



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**16 GENNAIO 2024**

**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

Oncologia

## Umberto I di Enna, ambulatorio per le patologie eredo-familiari

*Il primario Daniela Sambataro traccia un primo bilancio dal suo insediamento alla direzione del reparto dell'ospedale.*

16 Gennaio 2024 - di [Angela Montalto](#)

Il reparto di **Oncologia dell'Umberto I di Enna** attiva l'ambulatorio per **patologie eredo-familiari**. Con il primario **Daniela Sambataro** abbiamo tracciato un primo bilancio dal suo insediamento alla direzione del reparto ennese. Tra le novità più rilevanti: in reparto è stato avviato uno studio, con ambulatorio annesso, sui pazienti con patologie eredo-familiari, i quali - come spiega il primario - vengono "arruolati" facendo loro un'anamnesi di tipo **familiare** e questo consentirà all'Unità guidata dalla Sambataro di evidenziare delle patologie che possono avere come causa la mutazione di un gene e quindi poter fare prevenzione.

**Per ogni tipo di tumore** si è visto che una quota tra il 5 e il 10 per cento dei casi è attribuibile alla forma ereditaria. Un tumore viene definito ereditario quando la sua insorgenza è determinata da una **mutazione genetica** trasmessa dai genitori. Le mutazioni presenti nei **genitori** hanno un'alta percentuale di essere trasmesse ai figli. Ciò, sia chiaro, non vuol dire che questi ultimi ereditano il tumore dovuto all'alterazione riscontrata ma, semmai, solo la **predisposizione** a sviluppare più facilmente quel tumore rispetto alla popolazione generale. **Cambia anche la gestione dell'Unità**, con il potenziamento del numero dei dirigenti medici che hanno consentito una maggiore settorializzazione della patologia, l'introduzione nell'accoglienza del case manager, il supporto e l'introduzione in reparto della figura dello psicologo.

Con il reparto inoltre si è puntato ad avere un consigliere regionale presso l'Aiom, l'Associazione italiana degli oncologi medici e questo è stato possibile con l'elezione dell'oncologo **Andrea Quattrocchi**, che fa appunto parte del team del reparto ennese.

## Niguarda: trapianto di cuore artificiale

**MILANO** Per la prima volta in Lombardia, l'équipe di cardiocirurgia dell'ospedale Niguarda ha effettuato un trapianto di cuore artificiale, dotato di quattro valvole, esattamente come un cuore vero. Il paziente, che attendeva da mesi un cuore vero, potrà affrontare l'attesa con il nuovo impianto. **A PAG. 4**

# Niguarda, trapiantato il primo cuore artificiale

**È un intervento senza precedenti in Lombardia. Il paziente sta bene**

**CITTÀ** Impiantato per la prima volta in Lombardia un cuore artificiale di ultima generazione, munito di valvole biologiche, che va a sostituire totalmente il cuore con funzioni molto vicine a quelle fisiologiche. Il nuovo dispositivo, che riproduce esattamente l'attività dell'organo originario e si adatta automaticamente all'attività fisica del paziente, è stato utilizzato nei giorni scorsi all'ospedale Niguarda di Milano. Lo spiega oggi l'Asst Grande ospedale metropolitano.

Il paziente soffriva di scompenso cardiaco grave con disfunzione del ventricolo sinistro e de-

stro. Erano mesi che attendeva un trapianto di cuore. L'équipe di Cardiocirurgia e Trapianto di cuore sotto la direzione di Claudio Russo, e il supporto dello staff di Anestesia e Rianimazione cardiotoracovascolare, sotto il coordinamento di Michele Mondino, ha effettuato l'intervento con successo. Il nuovo device permetterà al paziente di affrontare con una migliore qualità di vita il periodo che lo separa dal trapianto di cuore.

Il nuovo cuore artificiale, con le sue 4 valvole biologiche che corrispondono alle valvole tricuspide, polmonare, mi-

trale e aorta del cuore nativo, è in grado invece di generare un flusso fisiologico di tipo pulsato, cioè con una pressione sistolica e una diastolica, come quello garantito in natura dal cuore.

«Si consideri che l'attesa media in lista ordinaria per trapianto di cuore in Italia è di circa 3 anni - ha rammentato Russo - e una tecnologia che mima da vicino la fisiologia del cuore può aiutare a portare nelle migliori condizioni possibili i pazienti ad affrontare il trapianto». L'auspicio è che in futuro l'impiego del cuore artificiale possa divenire un'alternativa al trapianto tradizionale.

