



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

5 Giugno 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

IL FRONTE DELLA SANITÀ

Liste di attesa Il bluff del governo

Via libera alla riforma Schillaci, ma non ci sono stanziamenti aggiuntivi Schlein: "Misure fuffa per prendere in giro i cittadini". Regioni d'accordo

La premier: criminali tra i migranti

di Michele Bocci

Misure già previste da anni sbandierate come decisive, moltiplicazione di strutture di controllo e soprattutto zero soldi. Mancano le risorse nel decreto legge-spot elettorale del governo. Nei sette articoli del dl approvato ieri c'è solo la copertura della riduzione della tassazione per i medici che fanno

straordinari. Per il resto la battaglia contro il problema della sanità più sentito dai cittadini si combatte senza nuovi investimenti e con poca fantasia.

● a pagina 3
servizi di **Abbate, Cerami
Colombo, Ricciardi e Ziniti**
● da pagina 2 a pagina 7

Liste d'attesa, taglio solo a parole Il decreto elettorale del governo

Via libera in Consiglio dei ministri alla riforma Schillaci senza che nel testo si parli mai di stanziamenti aggiuntivi Schlein: misure fuffa per prendere in giro i cittadini alla vigilia del voto, lo dicono anche le Regioni di destra

Sfoggia un grande ottimismo il ministro Orazio Schillaci quando, dopo aver presentato i 7 articoli del decreto legge sulle liste di attesa approvato ieri dal Consiglio dei ministri e i 15 del disegno di legge sullo stesso tema, conclude: «Mi aspetto da subito un cambio di passo, ma ci vuole la piena collaborazione delle Regioni, dei diret-



tori generali Asl, dei medici e di tutti gli altri operatori sanitari». Difficile che quanto previsto cambi qualcosa, non solo subito ma anche più avanti. Del resto non ci sono risorse per aumentare l'offerta (giusto una riduzione di tassazione per gli straordinari dei medici) e ridurre le attese. Oltretutto i soggetti citati da Schillaci - da solo in conferenza stampa mentre Giorgia Meloni ha magnificato il decreto successivamente, con un video - sono piuttosto scocciati.

Per le Regioni, comprese quelle di destra, parla il coordinatore degli assessori alla Sanità, l'emiliano Raffaele Donini. Protestano per non essere state consultate sul dl: «Ci si risparmi almeno l'imbarazzo di dover smentire ogni riferimento alla concertazione con noi. Ci riuniremo e faremo pervenire le nostre proposte, unanimi, di modifica del decreto». Ma anche la gran parte dei sindacati medici non ha gradito («Volete abbattere le liste d'attesa partendo dal presupposto che i responsabili siano medici e dirigenti sanitari è inaccettabile», dicono gli ospedallieri di Cimo e Anaa).

Si racconta che lo stesso Schillaci sperasse di approvare un decreto, da lui più volte annunciato, dotato di un po' di risorse. Quando il Mef ha detto no, al ministero alla Salute avrebbero preferito fare un disegno di legge ma la premier avrebbe imposto di presentare comunque un dl prima delle Europee. E così i testi sono due.

Per il ddl, che tra l'altro prevede l'au-

mento del tetto di spesa per i privati convenzionati, ci vorrà molto tempo, ammesso che si arrivi davvero in fondo. Comunque si andrà in Parlamento, dove l'opposizione già si è scatenata. «Sono felice che ancora prima del voto, la nostra campagna sulla sanità pubblica abbia già ottenuto un primo risultato, costringere il governo ad ammettere che avevamo ragione noi e cioè che non ci sono risorse sufficienti

per abbattere le liste di attesa», dice la segretaria Pd Ely Schlein: «Lo abbiamo ribattezzato "decreto fuffa". È una presa in giro dei cittadini a 5 giorni dal voto. Lo dicono le Regioni della destra e gli esperti». I Cinquestelle delle commissioni Affari sociali di Camera e Senato commentano: «La montagna ha partorito un topolino. Il decreto è estremamente deludente, privo di risorse e di urgenza, unospot elettorale».

- mi.bo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*È stata la premier
a volere a tutti
i costi un dl prima
delle europee*



Regioni in trincea

Sblocca liste d'attesa,
ok al decreto: multe
per chi non le riduce

ROMA Liste d'attesa, sì al piano. Puniti i manager delle Asl che non riducono i tempi. Il ministro della Salute Schillaci: «Ora le Regioni devono fare la loro parte». A pag. 9

Liste d'attesa, sì al piano Puniti i manager delle Asl che non riducono i tempi

► Il Cdm vara decreto e disegno di legge. Schillaci: «Ora le Regioni devono fare la loro parte». Ma le amministrazioni locali preparano il ricorso alla Consulta

I PROVVEDIMENTI

ROMA «C'è la piena collaborazione con le Regioni, siamo certi che ognuno farà la sua parte per abbattere le liste d'attesa. La sanità italiana non sta morendo, anzi è vista come un punto di riferimento». Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, al termine del Cdm ha presentato in questo modo i due provvedimenti approvati (decreto-legge e disegno di legge) per ridurre le attese a cui sono condannati i cittadini che devono prenotare visite specialistiche o esami. «Ognuno deve fare la sua parte, il ministero, il governo, le regioni e gli operatori sanitari. Così avremo un servizio sanitario migliore per i cittadini» ha aggiunto. Tra i provvedimenti c'è anche il sistema di sanzioni ai dirigenti delle Asl che non riescono ad abbattere le liste di attesa. Il richiamo

alle Regioni non è casuale visto che in queste ore ci sono state tensioni: gli assessori regionali alla Salute hanno sostenuto che il governo ha fatto calare sulle loro teste questi provvedimenti senza consultarli e c'è chi non esclude una impugnativa alla Corte costituzionale perché non sarebbero rispettate le prerogative delle Regioni per la parte che riguarda l'ispettorato di controllo nazionale.

