



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

26 MARZO 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



Elenco nazionale degli idonei alla nomina a dg, chiesto l'accesso agli atti sui siciliani

La richiesta al Ministero della Salute è giunta dal senatore Pietro Lorefice e riguarda i documenti prodotti dalla commissione e da quei candidati.



La visione dei documenti prodotti dalla commissione e dai **candidati siciliani** relativamente alla procedura selettiva che ha dato vita all'**elenco nazionale** degli idonei alla nomina di **direttore generale** nella Sanità pubblica: è l'obiettivo di una richiesta di **accesso civico** generalizzato giunta alla Direzione generale del **Ministero della Salute**, mittente il senatore **Pietro Lorefice** e di cui ha avuto notizia Insanitas. Sotto esame, appunto, l'**elenco degli idonei** pubblicato il 16 dicembre 2022 ma, come detto, limitatamente ai candidati residenti in Sicilia i quali oggi sono stati avvisati **via PEC** dal Ministero: possono far pervenire nel termine perentorio di **dieci giorni** "*motivata opposizione all'ostensione della documentazione richiesta*". **Decorso inutilmente questo termine**, il Ministero della Salute "*procederà in merito alla richiesta di accesso*". In ogni caso, dal Ministero precisano che "*ai sensi della disciplina vigente, l'eventuale opposizione non impedisce alla scrivente di definire favorevolmente la richiesta di accesso*". **Eventuali irregolarità** nella procedura selettiva nazionale potrebbero avere ripercussioni su alcune avvenute nomine a dg della Sanità **siciliana**: l'appartenenza all'albo nazionale degli idonei, infatti, è uno dei requisiti previsti dal bando di selezione regionale.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Sanità in Sicilia, non solo i medici: in fuga dai pronto soccorso anche i pazienti

L'indagine dell'Agenas evidenzia che gli accessi con abbandono nelle strutture dell'Isola superano il 12 per cento
di **Fabio Geraci**

26 MARZO 2024

Non solo i medici ma ora in Sicilia sono anche i pazienti a «fuggire» dai pronto soccorso. Lo rivela la terza indagine dell'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che ha analizzato i risultati ottenuti nel 2023 dalle reti «tempo dipendenti» - emergenza-urgenza, cardiologica, ictus e trauma – nate per garantire la presa in carico dei malati che presentano patologie le cui conseguenze sono fortemente condizionate dalle decisioni e dagli interventi messi in atto nelle prime ore dall'insorgenza dei sintomi.

Si tratta di servizi che dovrebbero garantire l'assistenza nei tempi giusti e nel luogo di cura più appropriato anche se nell'Isola non sempre si riescono a raggiungere questi obiettivi. Anzi, a dire il vero, le performance complessive non sono particolarmente brillanti: tra i moltissimi dati, emersi nel dossier, spiccano quelli negativi che riguardano la situazione dei pronto soccorso siciliani. Oltre alla carenza di personale - secondo le ultime rilevazioni gli organici sarebbero coperti al 53 per cento del fabbisogno reale – fa impressione la statistica che mette in primo piano gli accessi con abbandono prima della visita medica o in corso di accertamenti, addirittura in anticipo rispetto alla chiusura della cartella clinica.

Anche i medici sempre più vittime di «deep fake» e furto d'identità

Intelligenza artificiale
L'allarme dell'Ordine

Non solo turni stressanti in corsia o il rischio aggressioni da parte dei pazienti sempre più in crescita. Per i camici bianchi i pericoli arrivano anche dall'intelligenza artificiale. Perché quando si rilascia un'intervista alla Tv pubblica c'è il rischio di ritrovarsi, tempo dopo, su siti sconosciuti a pubblicizzare, a propria insaputa, un integratore venduto solo attraverso internet. Nell'era dell'intelligenza artificiale accade infatti sempre a più medici: i video vengono artefatti e trasformati nei cosiddetti «deep fake», nei quali si ruba l'immagine e l'identità del protagonista e gli si fanno dire parole diverse.

Fra i primi a denunciare questo nuovo fenomeno, lo scorso ottobre, è stato Matteo Bassetti direttore di Malattie infettive al Policlinico San Martino di Genova che, diventato volto noto televisivo durante la pandemia, si è accorto di un video contraffatto in cui pubblicizzava addirittura un integratore contro il diabete.

Lo stesso succede ora a un altro medico, che, oltre a sporgere denuncia alle autorità competenti, ha volu-

to allertare il suo Ordine e la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, sia per prendere le distanze e preservare la sua onorabilità, sia per mettere in guardia i colleghi e i cittadini. «I deep fake sono uno dei frutti distorti dell'Intelligenza artificiale - spiega il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - e vengono utilizzati, attraverso il furto dell'identità, per vere e proprie truffe. Se sono usati per pubblicizzare prodotti che vantano effetti salutistici o addirittura terapeutici, spingendo, a volte, ad abbandonare i farmaci, diventano un pericolo per la salute pubblica». Queste azioni, sottolinea, «costituiscono una forma di violenza: verso il medico, che si vede rubare l'identità, la reputazione, l'onore; verso il cittadino, che si trova ingannato facendo leva sulla fiducia che ripone nel professionista; sulla stessa relazione di cura, che viene svilita». Non a caso, i medici che si rivolgono a noi dopo esserne stati vittima - prosegue Anelli - riferiscono, innanzitutto, di sentirsi violati, feriti nella loro identità di persone e di profes-

sionisti. Insieme alla preoccupazione per i loro pazienti e per i cittadini che, credendo che siano loro a consigliare il prodotto, cadono nel tranello». L'ultimo medico ha scoperto di essere rimasto vittima di questa rete proprio perché alcune persone si sono rivolte a lui mostrando le ricevute di acquisto dell'integratore e chiedendo se potessero interrompere le terapie. «Consigliamo a tutti i colleghi di vigilare sugli usi impropri del loro nome e della loro immagine e di denunciare subito ogni abuso - chiosa Anelli - Invitiamo i cittadini a verificare sempre le informazioni trovate in rete e a non fidarsi di chi propone soluzioni miracolose e prodotti che promettono di sostituire le terapie».

— **Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FILIPPO ANELLI
Presidente
Federazione
nazionale degli
Ordini dei Medici



FORMAZIONE I DATI FORNITI DALLE UNIVERSITÀ, CHE VIGILANO SU LORO STESSE, SONO CONTESTATI DA AGENAS

Scuole di specializzazione fuorilegge: giovani medici in corsia senza pratica

SANITÀ MALATA

» **Natascia Ronchetti**

Dovrebbero essere riaccreditate una volta all'anno, con la verifica su attività e strutture. Quest'anno probabilmente non sarà possibile. L'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica, l'organismo di vigilanza sul rispetto della normativa da parte delle scuole di specializzazione, è scaduto nell'ottobre scorso e ancora non è stato rinnovato dal governo. E allora non è affatto escluso che si proceda semplicemente con un copia e incolla dei dati già forniti dalle università.

