



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

13 GIUGNO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Trapianto di polmoni, Ismett primo in Italia per risultati di sopravvivenza

A certificarlo è il Centro Nazionale Trapianti (CNT) nel report analisi a livello nazionale dal 2002 al 2019.

ISMETT è il miglior centro in Italia per i risultati su **trapianto di polmone**. A certificarlo è il **Centro Nazionale Trapianti (CNT)** nel report analisi dei risultati del trapianto di polmone in Italia dal 2002 al 2019. Il report ha evidenziato che i risultati di sopravvivenza dei pazienti dopo trapianto di polmone ad ISMETT primeggiano in tutte le categorie. È ancora più importante evidenziare che i risultati di **sopravvivenza** dei pazienti “normalizzati” in base alla complessità della casistica mostrano che il programma di trapianto di polmone di ISMETT è risultato il più performante a livello nazionale. Gli indicatori di complessità sono, ad esempio, i trapianti in urgenza, l'età avanzata dei pazienti, l'età più avanzata dei donatori. Inoltre, l'analisi dei risultati basata sul cosiddetto “**effetto centro**” (che misura i casi di fallimento del trapianto e decesso) ha visto ISMETT figurare come il centro più virtuoso del paese. «Un ottimo risultato che ci riempie di soddisfazione- sottolinea **Alessandro Bertani**, responsabile della chirurgia toracica e trapianto di polmone di ISMETT- ed è rappresentativo del **lavoro di tutta l'equipe** dei trapianti di polmone che comprende chirurghi toracici, pneumologi, anestesisti, infermieri e personale non sanitario, oltre che dell'impronta clinica dell'Istituto che è nato per essere dedicato ad attività di grande complessità come i trapianti e gli interventi di alta specializzazione”. Il programma di trapianto di polmone presso il centro di Palermo è stato avviato nel 2005, da allora sono stati eseguiti **207 trapianti di cui 11 pediatrici**.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Nel corso di 16 anni di attività il programma si è distinto per la complessità dei casi come i trapianti doppi (84%), i trapianti in emergenza (14%) e i trapianti combinati (2 polmone-fegato). Nel 2007 veniva effettuato il primo trapianto di polmone al mondo in un individuo HIV-positivo, ancora oggi in buone condizioni. Ad oggi, la sopravvivenza dei pazienti secondo il **modello di Kaplan-Meier** è di 83.4% ad un anno e 71.2% a 5 anni, equiparabili ai dati delle casistiche internazionali europee e nordamericane. ISMETT, inoltre, attira molti pazienti- oltre che dalla Sicilia- anche dal resto d'Italia e dall'estero per il trapianto dei polmoni.

«Il risultato certificato dal Centro Nazionale Trapianti- sottolinea il dr **Angelo Luca**, direttore di ISMETT e direttore medico scientifico di **UPMC Italy**- ci inorgolisce e si unisce ai risultati ottenuti da Ismett in questi ultimi anni, basta pensare che nel 2021 il nostro istituto ha raggiunto il record di interventi di trapianti eseguiti in un solo anno. Sono stati ben 211 quelli eseguiti, di cui 22 i trapianti pediatrici. Ismett e Upmc sono in prima fila per promuovere la cultura della donazione degli organi e ridurre i tempi di lista d'attesa».

«Si tratta di risultati importanti- sottolinea **Ruggero Razza**, assessore alla Salute della Regione Siciliana- che dimostrano il livello raggiunto in questi anni dal sistema di donazione e trapianto della Sicilia. Il nostro obiettivo è quello di fare sempre di più, per offrire sempre più opzioni terapeutiche ai pazienti siciliani. Per questo, le istituzioni, il Centro Regionale Trapianti e tutti gli operatori sono attivamente impegnati per incrementare le donazioni».

Mascherine agli esami: ore decisive anche per trasporti, cinema e teatri

LE SCELTE

Si apre una settimana cruciale sul fronte delle regole anti-Covid. Da giovedì via libera al nuovo corso. Da quanto emerso negli ultime giorni sembra scontato che si vada verso l'abolizione delle protezioni nei teatri, nei cinema e per tutti gli spettacoli al chiuso. Ancora in discussione l'opportunità di una proroga per l'obbligo sui mezzi di trasporto pubblici, ad eccezione degli aerei, dove potrebbero essere cancellate. Ma il nodo che appare più imminente da sciogliere riguarda le misure di prevenzione da applicare a scuola per gli esami di maturità e delle medie.