Già in settimana l'emendamento che ripropone la norma varata durante il Covid Seguirà la riforma: l'obiettivo di Schillaci è giungere ai processi esclusivamente nei casi di dolo

## Medici, arriva lo scudo “Cause penali possibili solo per colpa grave”

### IL CASO

PAOLO RUSSO  
ROMA

**S**ubito, già in settimana con un emendamento al decreto Milleproroghe, è in arrivo uno scudo penale che protegga i medici dalle cause penali per colpa lieve ma anche da quelle per errori gravi quando si lavora in condizioni di difficoltà, perché manca il personale o i macchinari sono obsoleti. Una protezione che si pensa di estendere anche all'attività libero professionale. Poi tra qualche mese sarà la volta di una riforma vera e propria del contenzioso medico-legale, da un lato dando più spazio allo strumento della conciliazione, dall'altro - come è nei desideri del ministro della Salute Schillaci, meno del titolare della Giustizia Nordio - aprire le porte del processo penale solo nei casi di dolo.

La soluzione piace ai camici bianchi, meno a chi rappresenta gli interessi dei pazienti. Come Cittadinanzattiva, che per bocca della rappresentante dell'associazione al tavolo tecnico a Largo Arenula, Valeria Fava, parla di «intervento a gamba tesa», riferendosi allo scudo di prossima emanazione, giudicando «eccessiva l'esclusione dalla sfera penale di qualsiasi caso di colpa grave, quando c'è invece da lavorare per rafforzare le misure di pre-

venzione del contenzioso ed estendere la copertura assicurativa di Asl e ospedali». Che, secondo una rilevazione dell'Agenas, solo nel 50% dei casi hanno stipulato polizze assicurative, per di più con franchigie che vanno dai 250 ai 500 mila euro. Resta comunque il fatto che comprendere solo il dolo nelle cause penali equivale a dire che il chirurgo che sei anni fa spaccava le ossa dei suoi pazienti per «allenarsi» verrebbe ancora condannato, mentre quello che per «grave distrazione» opera la gamba sbagliata o lascia la garza nell'addome del paziente no. Una soluzione troppo penalizzante per chi ha subito danni anche pesanti, che non piace granché a Nordio.

In attesa della riforma si va intanto verso la riproposizione dello scudo penale a tutela dei medici varato per decreto nel 2021 per il periodo di emergenza sanitaria legata al Covid. Il testo che finirebbe nel Milleproroghe specifica che «i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria, sono punibili solo nei casi di colpa grave». Specificando poi che «ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle co-

noscenze scientifiche al momento del fatto, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare». Eccezioni a maglia larga che renderebbero difficile perseguire legalmente i medici anche in caso di colpa grave, mentre in ogni caso, anche per la colpa lieve, resterebbe la possibilità di procedere in sede civile alla richiesta di risarcimento. «Ma sappiamo che senza una condanna penale i tempi del procedimento civile si fanno più lunghi e gli esiti incerti», afferma sempre Valeria Fava.

I camici bianchi dal canto loro plaudono allo scudo. «È giusto prevedere una norma che sollevi i sanitari dalla responsabilità penale in tutti i casi di morte o lesioni diversi dalla colpa grave, visto che oggi oltre il 90% delle cause si conclude con un nulla di fatto, incentivando però quella medicina difensiva che ogni anno costa 10 miliardi di euro per accertamenti prescritti più a tutela legale del medico che per necessità», afferma il presidente dell'Ordine dei camici bian-





# LA STAMPA

chi, Filippo Anelli, che chiede anche «risarcimenti per i professionisti accusati ingiustamente». «Depenalizzare l'atto medico non significa sottrarsi ad eventuali responsabilità, ma per giudicare non si può partire da una presunzione di colpevolezza», afferma a sua volta Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato degli ospedalieri, Anaa, facendo così capire che l'onere della prova deve ricadere sul paziente. Per le organizzazioni mediche solo in Polonia e in Messico si può procedere penalmente. In realtà, secondo

uno studio dell'associazione dei ginecologi Aogoi, è consentito anche in Francia, Belgio e Regno Unito.

