbligo di rispettare la vita umana». Lo slittamento è già evidente, perché se quello di benessere e malessere è un concetto soggettivo, per cui non ci si può che rimettere al sentire individuale, la vita umana è invece un dato oggettivo che sta di fronte a entrambi gli attori della relazione, il medico e il paziente. Nel nuovo testo il rispetto della vita umana è menzionato solo al terzo comma (sempre

del primo articolo), ma la sua collocazione all'interno della frase lo pone alla pari del rispetto della dignità, dell'autonomia e dei diritti del paziente. La vita dunque non è più, per i medici, un valore supremo, bensì uno tra i tanti.

Lo conferma anche il primo articolo della sezione «Doveri verso il paziente», il numero 13, che recita: «Nell'offrire cure mediche, il medico deve rispettare la dignità, l'autonomia e i diritti del paziente. Il medico deve rispettare il diritto del paziente di accettare o rifiutare liberamente le cure, in linea con i valori e le preferenze del paziente». La questione delle preferenze del paziente torna spesso, al punto che viene da chiedersi come sia stato possibile quel silenzio assordante, da parte dei vari esperti di etica medica, ai tempi dell'obbligo vaccinale a colpi di green pass. Ma lasciando stare ora la polemica sul lasciapassare sanitario, resta ancora un passaggio fondamentale per comprendere come l'ideologia progressista si insinui surrettiziamente



VERITÀ

nel mondo attraverso dettagli linguistici. Nell'articolo 29, che tratta il tema dell'obiezione di coscienza, si legge che «il medico ha l'obbligo etico di ridurre al minimo l'interruzione della cura del paziente. L'obiezione di coscienza del medico nei confronti di un qualsiasi intervento medico previsto dalla legge può essere esercitata solo se il paziente non viene danneggiato o discriminato e se la salute del paziente non è messa in pericolo». Quel «discriminato» è talmente generico da lasciare aperte infinite interpretazioni, fino ad arrivare al punto in cui l'autonomia del paziente prevarcherà del tutto sull'autonomia del medico.

Così come di fatto esprimere pubblicamente il proprio pensiero - per esempio - sull'omosessualità, pur non venendo meno al rispetto dovuto a ogni persona, è già percepito come discriminatorio nei confronti dei gay, con tut-

te le conseguenze del caso, allo stesso modo non è difficile immaginare che l'obiezione di coscienza di fronte a una richiesta di aborto o di suicidio assistito possa presto essere considerata come forma di discriminazione, o come offesa che violi i diritti individuali dei pazienti. Forse non era questa l'intenzione di chi ha scritto il nuovo codice, ma indubbiamente si tratta di un terreno scivoloso, perché da un simile principio si potrebbe anche dedurre di non intervenire di fronte a un soggetto depresso che tenta il suicidio.

La violazione dell'autonomia morale del medico, infatti, si potrebbe declinare anche come inibizione all'azione. L'articolo 17 del nuovo Icome recita: «In situazioni di emergenza, laddove il paziente non è in grado di partecipare alla decisione e non è prontamente disponibile un rappresentante, il medico

può avviare un intervento senza un consenso informato preventivo nell'interesse migliore del paziente e nel rispetto delle preferenze del paziente, se conosciute». Che cosa succederebbe se, per assurdo, un medico dovesse operare urgentemente un uomo che si identifica come donna e, nel farlo, fossero interessati gli organi che biologicamente denotano il suo essere maschio? Che fare se, al risveglio, il paziente avvertisse come «non rispettate» le sue preferenze? Se il faro dei medici non è più la vita, ma la salute e il benessere, diventa pensabile anche lasciar morire un paziente senza fare nulla.



Campagna al via lunedì prossimo

Covid, coi vaccini si parte in anticipo

Consigliato ai soggetti fragili, si può fare in farmacia, ma non c'è obbligo. Il ministro Schillaci: «Questa è prevenzione»

CLAUDIA OSMETTI

■ Tre, due, uno: la campagna vaccinale del 2023 contro il coronavirus parte (e pure in anticipo). Alla faccia dei polemisti di professione, dei soliti gufi e di tutti quelli che, negli ultimi mesi e nelle ultime settimane, hanno tacciato il governo Meloni di "mano morbida" e di poco interesse per la questione, col ritornello sbandierato in ogni salsa (e in ogni salotto tivù) di "un esecutivo apertamente antiscientifico che strizza l'occhio agli irriducibili della punturina salva-pelle". Vero niente. E le dichiarazioni di ieri del ministro Orazio Schillaci (Sanità) son lì a dimostrarlo: «I numeri dei contagi sono aumentati ed era prevedibile, perché veniamo dal periodo estivo dove c'è movimento di persone. Si tratta di un dato in linea e che potrebbe crescere vista l'apertura delle scuole, ma non c'è allarmismo: i numeri che ci interessano sono i ricoveri e gli accessi nelle terapie intensive, e quelle sono cifre trascurabili. Siamo fiduciosi». Punto primo, vivaiddio. Ce lo siamo detti e ridetti, ce l'hanno ricordato (quasi) tutti i virologi e gli epidemiologi: archiviata la pandemia non ne facciamo un pandemonio, sennò non ne usciamo più.