A spingere per il no in maniera netta e chiara è stato il sottosegretario alla salute Andrea Costa, che due giorni fa ha auspicato che un decreto ad hoc possa essere approvato nel prossimo Consiglio dei ministri in programma mercoledì: «Un'indicazione chiara sulla questione deve essere data dal governo. Non condivido la proposta del ministro Bianchi con cui si dà la pos-

sibilità ai presidenti di Commissione il compito di decidere sull'obbligo di mascherine. È la politica che deve assumersi la responsabilità di fare delle scelte».

Che si tratta di una scelta prevalentemente politica lo sottolinea anche Roberto Cauda, direttore di Malattie infettive al Policlinico Gemelli di Roma: «Dal punto di vista epidemiologico è meglio una precauzione in più che una in meno, ma vanno date indicazioni chiare. Al momento, sembra che si sia deciso di farla indossare solo agli scritti, forse perché agli scritti c'è una maggiore concentrazione di gente rispetto agli orali, dove mi auguro che sarà garantita una distanza di sicurezza fra esaminati ed esaminandi. Questa può essere l'unica ratio per fare questa scelta piuttosto che un'altra».

Scettico Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova: «Stiamo continuando a sbagliare. Sì per la prova scritta e no per gli orali? Semmai dovrebbe essere il contrario: agli orali, proprio perché una persona parla, ci dovrebbe essere più rischio potenziale per

gli altri. Stiamo rasentando il ridicolo». E aggiunge: «Ripeto ancora una volta che bisognerebbe uscire da questa logica dell'obbligo - ribadisce l'infettivologo - e dare una forte raccomandazione all'utilizzo delle mascherine, dicendo come si devono usare e chi è meglio che le usi. Basta con questa filosofia dell'obbligo che, credo, ha anche stufato».

Molto critica anche Maria Rita Gismondo, direttrice del Laboratorio di microbiologia clinica al Sacco di Milano: «C'è confusione, praticamente in linea con quello che è stato l'andamento delle varie misure anti-Covid» nel nostro Paese.

Nella foto d'archivio studenti in aula con le mascherine

**ATTESE IN SETTIMANA
LE VALUTAZIONI
DEL GOVERNO.
MERCOLEDÌ
IN CDM IL DECRETO
CON LE NUOVE REGOLE**



LA SCIENZA

L'ASSURDA MATURITÀ CON LA MASCHERINA

EUGENIA TOGNOTTI

Potranno mai perdonare la società adulta i maturandi dell'anno Domini 2022, l'ultimo avamposto dell'obbligo mascherina nelle aule in cui si terranno gli esami di maturità? - PAGINA 24



IL COMMENTO

MASCHERINE, UN BALLETO SULLA PELLE DEGLI STUDENTI

EUGENIA TOGNOTTI



Potranno mai perdonare la società adulta - cioè politici di vari partiti, ministri, viceministri, giudici, associazioni, esponenti del mondo della scuola, «esperti» - i maturandi dell'anno Domini 2022, l'ultimo avamposto dell'obbligo mascherina nelle aule in cui si terranno gli esami di maturità? E noi, noi adulti, ci perdoneremo per una scelta irrazionale che, oltre ad assegnare al tempo dell'emergenza e della vita sospesa uno dei pochissimi riti di passaggio collettivi rimasti, prende a pugno la logica e il buonsenso comune? Quello che avverrà, infatti, se non interverrà una decisione dell'ultimo momento, è che l'obbligo, cancellato nei seggi elettorali, nei supermercati, nelle palestre, nelle discoteche e in vari luoghi di aggregazione giovanile, si riproporrà durante l'esame di maturità ed entrerà, forse,

insieme alla prova, nei sogni (o negli incubi).