Intanto la maggioranza prova a far passare per l'ennesima volta e sempre nel Milleproroghe l'allungamento dell'età pensionabile a 72 anni dei medici, pur se su base volontaria. «Una norma ad personam per soli mille medici», commenta stizzita l'Anaa. Scettico anche il governo, che non vuole irritare le organizzazioni mediche,

dalle quali in cambio dello scudo penale si aspetta la disdetta dello sciopero. —

**La protesta di chi rappresenta i pazienti: "Intervento a gamba tesa"**

“

**Filippo Anelli**  
Presidente Ordine dei medici

Sarebbe il caso di prevedere risarcimenti per chi viene accusato ingiustamente

“

**Pierino Di Silverio**  
Segretario Anaa

Per giudicare non si può partire dalla presunzione di colpevolezza dei professionisti



**Il provvedimento potrebbe riguardare anche il settore privato**



## LA SALUTE

### Se lo scudo per i medici copre il caos della Sanità

EUGENIA TOGNOTTI

**A**vanti tutta del Governo con lo scudo penale e la depenalizzazione dell'atto medico. A pochi giorni dall'approvazione alla Camera delle mozioni sulla responsabilità sanitaria, ecco entrare nel Decreto Milleproroghe l'emendamento che prevede un anno di scudo penale per i medici in attesa della riforma. **RUSO E ZANCAN - PAGINE 10 E 11**

## IL COMMENTO

# Eugenia Tognotti

## L'argine alla medicina difensiva non copra il caos della Sanità

EUGENIA TOGNOTTI

**A**vanti tutta del governo con lo scudo penale e la depenalizzazione dell'atto medico. A pochi giorni dall'approvazione alla Camera delle mozioni sulla responsabilità sanitaria, ecco entrare nel decreto Milleproroghe l'emendamento che prevede un anno di scudo penale per i medici in attesa della riforma a cui sta lavorando alacremente una commissione istituita l'aprile scorso dal ministro della Giustizia, Carlo Nordio.

L'obiettivo è arrivare a mettere in campo interventi normativi tesi a tutelare il paziente e ad allontanare dal medico la spada di Damocle di denunce e cause civili che lo spingono a prescrivere visite ed esami - anche se non strettamente necessari - che incidono sul-

le famigerate liste d'attesa e sui bilanci della sanità pubblica, a discapito della qualità e della quantità delle risorse disponibili. La cosiddetta «medicina difensiva» - un fenomeno tutto italiano - pesa infatti per 10 miliardi sulle casse dello Stato e comporta un inutile aggravio per il sistema penale. Sono ben 300 mila le cause per presunta colpa medica che giacciono nei tribunali e 35 mila all'anno le richieste di risarcimenti, con il 95 per cento delle azioni penali che si risolve in un proscioglimento.

Non c'è dubbio sui costi che questo comporta per la vita privata e professionale dei medici coinvolti in contenziosi legali. E non c'è dubbio, ancora, sulle ripercussioni che la scarsa chiarezza della disciplina penale in ambito sanitario produce sul

Servizio nazionale, sulla cui crisi interviene anche la carenza degli organici in stretta correlazione con gli eventi avversi, come dimostrato da un'ampia letteratura.

Riusciranno i lavori in corso tra i ministeri della Salute e della Giustizia a mettere un argine alla medicina difensiva? L'emendamento sullo scudo penale del Milleproroghe rappresenta una soluzione tampone della durata di un anno, in attesa della riforma della legge Gelli-Gallo sulla responsabilità del personale sanitario che dovrebbe portare il Belpaese ad allinearsi agli altri Paesi europei che





# LA STAMPA

non prevedono (eccetto la Polonia) sanzioni penali per i medici.

Che la strada sia lunga e tortuosa lo dimostrano gli insuccessi degli ultimi dodici anni: niente o poco è cambiato dalla legge Balduzzi del 2012 - che ha introdotto il concetto di colpa lieve - alla legge Gelli del 2017, più articolata, che introduceva novità sul piano della giurisprudenza penale e civile, depenalizzava la colpa lieve e per imperizia se il medico aveva seguito scrupolosamente le linee guida. I problemi però sono rimasti e han-

no continuato a produrre frutti avvelenati.

Aspettando una riforma complessiva della caldissima materia, gli addetti ai lavori - la Federazione degli Ordini dei medici e le organizzazioni sindacali - hanno avanzato la proposta di uno scudo penale, già sperimentato durante il Covid-19. Introdotto nel 2021, prevedeva la non pu-

nibilità, sia in relazione all'omicidio colposo sia in relazione alle lesioni personali colpose, durante la fase di emergenza epidemiologica, per i fatti «commessi nell'esercizio di una professione sanitaria». Restava fuori dallo scudo la colpa grave.