CONFRONTO

Schillaci ha parlato del confronto che c'è stato con il Mef a causa della mancanza di coperture finanziarie (nei provvedimenti non ci sono risorse aggiuntive) che ha convinto il governo a sdoppiare gli strumenti visto che sulla strada rapida del decreto-legge, prevista inizialmente,

non si sarebbe potuto procedere. Schillaci ha garantito: «Con il ministro dell'Economia e Finanze Giancarlo Giorgetti ci sono grande rispetto e collaborazione, abbiamo portato a casa quello che ci siamo prefissati».

ORGANIZZAZIONE

Anche il presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, è intervenuta per spiegare nel dettaglio gli interventi inseriti nei due provvedimenti: «Le Regioni non potranno più chiudere le liste di attesa e dovranno organizzarsi per rispettare queste tempistiche, ma le aiutiamo a fare questo lavoro prevedendo che



possano fare ricorso se non riescono a rispettare i tempi anche alle prestazioni intramoenia, cioè quelle che i medici fanno a livello ambulatoriale nelle strutture pubbliche, e alle strutture private accreditate. I cittadini pagheranno solo il ticket e la differenza in termine di costo che dovranno sostenere le Regioni sarà coperta dalle risorse che lo Stato ha stanziato in legge di bilancio proprio per l'abbattimento delle liste di attesa oltre 500 milioni». Dall'inizio del 2025 saranno anche rivisti i tetti per l'assunzione del personale. Ancora: oltre alle misure per abbattere le liste di attesa «stiamo aumentando i posti a medicina, arriveremo ad avere a disposizione 30mila studenti in più in pochi anni e stiamo lavorando per superare finalmente la lotteria dei test d'ingresso a medicina». Giorgia Meloni ha ricordato, in un video, l'istituzione di un «sistema nazionale di monitoraggio delle liste di attesa Regione per Regione, prestazione

per prestazione, per capire dove sia necessario intervenire e in che modo. Questo è uno strumento fondamentale che incredibilmente non esisteva fino ad oggi, perché evidentemente prima di noi nessuno ci aveva pensato. L'altra novità fondamentale è che rendiamo obbligatorio per legge il meccanismo per cui il medico che fa la prescrizione deve anche indicare la priorità e il tempo massimo di attesa possibile per quella prescrizione».

SCENARI

Uno degli elementi della riforma riguarda un maggiore coinvolgimento dei privati accreditati. Commenta Barbara Cittadini, presidente di Aiop (Associazione italiana ospedalità privata): «La legge di Bilancio traccia la giusta direzione: non facciamo passi indietro». Restano delle perplessità delle Regioni espresse dal presidente della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, Raffaele Donini (assessore in Emilia-Ro-

magna): «Il decreto anti-liste d'attesa è ancora privo di coperture finanziarie e molto astratto. È evidente la volontà di esautorare le Regioni dalla loro funzione di programmazione sanitaria (questo spiega forse il mancato coinvolgimento delle stesse) con meccanismi di direzione, controllo, ispezione da parte del Governo, direttamente nei confronti delle Asl e non delle Regioni. Si passa così dalla retorica dell'autonomia differenziata all'autonomia nell'indifferenziata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SE LE STRUTTURE PUBBLICHE NON CE LA FANNO, CI SI POTRÀ RIVOLGERE ANCHE AI PRIVATI O ALL'INTRAMOENIA

Liste d'attesa

I tempi delle visite per classe di priorità

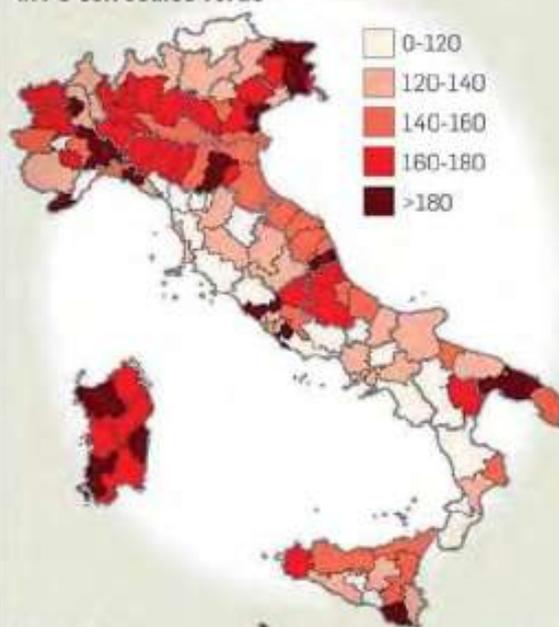


	B=breve D=differibile		
	Classe B entro 10 giorni N° giorni	Classe D entro 30 giorni N° giorni	Classe non determinata N° giorni
Prima visita cardiologica	60	85	300
Prima visita chirurgia vascolare	15	83	115
Prima visita endocrinologica	60	159	360
Prima visita ortopedica	42	-	60
Mammografia	150	-	100
Colonscopia totale	120	-	365
Elettrocardiogramma	>10	85	120
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	>10	60	12