È davvero sconcertante - ma si potrebbero scomodare altri aggettivi - lo scomposto balletto di questi giorni intorno alle mascherine (che riguarda anche gli esami di terza media). Non essendo, quegli esami, eventi inaspettati - come un'inondazione o un terremoto - ma appuntamenti fissi del cuore dell'estate, non sarebbe stato logico predisporre per tempo

- con il coinvolgimento delle competenze tecniche e medico-scientifiche - le condizioni di sicurezza-areazione, condizionamento dell'aria e distanziamento che rientrano nelle attività di previsione e prevenzione per la riduzione dei rischi?

Peraltro, lo scomposto balletto a cui stiamo assistendo non è collegato a preoccupazioni sanitarie e non sembra seguire il rit-

mo del movimento della curva epidemica in questi giorni. Ma chi deve decidere? La politica, stando ad una sentenza del Tar, investito della questione dal Codacons. Essendo stata, a suo tempo, una legge dello Stato a imporre quel dispositivo di protezione individuale in classe fino alla fine dell'anno scolastico - e dunque fino al 31 agosto 2022 -, è solo un decreto legge che può stabilire in anticipo la fine dell'anno scolastico, consentendo la cancellazione dell'obbligo di quel dispositivo. Insomma non basterebbe un'ordinanza ministeriale di salute pubblica, soccombente di fronte a una disposizione di rango legislativo. Occorre una norma ad hoc, come si dice, che il vice ministro Costa si è impegnato a presentare il 15 giugno in Consiglio dei ministri. Appena in tempo. —



Covid, sale l'incidenza. «È una leggera inversione»

Continuano a calare i ricoveri. E dalla mezzanotte di domani si potrà volare negli Usa senza tampone

ROMA È una «leggera inversione di tendenza», quella fotografata dall'ultimo monitoraggio settimanale reso noto ieri dall'Istituto superiore di Sanità. Il Covid-19 rialza la testa.

Ma vediamo nel dettaglio: negli ultimi giorni è risalito il valore dell'incidenza dei casi per 100 mila abitanti in 12 regioni e nelle 2 province autonome di Trento e Bolzano. Secondo l'ultimo monitoraggio l'incidenza settimanale ora segna 222 nuovi contagi ogni 100 mila abitanti, rispetto ai 207 della settimana scorsa. Nel periodo 18-31 maggio, invece, l'indice di trasmissibilità Rt era segnalato in diminuzione (0,75). Per fortuna, però, scende al 2% il tasso di occupazione delle terapie intensive italiane (196 i posti ora occupati) e al 6,6% quello delle aree mediche (sono 4.162 gli ospedalizzati per Covid). Solo ieri si sono registrati 21.554 nuovi contagi (in calo rispetto

ai 23.042 di giovedì) e le vittime sono state 63 (24 ore prima erano state 84). Stabile il tasso di positività (12,67%) rispetto ai tamponi effettuati. Così, ecco quello che pensa il direttore prevenzione del ministero della Salute, Gianni Rezza: «L'evoluzione della situazione fa sì che sia bene continuare a tenere comportamenti ispirati alla prudenza e a monitorare tutto, soprattutto rispetto a ciò che avviene negli altri Paesi». Nel Regno Unito, ad esempio, si sta registrando un nuovo aumento dei casi, messo in relazione con la comparsa delle sottovarianti BA.4 e BA.5 di Omicron. Perciò, avverte Rezza, «è bene completare il ciclo vaccinale. Ricordiamo la quarta dose per le persone più anziane e particolarmente fragili».

Secondo l'epidemiologo Cesare Cislighi, «non si può ancora dire se ci troveremo davanti ad una nuova ondata di ampie dimensioni, di sicu-

ro i casi reali sono almeno 3 o 4 volte in più rispetto al numero dei casi registrati perché molte persone utilizzano a casa i tamponi fai da te senza dichiarare la propria positività». Ad ogni modo, conclude Cislighi, il recente aumento è da attribuirsi soprattutto alla «fine delle misure di contenimento». A proposito: questo sarà l'ultimo weekend in cui i viaggiatori che volano negli Usa dovranno sottoporsi ai test per il Covid-19 prima di mettere piede sul suolo statunitense. L'obbligo decadrà alla mezzanotte di domani. La misura era stata introdotta nel gennaio 2021 e tra 90 giorni si farà una verifica epidemiologica per capire se sarà necessaria una nuova stretta. Ma anche il Giappone riapre le frontiere ai turisti di 98 Paesi a basso rischio Covid tra cui l'Italia: i visitatori dovranno però far parte di gruppi organizzati. Resta alto invece l'allarme in Cina: Shanghai, nel weekend, torna quasi del tut-

to in lockdown per un ciclo di test di massa. I casi qui continuano a salire.