Quello strumento è stato applicato e ha funzionato durante la pandemia: l'imprevedibilità della malattia giustificava la non punibilità del medico in caso di eventi avversi ai pazienti. Un concetto che potrebbe tornare in campo oggi, di fronte al mancato finanziamento e alle carenze strutturali e organizzative nei reparti - ad esempio nei pronto soccorso - con un numero di medici e sanitari sotto organico che configura una situazione di emergenza. Dai lavori in commissione arrivano intanto idee e proposte, come quella di istituire un «fondo vittime dell'alea terapeutica» per indennizzare chi subisce complicanze imprevedibili quali le infezioni nosocomiali, che interessano quasi 700 mila eventi che si trasformano in decessi nell'1 per cento dei casi. Ci sarà tempo per entrare nel merito. Non resta che aspettare, sperando che la luce puntata sulla responsabilità professionale - con tutto ciò che si porta dietro nel campo della disastrosa Sanità - non serva solo ad «ammorbire», almeno su questo versante - una categoria che chiede a gran voce di salvare il Sistema sanitario Nazionale. —

**Soluzione  
tampone in attesa  
di misure  
strutturali**

**La speranza  
è che non serva solo  
ad "ammorbire"  
la categoria**



**LA POLEMICA**

# Retromarcia del governo sull'anorexia caccia ai 12 milioni tagliati all'assistenza

Dopo la rivolta  
Schillaci spinge  
per un emendamento  
al Milleproroghe  
E la Lombardia fa da sé

di **Michele Bocci**  
e **Viola Giannoli**

E dopo il taglio al Fondo nazionale per il contrasto ai disturbi dell'alimentazione, non rifinanziato dal governo Meloni, e la rivolta di associazioni e pazienti pronti, il 19 gennaio, alla piazza, il ministero della Salute corre ai ripari. Orazio Schillaci è al lavoro in queste ore per recuperare i fondi necessari a colmare il buco che si è temporaneamente creato proprio perché sono venuti meno quei fondi extra che si vanno ad aggiungere a quelli del Servizio sanitario nazionale per arricchire la rete di 126 centri dedicati alla cura dei pazienti che soffrono di anorexia, bulimia, ortoressia. La strada percorribile è quella di un emendamento di maggioranza al decreto Milleproroghe, ora che dovrà essere convertito in legge. E, almeno da Forza Italia, è arrivata una prima disponibilità: «Il ministro Schillaci è sensibile e attento a questo grave problema che riguarda soprattutto le nuove generazioni e siamo certi che individuerà una soluzione per

trovare le risorse necessarie. Noi siamo pronti a sostenerlo e a dare un contributo concreto», dichiara il portavoce di Fi, Raffaele Nevi.

Non solo. Perché per ripianare l'ammanco, in sede di revisione dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, non è escluso che verranno inserite altre risorse. L'idea è di trovare fondi almeno per quest'anno in modo che nessuno dei quasi 4 milioni di pazienti in cura per i disturbi alimentari venga abbandonato a sé stesso, interrompendo, in maniera talvolta fatale, la continuità delle terapie. Lo stanziamento andrebbe così a colmare il mancato rifinanziamento deciso a dicembre scorso. Risorse importanti, per implementare soprattutto nelle regioni più fragili del Sud e del Centro Italia l'attività della rete di cure già esistente, ma giudicate comunque insufficienti. E, difatti, il ministero è al lavoro anche per trovare una soluzione strutturale che, dal 2025 in poi, consenta di non dover ogni anno rifinanziare il fondo straordinario facendo invece affidamento su risorse stabili.

«Spero che il governo capisca che un'emergenza c'è e faccia il passaggio dalle azioni straordinarie a quelle ordinarie – insiste Leonardo Mendolicchio, responsabile della Riabilitazione dei disturbi alimentari e della nutrizione di Auxologico – La metà dei pazienti sono under 18 che senza cure possono solo peggiorare. Ora l'obiettivo è capire se le Regioni hanno recepito l'importanza di questo settore e riusciranno a rendere autonomi i percorsi per garantire le cure dei disturbi alimentari». Con il taglio del Fondo ora la Liguria lamenta 667.000 euro in meno, l'Emilia Romagna 1,8 milioni, la Lombardia 4 milioni. Qui però l'assessore regionale al Welfare, Guido Bertolaso, già promette: «C'è priorità assoluta, per il 2024 sono a disposizione 6 milioni, dal 2025 aumenteremo il fondo regionale». Venerdì le associazioni saranno comunque in piazza perché di disturbi alimentari ci si ammala e si può anche morire. © RIPRODUZIONE RISERVATA



