



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**9 GENNAIO 2024**

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

**MARIELLA QUINCI**

# Sanità, slitta di due anni il piano acquisti di Tac, ecografi e risonanze magnetiche

## Salute 24

La revisione del Pnrr rinvia la sostituzione di oltre 3.100 apparecchiature. Rimandati al giugno 2026 investimenti per 1,2 miliardi negli ospedali italiani

Gli ospedali italiani dovranno aspettare fino al 2026 per sfruttare nuove tecnologie diagnostiche come Tac e risonanze magnetiche di ultima generazione, acceleratori lineari o ecografi digitali: oltre 3.100 apparecchiature, su cui il Pnrr investe ben 1,2 miliardi. La revisione del Pnrr richiesta dall'Italia e approvata da Bruxelles a fine novembre prevede infatti anche uno slittamento

di due anni del nuovo piano di ammodernamento tecnologico degli ospedali.

**Marzio Bartoloni** — a pag. 23

## Stop a Tac, ecografi e risonanze: il maxi piano slitta di due anni

**Il ritardo.** Rinviata a giugno 2026 la scadenza per sostituire oltre 3100 grandi apparecchi negli ospedali per un investimento di 1,2 miliardi previsto dal Pnrr a fronte di un parco macchine per metà già vecchio

### Marzio Bartoloni

**G**li ospedali italiani alle prese con un parco macchine che scricchiola da tutte le parti visto che per oltre metà è già vecchio e superato dovranno aspettare fino al 2026 per sfruttare nuove tecnologie diagnostiche come Tac e risonanze magnetiche di ultima generazione, acceleratori lineari o ecografi digitali su cui il Pnrr investe ben 1,2 miliardi. Il che significa in molti casi per i pazienti dover ricevere diagnosi meno accurate e precise, ma anche più esposizioni alle radiazioni e minore velocità di esecuzione di esami oltre a referti non informatizzati.

La revisione del Pnrr richiesta dall'Italia nei mesi scorsi e approvata da Bruxelles a fine novembre prevede infatti per il capitolo salute anche uno slittamento di ben due

anni - di fatto dal 2024 al 2026 - del nuovo piano di ammodernamento tecnologico degli ospedali che rappresenta uno degli investimenti più attesi nelle corsie ospedaliere. Un piano appunto che stanziava 1,19 miliardi per la sostituzione di 3133 grandi apparecchiature sanitarie con più di 5 anni di vetustà: si tratta in particolare di Tac, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/Tac, Mammografi, Ecotomografi. Il cronoprogramma originario del Pnrr prevedeva in particolare che 600 milioni fossero destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024. Ma con la revisione richiesta dal Governo italiano

e appena approvata dall'Europa la scadenza finale per mettere in funzione le nuove apparecchiature mediche ora è fissata a fine giugno del 2026 che è anche il termine finale per mettere a terra tutti gli investimenti previsti dal Pnrr.

Eppure la disponibilità dei macchinari non manca nonostante qualche difficoltà iniziale da parte delle aziende produttrici alle prese soprattutto nel recente passato con



le carenze a reperire le materie prime: delle 3100 apparecchiature da sostituire secondo il piano di ammodernamento previsto dal Pnrr ben 2800 sono andate già a gara attraverso la piattaforma Consip che sta facendo la parte del leone su questi appalti del Pnrr (si veda altro articolo in basso) a fianco ai residui bandi regionali. Non solo: alla centrale acquisti della Pa risultano anche già fatte la stragrande maggioranza degli ordini da parte delle Regioni. Un rinvio così lungo quindi non sembra proprio giustificato, ma deriverebbe - questa la spiegazione che circola - dalla richiesta soprattutto di alcune Regioni di rinviare la scadenza perché diversi ospedali non sarebbero pronti ad accogliere le nuove tecnologie e metterle in funzionamento perché mancano alcuni adempimenti abbastanza banali come lo smalti-

mento della vecchia apparecchiatura e i piccoli lavori che a volte sono necessari per adeguare i locali e fare posto alla nuova macchina (ma si tratta di piccoli appalti spesso di sole poche migliaia di euro).