Fabrizio Caccia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il ministero

Rezza mette in guardia: «La situazione ci dice che è bene essere ancora prudenti»

98

Frontiere

Quelle riaperte in Giappone ai turisti dei Paesi a basso rischio Covid tra cui l'Italia: i visitatori dovranno però far parte di gruppi organizzati

2

Per cento

Il tasso di occupazione delle terapie intensive italiane (196 i posti ora occupati). È al 6,6% quello delle aree mediche (sono 4.162 gli ospedalizzati per Covid)



LA SANITÀ

TROPPI MEDICI IN AFFITTO E IL PAZIENTE CI RIMETTE

PAOLO RUSSO

Dilaga il ricorso ai medici a gettone. Spesso giovani neo laureati senza specializzazione. O magari ortopedici spediti in rianimazione piuttosto che cardiologi alle prese con fratture. - Pagine 24-25



IL DOSSIER

Il boom dei medici a gettone

Gli ospedali ormai ne impiegano 15 mila per un totale di 18 milioni di prestazioni l'anno. Allarme dei colleghi: "Costi esorbitanti. E spesso non hanno adeguata professionalità"

PAOLO RUSSO
ROMA

Tra medici che appendono anzitempo il camice al chiodo, chi se ne va a lavorare nel privato o all'estero e i giovani che disertano i concorsi nei nostri ospedali, dilaga il ricorso ai medici a gettone. Spesso giovani neo laureati senza specializzazione alle spalle. O magari ortopedici spediti in rianimazione piuttosto che cardiologi alle prese con fratture. Pagati fino a 90 euro l'ora mentre ai dottori dipendenti per fare prestazioni ag-

giuntive se ne danno 60, che diventano poi 40 netti.

A fotografare per la prima volta il mondo dei medici in affitto è l'indagine condotta per La Stampa da Simeu, Società scientifica della medicina di emergenza e urgenza. Che insieme alle rianimazioni, ai reparti di pediatria e ortopedia fa maggior ricorso ai medici esterni, presenti comunque un po' in tutte le specialità. Un esercito composto da almeno 15 mila camici bianchi che erogano circa 18 milioni di prestazioni l'anno. Considerando che i medici

ospedalieri sono 112 mila, significa che uno su dieci è a gettone. Ad eccezione di Abruzzo, Sicilia, Calabria, Basilicata, Alto Adige e la piccola Valle d'Aosta, in tutte le altre 15 regioni si fa ricorso ai medici a chiamata. Con contratti d'appalto che vanno da qualche centinaio di migliaia di euro a uno-due milioni per ciascun ospedale



che vi fa ricorso. In Piemonte a chiamarli è il 50% dei nosocomi, in Veneto il 70%, in Liguria il 60% e in Toscana il 50%, ma in Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise non c'è ospedale dove non siano presenti. In Molise si è andati a pescarli fino in Venezuela, mentre in Trentino ci si è limitati a chiedere una mano ai più vicini dottori calabresi. Che non si sono fatti scoraggiare dai duemila chilometri di distanza perché con tre notti in un mese ci si mette in tasca lo stipendio che un medico dipendente incassa in un mese. Turni festivi e notturni compresi. Tanto per capire: la Asl di Modena per un turno notturno sgancia 1.400 euro lordi alla società che vince l'appalto.

Una delle principali società di reclutamento è la Medical line consulting, con sede a Roma, ma attiva in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Lazio, con 250 dottori paga-

ti anche 90 euro l'ora. «È un sogno - commenta uno di loro, 30 anni, senza specializzazione - decido io quando e quanto lavorare e con 10 turni al mese guadagno già il doppio di un dipendente».

