



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

09 Luglio 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

Policlinico Giaccone, ecco i direttori sanitario e amministrativo

La manager Maria Grazia Furnari ha affidato l'incarico rispettivamente ad Alberto Firenze e al confermato Sergio Consagra

9 Luglio 2024 - di [Redazione](#)



PALERMO. Completata la governance aziendale del **Policlinico di Palermo**. La direttrice generale Maria Grazia Furnari ha, infatti, nominato il direttore sanitario e il direttore amministrativo che la affiancheranno nel suo mandato per il prossimo triennio. Per la **direzione sanitaria**, la manager dell'AOUP ha affidato l'incarico ad **Alberto Firenze**, Professore associato di Medicina del lavoro dell'Università di Palermo, Delegato dal Rettore per le attività di sanità pubblica, health management e dinamiche connesse allo stress lavoro correlato. Firenze, fino a questo momento direttore della UOC Controllo di gestione, e responsabile ad interim dell'UOS Ufficio Medico Competente dell'Azienda ospedaliera universitaria, negli anni scorsi è stato **Commissario per l'emergenza Covid** a Messina e successivamente, nella stessa città dello Stretto, Commissario Straordinario dell'Azienda ospedaliera Papardo. Alla guida della **direzione amministrativa** è stato confermato **Sergio Consagra** che ricopriva l'incarico dal novembre del 2023. Nel curriculum del Dottore Consagra, laureato in Giurisprudenza, una qualificata formazione, tra cui la SDA dell'Università Bocconi, e una comprovata esperienza professionale in ambito sanitario. In precedenza Consagra aveva ricoperto il ruolo di Direttore del Dipartimento Risorse Umane Sviluppo Organizzativo e Affari Generali dell'ASP di Palermo ed è stato direttore amministrativo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

dell'ASP di Trapani dal 2019 al 2022. «Le competenze del Professore Firenze e del Dottore Consagrafferma **Maria Grazia Furnari**– saranno fondamentali per affrontare le sfide future e per continuare a migliorare i servizi che offriamo ai nostri pazienti. Sono certa che la loro esperienza contribuirà significativamente al raggiungimento dei nostri obiettivi strategici e al consolidamento della posizione del Policlinico come struttura di eccellenza».

Troppi ricoveri inutili, con le cure a casa risparmi per oltre 3 miliardi

I numeri. Sono 1,3 milioni le degenze inappropriate con costi altissimi per il Servizio sanitario: serve più assistenza infermieristica domiciliare, ma mancano 65mila operatori e le Case di comunità sono al palo

Marzio Bartoloni

Sono ancora troppi i ricoveri non necessari in ospedale, almeno 1,3 milioni l'anno, e si tratta soprattutto di anziani e malati cronici che potrebbero essere curati a casa e nelle strutture sul territorio evitando non solo il trauma di una degenza ai pazienti, ma facendo risparmiare anche risorse importanti alla Sanità. Perché se il Servizio sanitario nazionale fosse in grado di buscare molto di più a casa di questi malati con una assistenza infermieristica invece di costringerli a un covero ecco che il Ssn potrebbe risparmiare oltre 3 miliardi l'anno.

La stima emerge mettendo a confronto due dati: il primo riguarda il costo dei ricoveri che secondo le schede di dimissioni ospedaliere del 2022 appena pubblicate costano in media 3.575 euro con la degenza media per acuti che ha una durata di 7 giorni. Il secondo dato invece emerge dall'approfondito studio Aidomus, la prima analisi dell'assistenza infermieristica domiciliare in Italia condotta dal Cersi, il Centro di eccellenza per la ricerca e lo sviluppo dell'infermieristica, che ha raccolto ed elaborato i dati su mandato della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi): l'indagine realizzata su 77 Asl rispetto alle 110 totali delinea tra le altre cose anche il costo giornaliero di un infermiere (comprendente tempo speso a domicilio, quello per recarsi al domicilio, per ritornare presso la struttura, per back-office, ecc) che è di 138,73