Ritardi, questi, che ora dovranno pagare gli italiani costretti ad aspettare due anni in più per poter ricevere diagnosi più accurate grazie a tecnologie aggiornate. Anche perché la situazione negli ospedali - secondo l'ultima indagine realizzata da Confindustria dispositivi medici - è sconcertante: sono infatti quasi 37mila le apparecchiature di diagnostica per immagini presenti in Italia non più in linea con l'attuale livello di innovazione: in pratica oltre una su due sono obsolete e quindi anche meno efficienti. Tra quelle più vecchie di 10 anni ci sono il 92% dei mammografi convenzionali, il 96% delle Tac di base

(quelle con meno di 16 slice), il 91% dei sistemi radiografici fissi convenzionali, l'80,8% delle unità mobili radiografiche convenzionali e il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse (quella fino a 1,5 tesla).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sono 37mila le apparecchiature vetuste: tra queste il 92% dei mammografi e il 96% delle Tac di base hanno più di 10 anni



**ACQUISIZIONI**

Boston Scientific amplia il suo portafoglio di urologia con un accordo da 3,7 miliardi di dollari per acquisire Axonics, produttore di terapie di neuromodulazione

per l'incontinenza urinaria e fecale. La stima del mercato della neuromodulazione del nervo sacrale nel 2022 era di 800 milioni di dollari ma si prevede che a raggiungerà 1,6 miliardi di dollari entro il 2028

**LE CAUSE**  
Le gare sono già fatte, ma mancano i piccoli lavori per adeguare i locali e attivare i macchinari



**Il piano di ammodernamento.** Il Pnrr ha stanziato 1,2 miliardi per l'acquisto di oltre 3100 nuove grandi apparecchiature da attivare negli ospedali



# Da Consip acquisti sanitari verso i 25 miliardi

**La Società del Mef**  
I numeri dal 2018

**O**ltre 20 miliardi di acquisti per la Sanità pubblica italiana in cinque anni - dal 2018 al 2022 - a un ritmo di circa 4 miliardi l'anno. Un numero che quasi sicuramente sarà replicato se non superato con gli acquisti del 2023 portando così il totale della spesa sanitaria gestita a raggiungere quota 25 miliardi in sei anni. La Consip, la centrale acquisti della Pa, accompagna sempre più ospedali e Regioni nello *shopping* sanitario e lo fa anche sulla spinta degli investimenti del Pnrr che solo per il settore salute mette sul piatto oltre 15 miliardi, forte anche di una sinergia molto stretta con le società scientifiche per assicurare acquisti di qualità.

Un ruolo sempre più importante nonostante proprio le Regioni abbiano la responsabilità primaria sulla spesa sanitaria, per effetto della quale Asl e ospedali utilizzano i contratti stipulati dalle centrali di committenza regionali di riferimento e solo quando questi non sono disponibili gli strumenti di acquisto Consip.

Come detto fino al 2022 attraverso gli strumenti di e-procurement targati Consip sono stati effettuati acquisti di apparecchiature, dispositivi, farmaci e servizi digitali per un valore di 20,6 miliardi di euro.

Un forte acceleratore è stato il Pnrr per il quale la Società guidata da Marco Mizzau, è scesa in pista con le sue gare su due obiettivi: l'ammmodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero e la digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (i Dea) delle strutture. Sul primo fronte Consip ha già realizzato 9 gare del valore di oltre 1 miliardo di euro per l'acquisizione di oltre 2.800 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, coprendo oltre l'85% del fabbisogno complessivo - circa 3100 apparecchiature totali - espresso dalle Regioni al ministero della Salute. In pratica una volta messo a disposizione il contratto è poi la singola Asl richiedente (o la Regione) che decide il momento in cui fare l'ordine del macchinario.

Sul secondo fronte invece Consip ha sviluppato tre gare personalizzate per servizi di Sanità digitale del valore complessivo di oltre 2 miliardi per sistemi informativi "clinico-assistenziali" (telemedicina e cartella clinica elettronica), sistemi sanitari e servizi al cittadino (Cup, interoperabilità, portali e App) e sistemi gestionali.

Al cuore del modello Consip c'è la collaborazione sempre più stretta con le società scientifiche e le associazioni di riferimento di settore

nella definizione delle linee guida e nello sviluppo delle iniziative di gara, per garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dei prodotti e dei servizi. Questi esperti sono impiegati da Consip anche nella stesura dei capitolati tecnici, consentendo così anche una valutazione più veloce e snella di dispositivi e apparecchiature in fase di gara a cui partecipano nel ruolo di commissari solo tecnici le cui caratteristiche professionali e di esperienza sono definiti anch'essi con le associazioni scientifiche.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Si va dai farmaci ai dispositivi fino alle apparecchiature. Una forte spinta è arrivata dagli investimenti Pnrr

**LE SINERGIE**  
**Per redigere i capitolati delle gare stretta collaborazione con le società scientifiche**



## Intervento

# LE TECNOLOGIE PNRR SIANO UN'OPPORTUNITÀ PER I PRIVATI NO PROFIT

di **Marco Elefanti\*** e **Giovanni Arcuri\*\***

Il dibattito tra policy maker e tecnici in tema di salute si è spesso concentrato sui valori fondanti l'organizzazione e la gestione dei sistemi sanitari pubblici. Il diritto alla salute è riconosciuto, nel nostro Paese, come un diritto inalienabile dell'individuo, a prescindere dalla sua situazione economica e contributiva, ed è sostenuto dallo Stato che si impegna a garantire ai cittadini l'eguale accesso ai servizi sanitari.