Peccato che poi quei dati siano sovente smentiti da Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. E che a sorvegliare sugli atenei siano gli stessi atenei, secondo la bizzarra logica di un controllo affidato ai controllati: nell'Osservatorio, composto da 15 membri oltre al presidente, dovrebbero esserci tre docenti universitari di nomina Mur e

invece sono sempre otto. Capita persino che i direttori delle scuole siano anche membri dell'organismo che deve vigilare sull'adeguatezza del sistema. Con buona pace della qualità della formazione e quindi della sicurezza dei pazienti: i giovani medici spesso non sono messi nelle condizioni di fare la pratica necessaria, in violazione della legge 402/2017 che stabilisce gli standard minimi. Scuole di Medicina di emergenza-urgenza senza Pronto soccorso. Scuole di Pediatria senza terapia intensiva neonatale o senza reparto. Scuole di Ginecologia e Ostetricia prive di sala parto.

"Una situazione che si trascina da tempo, sorretta da un incredibile senso di impunità", dice Giammaria Liuzzi, coordinatore nazionale dei giovani medici del sindacato Anao-Assomed. L'Italia riconosce 51 specializzazioni per le quali sono operative oltre 1.400 scuole universitarie. L'illegalità non è una eccezione e non sono infrequenti le minacce agli studenti che denunciano.

È dei giorni scorsi la notizia dell'inchiesta aperta dalla Procura di Torino a carico del direttore della scuola piemontese di Medicina legale, Giancarlo Divella, che deve rispondere di molestie sessuali ma anche di pesanti ritorsioni sugli specializzandi che lamentavano prassi irregolari.

"**MA I CASI** di condotte difformi dalla normativa sono tanti", dice Massimo Minerva, medico, presidente dell'associazione Liberi specializzandi. La scuola di Pediatria incardinata a Napoli nell'azienda ospedaliero-universitaria della Federico II non dispone del Dea, il dipartimento di emergenza e accettazione (nonostante lo dichiara). Non solo. L'ospedale Cardarelli, che asserisce essere sua seconda sede, non ha nemmeno il reparto di Pediatria. La scuola di Ginecologia e Ostetricia, sempre a Napoli, dell'ospedale Luigi Vanvitelli dichiara mille parti all'anno per adeguarsi alla legge. Un numero mai raggiunto, come rileva invece Agenas: nel 2022 ne sono stati fatti poco più di 800.

C'è poi il caso di

un'altra scuola di Ginecologia e ostetricia, quella dell'Ircs Humanitas di Rozzano (Milano). Dice di avere la sala parto, che è invece all'ospedale San Pio X, che non può essere sede formativa in quanto la direzione non è universitaria. Dichiarazioni taroccate anche alla scuola di Ortopedia dell'ospedale di ateneo di Salerno. Sempre nel 2022, ha dichiarato di avere 1.500 degenze all'anno (la legge ne chiede almeno 800 nella struttura di sede). Numeri che ancora una volta non tornano ad Agenas, a cui invece risulta che le degenze siano 583.

Come si è arrivati a questo punto? I membri dell'organismo di sorveglianza vengono indicati oltre che dal Mur, dal ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni, dalla Conferenza dei rettori, dalle associazioni di categoria degli specializzandi. I ministeri, oltre a due loro dirigenti, nominano quattro docenti universitari. Altri tre sono nominati dalla Conferenza dei rettori. Infine c'è il presidente, un altro docente indicato dal Mur. Il gioco è fatto.

ARGENTINA, GIÀ 106 MORTI PER DENGUE

IN ARGENTINA elevato allarme per la dengue: da fine luglio 2023 a metà marzo di quest'anno si sono registrati già almeno 106 morti e più di 151 mila contagiati



Specializzazioni universitarie

L'Italia ne riconosce 51: oltre 1.400 le scuole
FOTO ANSA



Ssn, professionisti stranieri con elenco e commissione

Una commissione regionale ed elenchi professionali speciali per gli operatori sanitari che hanno conseguito il titolo all'estero assunti in Italia entro il 31 dicembre 2025. Dopo quasi un anno dal decreto Bollette (dl 34/2023), che ha aperto la possibilità ai professionisti dall'estero di venire ad esercitare in Italia in deroga alle norme sul riconoscimento titoli, arrivano le regole operative per applicare la norma (attese entro 90 giorni dall'entrata in vigore del decreto, avvenuta lo scorso giugno). È stato infatti raggiunto l'accordo in Conferenza stato regioni contenente le linee guida per la regolamentazione dell'esercizio temporaneo di medici, infermieri e altri professionisti sanitari provenienti da fuori confine.

Il decreto Bollette, in sintesi, ha semplificato i requisiti d'accesso per chi avesse conseguito un titolo all'estero con l'obiettivo di limitare la carenza di personale sanitario, esplosa durante il periodo Covid. Venivano consentite, quindi, le assunzioni fino al 31 dicembre 2025, attraverso un set di regole che si sarebbe dovuto decidere in Conferenza stato regioni. Con una decina di mesi di ritardo, le regole so-

no in dirittura d'arrivo (si attende ancora l'approvazione definitiva).

Due le principali novità introdotte dal confronto in Conferenza. La prima è la previsione di una commissione di esperti che verrà istituita in ogni regione per la valutazione dei requisiti del professionista. Le regioni dovranno individuare le qualifiche professionali per le quali gli interessati possono temporaneamente esercitare l'attività lavorativa nel territorio e demandare alla commissione la verifica dei requisiti.

La commissione potrà, quindi, decidere se ammettere o meno l'operatore, che sarà tenuto all'iscrizione nel nuovo elenco speciale straordinario che verrà istituito presso gli ordini provinciali delle professioni sanitarie (tutte le categorie afferenti alla legge 3/2018, quindi l'intero universo della sanità italiana, dai medici ai chimici). L'iscrizione negli elenchi è condizione necessaria per svolgere l'attività lavorativa.

—© Riproduzione riservata— ■



L'ANALISI DEL G

I medici della
«porta accanto»
per i disabili

di Pierdante Piccioni

a pagina 17

I medici controcorrente della porta accanto Come prendersi cura degli «intrasportabili»

Le persone disabili sono quasi 13 milioni, di queste tre milioni sono troppo anziane per spostarsi. Molte di loro vivono da sole. Ecco la rete di dottori che ha scelto di lavorare sul territorio e casa per casa

di Pierdante Piccioni

In Italia, le persone disabili sono quasi 13 milioni (anno 2022), delle quali oltre 3 milioni sono in condizione di grave disabilità. Tra le persone con grave disabilità, quasi 1 milione e 500 mila ha una età superiore a 75 anni e spesso vivono da sole. Questi sono i dati forniti dall'osservatorio sulla salute (fonte <http://www.osservatoriosullasalute.it/>) e dall'ISTAT (fonte <https://disabilitainciare.istat.it/>).

Il modello di welfare italiano è caratterizzato da una tipologia di interventi basati sui trasferimenti economici, quasi tutte pensioni, piuttosto che sui servizi. In particolare su 28 miliardi di spesa quasi 27 sono trasferimenti monetari, pari al 96,4% della spesa totale.