A rispondere alla chiamata sono a volte i singoli professionisti, ma più spesso le coop di medici che in questi anni di tagli al personale auto-licenziamenti e pre-pensionamenti sono spuntate un po' ovunque come i funghi. Senza però alcun controllo sul loro funzionamento e su come selezionino i curriculum dei medici. Luigi Buompane ad esempio è a capo della Aurum Assistance, «la più grande comunità professionale medica», si legge su LinkedIn, anche se chi la dirige ha più dimestichezza con i coltelli da cucina che con il bisturi, avendo in tasca solo un diploma di scuola alberghiera. «Mi occupo di risorse umane. io seleziono i curricu-

lum», dice. Con quali criteri? «Quello che conta è che siano iscritti all'Albo», taglia corto. «E infatti in larga parte dei casi si tratta di giovani

LAPRESSE

non specializzati», spiega il presidente di Simeu, Fabio De Iaco. Secondo il quale «alcune cooperative potrebbero essere addirittura illegali, perché configurerebbero il reato di intermediazione di mano d'opera. Salvo non venga loro affidato un intero ramo d'azienda, come un pronto soccorso o la gestione dei codici bianchi».

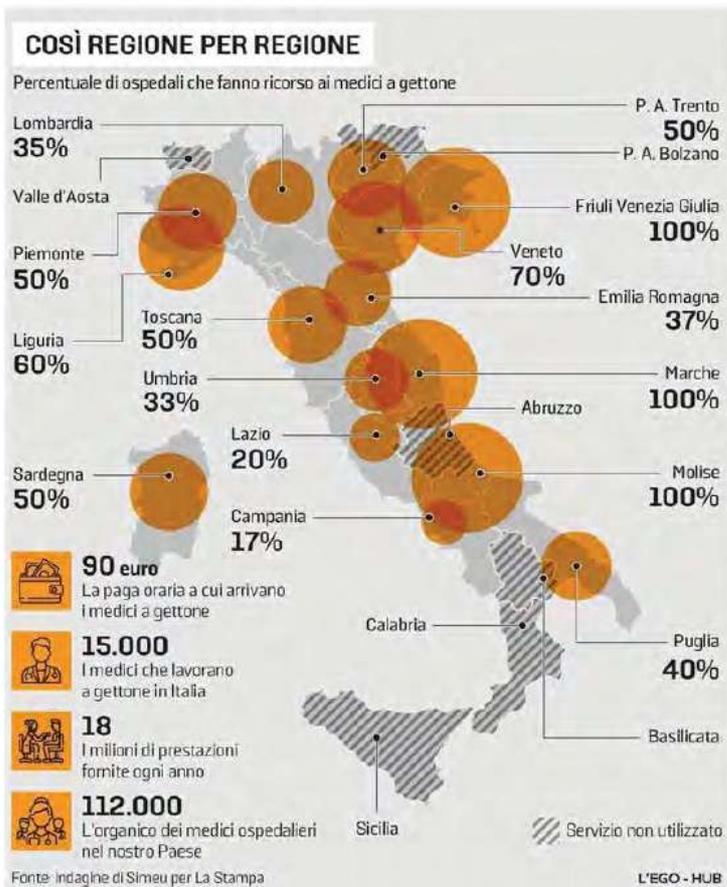
I medici del pronto soccorso e dell'emergenza-urgenza sono comunque contrari a quest'uso indiscriminato dei medici in affitto. «Innanzitutto perché spesso non hanno una professionalità adeguata a garantire l'assistenza necessaria ai pazienti, poi il costo di questi servizi è esorbi-

tante e rischia di mandare in default le aziende. Infine non conoscono l'ospedale, la sua organizzazione, i colleghi con i quali bisogna lavorare in team», afferma De Iaco. Che un'idea su come uscire da questa situazione ce l'ha. «Fino a che non avremo i nuovi specialisti che entrano ora in maggior numero nella scuole universitarie, dovremmo potere utilizzare in modo strutturato e con tutte le garanzie contrattuali dei dirigenti medici gli specializzandi degli ultimi tre anni, che hanno comunque più competenze di chi la scuola non l'ha nemmeno iniziata o ha una specializzazione che poco ha a che vedere con il servizio che va ad offrire a gettone». La proposta è sul tavolo aperto con il ministero della Salute. Intanto continuiamo a dare in affitto la nostra salute ai medici a gettone. —