◀ **Alla Salute**  
Orazio Schillaci, già rettore di Tor Vergata, a Roma, è dal 2022 ministro alla Salute del governo Meloni





## Salute 24

**Cure a distanza**  
Telemedicina, 90mila  
postazioni a giugno

Marzio Bartoloni — a pag. 24

# La telemedicina accende i motori: entro giugno attive 90mila postazioni

**Il piano del Pnrr.** Da metà anno le prime televisite: coinvolti oltre 400mila operatori per raggiungere almeno 300mila pazienti entro la fine del 2025

**Marzio Bartoloni**

I motori della telemedicina sono ufficialmente accesi: il 2024 sarà il primo anno in cui gli italiani potranno beneficiare delle cure on line targate Servizio sanitario nazionale. Le prime saranno erogate da metà anno con l'obiettivo minimo previsto dal Pnrr di raggiungere entro la fine del 2025 almeno 300mila italiani, ma l'ambizione è raggiungerne oltre 800mila l'anno dopo e cioè nel 2026. Si tratterà in particolare di pazienti colpiti da malattie croniche e in particolare diabetici, malati di tumore o chi è colpito da patologie respiratorie, cardiologiche e neurologiche. Nel frattempo i prossimi mesi serviranno per attivare le circa 90mila postazioni di telemedicina - in sostanza i computer con i software appositi - a cui potranno accedere oltre 400mila tra medici specialisti, medici di famiglia, pediatri, infermieri e altri operatori sanitari con le quali verranno erogate televisite (le visite appunto a distanza), i teleconsulti (il consulto cioè tra più sanitari su un caso) e i telemonitoraggi (il monitoraggio a distanza dei parametri vitali del paziente).

Il piano per far girare i motori della Telemedicina ha visto arrivare in porto alcune importanti tappe nelle ultime settimane: innanzitutto

l'aumento delle risorse che sono cresciute da 1 miliardo a 1,5 miliardi dopo la revisione a novembre scorso con Bruxelles del Pnrr e la rimodulazione dei fondi aumentando così il target finale dei pazienti da raggiungere (da 200mila a 300mila), poi a fine dicembre - come previsto sempre dai target Ue del Pnrr - è stato adottato da ogni Regione un progetto regionale di telemedicina con la definizione dei piani operativi contenenti il fabbisogno per i servizi. Infine a inizio gennaio c'è stato il collaudo della piattaforma nazionale di Telemedicina - l'infrastruttura messa a punto da Engineering e Almagora dove gireranno le prestazioni - a cui sono seguite le gare ora in corso, attraverso le Regioni capofila Lombardia e Puglia, con cui verranno aggiudicati tra marzo e giugno prossimi il software e l'hardware e cioè i servizi minimi di telemedicina e le 90mila postazioni.

«Da metà dell'anno con l'attivazione delle postazioni le Regioni potranno cominciare ad erogare le prestazioni di telemedicina», conferma il presidente dell'Agenas (l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che è anche Agenzia per la Sanità digitale) Enrico Coscioni. Che sottolinea come «infermieri, pediatri, medici di famiglia e medici spe-

cialisti oltre agli altri professionisti sanitari potranno lavorare su queste 90mila postazioni». Ma dove saranno attivate? «Le postazioni saranno disponibili nelle case di comunità, negli ospedali e negli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri, e in oltre 6mila nelle farmacie rurali: serviranno a monitorare pazienti cronici come chi ha lo scompenso, i broncopatici o i diabetici, ma anche chi ha malattie degenerative», conclude Coscioni.