La condizione di invalidità civile viene riconosciuta da

una commissione medica, con presente anche l'assistente sociale, che propone all'INPS sia una percentuale di invalidità (invalidità civile) sia l'eventuale livello di gravità della disabilità (la comunemente nota legge 104). L'INPS decide ed eroga i benefici cui la persona disabile ha diritto.

Normalmente le persone vengono convocate, in presenza, davanti alla commissione medica e, eventualmente, anche dall'INPS. Ci sono però persone che sono talmente gravi da non essere in grado di comparire davanti alla commissione.

Sono i cosiddetti Intrasportabili.

Il mio mestiere è quello di andare a visitare a casa gli Intrasportabili e redigere un certificato con la documentazione della loro effettiva gravità.

Io sono un dipendente della ASST di lodi e sono un ex

primario di pronto soccorso che, diventato disabile a causa di un incidente stradale, ha deciso di occuparsi di questa categoria di persone.

Gli intrasportabili, appunto.

Quando ho spiegato al mio Direttore Generale di allora che ero la persona più adatta per quel compito in quanto ero diventato un OGM, lui ha strabuzzato gli occhi

«OGM? Scusi?», mi ha chiesto stupito

«Sì. Io sono un Ospedaliero Geneticamente Modificato. La disabilità mi ha modifica-



to geneticamente. Io ho il miglior conflitto di interesse che un medico possa avere. Sono prima di tutto un paziente. Sono un disabile che sa cosa significhi NON essere seguiti sul territorio».

Alla mia spiegazione il Direttore Generale ha abbozzato un sorriso amaro ed ha acconsentito.

Da allora ho incontrato parecchie persone con parecchia disabilità. Dai tetraplegici ai gravi dementi, da chi vive attaccato all'ossigeno agli oncologici in fase terminale.

Qualcuno di loro con dei parenti (quelli che ne sanno li chiamano *care givers*) attenti e presenti, altri no.

Mi piace fare il medico in questo modo. Mi permette di applicare le conoscenze tecniche della mia professione ma non solo.

C'è di più.

Ci sono due valori aggiunti. Il primo è che vado a trova-

re le persone a casa loro. Questo è un privilegio che pochi medici hanno. I medici di medicina generale (quanto rimpiango la vecchia denominazione Medico di Famiglia) ed i medici di continuità assistenziale (la Guardia Medica, per intenderci).

Sono io che vado da loro e non viceversa, come avviene in ospedale.

E quando sei a casa tua, tutto è meglio. Compreso aspettare la morte.

Il secondo è il fattore tempo. Posso prendermi il tempo che mi serve per ascoltare, leggere, parlare e capire. Anche questo è un privilegio non da poco. I miei colleghi nei reparti e negli ambulatori hanno i tempi contingentati. Un Tempario per le prestazioni semplici e per quelle complesse. Devono rispettarlo. Hanno il fiato sul collo dei loro dirigenti perché devono ridurre le famigerate liste

d'attesa. Io no. Io posso addirittura permettermi di accettare l'offerta di una tazza di caffè e gustarmi il dono più prezioso che esita per un medico. Il tempo da poter passare ad ascoltare in religioso silenzio le storie dei miei pazienti.

È l'inizio di qualunque atto medico. L'anamnesi.

Quando esco dalle case degli «Intrasportabili», di solito, non sono mai triste.

Sono contento perché non c'è volta in cui gli Intrasportabili, o i loro parenti, non mi ringrazino per avere regalato loro un po' di minuti di ascolto ed interrotto la solitudine delle loro giornate.

E perché no, regalato un po' di parole che, se, purtroppo, non guariscono, sicuramente curano.

Potrebbe sembrare poco ma, credetemi, è tantissima roba.

Chi è

E così Doc perse 12 anni

Quella di Pierdante Piccioni è una storia vera, anche se nella finzione della serie televisiva Doc ha il volto di Luca Argentero. È la realtà di un uomo che è sprofondata in un vuoto di memoria lungo 12 anni. Dopo lo schianto sulla strada tra Pavia e Lodi, il 31 marzo 2013, il dottor Piccioni si risveglia convinto che sia il 25 ottobre 2001. Crede di essere un quarantenne e invece ha i capelli grigi, pensa che i suoi figli sono bambini mentre ormai hanno la barba, ricorda la madre in vita mentre è morta da tempo. Guarda la moglie e si stupisce per le sue rughe. Si rende conto che il dottor Piccioni è per gli altri molto più simpatico di quel bastardo del primario. La fatica però è fare i conti con il passato che ha perso. Non sa nulla di Obama, dei social, delle dimissioni di Benedetto XVI, dell'addio alla lira. Il suo 2013 è ancora fermo al 2001.



LIMITE DEI 120MILA €
Aifa, Schillaci
si è incartato
sul dopo-Palù

◉ MANTOVANI A PAG. 15



FARMACI • Schillaci si incarta sul dopo-Palù, la riforma fa acqua

L'Aifa da un mese è senza testa: troppo pochi 120 mila € annui

» **Alessandro Mantovani**

Si sono incartati. Volevano ribaltare l'Aifa, l'Agenzia del farmaco, affidando tutti i poteri al presidente dopo l'abolizione del direttore generale. E si ritrovano senza presidente da oltre un mese, da quando si è dimesso il microbiologo Giorgio Palù, almeno all'inizio considerato in quota Lega, offeso per la prospettiva di un solo altro anno di mandato e per il rifiuto di promuovere alcuni suoi uomini da parte del ministro della Salute, Orazio Schillaci.

Da settimane promettono che faranno presto. È una partita complicata perché ci vuole l'accordo delle Regioni. Ma anche perché si guadagna poco. Al presidente Aifa al momento spettano 120 mila euro lordi annui, mentre il direttore amministrativo e quello scientifico prendono il doppio, come il direttore generale che non c'è più; per non parlare di mana-

ger e consulenti delle aziende farmaceutiche. Qualcuno ha già rifiutato: troppo poco a fronte di rischi legali considerevoli, tanto più che l'esclusività imposta dal Consiglio di Stato si estende anche alle docenze universitarie ed è accompagnata dal successivo divieto di incarichi privati per tre anni. Per motivi vari hanno detto di no Marco Cavaleri, stimatissimo dirigente dell'Ema, l'agenzia europea, come la farmacologa Paola Minghetti della Statale di Milano.

L'emolumento basso è il risultato di qualche sbavatura nell'applicazione dei parametri del dpcm di Mario Draghi (n. 143 dell'agosto 2022) sugli emolumenti degli organi degli enti pubblici, richiamato nel regolamento Aifa firmato a gennaio da Schillaci e dal ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti per ridisegnare l'agenzia che sovrintende a giganteschi interessi economici.