Questo dibattito non deve però distogliere l'attenzione dagli elementi che determinano oggi l'efficacia delle cure, tra i quali spicca la capacità di adottare e sostenere le soluzioni innovative frutto della ricerca clinica. Basti pensare alle tecniche di *imaging* di ultima generazione, che offrono una capacità diagnostica più accurata e tempestiva, ai sistemi robotici e alle tecniche mini-invasive che riducono il trauma chirurgico, aumentano la precisione e accelerano la guarigione. Ecco perché, nel ripensare il nostro sistema sanitario, è fondamentale riconoscere il legame tra tecnologia avanzata e qualità delle cure ed essere consapevoli degli investimenti necessari. In questo ambito, due gli elementi di novità:

- 1 Sono previsti nei prossimi anni ingenti investimenti grazie ai fondi del Piano di ripresa e resilienza, destinati all'innovazione e alla tecnologia;
- 2 L'adozione di soluzioni di intelligenza artificiale nel settore sanitario porta con sé la prospettiva di determinanti vantaggi in termini di precisione, rapidità, personalizzazione e ottimizzazione nell'assistenza e promette di realizzare anche importanti progressi nel delicato equilibrio tra qualità delle cure e utilizzo efficiente delle risorse. Tuttavia, l'introduzione dell'AI implica sfide significative, legate soprattutto ai rischi conseguenti l'uso di algoritmi e modelli predittivi, che devono essere gestiti per assicurare sicurezza ed efficacia dei trattamenti. Serve per questo un impianto regolatorio, italiano ed europeo, e una distribuzione equa dei fondi fra le strutture che partecipano all'erogazione dei servizi di salute. I fondi del Pnrr saranno tuttavia destinati ai soli enti pubblici, determinando un divario incolmabile con le strutture private accreditate, specialmente quelle non profit. Queste ultime, pur utilizzando tali tecnologie per assistere i pazienti Ssn, non dispongono, per la loro natura non lucrativa, delle ingenti risorse necessarie per investimenti in tali innovazioni.

Operando con tariffe di rimborso non aggiornate da anni, a fronte di inflazione crescente e aumento dei costi operativi, esse si trovano a fronteggiare fragili equilibri economici che rendono impossibile sostenere gli investimenti necessari senza un adeguato sostegno finanziario esterno. Il caso Policlinico Gemelli appare emblematico. Si tratta di una struttura non profit accreditata al Sistema

sanitario del Lazio che reinveste nell'ospedale ogni risorsa economica generata dalla gestione. Fedele alla sua natura non profit, il Policlinico Gemelli declina la propria missione sanitaria dando risposta a ogni bisogno di cura dei pazienti, indipendentemente da qualsiasi considerazione di convenienza economica. Questo approccio si traduce in un'assistenza accessibile e di alta qualità per la popolazione, riflettendo una concezione della salute come diritto universale e della cura come atto di carità verso la persona sofferente. Con oltre 95.000 ricoveri e 10 milioni di prestazioni ambulatoriali annue, il Gemelli è riconosciuto stabilmente ai vertici tra le istituzioni ospedaliere italiane, è considerato dalla classifica di *Newsweek* il 38° miglior ospedale del mondo ed è accreditato secondo gli standard di qualità della *Joint Commission International*. Nonostante l'innegabile contributo al Ssn, il Gemelli è escluso dalla possibilità di accedere ai finanziamenti previsti per l'innovazione tecnologica e nessuna delle 3.133 grandi tecnologie diagnostiche e terapeutiche previste dal Pnrr è destinata alla struttura. Nella prospettiva di sviluppare un sistema sanitario su base universale, appare irragionevole escludere il Gemelli, come le altre strutture appartenenti al settore privato non profit, dalla possibilità di accedere – naturalmente su base competitiva – ai finanziamenti a supporto dell'innovazione tecnologica, perché esse partecipano in modo determinante all'impegno di rendere il sistema sanitario pubblico migliore, equo ed efficiente per tutti. Investire in salute significa investire nel più prezioso dei beni, la vita umana, e in un futuro in cui ogni individuo possa godere del diritto alla salute in maniera più completa ed equa.

È una responsabilità che riteniamo implichi una revisione critica e un ripensamento equo nella distribuzione dei finanziamenti, con un processo guidato da un dialogo aperto e costruttivo tra tutti gli stakeholder, supportato da una visione strategica chiara e dalla volontà di perseguire un innalzamento della qualità delle cure su tutto il territorio nazionale.