Fonte: Rapporto Civico sulla Salute 2023 di Cittadinanzattivi

I MINUTI D'ATTESA

Il tempo medio di permanenza in PS con codice verde



Wenub



L'obiettivo: esami rapidi già nel 2025 Ma il nodo è la mancanza di medici

IL FOCUS

ROMA Tra i dirigenti dei sistemi sanitari regionali circola una valutazione: la creazione di un sistema di monitoraggio in tempo reale delle liste di attesa rappresenta l'innovazione più concreta e attivabile. Per le altre misure servirà più tempo perché nei fatti senza le risorse necessarie non si può dare un'accelerazione, a partire dall'apertura degli studi e dei laboratori di sera e nei fine settimana. Esempio: si dice che una Asl, se non riesce a garantire nelle strutture pubbliche nei tempi previsti una visita specialistica o un esame, deve ricorrere, acquistando quella prestazione, al personale interno con la formula intramoenia o al privato accreditato. «Ma se non ci sono i soldi - si chiede il dirigente di una Regione - come si può pensare di farlo?». Il Ministero della Salute fa notare che già erano stati stanziati 500 milioni di euro per le liste di attesa, ma le Regioni ribattono che erano insufficienti e sono comunque già stati esauriti. Altra misura importante, con una svolta molta attesa decisa dal governo, è inserita all'articolo 5 del decreto legge alla voce "tetto

di spesa per le assunzioni". Di fatto, spiegano al Ministero, «s'incrementa la spesa per il personale di un importo complessivo pari al 15 per cento dell'incremento del Fondo sanitario rispetto all'anno precedente. In sostanza, rispetto a oggi il tetto di spesa è meno stringente per il 2024. Dal 2025 viene abolito e sostituito da un altro mecca-

nismo che non è di tipo vincolante ma legato alla programmazione delle aziende sulla base di un fabbisogno standard di personale sanitario». Sulla carta questo provvedimento sarà molto utile per assicurare un aumento della risposta sanitaria, nella pratica andrà a confliggere con un altro problema strutturale della sanità italiana: mancano le figure professionali, non ci sono in alcune specialistiche i medici e non ci sono gli infermieri, tanto è vero che si sta provando ad arruolarli da altri Paesi. Al Ministero dovranno vigilare anche su alcuni effetti collaterali possibili della riforma, spiegano esperti anche di regioni governate dal centrodestra: il sistema prevede che il cittadino abbia diritto alla prestazione nei tempi previsti dalla classificazione di urgenze ribadita dai provvedimenti; dunque se nelle strutture pubbliche non c'è posto, allora si devono acquistare le prestazioni in libera professione o dal privato accreditato.

I PRIVATI

Nel primo caso questo può disincentivare i professionisti interni a garantire straordinari perché potrebbero avere più convenienza al sistema intramoenia. Nel secondo si andrà a rafforzare inevitabilmente la sanità privata accreditata che avrà dunque anche più forza sul mercato del lavoro e potrà assumere medici e infermieri sottraendoli al settore pubblico. Il servizio sanitario nazionale potrà comunque ricorrere anche agli specializzandi. «Fondamentale invece - ricorda un altro esperto di una Regione amministrata dal centrodestra - il provvedimento sul Cup». Che cos'è? Cup significa centro unico di prenotazione e all'articolo 3 del

decreto viene inserito un obbligo: in tutte le Regioni (oggi succede solo in alcune) devono essere disponibili tutte le prestazioni sia del pubblico sia del privato convenzionato. «Per questo - ricordano al Ministero della Salute - si prevede espressamente la nullità del contratto con il privato accreditato che non provveda a inserire le prestazioni nei Cup pubblici».

TEMPI

C'è inoltre il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere «di sospendere o chiudere le attività di prenotazione», mentre il Cup (come per la verità già succede in diverse Regioni) «deve attivare un sistema per richiamare il cittadino e richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata almeno entro due giorni prima dall'erogazione». Domanda: quando si potranno vedere i primi effetti positivi di questa riforma? Nella migliore delle ipotesi nei primi mesi del 2025, al di là delle strategie già messe in campo dalle singole regioni. «Ma senza fondi aggiuntivi - dicono in coro dalle Regioni - non si andrà lontano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PRIMO PASSO È OTTENERE UN VERO QUADRO DEI RITARDI REGIONE PER REGIONE CON UN SISTEMA DI MONITORAGGIO

I DIRIGENTI DELLA SANITÀ (ANCHE QUELLI DI CENTRODESTRA) AVVERTONO: PER MIGLIORARE SERVONO PIÙ RISORSE



«Sulla salute solo misure-fuffa» L'attacco di Schlein al governo

La segretaria pd insiste su salari e diritto all'aborto: previsioni sul voto? L'asticella porta iella

ROMA «I risultati elettorali? L'asticella porta iella», ha detto ieri Elly Schlein in tour di campagna elettorale in Puglia, garantendo ai cronisti: «Per questo l'asticella non la metto». Su e giù per il tacco dello stivale la segretaria dem ha voluto specificare: «Siamo qui anche per riparare ai nostri errori. Siamo l'unica comunità plurale che discutendo lo può fare» e ovviamente si riferiva al caso Puglia che ha scosso il Pd.