Nel 2022 la spesa farmaceutica ha superato i 34 miliardi, quella pubblica è arrivata a 23,5 e cresce, sospinta dal bisogno di cure e da insaziabili appetiti privati. Aifa, che deve gestire tutto questo, è stata ridimensionata: via il direttore generale e una sola commissione tecnica al posto di due. Anche i membri del Cda rischiano di lavorare quasi gratis: 12 mila euro l'anno. Si studiano modifiche o una deroga per portare il presidente a 190 mila.

Circolano vari nomi: da Robert Giuseppe Nisticò - che insegna a Tor Vergata dove era rettore Schillaci, spinto da Forza Italia che è anche



il partito del padre Giuseppe, già presidente della Calabria - alla dirigente Aifa Anna Rosa Marra e al professor Amerigo Cicchetti, ex Gemelli, oggi direttore della Programmazione alla Salute, che libererebbe un posto "esterno" (comma 6)

al ministero per Marra Campitiello, compagna del viceministro degli Esteri Edmondo Cirielli. Ma l'elenco è lungo e intanto l'Aifa resta in mano al consigliere anziano, Francesco Fera.

COSÌ HANNO RIDIMENSIONATO L'AGENZIA

FRA I PRIMI interventi del governo, nel 2022, c'è stata la frettolosa riforma dell'Aifa, l'agenzia del farmaco che sovrintende a 34 miliardi di spesa totale, 23,5 quella pubblica secondo i dati del 2022, ma tuttora in crescita. Via il direttore generale, tutti i poteri al presidente; una sola commissione al posto di due. Ma l'emolumento del super-presidente è stato portato a 120 mila euro, i dirigenti più alti in grado guadagnano il doppio

TANTI NO TRA GLI INDISPONIBILI CAVALERI DELL'EMA



La sede In via del Tritone a Roma FOTO ANSA



Salute 24

Cure antitumorali
In India taglio netto
ai costi del Car-T

Francesca Cerati — a pag. 24

In India la terapia antitumorale Car-T costa un decimo

In concorrenza. Il trattamento, chiamato NexCar19, fa sperare che questa classe di farmaci anti cancro diventi più accessibile e sostenibile per i Ssn. Anche in vista di un'applicazione nei tumori solidi

Pagina a cura di
Francesca Cerati

Un singolo trattamento di NexCar19, prodotto da ImmunoAct con sede a Mumbai, costa tra i 30.000 e i 40.000 dollari, un decimo rispetto ai prodotti commerciali comparabili e disponibili a livello globale.

NexCar19 è una terapia Car-T, le cellule immunitarie ingegnerizzate impiegate nella terapia dei tumori del sangue. In pratica, la terapia Car-T prevede un prelievo del sangue del paziente e l'isolamento dei componenti immunitari noti come cellule T che vengono geneticamente modificati in laboratorio per esprimere un recettore, noto come Car, sulla loro superficie. Questa "manipolazione" aiuta le cellule immunitarie a trovare e uccidere le cellule tumorali una volta che vengono reinfuse nel paziente, nel quale proliferano e si mettono al lavoro.

La prima Car-T è stata approvata negli Usa nel 2017 e oggi quelle in commercio costano tra i 370.000 e 530.000 dollari, escluse le spese ospedaliere e i farmaci per trattare gli effetti collaterali. Un tipo di trattamento rivoluzionario, ma che apre problemi di accesso e sostenibilità non da poco se si tiene conto che questa strategia immunoterapica sta mostrando risultati promettenti anche nella cura delle malattie autoimmuni e del cancro al cervello. A conferma che le Car-T potrebbero essere usate in una gamma più ampia di tumori

solidi, che rappresentano circa il 90% di tutti i casi di cancro. In parallelo, anche le terapie cellulari parenti alla lontana delle Car-T, ovvero i linfociti infiltranti il tumore (definiti TIL), aprono nuove opportunità terapeutiche. E anche in questo caso siamo già arrivati all'approvazione della prima terapia TIL per il melanoma avanzato con cellule immunitarie per i tumori solidi da parte della Food and Drug Administration statunitense: il farmaco si chiama lifileucel, è prodotto da Iovance Biotherapeutics e costa più di mezzo milione di dollari.

Ritornando all'India, il costo di NexCar19 fa sperare che la terapia Car-T possa essere prodotta a costi inferiori in altri paesi e contesti, una sorta di "test di realtà per i ricercatori nei paesi ad alto reddito", come ha commentato Terry Fry, immunologo e oncologo pediatrico dell'Università del Colorado, consulente di ImmunoAct.

NexCar19 è stato approvato in India nel mese di ottobre e ora, ImmunoAct sta trattando circa due dozzine di persone al mese negli ospedali di tutto il paese. Per ridurre i costi, il team indiano ha sviluppato, testato e prodotto la terapia interamente in India, dove la manodopera è più economica rispetto ai paesi ad alto reddito.

In più, per introdurre i Car nelle cellule T, gli scienziati anziché acquistare i costosi vettori, i lentivirus, li hanno realizzati da soli. Inoltre hanno anche trovato un

modo più economico per produrre in serie le celle ingegnerizzate, evitando l'impiego di costosi macchinari automatizzati. Infine, i costi si sono ulteriormente ridotti anche grazie al miglioramento del profilo di sicurezza della terapia, in quanto la maggior parte dei pazienti non aveva bisogno di trascorrere del tempo nelle unità di terapia intensiva. Questo è dovuto al fatto che la terapia è simile e non uguale alle controparti occidentali, e si distingue in alcuni punti chiave. Come quattro delle sei Car-T approvate, è progettata per colpire un marcatore (Cd19) presente nei tumori a cellule B.

Tuttavia, nelle terapie commerciali esistenti, il frammento di anticorpo alla fine di una Car proviene da topi, il che ne limita la durata perché il sistema immunitario lo riconosce come estraneo e alla fine lo elimina. Mentre, in NexCar19, i ricercatori hanno aggiunto proteine umane. Sia i risultati di laboratorio che gli studi clinici hanno attestato che questa modifica funziona e riduce gli effetti collaterali.

La società spera poi di ridurre ulteriormente i costi aumentando la produzione ed esportando la terapia in Messico. Ma anche ImmunoAct dovrà affrontare la concorrenza: altre aziende indiane hanno avviato sperimentazioni Car-T locali, tra cui Immuneel Therapeutics a Bangalore, che ha in licenza la tecnologia sviluppata da accademici spagnoli.



Tce, l'immunoterapia di nuova generazione

Investimenti

Engager delle cellule T

Le cellule T del sistema immunitario progettate per riconoscere e uccidere le cellule tumorali sono emerse come potenti agenti per combattere il cancro. Ma le Car-T approvate per il trattamento delle neoplasie del sangue, devono ancora dimostrare di essere efficaci anche nei tumori solidi. Nel frattempo, per mantenere la promessa delle dell'immuno-oncologia come soluzione anti-cancro, si stanno aprendo altre strade. E il prossimo atto sembra incentrato sugli engager delle cellule T (Tce). Prova ne è che gli investitori si stanno riversando in massa. L'ultima ad incassare un sacco di soldi, con un finanziamento di serie A di 150 milioni di dollari sostenuti da società di investimento del calibro di Novo Holdings (che gestisce le attività della Novo Nordisk Foundation), Third Rock e Catalio Capital Management, è la biotech Clasp Therapeutics, con sede a Cambridge e Rockville, nel Maryland. E sempre all'inizio di questo mese, anche Gilead ha raggiunto un accordo di collaborazione per un valore fino a 1,5 miliardi di dollari con la biotech olandese Merus, per sviluppare nuove terapie antitumorali. La partnership combinerà l'esperienza di Gilead nel campo dell'oncologia con la piattaforma proprietaria di Merus per la ricerca e lo sviluppo di anticorpi trispecifici, progettati per

legarsi a tre bersagli, compresi gli antigeni associati ai tumori.