\* Direttore Generale

\*\* Direttore Tecnico, ICT e Innovazione  
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

IL DIBATTITO POLITICO SUL TEMA

# Sulla Gpa è tensione governo-Ue

*Il "reato universale" atteso in Senato. Mentre Bruxelles spinge per il riconoscimento*

MARCO IASEVOLI

Sarà uno dei terreni di scontro delle elezioni europee di giugno. Non tanto e non solo tra i partiti nazionali, quanto soprattutto tra la maggioranza di destracento italiana e le principali forze politiche europee di matrice socialista, liberale e anche popolare.

La divergenza profonda tra Roma e Bruxelles sulla pratica della surrogata si spiega attraverso i dispositivi di legge radicalmente differenti per fini e contenuti incardinati nel Parlamento italiano e nell'Europarlamento.

La Camera dei deputati, infatti, a fine luglio ha approvato una proposta di legge che istituisce il "reato universale" di Gpa. Si tratta di una norma contro-

troversa a parere dei giuristi, che in sostanza renderebbe perseguibile in Italia chi ricorre alla Gpa in un Paese estero, compresi quelli europei in cui tale pratica è ammessa. Il testo è stato trasmesso al Senato, anche se non è ancora stato fissato l'iter per l'approdo in Aula. Alla Camera il dispositivo voluto da Fratelli d'Italia con il sostegno degli alleati ha creato lacerazioni nelle opposizioni, che si sono divise non tanto sul voto finale, quanto su un emendamento di +Europa che proponeva la legalizzazione della surrogata. In particolare, nel Pd l'ala cattolica e femminista è riuscita a raccogliere un'ampia maggioranza contraria a ogni forma di liberalizzazione della Gpa, che ha costretto a più miti consigli anche la stessa segretaria Elly Schlein, che sul tema ha una linea "possibilista". In generale, le parole del Papa

alimentano la spinta dentro Fdi per arrivare al «sì» del Senato: il reato universale, spiega Carolina Varchi, prima firmataria della legge, «è esattamente ciò che abbiamo previsto». A suo parere, le parole del Papa «confermano che siamo dalla parte giusta». Anche la ministra per la Famiglia, Eugenia Roccella, rilancia l'iter di Palazzo Madama ricordando che le norme ora esistenti vengono «aggirate da chi va all'estero e poi torna con la certezza di non incorrere in nessuna sanzione».

L'Europarlamento segue invece un indirizzo del tutto diverso. È recente, del 14 dicembre, il sì a un Regolamento che prova a scardinare le resistenze alla Gpa di diversi Paesi attraverso il cosiddetto "certificato di genitorialità". In sostanza, il Regolamento dice che la genitorialità deve essere riconosciuta indipendentemente da come un bambino è stato concepito, è nato o dal tipo di famiglia che ha. La genitorialità legata a Gpa ottenuta in Spagna, dunque, in base a tale Regolamento, sarebbe da accettare anche in Italia.

In realtà, il tentativo dell'Europarlamento sembra essere velleitario. Intanto perché non scalfisce, né potrebbe farlo, la sovranità che i singoli Stati membri hanno su questi temi. E poi perché il Regolamento dovrà passare nel Consiglio Ue, dove vige la regola dell'unanimità. D'altra parte, lo stesso Regolamento, pur fissando dei principi "aperturisti", ammette che resiste sempre e in ogni caso una clausola a favore degli Stati membri per non accettare il "certificato di genitorialità" europeo. Il Papa, con le sue parole, riporta la questione nella cornice più appropriata, la dimensione internazionale. Un vero e proprio "bando" della surrogata a livello internazionale infatti supererebbe anche i dubbi sulla legge italiana. E neutralizzerebbe i tentativi in sede europea di legalizzare implicitamente la gestazione per altri.

E proprio sull'indirizzo dato da papa Francesco insiste Adriano Bordignon, porta-

voce del Forum delle associazioni familiari: «La maternità surrogata - spiega Bordignon - è una pratica inumana e una disdicevole attività commerciale, che coinvolge agenzie di mediazione, cliniche, medici, psicologi e studi legali fondandosi sulla pretesa di un inesistente diritto al figlio. Bisognerebbe piuttosto sostenere forme di genitorialità come l'adozione», dice il presidente del Forum famiglie. Che rilancia: «È giunto il momento di avviare una concreta riflessione a livello internazionale e nazionale. Il Forum delle associazioni familiari interverrà all'International conference for the universal abolition of surrogacy che si terrà a Roma il prossimo 5 e 6 aprile per affermare che la pratica della gestazione per altri (Gpa) equivale a una nuova forma di tratta e deve essere dichiarata fuorilegge», conclude Bordignon.

Anche Massimo Gandolfini, leader del Family day, riprende le parole del Papa e si augura che «facciano breccia tra politica, diplomazia e grandi centri di potere internazionale». Per Gandolfini ora serve «pressione» perché la legge sul "reato universale" ottenga anche il sì del Senato. «Ancora una volta - conclude Gandolfini - il pensiero sociale e morale della Chiesa ci permette di riconoscere la dignità umana in ogni sua declinazione e ci ricorda che nessun bambino e nessuna donna possono essere oggetto di mercimonio».