euro. Una tariffa che se messa a confronto - come fa lo studio Aidomus - con il costo del tariffario ambulatoriale (636,31 euro al giorno) comporterebbe un risparmio di 498 euro al giorno (il 78% in meno). Se però questo costo viene anche confrontato con quello dei ricoveri inappropriate - che in Italia come ha ricordato recentemente il ministro della Salute Orazio Schillaci sono 1,3 milioni - ecco che il risparmio per il Ssn sarebbe davvero importante: se si conta un intervento dell'infermiere per sette giorni (come la durata della degenza media) il costo totale si aggirerebbe sui 971 euro contro gli oltre 3500 del ricovero, circa 2600 euro in meno che moltiplicati per 1,3 milioni di degenze inappropriate farebbe salire il conto del risparmio a ben 3,380 miliardi. Una bella cifra che dovrebbe convincere la Sanità a spingere di più sulle cure a casa evitando il ricorso a ricoveri assolutamente evitabili, come a esempio le oltre 600mila degenze di pazienti dimessi da un ospedale e poco dopo nuovamente ricoverati: in gran parte dei casi si tratta di malati cronici che non trovando adeguate cure a casa e sul territorio finiscono per tornare di nuovo in ospedale anche quando il secondo ricovero lo si sarebbe potuto evitare.

L'occasione per spingere sul serio sull'assistenza domiciliare per far riflettere così gli ospedali - nel 2022 sono stati 7,6 milioni i ricoveri totali - oltre che i conti del Ssn è il treno già in piena corsa del Pnrr che stanziava 3 miliardi per garantire entro il 2026 le cure a casa al 10% degli over 65 in Ita-

lia. Il piano pur con qualche difficoltà è già avviato - aggiungendo i primi 580mila assistiti a casa in più rispetto al passato (si parte da circa 1,3 milioni di italiani) - non senza qualche grande incognita: la prima è il fatto che dopo il 2026 finite le risorse del Pnrr bisognerà trovare i fondi per rifinanziare il piano; la seconda incognita, forse la più importante, è legata alla carenza di personale infermieristico nel Ssn (tanto che oggi si ricorre massicciamente ai privati accreditati per erogare l'assistenza domiciliare). La carenza di infermieri - ne mancano almeno 65mila - è molto più grave di quella dei medici dove il problema riguarda in realtà solo alcune specialità (dal pronto soccorso alla chirurgia). Per questo si guarda anche all'estero per trovarli, con il ministero che punta all'India per assoldarli.

Ma oltre al personale infermieristico quella che va messa a terra è tutta la rete dell'assistenza territoriale: lo studio Aidomus mostra a esempio che nelle Asl le Case della comunità sono ancora poco diffuse visto che sono presenti solo nel 27,3% delle aziende, mentre i servizi di sanità digitale che possono diventare sempre di più un importante alleato risultano presenti in oltre la metà delle Asl (51,9%), di cui solo il 26% con attività di teleassistenza dei pazienti a casa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL PESO DEL CIBO SULLA SALUTE

Diete e modelli nutrizionali errati incidono sull'insorgenza di malattie incrementando anche i costi economico-sociali. Il tema sarà esposto domani a Roma dalla Fondazione

Aletheia - think thank scientifico - alla presenza del Ministro Orazio Schillaci. «Malattie, Cibo e Salute» è il titolo del rapporto che sarà illustrato dal Comitato Scientifico della Fondazione



Pochi infermieri e quello di famiglia è un flop

L'emergenza
Figure introvabili

Gli infermieri oggi sono troppo pochi - secondo la Corte dei conti ne mancano almeno 65mila - e sono introvabili molto più dei medici. E la situazione potrebbe peggiorare visto che circa 100mila andranno in pensione da qui a 10 anni di cui 40mila già nel 2027.

Che la mancanza di infermieri sia il problema numero uno, ben prima di quello dei medici, lo dicono i numeri del confronto con gli altri Paesi. Ne contiamo 6,4 per mille abitanti contro una media europea di 9,5 (4,1 i medici invece contro la media Ocse di 3,7). Senza contare che siamo sempre fanalino per laureati in infermieristica ogni 100mila abitanti: ne abbiamo solo 17 contro una media di 48. Insomma una vera e propria emergenza. Ecco perché la Sanità sul territorio aranca: serve il personale per riempire le nuove Case e gli ospedali di comunità che nascono con i fondi del Pnrr (3 miliardi) e tra i protagonisti mancati di questa mini rivoluzione c'è l'infermiere di comunità anche ribattezzato infermiere di famiglia che finora è stato un flop. Questa figura che deve garantire cure e prevenzione sul territorio e a casa dei cittadini è ancora una mosca bianca in molte parti d'Italia. Il decreto rilancio in pieno Covid nel 2020 stanziò le risorse per as-