Clasp Therapeutics, fondata da due professori della Johns Hopkins University - il genetista del cancro Bert Vogelstein e dell'immuno-oncologo Drew Pardoll - mira invece a creare la prossima generazione di farmaci immunologici Tce, molecole progettate per legarsi ai tumori e alle cellule immunitarie allo stesso tempo, esponendo i tessuti cancerosi a tutto il peso del sistema immunitario, per innescare una risposta distruttiva.

Le precedenti generazioni di engager delle cellule T hanno avuto problemi con l'accuratezza: molte proteine sulla superficie delle cellule tumorali si trovano anche in altre parti del corpo, il che significa che una terapia mal calibrata determina il caos sia sui tumori che sui tessuti sani.

Clasp, al contrario, sta prendendo di mira le proteine specifiche del cancro all'interno delle cellule tumorali. Gli engager delle cellule T dell'azienda, ancora in fase di sviluppo preclinico, hanno lo scopo di agganciarsi ai "segnali rivelatori" del cancro trascinando le cellule immunitarie nella lotta. I Tce di Clasp sono molecole simili ad anticorpi bispecifici che possono legarsi contemporaneamente sia a una cellula T che a un peptide mutante specifico del tumo-

re. Questo approccio mira a garantire l'attivazione immunitaria contro il tumore risparmiando il tessuto sano che è privo del peptide mutato specifico del tumore.

«Il nostro focus sono i tumori solidi e il risultato finale dovrebbe essere un farmaco altamente specifico che elimina la tossicità associata al legame sul bersaglio al di fuori del tumore», ha affermato il Ceo di Clasp Robert Ross -. Non esiste ancora una tempistica per gli studi sull'uomo, anche se il finanziamento appena ottenuto ha questo obiettivo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I ricercatori della Johns Hopkins University hanno lanciato Clasp Therapeutics e raccolto 150 milioni di dollari

LEGAMI

I Tce sono molecole progettate per legarsi ai tumori e alle cellule immunitarie allo stesso tempo



PANORAMA

A LONDRA

Vaccino al Dna contro il cancro al polmone

Gli scienziati dell'Università di Oxford, del Francis Crick Institute e dell'University College London (Ucl) hanno utilizzato una tecnologia simile al vaccino Oxford-AstraZeneca per il Covid-19 per creare "LungVax", un vaccino che attiva il sistema immunitario per uccidere le cellule tumorali e fermare il cancro ai polmoni. Il team ha ricevuto fino a 1,7 milioni di sterline di finanziamenti da enti di beneficenza, il Cancer Research e il Cris Cancer Foundation, per produrre 3.000 dosi di vaccino. Il prodotto funziona utilizzando un filamento di Dna che addestra il sistema immunitario a riconoscere le proteine target nelle cellule tumorali del polmone - note come neoantigeni - e ucciderle. Questi neoantigeni compaiono sulla superficie della cellula a causa di mutazioni cancerogene all'interno del Dna della cellula.

«Siamo in un'età dell'oro della ricerca e questo è uno dei tanti progetti che speriamo trasformeranno la sopravvivenza del cancro al polmone - ha affermato Michelle Mitchell, amministratore delegato dell'ente di beneficenza -. Se il vaccino riesce a dimostrare in laboratorio di innescare una risposta immunitaria, si passerà allo studio clinico. Da qui si potrebbero avviare studi più ampi per le persone ad alto rischio di malattia, cioè i fumatori di età compresa tra i 55 e 74 anni o che hanno fumato in precedenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DDL SEMPLIFICAZIONI

I microbiologi: no alle analisi in farmacia

«Siamo allarmati che con il ddl semplificazione venga data la possibilità alle Farmacie di eseguire esami diagnostici. Il cittadino in Farmacia non troverà uno specialista nelle discipline di Medicina di Laboratorio che per legge è l'unico a poter svolgere queste indagini dato il suo percorso accademico e curricolare». A dirlo è il presidente Amcli (l'associazione che rappresenta i microbiologi italiani) Pierangelo Clerici commentando la bozza del ddl semplificazioni oggi in

consiglio dei ministri. «Non è possibile che si conceda la diagnostica di Laboratorio a chi non ha competenze - spiega - chiediamo a gran voce di fermare questo provvedimento nella parte riguardante le analisi di laboratorio e di costituire una Commissione Tecnico Scientifica con tutti gli attori di questo percorso per definire regole, obblighi e responsabilità delle farmacie».



Neurofibromatosi, la cura è rimborsabile

Libero accesso al primo farmaco approvato per il trattamento in pazienti pediatriche NF1

Viviana Persiani

■ Una notizia importante per tutti quei pazienti pediatriche, di età pari o superiore ai tre anni, che sono affetti da neurofibromatosi di tipo 1 (NF1). La NF1 è una condizione genetica debilitante che in tutto il mondo colpisce una persona su 3.000 e che, in Italia, si stima coinvolga circa 20.000 pazienti. In una percentuale tra il 30 e il 50% delle persone affette da NF1, si sviluppano tumori sulle guaine nervose (neurofibromi plessiformi) che causano potenziali problemi clinici come deturpazioni, disfunzioni motorie, dolore, disfunzioni delle vie aeree, disturbi visivi e disfunzioni vescicali o intestinali. Ebbene, la novità è che Alexion, AstraZeneca Rare Disease, ha annunciato che l'Agenzia Italiana del Farmaco ha autorizzato la rimborsabilità di selumetinib, il primo farmaco approvato per il trattamento dei neurofi-

bromi plessiformi (PN) sintomatici e non operabili in pazienti pediatriche affetti da NF1, dai tre anni in su, dopo l'approvazione condizionata nell'Ue.

Il via libera da parte di AIFA si basa sui risultati positivi dello studio SPRINT Stratum 1 di Fase II, sponsorizzato dal Programma di Valutazione della Terapia del Cancro (CTEP) del National Cancer Institute (NCI). Questo studio ha dimostrato che selumetinib riduce le dimensioni dei tumori inoperabili nei bambini, diminuendo il dolore e migliorando la qualità della vita. Si è visto come selumetinib abbia dimostrato un tasso di risposta obiettiva (ORR) del 66% (33 su 50 pazienti, risposta parziale confermata) nei pazienti pediatriche con NF1 PN quando trattati con selumetinib come monoterapia orale due volte al giorno.