Il dito puntato contro il governo per i problemi della sanità («è un decreto fuffa quello con cui pensano di affrontare le liste d'attesa»), Schlein ha sfoderato un repertorio elettorale improntato alla pace e alla solidarietà chiedendo anche «il riconoscimento dello Stato di Palestina». «L'Europa è nata per la pace», ha detto invocando «uno sforzo politico e diplomatico per far cessare il fuoco, far fermare il massacro di Gaza e liberare gli

ostaggi di Hamas».

Dalla Ue all'aborto, al salario minimo, l'attacco più diretto contro il governo è stato, appunto, quello contro la gestione della sanità pubblica. «Servono risorse sulla sanità pubblica e lo sblocco delle assunzioni, perché se i reparti si svuotano le liste d'attesa si allungano all'infinito». Non ha dubbi la segretaria dem: «Tutte le altre soluzioni sono soluzioni tampone che favoriscono il privato e che continuano nel solco dello smantellamento della sanità pubblica. Se vogliono fare qualcosa di concreto sulla sanità per salvarla, c'è una cosa semplice da fare: votare insieme a noi la proposta di legge che c'è in Parlamento, in discussione, a mia prima firma».

Una giornata lunga, un tema a lei molto caro, l'aborto: «Siamo per un'Europa femminista che difende i diritti delle donne a partire dalle scelte sul proprio corpo. Non ce ne facciamo niente di una

presidente del Consiglio donna ma che fa entrare gli antiabortisti nei consultori per fare pressioni violente sulle donne che vogliono accedere ai servizi per l'interruzione di gravidanza».

Con Giorgia Meloni il duello è andato avanti a lungo e Schlein non ha fatto sconti, partendo da quando Meloni è andata a Madrid ospite di Vox. «Davanti ai militanti ha affermato che la sinistra cancella l'identità: non so cosa intendesse. Ma io sono orgogliosa della nostra identità antifascista, che è nella nostra Costituzione».

Un altro cavallo di battaglia della segretaria: il salario minimo. «Se c'è un Paese che ha bisogno di una legge sul salario minimo come quella che stiamo proponendo con una legge di iniziativa popolare è l'Italia. Lo dice un dato, questo è l'unico Paese europeo in cui i salari reali non solo non sono aumentati dal 1990, ma

sono addirittura diminuiti. Quindi, se c'è un Paese che ha bisogno di dire che sotto i nove euro l'ora non è lavoro ma è sfruttamento questo è l'Italia».

Da Bari a Trinitapoli, Barletta, Schlein ha invocato «un'Europa solidale, ma solidale veramente» che possa aiutare l'Italia contro «le destre nazionaliste alleate di Meloni e Salvini che portavano il cartello "Non un euro per l'Italia"». Per questo serve «un'Europa solidale in cui ogni Paese europeo faccia la propria parte sull'accoglienza e dobbiamo andare dagli alleati nazionalisti di Meloni come l'ungherese Orbán, che hanno preso i fondi europei ma hanno scaricato le persone».

Alessandra Arachi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'identità

La replica a Meloni: noi cancelliamo l'identità? La nostra è antifascista e ne sono orgogliosa



Rischio cancro, saperlo sette anni prima

Partendo da studi su centinaia di proteine, si è visto come siano coinvolte nello sviluppo di molte forme tumorali. Il passo da fare ora è un test anche per chi non presenta alcun sintomo.

di Luca Sciortino

Diagnosticare un cancro anni prima di quanto si possa fare oggi. Quanto basta per sconfiggerlo. Quello che appare oggi un sogno potrebbe diventare realtà dopo la scoperta che alcune proteine, che possono essere rivelate con un esame del sangue, compaiono come conseguenza della formazione di un tumore.

Per entrare nello specifico, due studi dell'Università di Oxford, pubblicati a distanza di un paio di settimane su *Nature Communications*, hanno investigato le associazioni tra migliaia di proteine presenti nel plasma - quella componente liquida composta principalmente da

acqua in cui sono disciolti sali minerali (elettroliti) e proteine - e un vasto numero di differenti tipi di tumori.

La prima indagine ha trovato che su 371 proteine che segnalavano il rischio di cancro, 107 erano associate con la comparsa di diversi tipi di neoplasie a distanza di sette anni. La conclusione si basava sull'analisi di 44 mila campioni di sangue raccolti da UK Biobank, di cui



4.900 risultavano essere di persone che avrebbero ricevuto una diagnosi di tumore appunto sette anni dopo.

Il secondo studio rivelava invece associazioni tra 40 proteine del plasma e altri tipi di cancro molto comuni. Nella prima analisi, erano quelli del fegato, di vari tratti intestinali, linfoma non Hodgkin, polmone, rene, cervello, stomaco, esofa-

go, endometrio e tumori del sangue. Nel caso del secondo, il cancro della mammella triplo-negativo, il carcinoma della vescica e il tumore del pancreas.

Al momento, le ricerche non sono in grado di determinare quali livelli specifici di proteine rifletterebbero l'insorgenza futura di un tumore. Ma ottenere queste conoscenze è ora possibile, proprio grazie alla scoperta di proteine specifiche, che sono una conseguenza della crescita di cellule maligne.