sumerne 9600, ma dopo un anno la Corte dei conti ne certificò l'assunzione di soli 1130. Il decreto ministeriale 77 che ha ridisegnato la Sanità del territorio prevede che ci sia un infermiere di famiglia ogni 3mila abitanti, quindi ben 20mila. Ma ad oggi non esiste un numero ufficiale o un monitoraggio in grado di contarli. La sensazione è che i numeri siano bassissimi.

Al momento in Italia sono 343mila gli infermieri attivi, di cui 275mila sono quelli dipendenti del Servizio sanitario. Un numero troppo basso che spinge a guardare all'estero per trovarli: la Lombardia a esempio punta sul Sud America mentre il ministero della Salute guarda all'India. «La carenza di infermieri è tema complesso, non esistono ricette semplici. E' ovvio che ad oggi con meno 65mila professionisti nel Ssn c'è la necessità di reclutare infermieri dall'estero. Tuttavia, questa non è l'unica soluzione per arginare un fenomeno grave», avverte Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche che nei giorni scorsi ha organizzato un incontro con la Crui (Conferenza dei rettori delle università italiane). All'emorragia di infermieri si aggiungono infatti i dati allarmanti

dei laureati in Scienze infermieristiche, «che ogni anno sono in media 12mila a fronte di 14mila uscite per età pensionabile - aggiunge Mangiacavalli - Quindi è necessaria e urgente un'evoluzione del percorso formativo universitario, con le specializzazioni, che speriamo sia presto realtà. Occorre creare condizioni per rendere la professione infermieristica attrattiva per i giovani. Ad oggi l'infermiere che entra nel Ssn svolge le stesse mansioni nelle stesse condizioni e con lo stesso stipendio per 40-45 anni».

— Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sul territorio previsti 20mila infermieri di famiglia, ma l'ultimo monitoraggio ne conta poco più di un migliaio

**Ogni anno
12mila
laureati in
scienze
infermieristiche a fronte di
14mila uscite**



FILO DI NOTA

20 mila medici sono pronti a espatriare

DI CLAUDIO PLAZZOTTA

Gli insegnanti ci formano come cittadini; le forze dell'ordine ci assicurano il rispetto delle leggi e una vita tranquilla; il personale sanitario provvede a farci stare in salute e a curarci quando ne abbiamo bisogno. Penso che tutti concordino sul ruolo fondamentale di queste tre categorie architrave della società. Ma, per una qualche strana legge del mercato, sia il personale scolastico, sia le forze dell'ordine, sia i sanitari vengono pagati poco e male. Insegnanti e forze dell'ordine, però, al massimo possono lamentarsi, scioperare, magari lavorare con minor impegno.

Il personale sanitario, sia i medici, sia gli infermieri, invece, abbandona l'Italia e se ne va all'estero (6 mila solo nel 2023, oltre

200 mila dal 2000, e ci sarebbero circa 20 mila medici italiani pronti a espatriare per fine 2024), verso i paesi arabi o dell'Europa (in particolare Regno Unito), lasciando sguarniti gli ospedali e i poliambulatori, e gettando nel caos la sanità pubblica italiana. C'è un tema di remunerazione: il medico di una struttura pubblica in Italia guadagna in media poco più di 60 mila dollari, rispetto ai 132 mila della Francia, i 155 mila della Gran Bretagna, i 167 mila della Germania, i 178 mila della Danimarca, i 197 mila dell'Irlanda, i 255 mila dell'Olanda.

C'è un tema di sicurezza: aumentano le aggressioni.

E c'è pure un tema di reato di errore medico, cancellato in tutta Europa tranne che in Italia e Polonia. I medici italiani, quindi, hanno paura. Mia mam-

ma, nelle scorse settimane, aveva trovato un bravissimo e giovane cardiologo all'interno di una struttura pubblica di Milano. Via mail gli ha chiesto la possibilità di un consulto periodico, anche in privato, nei prossimi mesi: «Grazie per la fiducia, signora», le ha risposto, «ma da agosto lascio l'Italia e vado a lavorare all'estero». Un vero dramma.