Punto secondo, se qualcuno ancora non fosse convinto, se ci fosse chi ha dei dubbi, più che Schillaci, oggi, parlano i fatti. E i fatti dicono che il ministero ha ritenuto «oppor-

tuno» anticipare l'inizio della campagna vaccinale la quale, quindi, non comincerà il 2 ottobre, come era stato precedentemente annunciato, ma lunedì prossimo. Il motivo è lo stesso, identico a quello di qualche riga fa: è che c'è differenza tra prevenzione e allarmismo e un conto è arrivare preparati alle scadenze (cosa che ci ha insegnato fin troppo bene l'emergenza del 2020) e un altro è gridare alla catastrofe quando di catastrofe, per il momento, non c'è manco l'ombra. Per questo il dicastero di via Ribotta ha inviato una lettera alle Regioni che suona pressapoco (anzi, esattamente) così: «Le consegne delle prime dosi si faranno a partire da lunedì 25 settembre per una settimana. Tale anticipo non modifica quelle successive che avverranno dalla settimana del 9 ottobre».

Le fiale previste per la prima tranche dovrebbero attestarsi, complessivamente, sul milione di unità e, come ha approvato l'Ena, l'Agenzia europea dei medicinali, a inizio mese, l'ultima versione del vaccino copre anche le sottovarianti (come Eris) oggi in circolazione. È una buona notizia. La campagna vaccinale non è (più) obbligatoria, ma viene consigliata ai soggetti fragili, ai sessantenni e agli operatori sanitari. E attenzione, c'è chi è già pronto a fare la sua parte, come i farmacisti. Andrea Mandelli, che è il presidente della Fofi, al secolo la Federazione italiana degli ordini dei farmaci-

sti, commenta: «Siamo pronti a dare il nostro contributo a questa campagna e a rendere facilmente accessibile ai cittadini questo importante strumento di prevenzione».

Non è una sponda da poco, quella di Mandelli: conta su una «rete capillare di oltre 19mila farmacie pubbliche e private e su oltre 50mila professionisti di comunità abilitati all'inoculazione dei vaccini che rappresentano una risorsa per il Servizio sanitario nazionale». È vero. Resta il nodo (ma che andrà a sciogliersi nelle prossime settimane) di chi opererà per la doppia somministrazione, anti-Covid e anti-influenzale. Anticipato uno, l'altro potrebbe rimanere indietro di qualche giorno. Tuttavia «se quello del vaccino è un presidio fondamentale» (come lo è), continua Schillaci, «partiremo anche con una campagna per ricordare ai cittadini vaccinarsi per l'influenza. Il vaccino sarà gratis per tutti, anche per le categorie che non rientrano nella raccomandazione. Stiamo valutando la distribuzione insieme alle Regioni, conteremo molto sulle farmacie, ma soprattutto sui medici di medicina generale». E speriamo che le discussioni infinite degli anni scorsi, per una volta, si chetino. Amen e così sia.



L'INCHIESTA DEL MANIFESTO SULLE IMMAGINI DUPLICATE NELLE RICERCHE

Il caso Schillaci arriva in Spagna. «El País»: problema per il governo

Roma

■ All'estero più che in Italia trova eco lo scandalo delle immagini duplicate nelle ricerche del ministro della salute Orazio Schillaci. Dopo la rivista statunitense *Science*, anche *El País*, il primo quotidiano spagnolo, ha pubblicato ieri un lungo e durissimo articolo intitolato «Il ministro della salute italiano accusato di falsificare studi scientifici». Il giornale di Madrid dedica un'intera pagina alla vicenda descritta come «un problema per Meloni», il secondo dopo il caso Santanché. E sottolinea che il ministro vacilla proprio mentre risalgono i casi di Covid e si annuncia un autunno problematico con una campagna vaccinale ancora da decifrare. L'articolo ricor-

da anche che fu proprio Schillaci a reintegrare i medici sospesi per aver rifiutato di sottostare all'obbligo di vaccinazione.