**Bordignon  
(Forum  
famiglie):  
istituzioni  
internazionali  
seguano il Papa**

**Il 5 e 6 aprile  
a Roma la  
Conferenza  
globale per  
l'abolizione  
della surrogata**



# Un anno d'intelligenza artificiale: i traguardi negli ospedali italiani

**Outcome.** Gli obiettivi delle nuove piattaforme sono: personalizzare le cure per migliorare la qualità di vita dei pazienti e ridurre lo spreco di risorse

**Francesca Cerati**

L'adozione diffusa e l'accesso pubblico dell'intelligenza artificiale (Ai) generativa hanno segnato il 2023 come un anno di trasformazione dell'AI sanitaria, rivelando il suo potenziale per ampie applicazioni mediche e stimolando lo sviluppo di modelli specializzati. Sostanzialmente, il suo vero valore in medicina riguarda due aspetti: migliorare la personalizzazione delle cure e l'efficienza del processo, anche in termini di prevenzione. E per recuperare inefficienza e qualità in ambito medico, bisogna investire, anche in cultura, a partire dal percorso universitario.

«L'altro elemento è la sicurezza del dato di fondo, che deve essere molto più controllato e pulito rispetto ad altri settori - spiega Antonio Esposito, vice direttore scientifico dell'Ospedale San Raffaele e professore ordinario di Radiologia all'Università Vita-Salute San Raffaele - Per questo nel nostro Istituto abbiamo avviato già due anni fa un progetto in collaborazione con Microsoft per creare una piattaforma interoperabile per l'analisi sicura dei dati di ricerca clinica, in accordo con le norme della privacy. Ciò consentirà lo sviluppo di modelli predittivi di machine learning con valore diagnostico, prognostico e di valutazione della risposta terapeutica. La piattaforma è stata inizialmente realizzata affrontando quattro specifiche problematiche cliniche al fine di realizzare uno strumento trasversalmente utile per la ricerca ed eventualmente pratica clinica». Si tratta di una sorta di collaudo su 4 use cases clinici: tumore del polmone, dove si vuole predire quella che sarà la risposta dei pazienti all'immunoterapia; identificare un modello che permetta di differenziare meglio la prognosi dei pa-

zienti con il tumore al rene prima e dopo l'intervento chirurgico, perché in questa neoplasia le comorbidità hanno un ruolo molto importante nel definire l'outcome finale del paziente. Il terzo caso è sul diabete, per capire meglio quali sono gli aspetti che determinano la qualità, la lunghezza e il benessere della vita del paziente a lungo termine in funzione dei protocolli terapeutici. E poi il quarto è in ambito cardiologico e ha l'obiettivo di predire la prognosi nei pazienti con stenosi valvolare aortica, anche con l'ampio utilizzo di biomarker di imaging, in risposta all'intervento terapeutico. «Il filo conduttore comune di queste 4 use cases è sostanzialmente la personalizzazione delle cure con un doppio obiettivo - precisa Esposito -: migliorare l'outcome dei pazienti, in termini sia di sopravvivenza sia di qualità di vita, e allo stesso tempo ridurre lo spreco di risorse sanitarie. In tre di questi ambiti abbiamo già dei risultati concreti, in via di pubblicazione o fase avanzata di validazione, per un potenziale successivo utilizzo clinico. Grazie anche a finanziamenti pubblici, tra cui il Pnrr, quest'anno partiranno sicuramente altri studi che riguardano malattie molto diffuse e di grande impatto in ambito oncologico, neurologico, cardiovascolare e metabolico».

Anche all'Istituto europeo di oncologia (Ieo) e successivamente al Centro cardiologico Monzino di Milano, nell'ambito del programma strategico di digitalizzazione dei servizi healthcare, hanno sviluppato, con il supporto di Laife Reply, una piattaforma Ai (premiata da Agenas lo scorso novembre come una delle soluzioni più innovative dell'anno) - denominata Value based medicine (Vbm) -, che calcola la probabilità di riscontrare delle complicanze post-operatorie

tramite modelli di Ai, monitora lo stato di guarigione del paziente, mettendo in primo piano la qualità della sua vita, sia in termini di salute che di benessere psicologico, mostrandogli i successivi checkpoint del suo percorso di cura. «Il tema della medicina del valore ha avuto un boost grazie all'AI generativa, attraverso cui si è potuto accelerare tantissimo nella realizzazione di questi strumenti, che poi estenderemo anche ai percorsi clinici e non solo chirurgici - chiarisce Annarosa Farina, Cio e Cdo dello Ieo - Sfruttando algoritmi statistici e di Ai riusciamo infatti a definire modelli predittivi che riescono, sulla base del profilo del paziente e del suo percorso diagnostico, chirurgico o terapeutico, a definire i parametri di outcome. Quindi una medicina personalizzata, basata sull'analisi dei dati di quasi 30 anni di chirurgia e di diagnostica che abbiamo in Ieo, dove il paziente è inteso in maniera olistica, non solo riguardo la risoluzione della malattia, ma del suo stato generale di well-being». L'Istituto ha già avviato per la soluzione Vbm il percorso di certificazione che si affiancherà a quello già in essere relativo alla piattaforma di analisi delle immagini per lo screening mammografico.