La solidarietà italiana «Aiuteremo i pazienti»

C'è anche una parte di Italia all'ospedale pediatrico Okhmatdyt, uno dei pochi che aveva ripreso a curare i malati di cancro in Ucraina dopo i primi terribili mesi dell'invasione russa. Uno dei pochi che disponeva di reparti oncologici con macchinari e medicinali più difficili da reperire, soprattutto in un Paese in guerra. Ieri il personale umanitario di Fondazione Soletterre ha iniziato a trasferire 35 bambini ricoverati nella struttura colpita da un missile. Ad accoglierli, le psicologhe dell'organizzazione. «Inaccettabile colpire un ospedale: lo spazio umanitario va protetto a

ogni costo», afferma il presidente di Soletterre Damiano Rizzi. «Ci siamo fiondati subito con il mio team all'ospedale, abbiamo portato dell'acqua, delle mascherine e dei guanti», racconta Stefano Antichi capo missione per Terres des Hommes che aggiunge: «Quello che ha scosso tutti è che non è sembrato un errore, è stato proprio preso in pieno un ospedale pediatrico, la traiettoria del missile era perpendicolare. È forse la situazione più brutta che ho vissuto in Ucraina». Immediata la reazione anche dall'Italia. «La notizia e le drammatiche immagini che ci arrivano da Kiev, non solo ci indignano, ma hanno

immediatamente fatto scattare la macchina della solidarietà di Fiaso, che, con la sua rete nazionale di aziende sanitarie e ospedali, si è attivata ed è a disposizione dell'Unità di crisi e della Protezione civile, per collaborare, con posti letto pediatrici, attivare una missione umanitaria e ogni altro strumento utile ad aiutare i piccoli pazienti e i colleghi sanitari ucraini alle prese con questa ennesima emergenza, questa volta particolarmente crudele perché colpisce i bambini, i più fragili tra i fragili», spiega il presidente Fiaso, Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, Giovanni Migliore.

M.Ser.

Le Ong e le associazioni mediche



Sottoterra Nel rifugio dell'ospedale colpito a Kiev, tra i genitori e i pazienti (L. Cremonesi)



Percorso lessicale nelle questioni del fine-vita

Un contributo per il dialogo civile e politico

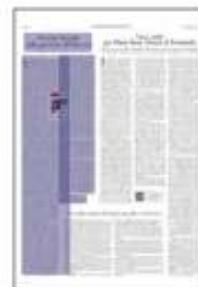
di PIER DAVIDE GUENZI*

Il dibattito pubblico in merito a questioni ad alta densità etica sembra condannato a prolungarsi indefinitamente, ma anche è esposto a un alto tasso di equivocità, insito nei concetti impiegati. Ne viene così pregiudicato non solo l'uso corretto dei termini, ma anche la stessa possibilità di intesa. Il caso delle questioni di fine-vita è emblematico in tal senso. Il *Piccolo lessico del fine-vita* a cura della Pontificia accademia per la vita, recentemente pubblicato, offre un prezioso servizio di chiarimento di tali questioni, tracciando una puntuale mappa concettuale che favorisca un discorso pubblico di qualità. È tutta la comunità civile a essere chiamata a confrontarsi su uno degli eventi più delicati e decisivi dell'esistenza, oltre che i decisori politici in merito a specifiche proposte legislative. Ma anche per i professionisti della comunicazione il *Piccolo lessico* è uno strumento di particolare utilità per comprendere in modo chiaro e rigoroso il senso dei termini impiegati con frequenza nella discussione pubblica. Un'esigenza avvertita altresì da chi ha responsabilità nell'accompagnamento pastorale.