«Quelle rivelate dallo studio avviano la carcinogenesi, cioè la trasformazione di una cellula normale in una cancerosa» spiega la dottoressa Amelia Cimmino, ricercatrice dell'Istituto di genetica e biofisica del Cnr-Igb. «Volendo fare un paragone, si potrebbe citare l'esempio dell'aumento del colesterolo: superata una certa soglia, il rischio è elevatissimo proprio per il coinvolgimento di queste molecole nella genesi di malattie cardiovascolari. Allo stesso modo, nel caso dei tumori citati nello studio l'espressione di alcune proteine cresce. Quale sia la soglia critica non si sa ancora, dovrà essere stabilita quando saranno messi a punto i test».

La proteomica - il nome della disciplina che ha permesso di ottenere questi risultati - usa biochimica, informatica

e bioinformatica per caratterizzare le proteine sulla base della loro struttura, funzione, attività e interazioni. Si potrebbe definire come il passo successivo della genomica, con la differenza che mentre quest'ultima è molto più sviluppata, anche a livello delle tecniche di riconoscimento e classificazione dei geni, la proteomica è in fase di avanzamento.

La si ritiene però molto promettente perché le proteine sono parte integrante della maggior parte dei processi biologici, compresi quelli della cancerogenesi con crescita e proliferazione di tessuti. La proteomica è dunque potenzialmente in grado di dare nell'immediatezza quelle informazioni che la genomica potrebbe fornire solo dopo altri approfondimenti. E le ricerche su *Nature* lo confermano.

«Passeranno anni prima di poter sfruttare queste scoperte per ottenere un test precoce. La ragione sta nel fatto che la proteomica richiede ulteriori sviluppi dal punto di vista delle applicazioni, ed è costosa. In particolare, al momento non esistono test di proteomica che si possano effettuare nei laboratori dove accedono i cittadini per esami diagnostici» aggiunge la dottoressa. «Ci vorrà tempo perché servano verifiche su campioni assai grandi. Ma sono risultati molto incoraggianti». Un altro aspetto interessante dello studio è che ha riguardato la popolazione generale e non solo pazienti affetti da particolari patologie. Ciò significa che un prossimo test precoce tumorale potrebbe riguardare individui che non hanno alcun sintomo. «Vedo più probabile che il futuro esame sia destinato a chi ha una già nota predisposizione genetica a contrarre un certo tipo di tumore, oppure a persone con determinati sintomi. Ma,

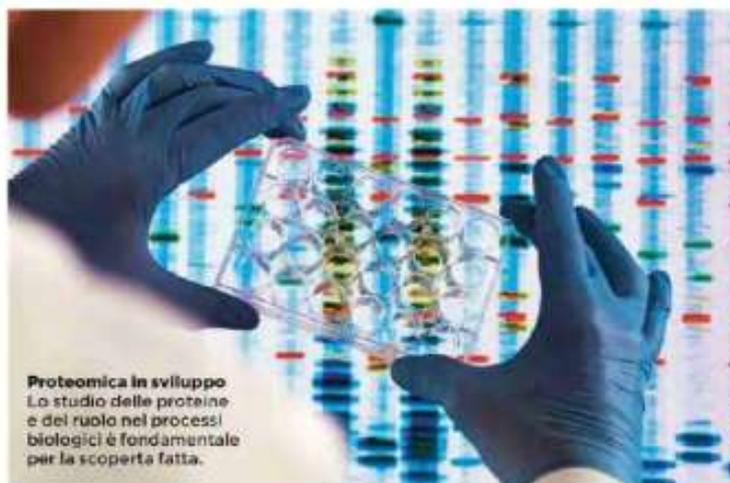
ai fini dell'attendibilità del test, non vedo limitazioni. Vediamo un caso possibile: oggi per l'ematuria, ossia sangue nelle urine, occorrono vari esami per scoprire se la causa sia un calcolo renale, un'infezione o altro, ma non esiste un biomarcatore per il tumore alla vescica attendibile usato nella pratica clinica. Ecco, l'analisi sulle proteine coinvolte in questo tumore permetterebbe una diagnosi precoce». C'è infine un punto importante. Tra le proteine che lo studio ha associato a un cancro ve ne sono 38 che possono essere inibite da anticorpi monoclonali o piccole molecole inibitorie già in uso. «Significa che, se le identifichiamo prima, possiamo abbassarne il livello e quindi prevenire il tumore» aggiunge Cimmino.

Precedenti studi su singole o piccoli gruppi di proteine del sangue avevano già evidenziato come fossero collegate al rischio di cancro: il fattore di crescita insulino-simile 1, elemento di rischio per i tumori di mammella, colon-retto e prostata; e la microseminoproteina-beta, associata a un minor pericolo di neoplasia alla prostata. Altri biomarker identificati includevano marcatori proteici per la diagnosi precoce, la progressione, la recidiva e la prognosi (come l'antigene prostatico specifico 4, 5, 6, 7). La novità sta nel vasto numero delle proteine studiate grazie a metodi avanzati di proteomica, detti multiplex. Consentono di misurare simultaneamente migliaia di proteine. Forse il quadro si completerà con altri tipi di tumori e altre proteine, in attesa del test tanto sperato. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Amelia Cimmino è ricercatrice dell'Istituto di genetica e biofisica del Cnr-Igb. «Il test dovrà prendere come campione un grande numero di persone».