«Da oggi, anche in Italia tutti i pazienti pediatriche con neurofibromatosi plessiforme di tipo 1 sintomatica non operabile possono ave-

re accesso a selumetinib e, quindi, potenzialmente beneficiare di questo trattamento, che può avere un impatto positivo sulla qualità della vita, in particolare con una duratura riduzione del dolore», dichiara la Dr.ssa Maria Cristina Diana, UOC Neurologia Pediatrica e Malattie Muscolari IRCCS Istituto G. Gaslini, Genova. Positivo anche il commento congiunto di ANANAS, Associazione Nazionale Aiuto per la Neurofibromatosi amicizia e solidarietà, e ANF, Associazione Neuro Fibromatosi e Associazione, e LINFA, Lottiamo insieme contro le neurofibromatosi: «Accogliamo con grande soddisfazione la notizia dell'approvazione di una nuova soluzione terapeutica. La neurofibromatosi ha un impatto drammatico sulla vita di chi ne è affetto e i neurofibromi plessiformi, spesso a evoluzione rapida, possono incidere si-

gnificativamente anche sui più semplici gesti quotidiani e porre seri ostacoli alla socialità. Ecco perché una terapia farmacologica innovativa, come quella oggi disponibile in Italia, dà nuove speranze ai pazienti, soprattutto ai più giovani, e alle loro famiglie». «La rimborsabilità di selumetinib è un risultato importante per i bambini affetti da neurofibromatosi di tipo 1 con neurofibromi plessiformi non operabili e testimonia il costante impegno di Alexion nel fornire farmaci trasformativi per le malattie rare»,

afferma Anna Chiara Rossi, VP & General Manager Italy, Alexion, AstraZeneca Rare Disease. Selumetinib è approvato negli Usa, nell'Ue, in Giappone, Cina e in diversi altri Paesi per il trattamento di pazienti pediatriche con NF1 e PN sintomatico e non operabile.

RISULTATI POSITIVI
L'atteso annuncio
di Alexion, AstraZeneca
Rare Disease

LA GENERAL MANAGER
«Costante impegno nei
medicinali trasformativi
per le malattie rare»

AZIONE
Il farmaco selumetinib riduce le dimensioni dei tumori inoperabili nei bambini, diminuendo il dolore e migliorando la qualità della vita. La NF1 è una condizione genetica debilitante che in tutto il mondo colpisce una persona su 3.000 e che, in Italia, si stima coinvolga circa 20.000 pazienti



La tecnologia

L'ultima sfida di Elon Musk

“Neuralink darà la vista ai ciechi”

Sarà il prossimo passo
dopo quello del chip
nel cervello di un
29enne che muove il
mouse con il pensiero.
Dubbi etici e rischi

Ultimamente Elon Musk deve sentirsi Dio. Il primo paziente operato da Neuralink, l'azienda che Musk ha fondato nel 2016 per sviluppare chip impiantabili nel cervello umano, riesce ora a muovere un cursore su uno schermo usando soltanto la forza del pensiero. Un'operazione che Noland Arbaugh, 29 anni, immobilizzato dalle spalle in giù, in precedenza era costretto a eseguire mordendo un joystick con i denti. «Ora mi basta fissare il punto in cui voglio spostare un oggetto», ha raccontato Arbaugh paragonando le sue nuove capacità alla “forza” dei jedi di Star Wars. Può sembrare un miracolo. Ma non è nulla rispetto a quello che ha promesso Musk: «Ora daremo la vista a chi è cieco».

Neuralink ci sta lavorando da tempo. «Pensiamo di poter ripristinare la vista anche in una persona cieca dalla nascita – affermava Musk già a dicembre del 2022 – perché la parte del cervello che elabora le informazioni visive è ancora lì». «Blindsight – in italiano “visione cieca” – è il nome del nostro prossimo prodotto», ha annunciato qualche giorno fa il fondatore di Neuralink, aggiungendo che «la qualità della vista all'inizio sarà bassa, simile alla grafica delle prime console per videogiochi Nintendo, ma alla fine potrebbe superare quella umana». Nel caso del 29enne Arbaugh, che ora utilizza il chip Neuralink per giocare con videogame come Super Mario Kart usando solo la mente, gli impulsi elettrici che partono dal cervello raggiungono – in modalità wireless – un computer in grado di interpretarli e di trasformarli in un'azione specifica. L'impianto pensato per ridare

la vista, invece, funziona in modo opposto. In questo caso un segnale elettrico parte da un sensore – quello di una videocamera integrata in un paio di occhiali smart, per esempio – e finisce nella corteccia visiva. È qui che iniziano i problemi. «Trasferire il segnale, per quanto complesso, è possibile – dice Angelo Vescovi, neuroscienziato e presidente del Comitato Nazionale di Bioetica – ma la vera sfida è renderlo interpretabile dal cervello, che non è una macchina programmabile». Musk non sembra avere dubbi. «Funziona già sulle scimmie», ha scritto sui social. «In effetti non sta promettendo l'impossibile – dice Vescovi – ma all'inizio l'effetto sarà un po' quello dei primi filmati dei fratelli Lumière, che erano quasi delle ombre». Proprio sulle scimmie Neuralink ha sperimentato i suoi primi chip. Poi ha ottenuto dalla FDA – l'ente regolatorio che salvaguarda la salute pubblica negli Usa – l'autorizzazione ad avviare i test clinici sull'uomo. E ci sono già migliaia di volontari che attendono di farsi operare. Neuralink punta a impiantare chip in 12 individui entro il 2024. Saranno ventiduemila – stando alle stime dell'azienda rivelate da Bloomberg – le persone che riceveranno un chip entro il 2030. Ogni impianto costerà all'azienda circa 10mila dollari. I pazienti-clienti pagheranno una cifra molto più alta: circa 40mila dollari. Le interfacce cervello-computer non sono una novità. Già nel 1998 il *Washington Post* scri-

veva di un tetraplegico in Georgia che è riuscito a muovere il cursore di un mouse con il solo pensiero. Ma a quell'uomo erano serviti nove mesi per imparare a controllare i suoi impulsi su un monitor. E il suo cervello era collegato a un computer via cavo. In un ospedale. Il primo paziente operato da Neuralink, invece, è tornato a casa il giorno dopo l'intervento. Il suo chip è totalmente integrato nel cranio. E per sfruttarlo al massimo ha impiegato pochi giorni. È vero che Musk non ha inventato nulla di nuovo. Ma ha reso più semplice la tecnologia che c'era già. Incrementando anche i suoi rischi. «Teoricamente qualcuno potrebbe introdurre nel cervello umano degli stati emotivi o delle allucinazioni – spiega il neuroscienziato Vescovi –. Questa interfaccia potrebbe essere utilizzata addirittura per torturare una persona oppure per legare la sua mente a un'arma». «Dovremo proteggere la privacy mentale», dice Nita Farahany, docente della Duke University ed ex membro della Commissione bioetica degli USA. Farahany, autrice del saggio “Difendere il nostro cervello” edito in Italia da Bollati Boringhieri, invita a procedere con cautela, «rispettando il diritto degli individui di scegliere se e come accedere e modificare i loro cervelli». © RIPRODUZIONE RISERVATA