In questo senso l'obiettivo del piccolo volume, come precisa nell'introduzione monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia accademia per la vita, è di «ridurre almeno quella componente di disaccordo che dipende da un uso impreciso delle nozioni implicate nel discorso» e che riguarda anche «le affermazioni che vengono talvolta attribuite ai credenti e che non raramente sono invece frutto di luoghi comuni non adeguatamente scrutinati». Un'onesta e lucida *explicatio terminorum* potrebbe sembrare un obiettivo minimale ma risulta invece un passag-

gio decisivo per traguardi più ambiziosi che il volume lascia intravedere. La rimozione del presupposto di linguaggi incommunicabili e intraducibili – che richiama la figura degli “stranieri morali” introdotta in bioetica da Hugo Tristram Engelhardt e ancora diffusa nei dibattiti accademici – rappresenta il punto di partenza per un dialogo impostato sul sincero sforzo di comprendere il punto di vista dell'altro e per tracciare percorsi di apprendimento reciproco. L'elevazione del tono del dialogo pubblico, inoltre, risulta di fondamentale importanza, precisa ancora Paglia, «per influenzare positivamente anche le decisioni politiche, mostrando come le mediazioni tra diverse posizioni non sono necessariamente destinate ad assumere la figura scadente di un compromesso al ribasso o della negoziazione per uno scambio di favori politici».

La scelta dei termini delinea una mappa, anche attraverso rimandi interni, in grado di coprire lo spettro concettuale implicato nelle questioni di fine-vita. Ogni nozione è presentata con sintetica chiarezza e precisione espositiva, richiamando i documenti del magistero cattolico e i testi predisposti dalle istituzioni civili e politiche. Ciascuno dei ventidue lemmi del volume si avvale dei più recenti dati scientifici e considera i nodi antropologici ed etici fondamentali soggiacenti. Proprio questi ultimi forniscono le coordinate che danno unitarietà al volume e consentono di precisare come i credenti sono chiamati a partecipare



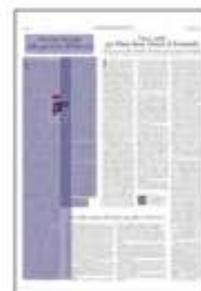
nel contesto socio-culturale contemporaneo, riflettendo sulle «forme dell'umano implicate nel Vangelo di Gesù». Sono tre le dimensioni fondamentali di riferimento. La prima riguarda il "bene della vita" «nel quadro del bene integrale della persona», da intendere non come assolutizzazione della "vita biologica" «al quale sacrificare ogni valore relazionale», ma «come una iniziazione all'amore: che nell'amore si riceve, fin dall'origine, e nell'amore si consegna, con la sua finitezza». La seconda è la libertà che discende dal progetto creativo di Dio. Essa viene compresa, oltre ogni riduzione radicalmente individualista, come disposizione di rispondere di sé ad altri e dunque all'interno di un intreccio di relazioni, che non sono quindi restrizioni dell'esercizio della libertà ma elemento costitutivo della persona: «Siamo tutti radicalmente relazionati. Non disponiamo di noi stessi nel vuoto di ogni legame». La terza dimensione consiste nel nesso tra sfera etica e sfera giuridica, fortemente implicato, a titolo di esempio, nella questione dell'eutanasia e del suicidio assistito. Tra queste due sfere, sostiene monsignor Paglia, si dà «una relazione reciproca di circolarità» che non comporta «materiale identità né astratta separazione», in quanto «il buono è implicato nel giusto che vincola la responsabilità comunitaria di ciascuno, ma il giusto re-

gola situazioni differenti, relative al bene comune della vita sociale di tutti».

In questa circolarità si situa la parola e l'azione testimoniale dei credenti, collocandosi «all'interno delle differenti culture: non sopra, come se essi possedessero una verità data a priori, né sotto, come se fossero portatori di un'opinione senza impegno di testimonianza della giustizia condivisibile».

Questi tre nodi teorici in modo significativo e in una forma discorsiva più ampia sono rintracciabili anche nel volume promosso recentemente dalla stessa Pontificia accademia per la vita, *La gioia della vita. Un percorso di etica teologica: Scrittura, tradizione, sfide pratiche* (Libreria Editrice Vaticana, 2024), che può costituire un utile ampliamento di quanto proposto, con riferimento a una singola questione, nel *Piccolo lessico del fine-vita*, del quale condivide la stessa istanza dialogica e di superamento, per quanto possibile, di persistenti incomprensioni e fraintendimenti.