Sulla telemedicina non si parte comunque da zero: sono già diverse le esperienze negli ospedali pubblici, mentre nel settore privato si assiste a un vero boom di prestazioni come dimostra l'indagine di Health Italia - tra i principali attori nel mercato della sanità integrativa e di soluzioni per il welfare - con il suo primo Osservatorio sulla telemedicina. È boom in particolare di televi-



site: i consulti a distanza con i medici hanno visto un incremento del 172%, con le attività di valutazione e prevenzione per eventuali problemi cardiaci a fare la parte del leone: la telecardiologia segna addirittura un +300% rispetto al 2022. Ma l'attenzione degli italiani si concentra anche sugli aspetti della nutrizione, con i teleconsulti cresciuti del 158%. Nel 2023 aumenta anche l'uso della telemedicina all'interno delle farmacie dove le prestazioni secondo Health Point (società di telemedicina controllata al 100%) sono cresciute del 28%: anche qui un impulso significativo proviene dalle prestazioni cardiologiche, che hanno

visto una crescita del 35% per elettrocardiogramma, holter cardiaco e holter pressorio. Solo il dato degli ECG erogati in farmacia è del +40% rispetto all'anno precedente. «I dati evidenziano come questo strumento, dopo il forte boost avuto in seguito all'emergenza pandemica, si stia affermando in questa fase di nuova normalità come una solida alternativa rispetto alla pratica medica tradizionale», avverte Silvia Fiorini, Dg di Health Point.

© IN PRODUZIONE RISERVATA

Boom di prestazioni online anche nel privato: crescono le televisite per la cardiologia e gli esami in farmacia

## La mappa dei nuovi servizi

I numeri principali del piano per la Telemedicina finanziato dal Pnrr

REGIONE	POSTAZIONI TELEMEDICINA	0	7.500	15.000	MEDICI	ALTRO PERSONALE
Abruzzo	2.789				3.099	2.173
Basilicata	700				1.721	182
Calabria	2.460				4.667	3.324
Campania	9.699				14.382	40.629
Emilia Romagna	12.262				15.713	6.414
Friuli V.G.	1.439				3.862	20.523
Lazio	5.400				15.100	22.985
Liguria	1.405				4.107	2.168
Lombardia	8.755				23.618	10.086
Marche	3.400				4.111	4.837
Molise	1.317				704	1.050
Piemonte	7.522				12.560	53.981
P.A. Bolzano	2.500				3.307	2.166
P.A. Trento	1.058				1.717	5.461
Puglia	7.522				11.406	3.203
Sardegna	620				5.356	9.405
Sicilia	6.838				5.990	1.384
Toscana	2.000				11.785	4.011
Umbria	2.430				2.953	4.040
Valle d'Aosta	93*				412	224

(\*) Già attive 200 postazioni - Fonte: piani operativi dei progetti di Telemedicina delle Regioni

### «IN OSPEDALI E CASE COMUNITÀ»

«Le 90mila postazioni di telemedicina saranno in ospedali, case di comunità, farmacie rurali e medici di famiglia», così Enrico Coscioni presidente Agenas





## Nel sistema immunitario la regia della memoria

Il sistema immunitario non si limita a proteggere il cervello da traumi o infezioni, al contrario: grazie alla ricerca in neuroscienze, oggi sappiamo che svolge molte altre funzioni fondamentali per la salute e il funzionamento dell'organo. Secondo i risultati di uno studio pubblicati su *Immunity*, le cellule immunitarie che risiedono nel cervello – le cosiddette cellule della microglia – guidano lo sviluppo e la maturazione delle aree dell'ippocampo deputate alla memoria. Lo fanno modificando il metabolismo dei neuroni che compongono queste aree. Lo studio, coordinato da Michela Matteoli, professoressa ordinaria di Farmacologia in Humanitas University e direttrice del Programma di Neuroscienze di Humanitas, aggiunge un tassello inedito del puzzle sulla relazione complessa tra immunità e sistema nervoso, un tassello che potrebbe cambiare il nostro approccio a diverse malattie del neurosviluppo e neurodegenerative, tra cui l'Alzheimer. «Abbiamo scoperto che se il recettore della microglia Trem2 non funziona correttamente, i neuroni della memoria nell'ippocampo presentano anomalie nel loro metabolismo energetico durante lo sviluppo, con implicazioni che si protraggono nel tempo – precisa Matteoli –. La scoperta è entusiasmante non solo perché svela una funzione inedita delle cellule della microglia, ma perché sappiamo che difetti nel metabolismo dei neuroni in questa area sono coinvolti in diverse malattie neurodegenerative, tra

cui l'Alzheimer. Il fatto poi che mutazioni in Trem2 costituiscano un fattore di rischio per l'insorgenza della malattia, come dimostrato alcuni anni fa da studi di screening genetico su pazienti, suggerisce la rilevanza di questo processo». La scoperta è stata condotta in laboratorio, saranno quindi necessarie ulteriori ricerche per capire le sue reali implicazioni nella demenza e nell'Alzheimer, però come spiegano le prime autrici dello studio, Erica Tagliatti e Genni Desiato «per la prima volta abbiamo dimostrato che le cellule della microglia e il loro recettore Trem2 hanno un ruolo nel controllare la maturazione dei neuroni della memoria e soprattutto il loro profilo metabolico».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