Per un turno di notte si arriva a 1.400 euro il Molise ne ha ricevuti anche dal Venezuela

Proliferano le società di reclutamento "Basta che siano iscritti all'Albo"

Pratica diffusa Sono 14, più la Provincia autonoma di Trento, le Regioni italiane ad avvalersi dei medici a gettone Una pratica alla quale i colleghi dell'emergenza-urgenza sono contrari: «Meglio gli specializzandi»



L'INTERVISTA

Riccardo Stracka

“Meno turni massacranti e più soldi così la mia vita è migliorata”

Parla un professionista che ha scelto di non lavorare come dipendente pubblico
“Per loro c'è una retribuzione inferiore, in questo modo ho potuto variare la mia attività”

ROMA

Il dottor Riccardo Stracka è quello che potrebbe definirsi un «medico a gettone». Nel senso che non ha mai lavorato come dipendente in ospedale ma sempre «a chiamata». Non un giovane neo laureato senza specializzazione, ma un professionista esperto, specializzato 15 anni fa in medicina d'emergenza e urgenza, conseguita con 70 e lode, seguita da una sfilza di qualifiche professionali. A quelli come lui gli ospedali spalancherebbero le porte in un baleno. Ma come tanti sui colleghi preferisce mantenere un piede fuori...

Dottor Stracka, per quale motivo il lavoro in ospedale non l'affascina?

«Come no. All'inizio frequentando i carabinieri del Ris volevo fare il medico legale, poi facendo i turni come libero profes-

sionista nei pronto soccorso di Bergamo e Monza mi sono appassionato e ho finito per specializzarmi nella medicina d'emergenza-urgenza. Sempre con partita Iva a Monza ho poi diretto il pronto soccorso dal 2018 al 2021».

Ed è possibile dirigerlo pur essendo una partita Iva?

«Sì perché in questo caso si trattava di una struttura privata, anche se convenzionata con il servizio pubblico».

E perché non ha deciso di intraprendere la carriera ospedaliera?

«Perché in questo modo ho avuto la possibilità di variare il mio lavoro. Ad esempio organizzo corsi di primo soccorso in aziende, faccio l'istruttore per l'uso del defibrillatore. E poi sinceramente a scoraggiare chi pensa al lavoro in ospe-

dale ci sono anche i turni massacranti imposti ormai in quasi tutte le strutture. Però dal pronto soccorso di Monza sono andato via a malincuore, quando ho capito che quell'attività, pur rappresentando la porta d'ingresso di un ospedale, non era considerata una priorità. Per il semplice fatto che non porta soldi come ne portano invece i ricoveri ordinari».

E lei, lavorando a partita Iva, di soldi ne fa?

«Diciamo che i dipendenti ospedalieri sono molto meno retribuiti rispetto a chi esercita in regime di libera professione. Io comunque lavoro sodo, faccio 150-160 ore al mese di pronto soccorso, ma ne vale la pena, soprattutto adesso che con una agenzia di cacciatori di teste riesco a fare 12 ore di turno notturno. E poi gestisco il tempo come voglio. E questo fa be-

ne anche alla mia vita privata, al rapporto con la mia compagna e mio figlio».

Progetti per il futuro?