Intervistato da *El País*, il biochimico e esperto di frodi scientifiche Enrico Bucci punta il dito anche sulle altre ombre che intaccano la reputazione del ministro. Come la strana scelta di pubblicare su una «rivista scientifica fake», come la chiama Bucci riferendosi a *Cancer Research and Reports*, su cui compaiono alcune delle immagini controverse. «Si tratta di riviste create con l'obiettivo di inviare una raffica di richieste ai ricercatori affinché inviino articoli da pubblicare senza un'adeguata revisione scientifica e in cambio di un pagamento» spiega il ricercatore. «Non hanno alcuna credibilità scientifica seb-

bene si presentino con le sembianze di riviste scientifiche serie. Mi chiedo come sia possibile che un rettore con centinaia di pubblicazioni al suo attivo possa decidere di pubblicare un articolo di cui è l'autore responsabile su una rivista scientifica di questo tipo». Secondo l'esperto, che ha dedicato diverse ricerche alla materia, le immagini duplicate come quelle trovate nelle ricerche di Schillaci rappresentano un fenomeno endemico, che riguarda «tra il 10 e il 12% degli studi nel settore biomedicale». Parlando con *El País*, Bucci è tagliente anche sui meriti scientifici dello scienziato Schillaci: «Dubito che chi svolge un incarico da rettore o da ministro possa essere anche un buon ricercatore». **an. cap.**



Immunoterapia Big data e mRNA per battere il cancro

Francesca Cerati — a pag. 20

L'immunoterapia del cancro: dai vaccini a mRNA ai big data

Oncologia hi tech. All'International Cancer Immunotherapy Conference di Milano focus sull'intelligenza artificiale e al suo impiego nel comprendere i segnali che mettono fuori gioco il sistema immunitario

Francesca Cerati

Sono più di 40 i vaccini terapeutici anti-cancro a mRNA in sperimentazione clinica nel mondo. E l'anno prossimo quello sviluppato da Moderna per il melanoma sarà il primo a entrare in fase 3. A oggi, i risultati ottenuti da questo vaccino (mRna-4157/V940) in combinazione con un antitumorale (l'anticorpo monoclonale pembrolizumab) hanno permesso di ottenere la designazione di terapia rivoluzionaria da parte della Food and Drug Administration (Fda), procedura che consente di accelerare le future revisioni degli studi in programma nel 2024.

Come il vaccino Covid-19, i vaccini antitumorali a mRNA sono progettati per insegnare al sistema immunitario a riconoscere le cellule tumorali come diverse dalle cellule normali.

«Questi vaccini permettono di superare quello che è stato l'ostacolo maggiore degli anti-tumorali, cioè il fatto che ci mancavano quelle caratteristiche specifiche delle cellule cancerogene verso cui dirigere un farmaco o la risposta immunitaria» spiega Pier Francesco Ferrucci, direttore dell'Unità di Bioterapia dei tumori all'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) e presidente del Network italiano per la Bioterapia dei tumori (Nibit), una delle società scientifiche organizzatrici del Cicon23, International Cancer Immunotherapy Conference, in programma a Milano dal 20 al 23 settembre e che vedrà la partecipazione di oltre mille tra clinici, ricercatori, rappresentanti di associazioni e del

biotech provenienti da tutti i continenti e a cui parteciperà anche il premio Nobel Jim Allison, padre dell'immunoterapia oncologica.

«Per i vaccini anti-cancro si utilizzano mRNA sintetici progettati per "istruire" il sistema immunitario a riconoscere una proteina chiamata "neoantigene", che è espressione di una mutazione genetica avvenuta nella cellula malata. Si tratta di una specie di "impronta digitale" specifica e personale, presente nelle cellule tumorali di quel paziente - continua Ferrucci - I vaccini antitumorali a mRNA personalizzati sono quindi progettati su misura con lo scopo di innescare il sistema immunitario a uccidere selettivamente ed esclusivamente le cellule tumorali in quel paziente e nei pazienti in cui i tumori esprimono la stessa mutazione».

Il convegno, giunto alla settima edizione, è un'occasione per confrontarsi non solo sui vaccini anti-cancro, ma anche sui meccanismi di immunoresistenza e l'uso delle tecnologie per rendere le nuove terapie più efficaci per un numero sempre maggiore di pazienti.