Proteomica in sviluppo Lo studio delle proteine e del ruolo nei processi biologici è fondamentale per la scoperta fatta.



Un fascio di luce contro i tumori

La luce diventa una risorsa per le terapie anticancro. Alcune molecole, chiamate fotosensibilizzatori, se colpite da un fascio luminoso portano alla formazione di «specie reattive dell'ossigeno» (in sigla, Ros), che risultano tossiche per le cellule vicine. Alberto Danielli e il suo team del Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie all'Università di Bologna, con NanoBioInterface Lab del Dipartimento

di Chimica «Giacomo Ciamician», sta sviluppando nuovi approcci per trasportare questi fotosensibilizzatori alle cellule tumorali. Il progetto, supportato dalla Fondazione AIRC, si chiama NanoPhage. I ricercatori lavorano con un «batteriofago», ossia un virus - innocuo per l'uomo - che infetta alcuni batteri. Lo modificano affinché riconosca in modo selettivo le cellule tumorali. Il nanovettore

viene caricato con centinaia di fotosensibilizzatori e inviato verso il cancro, poi riattivato con un lampo di luce, una fibra ottica o un laser terapeutico, per uccidere le cellule malate, senza colpire quelle sane. Grazie all'Associazione Orchestra per la vita, questo approccio ha mostrato risultati promettenti anche sul sarcoma epitelioide, un tumore raro nei giovani adulti. *(Cristina Bellon)*



Nuoto e ballo sono efficaci contro i tumori

LO STUDIO

Un'attività fisica può potenziare l'efficacia di un trattamento farmacologico, chemio o radioterapico e agire anche in prevenzione.

Lo conferma la Ropi (Rete Oncologica Pazienti Italia), nel suo nuovo quaderno *Attività fisica e tumori*. Il volume, scaricabile gratis sul sito retheoncologicaropi.it, spiega che programmi di attività di

tipo aerobico e di intensità lieve-moderata hanno effetti positivi anche sulla psiche e favorirebbero l'aumento di cellule natural killer, riducendo la concentrazione di estrogeni corresponsabili dello sviluppo di alcuni tumori ormonodipendenti (mammella, utero e prostata).

«Ciò che è emerso è che specifici programmi di attività fisica, l'intensità della pratica, e la "posologia" possono migliorare l'azione e la reazione alla malattia - spiega Stefania Gori, Presidente Ropi - Si ottiene un miglioramento della sen-

sazione di affaticamento che si accompagna alle terapie, riducendo possibili effetti collaterali, come il dolore articolare, e migliorando la funzionalità cardio-respiratoria.

PRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

Studio italiano su Sla conferma: nuovo farmaco dà benefici

Emergono nuove speranze dallo studio clinico sulla Sla condotto dai Centri clinici Nemo. Dopo la recente approvazione di "tofersen" da parte di Ema (l'Agenzia europea per i medicinali), la conferma concreta sull'efficacia clinica di questo farmaco arriva dal primo studio, tutto italiano, che ha analizzato il più alto numero di persone con Sla con mutazione Sod-1 nel nostro Paese e per il più lungo periodo di tempo. «Questo studio sul campo,

fornisce dati importanti e convincenti - afferma Mario Sabatelli, direttore clinico del Centro Nemo Roma presso la Fondazione Policlinico Gemelli, e presidente della Commissione medico-scientifica di Aisla (Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica) -. Grazie all'esperienza clinica sulla Sla della rete dei Centri Nemo è stato monitorato il gruppo di pazienti per un periodo di tempo molto lungo, elemento fondamentale per comprendere l'impatto del

farmaco». Per un periodo di almeno un anno dopo la somministrazione iniziale del tofersen, i Centri Nemo di Roma, Milano, Brescia, Trento e Ancona, hanno raccolto e analizzato i dati di 17 pazienti, una parte dei 27 che hanno avuto la possibilità di accedere al farmaco dal 2021. I risultati, appena pubblicati sul *Journal of Neurology*, mostrano una stabilizzazione o addirittura un lieve miglioramento clinico per il 53% dei pazienti del gruppo di studio. Inoltre, la ricerca ha

dimostrato che il farmaco ha un effetto positivo sul piano biologico nel processo di degenerazione dei motoneuroni. Ciò conferma l'impatto positivo sulla malattia di tofersen in almeno un sottogruppo di pazienti.



L'Alzheimer si previene con le tecniche spaziali

LA SCOPERTA

Mariagiovanna Capone

Le tematiche principali che si affrontano attraverso la Medicina Aeronautica e Spaziale, riguardano le modificazioni patologiche e fisiologiche in condizioni di volo e di volo aerospaziale. Eppure, ben pochi sanno che grazie a essa si stanno ottenendo dei progressi sorprendenti che riguardano malattie non strettamente connesse al volo, aiutando a comprenderle e, si spera in un futuro prossimo, a contrastarle. Un contributo rilevante riguarda l'Alzheimer, partendo dal Disorientamento Topografico Evolutivo (Dte), un disturbo neuropsicologico scoperto che colpisce la capacità di orientarsi. Ma si approfondiscono altre patologie impattanti come osteoporosi, cataratta, diabete, cardiopatie e paralisi infantili. Di questo e altro si parlerà al 34esimo congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Medicina Aeronautica e Spaziale, da oggi a venerdì all'Uni-

versità la Sapienza di Roma. Docenti universitari, ufficiali medici, piloti, esperti e ricercatori da tutta Italia si incontreranno per fare il punto sulla ricerca scientifica, sempre più al servizio della comunità e della prevenzione di malattie e patologie, in particolare sull'invecchiamento cognitivo.