IL RITROVAMENTO INFERIATA

AI San Raffaele e allo Ieo di Milano sono in fase di registrazione i software basati sull'intelligenza artificiale





Dir. Resp. Marco Girardo

**DALLA PUGLIA IL SORPRENDENTE RISULTATO DELL'ISTITUTO NAZIONALE DI GASTROENTEROLOGIA "DE BELLIS"**

## Svelare il tumore del fegato 10 anni prima? «Si può, prelevando una goccia di sangue»

**U**na goccia di sangue e nulla di più. Basterà per stabilire il rischio di sviluppare il tumore del fegato ben dieci anni prima della sua comparsa. È la sorprendente conclusione cui sono giunti i ricercatori dell'Istituto nazionale di Gastroenterologia Irccs "Saverio de Bellis" di Castellana Grotte (Bari), che hanno applicato il cosiddetto "indice Galad" - un algoritmo che valuta tre biomarcatori (alfafetoproteina, alfafetoproteina-L3 e des gamma carbossi protrombina), oltre al sesso del paziente e alla sua età - su 545 persone con cirrosi epatica, sorvegliate nel corso di 12 anni. Lo studio, che nelle scorse settimane ha trovato spazio su *Hepatology Communication*, è stato condotto assieme all'Università di Modena e Reggio Emilia e si è avvalso della più avanzata strumentazione sviluppata da Fujifilm (le cui prime pellicole radiografiche risalgono al 1936).

La procedura può dunque rivelarsi vitale per consentire ai medici di prevenire la patologia, o di affrontarla nella fase di esordio, quando ancora i sintomi non sono comparsi. Il carcinoma epatocellulare (Hcc) è tra le patologie oncologiche più aggressive e maligne, rappresenta oggi la terza causa più comune di morte per cancro e la sua incidenza aumenta di anno in anno. Il principale fattore di rischio è rappresentato dalla cirrosi epatica su base virale (Hbv, Hcv), etilica e metabolica. Non di rado, in questi pazienti la neoplasia può rimanere asintomatica per lungo tempo, ed essere scoperta quando ormai le terapie possono fare poco. Ecco perché «rilevarne precocemente la presenza - spiega il professor Gianluigi Giannelli, direttore scientifico dell'Istituto De Bellis - è cruciale per garantire un trattamento ottimale della malattia. Il programma di sorveglianza dei pazienti con cirrosi epatica consente di ridurre del 37% la mortalità per epatocarcinoma: circa il 60% dei pazienti con tumore epatico che riceve trapianto, chirurgia o

radiofrequenza ed è monitorato, ha infatti una sopravvivenza di almeno 5

anni, mentre i pazienti con diagnosi tardiva, e quindi un tumore più avanzato, hanno una aspettativa di vita di 1-2 anni».

L'impiego del punteggio Galad, che può affiancare quello dell'ecografia, «consente oggi di

quantificare il rischio di sviluppare un tumore al fegato dieci anni prima che esso si manifesti; è un dato eccezionale - prosegue Giannelli - se si pensa che non esiste alcun altro biomarcatore per nessuna neoplasia così efficace», e che l'indice Galad potrà assumere anche «un valore prognostico, essendo correlato direttamente ad una progressione del tumore». Al De Bellis si lavora inoltre ad ulteriori impieghi del punteggio Galad (in dotazione, in Italia, oltre che nell'istituto pugliese, solo alla Asl di Novara) come supporto decisionale nella gestione del paziente con questa malattia. Una piattaforma che l'Irccs di Castellana Grotte ha potuto acquistare grazie alla raccolta delle donazioni provenienti dal 5 per 1.000 per la ricerca. «Si tratta di un chiaro esempio virtuoso - conclude Giannelli -. I cittadini grazie alla donazione del 5 per 1.000 hanno consentito l'acquisto della strumentazione e l'Irccs la mette a loro disposizione per la prevenzione di una malattia tumorale altamente aggressiva, chiudendo così un cerchio di mutua collaborazione che come destinatario principale ha sempre il cittadino».