«Grazie alle nuove tecnologie è possibile studiare il microambiente tumorale a livello di singola cellula e la loro localizzazione nel tessuto, così da generare una carta d'identità del tumore stesso - sottolinea Paola Nisticò, responsabile dell'Unità di Immunologia e Immunoterapia dei tumori all'Istituto nazionale tumori Regina Elena e membro del direttivo Nibit - La cellula tumorale vive in un tessuto e "convive" con una serie di

cellule, anche sane, che può "corrompere". C'è, insomma, una continua reciprocità di comunicazione tra tutte le cellule che costituiscono il microambiente tumorale, che noi definiamo ecosistema, che non è però unico, ma ha delle particolari firme. Con le nuove tecnologie oltre a individuare i "profiling spaziali" - cioè una sorta di gps che ci dice come le cellule sono localizzate in un tessuto - rivelano anche quanto quelle vicine le une alle altre interagiscano e attivino una serie di segnali in grado di favorire la cellula tumorale e mettere fuori gioco il sistema immunitario. Questo è fondamentale anche per capire il fenomeno della immunoresistenza, ovvero se e quanto sia dettata dalla spazialità delle cellule che comunicano tra loro, se dipende dalla scelta della cellula partner, se ci sono binari o facilitazioni per cui le cellule stanno a contatto tra loro. Questo tipo di ricerca ci permette anche di capire come le cellule del sistema immunitario si localizzano e si organizzano insieme per riuscire a rispondere meglio al tumore». E qui entra in gioco anche l'intelligenza artificiale. «Ogni singola cellula ha innumerevoli di geni e proteine e le analisi con le nuove tecnologie generano milioni di dati che l'intelligenza artificiale è in grado di elaborare. Grazie a questi algoritmi potremo capire se questi gruppi di geni e proteine corrispondono a un particolare contesto tumorale e individuare i percorsi per mettere fuori gioco le cellule tumorali e avvantaggiare il sistema immunitario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PREVENZIONE

La nuova generazione di biopsia liquida

Le biopsie liquide sono una diagnostica del cancro emergente non invasiva che sequenzia l'Rna o il Dna da campioni di sangue. Ma, i test attualmente disponibili sono meno sensibili quando il cancro è allo stadio iniziale. Per risolvere questo problema, i ricercatori dell'Università della California, Santa Cruz guidati da Daniel Kim, hanno sfruttato sequenze di Rna non codificanti e ripetitive per migliorare le prestazioni dei test di biopsia liquida. Nonostante il 75% del genoma umano generi Rna non codificante (noto anche come "materia oscura"), questa molecola rimane un'area poco studiata del genoma e sono poche le sequenze ripetitive di Rna non codificante presenti nel sangue di individui sani. Il gruppo di ricerca di Kim aveva però già dimostrato che molti Rna ripetitivi vengono secreti dalle cellule tumorali, anche nelle prime fasi del cancro. Da qui, l'idea di sfruttarlo come biomarcatore nella diagnosi

precoce del cancro attraverso una piattaforma di sequenziamento e analisi dell'Rna privo di cellule chiamata Complete-seq, che identifica sia gli Rna non codificanti ripetitivi sia l'Rna che codifica proteine. In questo modo, i ricercatori sono stati in grado di aumentare i segnali biologici disponibili, ottenendo un test diagnostico più sensibile. La piattaforma ha mostrato risultati promettenti per il rilevamento del cancro del colon-retto (sensibilità del 91%), dello stomaco (sensibilità dell'86%) e del polmone (sensibilità del 93%), mentre il cancro esofageo aveva una sensibilità del 56%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MOLECOLE CIRCOLARI

Trovata la «firma» di Parkinson e Alzheimer

È stata trovata in molecole circolari la firma dei neuroni danneggiati dalle malattie di Parkinson e Alzheimer, ma anche di diversi tipi di cellule nervose: sono molecole del cosiddetto Rna "spazzatura", che apre così una nuova strada per la diagnosi e la comprensione di queste malattie neurodegenerative. La scoperta dei ricercatori del Brigham & Women's Hospital di Boston, guidati da Xianjun Dong, è pubblicata su Nature Communications. I ricercatori hanno analizzato con un laser 190 campioni congelati di cervello umano post-mortem, leggendo poi le sequenze di tutti gli Rna circolari trovati. Hanno così scoperto che il 61% di questi (circRna) sono associati a disturbi cerebrali. In particolare, 4.834 di queste molecole sono risultate specifiche di neuroni che controllano il movimento, l'umore, la memoria e il linguaggio, e la cui degenerazione

svolge un ruolo chiave nello sviluppo di disturbi neurologici. Quando gli autori dello studio hanno esaminato più a fondo questa connessione, hanno trovato che un numero sorprendente di geni del Parkinson e dell'Alzheimer producono Rna circolare. «Gli Rna circolari - commenta Dong - hanno il potenziale per fungere da biomarcatori per specifiche cellule cerebrali implicate nelle fasi precoci di alcune malattie. Non solo, poiché sono molecole che non possono essere scomposte facilmente, questo potrebbe renderle uno strumento potente per trasportare terapie mirate all'interno del corpo. Potrebbero essere quindi riscritte in laboratorio ed essere sfruttate come farmaci del futuro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IHEART SIMULATOR