«L'invecchiamento atipico può avere un esordio subdolo e talvolta difficilmente identificabile, soprattutto in quegli individui ad alto funzionamento cognitivo abituati a gestire situazioni complesse» ha spiegato Laura Piccardi della Sapienza. «In quei casi, infatti, la riserva cognitiva permette loro di funzionare bene per un lungo periodo di tempo. Tuttavia è fondamentale la diagnosi precoce per intervenire prontamente». «Il tessuto cerebrovascolare umano è radiosensibile e l'esposizione a radiazioni ionizzanti comporta sia un aumento di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare» ha aggiunto la tenente colonnello Paola Verde, segretario generale AIMAS, che modererà insieme a Piccardi la sessione Neuroscienze Aerospaziali. «Le missioni oltre l'orbita bassa terrestre comporranno una

maggior esposizione ai raggi cosmici galattici per questo è fondamentale risolvere il problema della radiazioni quando si pensa ai viaggi umani di lunga durata nello spazio. Se non si è adeguatamente protetti, i viaggi spaziali potrebbero portare a un aumento del decadimento cognitivo». Ritornando all'Alzheimer, già da un paio di anni i medici aeronautici e spaziali hanno riscontrato che i piloti hanno una capacità di orientamento di gran lunga superiore alla media. Sottoporre a training mentali simili anche coloro che hanno manifestato declini cognitivi, è considerato un contributo importante per contrastare patologie degenerative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I TRAINING MENTALI
DEI PILOTI SI MOSTRANO
EFFICACI PER FRENARE
LE PATOLOGIE
DEGENERATIVE SE LA
DIAGNOSI È TEMPESTIVA**



Da Bologna la nuova tecnologia per curare la maculopatia senile

Salute

Con la Light modulation
Espansione Group affronta
la prima causa di cecità

Ilaria Vesentini

A destare interesse non è solo la rivoluzionaria tecnologia presentata ieri a Bologna, con la quale sarà possibile curare la prima causa di cecità nel mondo occidentale, ma la singolare storia dei tre artefici del brevetto contro la maculopatia degenerativa, condivisa ieri per la prima volta sul palco di Confindustria Emilia, tra industriali e medici. Tre trentenni amici di università (in Bocconi) che si erano ripromessi di intraprendere assieme un'avventura imprenditoriale e che tre anni fa, senza alcune legame di parentela, né competenze nel biomedicale, né fondi a spalleggiarli, sono subentrati ai fondatori dell'azienda (Rodolfo Pomar e la consorte Morena Gomedì) creata nel 1981 come distributore di dispositivi medici, per poi virare sulla produzione di soluzioni per l'estetica e la dermatologia, e hanno trasformato le terapie a base di luce (fotobiostimolazione) in risposta medica per le patologie oftalmiche.

Expansione Group già nel 2019 aveva iniziato a investire nella Light Modulation, tecnologia di fotobiomodulazione per fini non più estetici ma medicali, per trattare il segmento anteriore dell'occhio, come la secchezza oculare della cornea. «Noi nel 2021 siamo entrati in punta di piedi in questa piccola azienda a Funo, con 4 milioni di euro di fatturato legata indissolubilmente al capostipite, proponendoci sia come azionisti di maggioranza sia come manager (Pomar resta in azienda in quota minoritaria e senza ruoli operativi, Ndr) e dopo tre anni di riorganizzazione, di investimenti in ricerca e di passaggi di consegne graduali, sempre in silenzio, siamo qui a raccontare per

la prima volta il prossimo capitolo della storia del gruppo, grazie a una soluzione che parte da una tecnologia Nasa, oggi in fase di brevettazione, ma ha già ottenuto il marchio CE medicale europeo e da oggi è disponibile per tutti i pazienti europei malati di maculopatia», racconta Alessandro Fier, Ceo di Expansione Group, guidata assieme agli amici Luca Trimigno Chief Strategy & Corporate development officer e Matteo Corbellino Chief Marketing & Innovation Officer.

Un passaggio generazionale sui generis di tre startupper di fatto, che invece di partire da zero hanno optato per una realtà bisognosa di rilancio gestionale ed economico-finanziario, ma con un portafoglio prodotti e una rete distributiva consolidata da cui partire per sviluppare una tecnologia finora inesplorata nella cura di patologie degenerative delle cellule "profonde". Come la maculopatia senile (AMD) che compromette la visione centrale fino alla progressiva cecità, con un 80% dei pazienti incurabili, e che si stima colpirà 280 milioni di persone in tutto il mondo entro il 2040, complice il rapido invecchiamento della popolazione.

Il trattamento è somministrato attraverso una maschera, delle dimensioni di un visore di realtà virtuale, poggiata sul viso, che emette un protocollo luminoso sicuro e non invasivo, né per il paziente né per il medico, e stimola la rivitalizzazione della retina, accelerando la rigenerazione cellulare. Così come negli anni '70 la Nasa aveva scoperto l'utilizzo di fasci di luce alternati per curare le ferite degli astronauti che in assenza di raggi solari si ri-marginavano a fatica.