ALIMENTAZIONE E LONGEVITÀ

Una ricerca nega i benefici del digiuno intermittente

di **Laura Cuppini**

I benefici del digiuno intermittente sono limitati. A sostenerlo è una ricerca americana che ha preso in considerazione le abitudini alimentari di 20 mila persone. «Sappiamo che, oltre a far dimagrire, migliora la sensibilità all'insulina e il metabolismo,

riduce l'infiammazione, abbassa il colesterolo e la pressione del sangue in chi ce l'ha alta. Questi però sono gli effetti a breve termine: possono durare qualche mese, forse un anno. E poi? — spiega il direttore dell'Istituto Mario Negri, Giuseppe Remuzzi — non è un

elisir di lunga vita, rischi per il cuore».

a pagina 20

La ricerca

Digiuno intermittente, lo studio americano: «A lungo termine può nuocere alla salute»

Remuzzi: rischi per il cuore, non è un elisir di lunga vita

di **Laura Cuppini**

Nella disperata ricerca di soluzioni contro l'«epidemia» di obesità, un problema che riguarda oltre un miliardo di persone nel mondo (una su otto), ha trovato posto — e fama — un'idea apparentemente semplice ed economica: il digiuno. Amato e celebrato da tanti personaggi famosi, si può declinare in varie modalità, ma la più nota è quella intermittente («16:8»), in cui l'assunzione di cibo è limitata a 8 ore al giorno, per esempio dalle 8 alle 16, mentre per le restanti 16 ore non si tocca cibo, saltando quindi la cena o

in alternativa la prima colazione. Proprio questa formula è stata oggetto di uno studio presentato durante un meeting dell'American Heart Association, che si è tenuto dal 18 al 21 marzo a Chicago.

La conclusione del lavoro è sorprendente: chi mangia nell'arco di 8 ore e digiuna per 16 ha un rischio di morte per eventi cardiovascolari molto più elevato rispetto a chi si nutre per 12-16 ore al giorno. Un risultato distante anni luce dalle teorie che associano le varie forme di digiuno alla longevità e al benessere. «C'è

l'idea che si debba cambiare il nostro modo di alimentarci, concentrando l'assunzione di

cibo in otto ore per poi assumere soltanto acqua o poco altro per le restanti 16 — commenta Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri e ordinario per chiara fama di Nefrologia all'Università degli Studi di Milano —. Sappiamo



che, oltre a far dimagrire, il digiuno intermittente migliora la sensibilità all'insulina e il metabolismo, riduce l'infiammazione, abbassa il colesterolo e la pressione del sangue in chi ce l'ha alta. Questi però sono gli effetti a breve termine: possono durare qualche mese, forse un anno. E poi?».

I ricercatori hanno esaminato le abitudini alimentari di 20 mila persone, utilizzando i database dei Centers for disease control and prevention americani, e le hanno poi confrontate con i dati relativi ai decessi avvenuti nello stesso periodo negli Stati Uniti. L'alimentazione limitata a 8 ore al giorno non solo non ha ridotto il rischio complessivo di morte, ma lo ha addirittura aumentato. Un'analisi ulteriore, fatta in persone che già

soffrivano di cuore, ha poi dimostrato che digiunare anche solo per 14 ore comporta un rischio più elevato di infarto, ictus e anche di morte. Lo stesso è stato visto nei pazienti con un tumore: la dieta «16:8» non allunga la sopravvivenza, ma semmai la riduce.

Le indagini sono state condotte su un gruppo misto: metà uomini e metà donne (età media 49 anni), per il 70% bianchi, seguiti per una media di 8 anni e un massimo di 17. «Questo studio è importante perché l'idea di limitare entro poche ore l'assunzione del cibo sta diventando molto popolare da noi e dappertutto, ma a lungo termine può fare male, anche a chi è malato di cuore o ha un tumore — sottolinea Remuzzi —. Ci si

potrebbe chiedere se il digiuno intermittente protegga da malattie dovute ad altre cause, ma secondo i ricercatori non è così; insomma, alla lunga non sembra dare alcun vantaggio».

Nel lavoro sono stati presi in esame soltanto il tipo di ali-

mentazione (digiuno secondo schermi orari - dieta libera) e le cause di morte, non altri fattori che possono incidere sullo stato di salute. «In effetti l'analisi presentata al meeting dell'American Heart Association ha numerosi limiti — conclude il direttore dell'Istituto Mario Negri —: non ci dà indicazioni sul tipo di dieta e nemmeno sul meccanismo biologico che sta alla base delle differenze nella du-

rata della vita nei due gruppi: sono tutte cose che sarà necessario capire. Ci vorrà ancora molta ricerca per trarre conclusioni definitive. Abbiamo però a disposizione diversi spunti per riflettere: a quanto pare il digiuno intermittente non solo non è un elisir di lunga vita, ma potrebbe persino rivelarsi vero il contrario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è



IL DIRETTORE

Giuseppe Remuzzi, 74 anni, dal 2018 è il direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri. Laureato nel 1974, si è specializzato in ematologia (1977) e nefrologia (1980), ricevendo nel corso degli anni titoli da numerose università del mondo e collaborando con illustri pubblicazioni di settore

1 miliardo

Sono i soggetti nel mondo, una su otto, che si stima abbiano gravissimi problemi di obesità

20 mila

sono i soggetti esaminati nel corso della ricerca. Metà uomini e metà donne (età media 49 anni)

Come funziona



Corriere della Sera



International Heart School

Medicina senza confini a Bergamo: dove ucraini e russi studiano insieme

Paleari: «Accolti da tutto il mondo, spesi e formati con un master»

di **Anna Gandolfi**

«Un motore di geopolitica positiva». La scienza può diventare (anche) questo. Ne è convinto il professor Stefano Paleari quando racconta che «con noi studiano, fianco a fianco, medici ucraini e medici russi». Ieri come oggi, mentre prosegue il conflitto. E non ci sono solo loro: tra aule e corsie in questo momento si incrociano medici provenienti da Ghana, Cuba, Georgia, Kazakistan, Somalia. «Qui sono passati più di 400 professionisti da 50 Paesi del mondo». Siamo all'«International Heart School Parenzan, Invernizzi, Kirklin (Ihs)», un master di secondo livello sostenuto dalla onlus omonima di cui Paleari - già alla guida dell'Università di Bergamo e al vertice della conferenza italiana dei rettori - ora è presidente.