VITO SALINARO



Il personale del "De Bellis" / Ufficio stampa "De Bellis"





# Record di morti da idrossiclorochina La cura anti-Covid osannata dai No Vax

Uno studio in sei Paesi tra cui l'Italia bocchia il farmaco  
Incensato in piena pandemia pure da Trump e da Salvini

di GIULIO CAVALLI

**S**ono quasi 17mila le persone che potrebbero essere morte dopo aver assunto idrossiclorochina durante la prima ondata di Covid-19, secondo uno studio di ricercatori francesi. Il farmaco anti-malaria è stato prescritto ad alcuni pazienti ricoverati in ospedale con Covid-19 durante la prima ondata della pandemia, "nonostante l'assenza di prove che ne documentino i benefici clinici", sottolineano i ricercatori nel loro articolo, pubblicato nel numero di febbraio di *Bio-medicine & Pharmacotherapy*. I ricercatori hanno stimato che circa 16.990 persone in sei paesi - Francia, Belgio, Italia, Spagna, Turchia e Stati Uniti - potrebbero essere morte per l'errata terapia. La cifra deriva da uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *Nature* nel 2021 che ha riportato un aumento dell'11% del tasso di mortalità, legato alla sua prescrizione contro il Covid-19, a causa dei potenziali effetti avversi come i disturbi cardiaci e il mancato utilizzo di altri trattamenti efficaci. I ricercatori delle università di Lione, Francia, e Québec, Canada, hanno utilizzato questa cifra per analizzare i dati di ospedalizzazione per il Covid in ciascuno dei sei paesi, l'esposizione all'idrossiclorochina e l'aumento del rischio relativo di morte legato al farmaco. Gli studiosi nelle loro conclusioni dello specificano che la cifra potrebbe essere molto più alta dato che lo studio riguarda solo sei paesi da marzo a luglio 2020, quando il farmaco è stato prescritto molto di più.

FIATO ALLE TROMBE

"Cosa c'è da perdere? Prendetela". Era l'inizio dei aprile del 2020 quando l'allora presidente Usa **Donald Trump** nei suoi interventi quotidiani dalla Casa Bianca sul coronavirus esortava gli americani a prendere l'idrossiclorochina. Trump si vantava di avere a disposizione 29 ml del farmaco sempre a disposizione. Nessun dubbio di fronte ai giornalisti che gli chiedevano se non fosse il caso di aspettare il completamento degli studi clinici. In quegli stessi giorni il dottor **Anthony Fauci**, il principale medico di malattie infettive Usa, aveva ripetutamente avvertito che non ci fossero prove conclusive a sostegno dell'uso del farmaco. Alla domanda se dovesse essere considerato un trattamento per il Covid-19, disse il 24 marzo: "La risposta è no". In Italia tra i più ferventi sostenitori dell'idrossiclorochina spiccava nel 2020 l'attuale vice presidente del Consiglio e ministro alle Infrastrutture **Matteo Salvini**. "Con idrossiclorochina si evitano ospedalizzazioni e lockdown", disse Salvini il 3 novembre di quell'anno definendo il secondo governo Conte



“molto confuso e che naviga a vista”: “una proposta concreta: un protocollo di cure a domicilio, - disse il leader della Lega - con il ricorso a farmaci dal costo irrisorio come l'idrossiclorochina, per evitare l'affollamento degli ospedali ed il lockdown”. Parole ripetute da Salvini anche il giorno successivo, il 4 novembre

2020, ospite de *L'aria che tira* su La7 (“Non faccio pubblicità ma c'è l'idrossiclorichina che ha salvato migliaia di vite”) che indignarono tra gli altri

anche il virologo **Roberto Burioni** che intervenne per spiegare che “l'idrossiclorochina è inefficace e pure pericolosa, come dimostrato da ampissimi studi”. Lo studio uscito in questi giorni parla chiaro. Nella classifica della mortalità indotta da idrossiclorochina per paese utilizzando la stima del tasso di mortalità dalla meta-analisi di coorti incluse sveltano gli Stati Uniti con 12.739 morti. Francia e Belgio si assestano su 199 e 240 morti a testa mentre l'Italia (1.822) con la Spagna (1.895) schizza a quasi 2.000.

## I numeri

Sarebbero quasi 17mila le morti accertate per effetti avversi causati dal medicinale



**Aborto** *Messina, a colloquio  
con l'architetto pro vita*

ADRIANA POLLICE  
PAGINA 7

## Ivg, Messina: colloqui «psicologici» affidati all'architetto pro vita

*Non una di meno: «Il "dottore" cerca di convincere le donne a non abortire banalizzando e minimizzando quanto raccontano»*

ADRIANA POLLICE

■ Abortire a Messina resta un diritto ma non è facile esercitarlo. La città conta 3 strutture ospedaliere e circa 53 specialisti ma solo il Policlinico universitario Martino effettua l'Interruzione volontaria di gravidanza. Il nodo locale di Non una di meno denuncia: «L'ospedale ha stipulato una convenzione con un centro di aiuto alla vita che utilizzare alcuni spazi come uffici. Una persona di questa associazione chiama chi deve fare l'Ivg, avendo quindi il numero di prenotazione, per fare un colloquio, da lui definito "psicologico" e "obbligatorio". Conoscere i dati di chi si è rivolto al policlinico dà alla telefonata un tono «ufficiale» inducendo le donne a sottoporsi alla seduta.