Pronto un modello matematico del cuore

La matematica del cuore. È pronto il primo modello completo non solo della sua anatomia, ma anche di tutti i suoi meccanismi, che offre quindi una precisione senza precedenti nella simulazione delle funzionalità cardiache e delle sue patologie. È stato messo a punto in Italia dal Politecnico di Milano e promette di cambiare il modo in cui si studia il cuore e i suoi disturbi, come le ischemie, le aritmie e l'infarto miocardico acuto, aprendo anche la strada a nuove terapie. Il simulatore, chiamato iHeart, è stato descritto in un articolo pubblicato sulla rivista Scientific Reports. I ricercatori coordinati da Alfio Quarteroni hanno collaborato in questi anni con diverse realtà per sviluppare un modello matematico del cuore che fosse il più completo possibile. L'iHeart Simulator è il risultato di anni di ricerca nel quadro del Progetto "iHeart" (Integrated Heart), finanziato dall'Unione europea attraverso un Erc Advanced Grant.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMACI INTROVABILI? ECCO LA SOLUZIONE

Di recente si è parlato molto della difficoltà a reperire la semaglutide, il medicinale antidiabetico preso d'assalto da chi ha chili di troppo. In realtà sono moltissimi i prodotti che, per varie ragioni, scarseggiano. Un aiuto ci viene dalle farmacie che offrono i preparati galenici



di Erika Tomasicchio

Hai un problema di salute ma il medicinale che ti serve proprio non si trova più? Puoi ricorrere a un preparato galenico, definizione che include la categoria dei preparati realizzati dagli stessi farmacisti. D'antica memoria, tanto che prendono il nome da Galeno di Pergamo, primo medico dell'antica Roma a produrli. In Italia sono circa duemila le farmacie che li confezionano nei propri laboratori: bustine, capsule, compresse, medicinali per inalazione, soluzioni a uso oftalmico... E non mancano i farmaci "home made" per gli amici a quattro zampe, in quanto una struttura su due è specializzata proprio nei composti a uso veterinario.

C'è un tavolo tecnico sul tema

Quello dei farmaci anche temporaneamente difficili da rintracciare è un serio problema collettivo. Si registra nel nostro Paese ma anche il resto del mondo non è da meno. «La Federazione ordini farmacisti italiani», sottolinea il presidente Andrea Mandelli, «già nella scorsa primavera ha richiamato l'attenzione delle istituzioni sanitarie sulla carenza di alcune classi di medicinali, come conseguenze della pandemia e di difficili equilibri geopolitici che hanno inciso sul rifornimento dei principi attivi e dei materiali necessari al loro confezionamento». Per fronteggiare l'emergenza, il ministro della Salute Orazio Schillaci ha istituito un apposito tavolo tecnico, a cui siedono tutti i componenti della filiera del farmaco (sarà esteso anche ai Nas e ai medici di medicina generale) che ha promosso, appunto, l'idea

di adoperare l'attività galenica come contraltare alla carenza di medicinali. «Un'iniziativa che può essere completata con il vaglio di altre idee efficaci a proposito», osserva Marco Cossolo, presidente di Federfarma, l'associazione di categoria dei farmacisti. «Oltre ad allestire preparazioni galeniche di medicinali senza o con prescrizione se presenti nella Farmacopea ufficiale, si può optare per uno dei numerosi farmaci equivalenti disponibili al posto di quelli mancanti, consigliare al paziente soluzioni alternative tra medicinali da banco e senza prescrizione, confrontarsi con il medico per trovare una cura alternativa della stessa categoria terapeutica».

Il monitoraggio degli assenti

Purtroppo la vendita al dettaglio dei farmaci non è una macchina sempre perfetta, al contrario capita che s'incoppi come qualsiasi altra filiera produttiva. L'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che si occupa di rilevare la temporanea irreperibilità sul mercato nazionale di medicinali (in particolare di quelli indispensabili per la cura di alcune patologie) conosce bene queste situazioni di stallo, e spiega che la mancanza di un medicinale è imputabile essenzialmente a due condizioni. La prima, una carenza: quel farmaco proprio non è (o ce n'è pochissimo) in circolazione perché il principio attivo non si trova, ci sono problemi di produ-

zione oppure di carattere normativo. La seconda, difficoltà di mercato: quel farmaco può "sparire" per un'impennata di richieste, un'emergenza sanitaria, disfunzioni della filiera distributiva.

In funzione l'app salva cura

Per un motivo o per l'altro, comunque, il diritto alla salute di un cittadino non può prescindere dalla disponibilità di tutte le possibili ipotesi terapeutiche di cui potrebbe aver bisogno. Va a coprire questo segmento di rischio la recente creazione di una app gratuita, *Aifa Medicinali*, disponibile per dispositivi mobili (IOS e Android). È una spia salva cura: nata da un'esigenza segnalata dalle associazioni di persone con patologie croniche e invalidanti, monitora possibili mancanze, permette a chi è interessato di consultare la banca dati dell'Agenzia e ricevere avvisi sulla disponibilità (o meno) di quel prodotto in commercio.