*Pontificio istituto teologico
«Giovanni Paolo II» per le Scienze
del matrimonio e della famiglia



Terapie digitali, più di sei italiani su 10 le utilizzerebbero

Osservatorio Life Science Innovation. Sono 93 quelle censite a livello internazionale, circa 500 euro il prezzo medio di un trattamento di 90 giorni

Francesca Cerati

Lecosistema Life Science sta vivendo un'estesa e repentina trasformazione grazie alle opportunità e alle sfide offerte dall'innovazione digitale. Ma quali sono gli ambiti d'innovazione che stanno contribuendo a trasformare il settore e quali tra questi avranno un impatto sulle imprese pharma, biotech e medtech, i sanitari e i pazienti da qui a 5 anni? Secondo i risultati della ricerca dell'Osservatorio Life Science Innovation del Politecnico di Milano - che verrà presentata domani durante il convegno "Life Science: il digitale per accelerare la trasformazione" - oltre all'intelligenza artificiale anche le terapie digitali (DTx), in un orizzonte di circa 5 anni, avranno un impatto rilevante per il 77% delle aziende dell'offerta e il 55% delle aziende sanitarie. E i pazienti quanto sono interessati a queste terapie? Il 65% di loro sarebbe disposto a utilizzarle se proposte dal medico, ma è fondamentale che rispondano alle singole esigenze specifiche (71%) e migliorino la relazione con il proprio medico (70%). Per quanto riguarda i medici specialisti e di medicina generale (Mmg), circa la metà sarebbe disposta a prescrivere una DTx, soprattutto a fronte della certezza che il paziente possiede le competenze digitali per un corretto utilizzo (secondo il 72% dei medici specialisti e il 69% dei Mmg). Tra i principali benefici la possibilità di avere a disposizione un maggior numero di dati a supporto sia della ricerca clinica (68%) che per prendere decisioni (65%).

Nel panorama internazionale sono 93 le terapie digitali già presenti: il 37% nell'area della psichiatria, il 14% nell'endocrinologia, il 10% nella reumatologia e il 10% nell'oncologia.

Il prezzo medio proposto dal produttore è poco più di 500 euro per un ciclo di trattamento della durata di 90 giorni, con un aumento di circa il 10% rispetto a quanto rilevato nel 2023. In Italia non esiste ancora una normativa di riferimento specifica per le DTx, anche se a giugno 2023 è stata presentata una proposta di legge per definire il loro ambito d'uso e istituire organi per la valutazione e il monitoraggio delle soluzioni. In un contesto di incertezza, solo il 18% delle aziende dell'offerta ha già avviato sperimentazioni per il mercato italiano e un altro 27% è interessato a farlo. Due, in sostanza, le barriere: l'assenza di un quadro normativo e regolatorio (per 8 aziende su 10) e l'impossibilità di rimborso (per oltre 7 su 10). Ma non si tratta solo di un tema normativo. Se osserviamo i paesi che le hanno già introdotte, come Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania e da quest'anno anche la Francia, possiamo ricavarne suggerimenti interessanti. «Quello che sta accadendo in questi paesi, soprattutto in Germania, è che nonostante ci sia una normativa di riferimento risulta ancora difficoltosa la loro diffusione tra i medici e l'uso continuativo da parte dei pazienti, per motivi sostanzialmente di tipo culturale e organizzativo. Fatta salva la normativa, per evitare che si sviluppino terapie digitali che poi non vengono prescritte né utilizzate dagli utenti, diventa prioritario coinvolgere già ora i pazienti e i professionisti sanitari, attraverso sperimentazioni che consentano di comprendere e misurare i benefici e gli impatti sulla salute, sull'attività del medico e sull'intero sistema sanitario» spiega Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio Life Science Innovation.