**LE ATTIVISTE**, invece, sottolineano: «Abbiamo presentato formale reclamo alla direzione dell'ospedale chiedendo spiegazioni in merito. Per adesso senza risposta. Vogliamo chiarire alcuni punti: il colloquio non è psicologico perché la persona che lo tiene non è iscritto al relativo albo. Si tratta invece di un componente del Centro aiuto alla vita di Messina con la qualifica di architetto».

**COS'È SUCCESSO** lo racconta Nudm: «Il 13 giugno abbiamo accompagnato una signora straniera che aveva bisogno di qualcuno che le facesse da interprete.

Allora abbiamo appurato che tutte le pazienti presenti erano state chiamate tramite numero di prenotazione da questa persona. Anche la signora da noi accompagnata, nonostante avesse già fatto la visita medica e il consulto informativo-psicologico presso un consultorio. Il suddetto "dottore" ha cercato in tutti i modi di dissuadere la signora dall'interruzione di gravidanza banalizzando e minimizzando quanto raccontato dalla donna e pronunciando frasi come "sento i tuoi bambini, so che vogliono abbracciare la loro mamma" e "non uccidere i tuoi bambini". Abbiamo poi accertato che il dottore in realtà è un ingegnere e architetto. Il 29 giugno e 18 luglio scorsi abbiamo accompagnato altre donne, tutte le volte questa persona ha insistito che il colloquio con lui fosse obbligatorio per legge. Grazie alle informazioni personali che ha sulle prenotazioni, sembra che ti chiami per la visita. Una ragazza, finito con lui, stava andando via convinta di aver finito, l'abbiamo fermata noi. Se non l'avessimo fatto avrebbe perso la visita».

**IN REALTÀ** non lo è: «La legge 194-precisa Nudm - prevede all'articolo 5 un incontro pre Ivg in cui si espongono, nel rispetto della dignità della gestante, possibili soluzioni a problemi specifici eventualmente presentati dalla persona. Il colloquio è, pertanto, informativo, improntato

all'ascolto e al rispetto ed è inoltre anteriore alla "settimana di riflessione". In nessun caso, quindi, può trattarsi di un colloquio in cui la persona viene colpevolizzata della propria scelta,

paragonando detta scelta a un omicidio. È un diritto della donna rifiutarsi di parlare con questa persona». Sul sito dell'associazione pro vita messinese si legge: «A seguito di uno studio sulle cause che inducono una coppia ad abortire il proprio figlio sono emerse le seguenti motivazioni: concepimento banalizzato (rapporto sessuale occasionale non significativo); difficoltà economiche (mancanza di mezzi di sussistenza materiale); induzioni sociali all'aborto; paura di malformazioni; paura del parto; aborto nichilista o mancanza totale di valori».

**PER POI CONCLUDERE**: «Sostanzialmente si è capito che la cultura della violenza e dell'aggressività, che porta a sopprimere il proprio figlio, è conseguenza di un



## il manifesto

modo di essere, di percepirsi e di proiettarsi nella società, la quale dà significato al potere e alle cose, disumanizzando le persone». La replica di Nudm: «Non ci fermeremo finché l'aborto non sarà veramente sicuro e quindi un servizio garantito senza violenza psicologica e stigma su chi lo richiede. Anche questa è violenza di genere». In base ai dati della Cgil, in Sicilia i medici non obiettori sono pochi, il carico di lavoro per ginecologo per singola struttura raggiunge il valore di 16,1, la media nazionale è 9. Il 16,7% degli interventi viene eseguito fuori provincia. Il report di

Medici del Mondo di settembre forniva il quadro generale. Su 57 reparti di ostetricia e ginecologia solo 31 effettuano l'lvg e la pillola abortiva Ru486 è disponibile solo in ospedale. I ginecologi obiettori sono l'81,6%, con picchi del 100% in ben 26 strutture.

**ACATANIA** l'interruzione volontaria farmacologica non è disponibile in nessun ospedale, mentre a Messina solo il Policlinico somministra la Ru486 e lo fa solo dalla scorsa estate. Prima di allora, le pazienti dovevano recarsi a Pa-

lermo: al Policlinico il 20% circa delle pazienti arriva da Caltanissetta, Agrigento, Trapani e Sicilia Orientale.



Il Policlinico di Messina foto Ansa