«Questa innovazione è da un la-

to un punto di arrivo di tre anni di lavoro per rilanciare il marchio Expansione Group (si preannuncia a breve un rebranding, Ndr) e avvalorarlo tra medici e pazienti come produttore di innovazioni significative - precisa Fier - e, dall'altro, è il punto di inizio di un ambizioso piano industriale che ci porterà a raddoppiare in tre anni il fatturato, rispetto agli 8 milioni di euro con cui abbiamo chiuso il 2023, e per allargare questa tecnologia anche in altri ambiti di trattamento, non solo in oculistica».

Gli studi clinici sono stati portati avanti fin qui su pazienti in una fase intermedia della malattia, in nove diversi centri clinici di ricerca universitari, di cui sei in Italia (Napoli, Torino, Genova, Bari, Catanzaro, Forlì) e tre all'estero (Turchia, Francia e Gran Bretagna) che hanno validato l'efficacia del trattamento basato su fotobiomodulazione. Una tecnologia su cui stanno convergendo oggi le attenzioni di molti ricercatori internazionali, perché si presta a terapie efficaci e non invasive per varie patologie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson, fino a condizioni autoimmuni.

IL NUMERO CHIAVE

8 milioni

Il fatturato 2023

Dal 2021, anno di ingresso dei tre giovani soci e amici universitari nel gruppo (Alessandro Fier, Luca Trimigno e Matteo Corbellino) i ricavi sono raddoppiati e il piano industriale prevede un ulteriore raddoppio nei prossimi tre anni. La maculopatia degenerativa senile (AMD) è la prima causa di cecità nel mondo occidentale. Attesi 280 milioni di malati nel 2040.



Nel Ddl gli incentivi per il personale sanitario

Le altre misure

Nel disegno di legge entrano le norme per le quali vanno trovate ancora le coperture

Incentivi in busta paga a medici e infermieri innanzitutto per tagliare le liste d'attesa. Premi e sanzioni anche per i manager degli ospedali che potranno vedersi revocare o non rinnovare l'incarico se faranno aspettare troppo i pazienti nelle liste d'attesa. Ma anche un maggiore coinvolgimento in corsia dei giovani medici che si stanno ancora specializzando fino a un ulteriore rialzo dopo quelli in manovra degli spazi per acquistare prestazioni dal privato (123 milioni in più nel 2025 e altri 123 milioni dal 2026)

Ecco le misure principali traslocate in extremis nel disegno di legge varato ieri in consiglio dei ministri che non sono entrate nel decreto legge (come si voleva in un primo momento) per mancanza di coperture che ora dovranno essere trovate, ma avendo a disposizione i tempi più lunghi che servono per far diventare legge un Ddl.

Tra le misure principali dei 15 articoli di cui è composto il provvedimento c'è appunto la possibilità di aumentare del 20% le tariffe orarie per il personale per i servizi aggiuntivi contro le liste d'attesa. Non solo: le regioni possono destinare risorse aggiuntive per la contrattazione collettiva integrativa privilegiando le specialità mediche più carenti o con condizioni di lavoro più

disagiate (come i medici che lavorano nei pronto soccorso) «nell'ambito delle disponibilità dei propri bilanci». Come detto c'è poi la possibilità per gli specializzandi di incarichi libero professionali fino a 10 ore settimanali (oggi sono fino al massimo a 8 ore). Confermate le misure contro i gettonisti con la possibilità di assumere con contratti di lavoro autonomo. Inoltre le Regioni assegnano obiettivi annuali sulla riduzione delle liste di attesa per la valutazione e la verifica dell'attività dei direttori regionali della sanità e dei direttori generali delle aziende. In base al raggiungimento o meno di tali obiettivi sono previsti premi (aumento della retribuzione di risultato non inferiore al 10%), sanzioni (decurtazione del 10% della stessa voce) fino anche alla revoca o al mancato rinnovo dell'incarico. Una misura, quest'ultima, che non piace ai manager di Asl e ospedali: «I nostri contratti prevedono già delle valutazioni sulla base dei

risultati raggiunti, siamo disponibili a riorganizzare l'erogazione delle prestazioni nelle nostre aziende ma non possiamo essere chiamati a rispondere per eventuali mancanze di risorse o professionisti», avverte Giovanni Migliore, presidente di Fiaso. Critici anche i

sindacati dei medici ospedalieri che parlano di una «sola certezza: l'incertezza dei finanziamenti». Per Anaa Assomed e Cimo-Fesmed «ridurre i sempre più lunghi tempi di attesa è un diritto del cittadino e un dovere del Governo, ma occorrono misure strutturali con risorse adeguate e durature nel tempo. È quindi inimmaginabile separare gli interventi organizzativi dai finanziamenti, rinviando questi ultimi ad altri tempi».

Ieri il consiglio dei ministri ha anche approvato una «deliberazione motivata» che autorizza l'adozione dello schema di Dpcm di sospensione del Presidente dell'Agenas per i servizi sanitari regionali (Agenas), Enrico Coscioni.

di R. PRODUZIONE RISERVATA

Allo studio aumenti delle tariffe per medici e infermieri. Premi e sanzioni per i manager di Asl e ospedali
Il Consiglio dei ministri ha deliberato anche la sospensione del presidente dell'Agenas, Enrico Coscioni