Tra i trend innovativi più recenti e quindi con un orizzonte temporale più lungo ci sono poi i dati sintetici e il quantum computing, entrambi legati all'AI generativa e alla medicina personalizzata. Sui primi ci sono diversi studi in corso che consentiranno di dimostrare se possono essere utilizzati al posto di dati reali all'in-

terno degli studi clinici. Detto questo, la maggior parte delle aziende dell'offerta (71%) ritiene che i dati sintetici preservino la privacy e la riservatezza delle informazioni, in quanto la normativa vigente equipara il processo di sintetizzazione dei dati a quello di anonimizzazione. Anche il quantum computing è un ambito promettente per la medicina di precisione, se associato ad algoritmi di AI. Una delle applicazioni di maggior interesse riguarda la scoperta di nuovi farmaci in grado di rispondere ai bisogni specifici dei pazienti, soprattutto in ambito biotech. Per il 34% delle aziende si tratta di una tecnologia promettente e c'è interesse ad applicarla e il 9% dichiara di aver già iniziato a sperimentarla a livello internazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Italia non esiste ancora una normativa specifica per le terapie digitali, ma soltanto una proposta di legge



L'APPLICAZIONE DELL'AIFA

Una app ricorda quando assumere i medicinali

Una App che ci ricorda quando assumere i farmaci, perché la mancata aderenza alle terapie nuoce alla salute ma anche alla nostra economia, visto che fa lievitare di 10 miliardi i costi sociali e sanitari. Ma anche alert in tempo reale quando un farmaco viene sospeso o ritirato dal commercio, aggiornamento costante dei medicinali per i quali si registrano carenze, con le possibili alternative terapeutiche, segnalazione dei farmaci con effetti dopanti per chi fa sport a livello agonistico. È con questi strumenti che Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, si avvicina al cittadino rinnovando il suo sito dal quale è possibile accedere alle informazioni sui medicinali ad uso umano autorizzati in Italia e scaricare direttamente l'App «Aifa medicinali», arricchita di nuove funzioni. Prima di tutto digitando il nome commerciale del farmaco o del principio attivo la App fornisce sinteticamente tutte le informazioni su questo e le sue varie versioni rispetto a rimborsabilità, caratteristiche e controindicazioni o interazioni con altri medicinali. Un riassunto più approfondito è invece riservato ai medici e ai farmacisti. È poi possibile creare uno o più armadietti farmaceutici, per se e i propri cari. Si digita il nome del farmaco e si attiva un alert che all'ora indicata ricorda di assumere il medicinale. «Una applicazione semplice per risolvere un grande problema: quello della mancata aderenza alle terapie da parte soprattutto dei pazienti cronici e anziani in politerapia, che inter-

rompono o assumono con discontinuità i farmaci nel 50% dei casi quando si arriva a doverlo fare per quattro volte nel corso di una giornata», sottolinea Robert Nisticò, Presidente dell'Aifa

Ma le funzioni della App non finiscono qui. Quando è certificata la carenza di un farmaco viene immediatamente notificata se questo è in uno dei nostri armadietti o tra i "preferiti". Un link al sito di Aifa consente poi di sapere quando è prevista la cessazione della carenza e se ci sono in alternativa, com'è nella stragrande maggioranza dei casi, altri prodotti equivalenti o con la stessa indicazione terapeutica. Anche se viene raccomandato di rivolgersi sempre al medico prima di cambiare la terapia.

— Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Embrioni selezionati con l'intelligenza artificiale

Studio Genera

L'intelligenza artificiale (Ai) è ormai entrata anche nei laboratori dei centri di fecondazione assistita. E sembra affidabile come l'uomo nel dare priorità agli embrioni da trasferire nell'utero materno. Un compito delicato, perché contribuisce a ridurre il tempo necessario per ottenere la nascita di un bambino. A valutare l'affidabilità dell'Ai in questo campo è uno studio del gruppo Genera, presentato al 40esimo congresso della Società europea di Medicina della riproduzione ed embriologia (Eshre), in corso ad Amsterdam. «La morfologia e il ritmo di sviluppo dell'embrione - afferma Danilo

Cimadomo, responsabile Ricerca del gruppo Genera - sono associati alla competenza cromosomica e riproduttiva, ma la loro valutazione rimane soggettiva e poco riproducibile. L'introduzione di incubatori che consentono di filmare gli embrioni in vitro (tecnologia Time-Lapse) ha fornito preziose informazioni sul loro sviluppo preimpianto, ma non ha migliorato la riproducibilità del giudizio dell'occhio umano, quello degli embriologi che studiano e classificano gli embrioni a seconda della loro morfologia».

I nuovi modelli di Ai integrati

con time-lapse fanno però ipotizzare che sia concreta la possibilità di arrivare ad automatizzare e standardizzare le valutazioni.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