Quando ci vuole una terapia "su misura"

Tutto torna utile contro improvvisi (e pericolosi) buchi nelle nostre cure: le app che ci avvertono in tempo



Starbene

reale, e ancor più i medicinali allestiti in farmacia. «Questi rappresentano l'unica possibilità quando, per diversi motivi, l'industria farmaceutica non è in grado di soddisfare un bisogno terapeutico», spiega Paola Minghetti, presidente Sifap (Società italiana farmacisti preparatori). «E non solo quando quel farmaco è assente. Da sempre, il raggio d'azione dei preparati galenici è esteso e copre tante situazioni non industrializzabili; per esempio, dosaggi che devono essere variati nel tempo o stabiliti ad hoc per l'individuo; necessità di farmaci senza eccipienti per pazienti allergici oppure intolleranti, o con patologie rare prive di medicinali autorizzati.

Tra l'altro, la garanzia di sicurezza c'è perché Sifap, in collaborazione con Sifo (Società italiana di farmacia ospedaliera), si impegna a fornire le istruzioni operative per allestire il preparato in modo uniforme e sicuro su tutto il territorio nazionale». ●

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DOVE SI POSSONO TROVARE I RIMEDI "HOME MADE"

Il censimento è ancora in corso ma su fofi.it si può trovare la mappa completa, suddivisa per regioni e province, delle farmacie presenti sul territorio nazionale che confezionano preparati galenici. In più, vengono segnalate le tipologie di composti disponibili in ogni punto vendita. La mappa, che per ora comprende circa duemila farmacie italiane distribuite da Nord a Sud, isole comprese, sarà via via aggiornata con i dati delle nuove farmacie aderenti all'indagine lanciata da Fofi (Federazione ordini farmacisti italiani) insieme alla Sifap (Società italiana farmacisti preparatori) per far fronte ai disagi che derivano dalla carenza di medicine essenziali.



La sanità

Ambulatori anche senza specializzazione

L'obiettivo è colmare la carenza di camici bianchi. La Regione gioca la carta dei medici già laureati ma che ancora devono specializzarsi per colmare le carenze del territorio. D'ora in poi potranno già dal primo anno aprire un ambulatorio in convenzione con il sistema sanitario e reclutare pazienti.

di Alessandra Corica● *a pagina 7**Il caso*

Emergenza medici, ambulatori ai non specializzati

I laureati al primo
anno anno di
perfezionamento
potranno avere già
mille pazienti

di Alessandra Corica

L'obiettivo è colmare la carenza di camici bianchi. Che, nonostante i vari bandi pubblicati negli ultimi mesi dalle Ats, proprio non si trovano: all'ultimo avviso i posti messi a bando erano 1.140, ma i medici che si sono presentati sono stati 482 in tutta la Lombardia. E allora: la Regione gioca la carta dei medici già laureati ma che ancora devono specializzarsi per colmare le carenze del territorio. D'ora in poi potranno già dal primo anno aprire un ambulatorio in convenzione con il sistema sanitario e reclutare pazienti: mille assistiti per gli iscritti al primo o secondo anno del corso, e fino a 1.500 per gli iscritti al terzo.

La novità è stata concordata con i sindacati, con un'integrazione all'accordo che, per il 2023, regola i rapporti tra i medici di famiglia e la Regione. «L'obiettivo – spiega l'assessore al Welfare Guido Bertolaso – è aumentare l'assistenza sanitaria di primo livello nel territorio regionale. A causa della carenza dei medici di medicina generale, che interessa

anche il territorio nazionale ed è stata confermata dalla scarsa adesione all'ultimo bando ordinario, abbiamo avviato temporaneamente una serie di interventi. Queste azioni saranno riviste in base ai risultati in occasione dei prossimi accordi integrativi regionali».