Ihs ha base a Bergamo e permette a dottori già laureati di affinare la conoscenza della chirurgia sperimentando tec-

niche all'avanguardia «che nei loro Paesi d'origine non potrebbero approfondire. Una cosa ingiusta: la conoscenza non deve avere limiti geografici, lo ripeteva sempre Lucio Parenzan». Il luminare, per rendere la sua convinzione una realtà, si muoveva in prima persona. Tanto che nel 1989, mentre cadeva il muro di Berlino, ha lanciato un piano di studi in cui i progressi della medicina potessero essere democraticamente diffusi. Ventisette anni dopo Ihs è un'eccellenza che mette in rete due atenei (Bergamo e Milano-Bicocca) e alcuni tra i principali ospedali italiani (Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Niguarda di Milano, ospedale pediatrico Regina Margherita di Torino, Hesperia Hospital di Modena, Bambin Gesù di Roma, Policlinico di Monza, Ircss Multimedica di Sesto San Giovanni, Auxologico San Luca di Milano). L'anno accademico è appena stato inaugurato e contemporaneamente cominciano le selezioni di chi frequenterà nel 2025. Attualmente a frequentare il master sono 12 professionisti, «numero in li-

nea con gli altri anni. Le candidature sono sempre dieci volte superiori ai posti». Come funziona l'International Heart School? «I medici scelti restano un anno, la onlus - grazie a donatori - sostiene la formazione e la loro permanenza. Durante il percorso gli studenti possono, ad esempio, accedere a banche dati che nei loro territori non sono consultabili, apprendere tecniche innovative e offrire così ai loro concittadini chance di guarigione diversamente precluse». Chi passa di qui resta in contatto con la scuola, «favorendo un network internazionale per combattere le malattie cardiovascolari in tutto il mondo». Era l'obiettivo di Parenzan, padre della cardiocirurgia pediatrica scomparso nel 2014, ora affidato a un gruppo di suoi medici «allievi e volontari» coordinati da Paolo Ferrazzi, delfino del professore e a sua volta luminare della cardiomiopatia ipertrofica. Il presidente Paleari e il vice Roberto Bercè hanno un ruolo molto operativo: con gli altri amministratori vanno a caccia di fondi, «circa 150 mila euro ogni anno. Cerchiamo

finanziamenti - aggiunge Paleari - e affianchiamo gli studenti anche sul lato pratico, come nella ricerca delle case in cui vivere».

Il master è erogato dalla Scuola di alta formazione dell'Università di Bergamo con l'Università di Milano-Bicocca; la onlus paga ai partecipanti le tasse d'iscrizione (circa 3mila euro), fornisce alloggio e diaria (i medici hanno tra i 27 e i 40 anni). «Ihs - conclude il presidente - tiene anche alta l'attenzione sulla cardiocirurgia, oggi in secondo piano nella narrativa sulle patologie pericolose: più attenta a oncologia e malattie neurodegenerative anche se i problemi cardiovascolari sono la prima causa di decesso al mondo, una morte ogni 0,38 secondi. Eppure l'80% delle patologie cardiache premature e degli ictus è prevedibile». Dunque in qualche modo evitabile. L'International heart school è nata per questo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia

● La Fondazione International Heart School è stata istituita presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo dal professor Lucio Parenzan nel 1989

● In questi anni, è stata frequentata da oltre quattrocento medici provenienti da 50 Paesi
www.ihs-bergamo.it



Il presidente Stefano Paleari (con la cravatta rossa) assieme a docenti e studenti in posa durante l'inaugurazione dell'anno accademico



CAOS SANITÀ

Tariffe, l'allarme delle Rsa

Conti a rischio «rosso». Gli operatori chiedono aiuto a Rocca
Intanto è rinviato a gennaio il nomenclatore per gli esami

Sbraga a pagina 10



I NODI DELLA SANITÀ

Unindustria ha inviato una richiesta di revisione al presidente Rocca

Grido d'allarme delle Rsa «Le tariffe vanno adeguate»

*Sos delle residenze sanitarie assistenziali alla Regione Lazio
Rinviato a gennaio il Nomenclatore per gli ambulatori*

ANTONIO SBRAGA

... Sos alla Regione Lazio dalle Residenze sanitarie assistenziali. Le Rsa, infatti, senza un adeguamento delle tariffe, alcune delle quali bloccate da 17 anni, non riescono più a far fronte ai sempre maggiori costi operativi e del personale, rischiando di rendere non più sostenibile la gestione delle strutture che si prendono cura di anziani, portatori di handicap e persone non autosufficienti. Per questi motivi Unindustria ha inviato una «richiesta di revisione delle tariffe per

le Rsa» al presidente della Regione, Francesco Rocca. Nella missiva si illustra «la grave situazione in cui versano le Rsa del Lazio per il mancato aggiornamento delle attuali tariffe per i vari livelli assistenziali». Ferme da ben 17 anni per le strutture di livello assistenziale di mantenimento A e B, che infatti hanno ancora «tariffe invariate dal 2007». Ma anche le Rsa di livello assistenziale intensivo hanno «tariffe invariate dal 2013». Mentre le Rsa di livello assistenziale estensivo hanno «tariffe invariate dal 2016». Strutture in attesa degli

adeguamenti tariffari, dunque, rispettivamente da 17, 11 e 8 anni, «determinando una situazione oramai insostenibile - avverte Unindustria - aggravata dall'aumento significativo del costo della vita e dalle pressioni inflazionistiche, con conseguente impatto sui costi di gestione delle strutture, quali ad esempio i costi dell'energia e dei beni e servizi». A co-



minciare dal «settore alimentare, che ha registrato un incremento dei prezzi del 9,8% nel solo 2023, influenzando direttamente i costi operativi delle Rsa». Per le quali nell'ottobre scorso è stato anche raggiunto un accordo con i sindacati che «mira, giustamente, ad adeguare le retribuzioni alla media del settore con un importante incremento tabellare che ha determinato un ulteriore aggravio dei costi del personale» nelle Rsa. Ormai in crisi in tutta la penisola, tant'è che, conclude la missiva di Unindustria, «sarebbe op-

portuno rivedere a livello nazionale e in sede di Conferenza Stato-Regioni l'intero sistema di regolamentazione delle Rsa in termini di requisiti minimi e relative tariffe». Anche sulla scorta di quanto avvenuto già ieri proprio nel corso della «riunione indetta presso la Conferenza Stato-Regioni con la quale, dopo tanti mesi di attesa e di timore, è stato disposto il rinvio al prossimo gennaio 2025 dell'applicazione del nuovo Nomenclatore Tariffario di specialistica ambulatoriale - sottolinea l'Unione Ambulatori e Poliambulatori (Uap) - Tale importante provvedimento, che dimostra una presa di coscienza da parte del Ministro della Salute Schillaci e del presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, con-

sente di salvare non soltanto gli ospedali pubblici, ma anche le strutture sanitarie private convenzionate, i laboratori e poliambulatori privati convenzionati, le cliniche private e gli ospedali autorizzati convenzionati, capillarmente distribuiti su tutto il territorio nazionale, nonché i 40.000 lavoratori a rischio perdita dei propri posti di lavoro».

*La denuncia dell'associazione
«È una situazione ormai
insostenibile aggravata
dall'aumento significativo
del costo della vita»*



17

Anni
Le tariffe sono rimaste invariate dal 2007

9,8

Per cento
Secondo Unindustria tanto sono aumentati i prezzi nel settore alimentare