EMA, REVISIONE SULLA SICUREZZA

## Car-T, indagine sui rischi di neoplasie secondarie

Dopo la Fda statunitense, anche l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha avviato un'indagine rispetto al rischio di insorgenza di tumori maligni secondari legati alle Car-t, le terapie antitumorali innovative che hanno dimostrato un'alta efficacia nel contrastare i tumori del sangue. Un rischio già noto che ora i due enti intendono approfondire esaminando tutte le prove disponibili. I prodotti di terapia genica basati sulle cellule Car-T approvate in Europa sono sei e si tratta di immunoterapie personalizzate basate sui linfociti T del paziente che vengono prelevati, riprogrammati e reinfusi per attaccare il tumore. Per tutti le sei Car-T autorizzate, i tumori secondari erano considerati un importante rischio potenziale al momento della loro autorizzazione e inclusi nei piani di gestione del rischio. Il comitato di farmacovigilanza sta esaminando ora tutte le prove disponibili, comprese le informazioni su 23 casi di vari tipi di linfoma o leucemia a cellule T in EudraVigilance, il database europeo delle reazioni avverse ai medicinali, e deciderà sulla necessità di eventuali azioni normative. Già lo scorso novembre, la Fda aveva avviato un'indagine analoga, sottolineando che «sebbene i benefici complessivi di questi prodotti continuino a superare i loro potenziali rischi, l'agenzia sta studiando il rischio e sta valutando la necessità di un'azione normativa». L'approvazione iniziale di questi prodotti, ha spiegato l'Fda, includeva la

necessità di condurre studi «per valutare la sicurezza a lungo termine e il rischio di neoplasie secondarie che si verificano dopo il trattamento». Un'azione necessaria secondo gli oncologi, che invitano però a evitare allarmismi: «Bisogna mettere sempre sulla bilancia costi e benefici e le Car-t hanno dati di efficacia senza precedenti per pazienti che non hanno un'alternativa terapeutica come nel mieloma pluriricidivato, la leucemia acuta linfoblastica resistente e linfomi aggressivi che non rispondono a terapie convenzionali» ha precisato Claudio Cerchione, dirigente medico ricercatore dell'Irccs Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori".

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL REPORTAGE

## In coda per le garze gratis “Lo Stato se ne frega di noi”

Torino, al Sermig cento medici volontari curano chi non può pagare  
“Prima arrivavano solo stranieri, dopo la pandemia sempre più italiani”

NICCOLÒ ZANCAN  
TORINO

Questo signore con la faccia pallida, un ex autista di pullman, viene per le garze. «Ogni mattina devo fare la medicazione. Ogni sera devo disinfettare e cambiare la fasciatura una seconda volta. Non posso permettermi di andare in farmacia. Sono quasi 300 euro al mese». Si guarda intorno, abbassa il berretto sulla fronte. «Qui mi danno le garze gratis. E io vengo ogni settimana. Mi hanno operato due volte, la prima nel 2015. È una brutta cosa, mi hanno detto. Non so quanto mi resta da vivere».

Sono le tre di pomeriggio. C'è il sole e la coda si allunga. Quartiere di Porta Palazzo, ambulatorio medico del Sermig. Una dottoressa in camice bianco esce sulla porta e dice a alta voce: «Per favore, mettetevi in coda. Un po' alla volta, vi prometto che entrerete tutti».

Nella coda, dietro al signore delle garze, c'è un ragazzo bengalese con il cappello di *Just-eat*. «Questo dente. Non sai che male. Sono giorni che non riesco neppure a mangiare. Mi hanno detto che qui il dentista non si paga». E dietro al fattorino che cerca sollievo a un dolore che gli deforma il viso, c'è una signora incinta con un figlio nel passeggino. Il bambino piange, non

si sa perché. Ancora dietro, ecco la signora Nadia R., 58 anni, madre di due figli adulti, divorziata, lavoratrice povera: «Ho due contratti part time. Uno da operatrice scolastica, l'altro in un'impresa di pulizie dove lavoro da più di trent'anni. Io ho sempre lavorato, questo è il fatto. Ma cinque anni fa, dopo il divorzio, mi sono ritrovata in difficoltà per tutto. Ho un tumore benigno alla testa. È un periodo che non sono proprio al top. Devo risparmiare. Non riesco più a pagare l'affitto e le bollette: per me venire qui a prendere gratis gli antidolorifici è fondamentale».