In base al nuovo regolamento, allora, i medici che stanno frequentando il corso in Medicina generale – che, a differenza delle scuole di specializzazione ospedaliera, dura tre anni e prevede borse di studio regionali e non sovvenzionate da Roma – potranno sia avviare un proprio studio, sia lavorare nella guardia medica: in questo caso potranno fare turni fino a 24 ore a settimana nel caso siano iscritti al primo anno, e fino a 38 ore se iscritti al secondo o terzo anno. «Si tratta – spiega Paola Pedrini, segretario regionale della Fimmg, la Federazione dei medici di medicina generale – di adesioni volontarie: i colleghi che vorranno aderire potranno farlo, ma senza obbligo. La Lombardia non è l'unica regione ad aver fatto una manovra analoga: noi abbiamo dato l'ok a pat-

to che si lasci il tempo di fare il corso di formazione nel modo corretto, visto che per i colleghi del terzo anno con 1.500 assistiti il tempo per la formazione rischia di essere troppo ridotto». Analoga la posizione dello Snammi, il sindacato degli autonomi: «C'è una situazione di emergenza, ma è ovvio che l'operazione andrà monitorata – ragiona il presidente Roberto Carlo Rossi, che guida anche l'Ordine dei medici milanesi –. Non vorrei che sia un preludio per eliminare le borse regionali per i colleghi che frequentano il triennio, con la "scusa" che comunque riceverebbero i rim-



borsi per gli assistiti e non avrebbero quindi diritto al contributo per la formazione». Certo è che la carenza, nel territorio dell'Ats di Milano in particolare, va avanti da tempo: all'ultimo bando i posti messi a disposizione erano 401 tra Milano, hinterland e Lodi, ma le domande arrivate sono state appena 130, la maggior parte da medici ancora iscritti al corso o che comunque già ricoprivano degli incarichi "a tempo" (per esempio, per sostituire un medico andato in pensione). Le graduatorie sono state approvate la settimana scorsa. Ma con un paradosso burocratico: tutti coloro che erano a tempo "determinato" e ora avranno un

posto assegnato in via definitiva, dovranno reclutare di nuovo da zero tutti i loro pazienti. Un meccanismo burocratico che, in teoria, dovrebbe permettere ai cittadini di scegliere in via definitiva se restare con il medico temporaneo oppure no. Nei fatti, l'ennesimo inghippo burocratico, non solo per i camici bianchi, ma per i cittadini: tutti dovranno rifare la procedura per avere di nuovo assegnato un medico di famiglia.



▲ La crisi

La regione cerca di fronteggiare la carenza dei medici di famiglia con l'accordo dei sindacati



SANITÀ POCO VIRTUOSA

Le due strutture private accreditate sono le uniche a comparire nella classifica suddivisa per 12 specialità stilata dal settimanale statunitense «Newsweek»

Solo Gemelli e Bambino Gesù tra i migliori ospedali

••• Nella nuova classifica sui migliori ospedali del mondo, suddivisi per 12 specialità, Roma svetta soltanto in 3 Top-20, appannaggio però di sole 2 strutture private accreditate: il policlinico Gemelli (7° al mondo per la Ginecologia-Ostetricia e 8° per la Gastroenterologia) e il Bambino Gesù (9° per la Pediatria). Nessuna altra struttura pubblica laziale è indicata tra i primi 20 posti, a differenza di Lombardia ed Emilia-Romagna, presenti con i propri ospedali in alcune pole-position.

Il Lazio, invece, non vede nessuna sua struttura neanche fra tutte le prime 125 al mondo per la neurochirurgia. E alcuni grandi ospedali sono proprio fuori da tutte le 12 classifiche, come il San Giovanni-Addolorata, l'Ifo-Regina Elena, il San Filippo Neri, il Sant'Eugenio, il Santo Spirito e il Pertini. Queste classifiche, stilate dal settimanale statunitense «Newsweek» in collaborazione con Statista, sono state stilate sulla base di

un'indagine globale, che coinvolge decine di migliaia di professionisti della salute, medici e manager ospedalieri.

Sfogliando le intere classifiche si trovano tra i primi 300 ospedali al mondo per la cardiologia il 48° posto del Gemelli, poi 153° Campus Bio Medico, 166° Sant'Andrea, 187° San Camillo e 193° San Filippo Neri.

Per l'oncologia c'è al 34° posto il Gemelli, poi 109° Umberto I e 172° Sant'Andrea. Tra i primi 250 per la pediatria c'è, oltre al 9° posto del Bambino Gesù, il Gemelli al 207°. Tra i primi 150 di cardiocirurgia c'è, al 51°, il Sant'Andrea poi 83° San Camillo e 136° Gemelli. Per l'endocrinologia al 53° il Gemelli e 103° il San Camillo. Per la gastroenterologia, oltre all'8° posto del Gemelli, c'è il 148° del Campus Biomedico. Fra i primi 125 di neurologia c'è solo il Gemelli (41°), come per l'urologia (93°). Anche per l'ortopedia c'è l'86° posto del Gemelli e il 115° del Bambino Gesù. Per la pneumologia al 49° posto c'è il Gemelli e al 73° il San Camillo. E, infine, tra i

primi 100 per ostetricia e ginecologia c'è, oltre al settimo posto del Gemelli, la 51esima posizione per il policlinico Tor Vergata.

«Non possiamo che essere molto fieri della classifica di Newsweek - commenta il professor Antonio Gabbarrini, preside della Facoltà di Medicina e chirurgia e Ordinario di Medicina interna dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - che posiziona la gastroenterologia del Policlinico al primo posto in Italia e al secondo in Europa». Anche le performance della ginecologia del Gemelli figurano al primo posto in Italia, al pari della pneumologia.

ANT. SBR.

Le posizioni

Policlinico universitario settimo al mondo per Ginecologia-Ostetricia e 8° per Gastroenterologia. L'altro al nono posto per la Pediatria



Newsweek elogia l'ospedale Gemelli «Eccellenza mondiale per la ginecologia»

IL RICONOSCIMENTO

Il Gemelli svetta nella classifica dei migliori ospedali del mondo per specialità. A rivelarlo la rivista statunitense Newsweek che, in collaborazione con Statista, ha pubblicato la lista dei migliori ospedali specializzati (World Best Specialized Hospitals 2024). A spiccare la ginecologia del nosocomio che esordisce al settimo posto nel mondo e al primo in Italia, così come la gastroenterologia che si conferma all'ottavo posto nel mondo e al primo in Italia. Sul podio anche la pneumologia, prima in Italia e 49ma nel mondo.

L'ospedale romano è presente in 11 delle 12 classifiche per specialità: cardiologia, cardiocirurgia, oncologia, endocrinologia, neurologia, ortopedia, pediatria e urologia, oltre a ginecologia-ostetrica, gastroenterologia e pneumologia. Un risultato importante che conferma l'eccellenza del Gemelli anche in un contesto internazionale.

FIORE ALL'OCCHIELLO

«Siamo davvero orgogliosi di questo riconoscimento così alto - ha detto Giovanni Scambia, direttore scientifico del Gemelli e della Uoc Ginecologia Oncologica e ordinario di Ginecologia e Ostetricia all'Università Cattolica - Una delle caratteristiche della ginecologia del Gemelli è quella di occuparsi a 360 gradi della salute femminile, dall'adolescenza, alla menopausa, passando per la gravidanza». Entrando più nello specifico, il professor Scambia aggiunge: «Tra i nostri fiori all'oc-

chiello, il centro Class Ultrasound Omic, che applica l'analisi "omica" e l'intelligenza artificiale a quella morfologica con ecografi di ultima generazione e il centro Class Hysteroscopy, che associa accuratezza diagnostica alla possibilità di trattare qualsiasi patologia endouterina. Determinante, infine, il nostro impegno nella ricerca di nuovi trattamenti per i tumori ginecologici, come quello dell'ovaio».

LAVORO DI SQUADRA

È fiero dei risultati raggiunti Antonio Gasbarrini - preside della facoltà di Medicina e chirurgia, ordinario di Medicina interna dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttore della Uoc Medicina Interna e Gastroenterologa e del Cemad del Gemelli - che ha sottolineato come questi primati siano il frutto di un grande lavoro di squadra che vede clinici dell'apparato digerente, endoscopisti, chirurghi dell'apparato digerente e dei trapianti, radiologi, microbiologi e anatomopatologi, psicologi e nutrizionisti lavorare in team multidisciplinari per prendersi al meglio cura del paziente. «Questa classifica

- spiega - esprime sia l'eccellenza clinica che quella di ricerca e di didattica della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica che trasmettiamo giornalmente ai nostri allievi».

Per Luca Richeldi, direttore della Uoc di Pneumologia del Gemelli e ordinario di Malattie dell'apparato respiratorio dell'Università Cattolica, è un grande onore essere in Italia ai

vertici della Pneumologia, una disciplina che, soprattutto durante la pandemia, ha dimostrato la propria rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale. «Presso il nostro Cemad (Centro per le Malattie dell'Apparato Respiratorio) - ha sottolineato Richeldi - copriamo tutte le aree della medicina respiratoria, dalla terapia subintensiva alla pneumologia interventistica, alle malattie respiratorie del sonno,

all'asma grave, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva, alle bronchiectasie, alle fibrosi polmonari».

Ha espresso grande soddisfazione per questo ennesimo, prestigioso riconoscimento internazionale, anche il direttore generale del Gemelli Marco Elefanti che si è detto «orgoglioso di essere alla guida di una realtà ospedaliera che è vanto per la sanità regionale e nazionale».

Barbara Carbone

**SECONDO LA RIVISTA
USA È IN TESTA
ALLE CLASSIFICHE
INTERNAZIONALI
ANCHE PER LA
GASTROENTEROLOGIA**

**IL DIRETTORE
GENERALE ELEFANTI:
«SIAMO UN VANTO
PER LA SANITÀ
REGIONALE
E NAZIONALE»**