Questo posto è una frontiera dentro a Torino. Da qui si vede bene quello che sta succedendo. «Quando nel 1989 abbiamo aperto il nostro ambulatorio avevamo due medici volontari, oggi ne abbiamo cento», dice Ernesto Olivero. È lui l'inventore di questa città dell'accoglienza. Scuole, laboratori, posti letto per chi non sa dove andare a dormire. Il presidio medico era nato come ambulatorio per i senzatetto e per i migranti appena arrivati in città. «Ma noi non abbiamo mai fatto distinzione, non abbiamo mai detto che qualcuno poteva entrare e qualcun altro no» ci tiene a precisare Olivero. Fatto sta che all'inizio il 98% dei pazienti era di origi-

ne magrebina. Adesso non più. A poco a poco, sono arrivati anche gli italiani poveri e impoveriti. Sempre di più: pensionati, disoccupati, giovani genitori. «Quello che è successo dopo la pandemia è sotto gli occhi di tutti», dice la dottoressa Maria Pia Bronzino. «Le liste d'attesa si sono allungate all'inverosimile, anche per gli esami più urgenti. Ora la sanità pubblica è meno pubblica di prima. Nel senso che chi ha i soldi taglia le code e accede al servizio, ma chi quei soldi non li ha spesso rimane senza cure».

Esempi. «Un signore è arrivato da noi senza essere riuscito a farsi fare un'ecografia. Mal di pancia, dimagrimento repentino. Abbiamo scoperto un tumore in fase avanzata con metastasi. Lo abbiamo indirizzato in ospedale per fare una risonanza magnetica, ma gliel'hanno programmata tre mesi dopo. Dopo un mese è tornato da noi, camminava a stento. Era un uomo solo, viveva al dormitorio. Siamo riusciti a farlo ricoverare in ospedale. È morto due giorni dopo».

La dottoressa Bronzino è la responsabile dell'ambulatorio. Organizza il lavoro dei cento medici volontari che si alternano per garantire il servizio. «Le più richieste sono le cure odontoiatriche e le visite oculistiche, poi facciamo visi-





# LA STAMPA

te ginecologiche e fisiatriche che nella sanità pubblica ormai hanno tempi di attesa troppo lunghi. Arrivano persone che fanno fatica a pagare il ticket da 36 euro. Se vai all'Asl a fare un impianto, ti chiedono di pagare i materiali. Se hai bisogno di un fisioterapista, può capitare che ti facciano aspettare sei mesi».

È questa la frontiera. Qui è dove finisce la Costituzione e inizia la nuova Italia che ti cura o non ti cura in base al reddito. Qui è dove si cerca di porre un argine contro questa ingiustizia. Sempre qui è dove la co-

da si allunga ogni giorno: 90 mila persone sono passate in questi anni all'ambulatorio del Sermig. Non è privato, non è pubblico. Si basa sull'invenzione del fondatore, sul lavoro sociale e sul volontariato di medici che scelgono di devolvere un po' del loro tempo per chi sta male. Che paradosso. «Abbiamo anche dei medici in pensione, che trovano un senso e delle motivazioni per continuare a esercitare la professione».

La coda si allunga. Fra poco tocca alla signora Nadia. «Che momento triste. Ormai è chia-

ro: lo Stato se ne frega di quelli come noi. Io non mi vergogno di essere in coda, non ho sbagliato niente. Però, lo dico sinceramente, non mi aspettavo che sarebbe finita così». —

**Maria Pia Bronzino**

Responsabile ambulatorio Sermig

Ora la sanità è meno pubblica di prima, chi non ha i soldi spesso non accede alle cure



Le persone in coda ieri pomeriggio per accedere alle cure gratuite

## Così su «La Stampa»



Su *La Stampa* di ieri, l'inchiesta a proposito dei poveri della sanità: sempre più italiani, circa 9 milioni nel 2023, sono costretti ad affrontare difficoltà economiche per accedere a cure che il Servizio sanitario non è più in grado di garantire