«Sto collaborando a un progetto medico con dei colleghi americani della Georgia, sempre nell'ambito della medicina d'emergenza, ospedaliera e non. Diciamo che se dovessi andare in porto farei un bel salto. In Italia non si sta investendo negli ospedali. Basti pensare che negli Usa un medico ospedaliero guadagna tra i 250 e i 350 mila dollari l'anno, nel nostro Paese 70 mila. E non siamo certo da meno di loro». PA. RU. —

Ho diretto il pronto soccorso di una struttura privata, ma non era considerata una priorità



RICCARDO STRACKA
MEDICO
A GETTONE



NUOVO SERVIZIO SANITARIO MEDICI, BATTAGLIA IN FAMIGLIA

Il «dottore della mutua» rischia di diventare pubblico dipendente

Oliveti (Enpam): «Il cittadino deve poter scegliere»

di Isidoro Trovato

Il tema, caldissimo, è sul tavolo ormai da mesi: la riforma del Sistema sanitario nazionale valuta la possibilità, per i medici di famiglia, di diventare dipendenti pubblici. La proposta arriva dalle Regioni, che vorrebbero cambiare il rapporto di lavoro facendo passare i medici di base alle dipendenze dello Stato e scatenando l'opposizione del mondo dei professionisti.

Un dibattito riaperto qualche giorno fa da Letizia Moratti, la vicepresidente della Regione Lombardia e vice-coordinatrice della commissione salute delle Regioni, che ha proposto la possibilità di avvalersi di infermieri come supplenti dei medici di famiglia per affrontarne la carenza. Si tratta di un tema di portata enorme che coinvolge, ovviamente, anche la gestione della cassa di previdenza privata dei medici, quell'Enpam il cui destino può essere fortemente modificato da uno spostamento dei medici di famiglia tra i dipendenti pubblici.

«Mantenersi in salute più a lungo possibile è un indiscutibile diritto individuale di interesse collettivo — afferma Alberto Oliveti, presidente

Enpam —. Nel progetto di riforma del Servizio sanitario nazionale indotto dal Pnrr, ci si propone di perseguirlo con un approccio più orientato verso la medicina d'iniziativa e la presa in carico della cronicità e delle fragilità più integrata tra servizi e professionisti, supportati dalla migliore tecnologia disponibile. È pensiero ora finalmente prevalente che per un servizio sanitario efficiente, sicuro nelle attività e al miglior costo-beneficio, tutta la formazione dei professionisti medici e sanitari, sia di base che specifica e permanente, vada orientata anche verso questo obiettivo».

Scenari

Se gli obiettivi sono ambiziosi, il modo di raggiungerli non è ancora chiaro, cambierebbe molto lo scenario se la platea dei medici di base diventasse interamente statale, rinunciando alla libera professione. «Per fare medicina di alto spessore — precisa Oliveti — è indispensabile una rete professionale di ampia prossimità e disponibilità, e, soprattutto, di una verificabile competenza qualificata e orientata all'approccio clinico e funzionale per problemi di salute. Professionalità che non va solo insegnata, ma anche promossa, motivata e

incentivata, affinché possa sfociare in dedizione e autorevolezza professionale».

E poi c'è il tema della libera scelta di mercato. «In un momento come quello attuale di notevole cambiamento del modello organizzativo del sistema di erogazione dei servizi sanitari, sembra non pleonastico domandare al cittadino se, a difesa della propria salute, preferisca come riferimento continuativo scegliersi un medico di fiducia o riferirsi al medico che la comunità assistenziale di riferimento rende al momento disponibile. Dante, per il viaggio della sua Divina Commedia, scelse Virgilio come guida di sua totale stima, un "duca" per condurlo nelle segrete cose dei gironi dell'Inferno e del Purgatorio. Virgilio rappresenta l'allegoria della ragione umana che tende al giusto ordine terreno. Un riferimento esperto che, dal Limbo in cui è stato posto, si realizza nel ruolo e percorso assegnatogli dal sommo poeta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E

● Su corriere.it

Il sito de L'Economia del *Corriere della Sera* si è arricchito di una nuova sezione interamente dedicata a professionisti, lavoratori autonomi e partite Iva. Le manovre previdenziali, le misure straordinarie messe in atto per l'emergenza sanitaria: tutte le informazioni su www.corriere.it/economia/professionisti



Volto Alberto Oliveti, presidente Enpam





Cittadini: «Bene Speranza su superamento tetti di spesa»

«**R**egistriamo la volontà espressa dal ministro della Salute, Roberto Speranza, di superare al più presto un modello di programmazione della spesa sanitaria che è stato costruito negli anni con silos chiusi e tetti di spesa. Si tratta di un impegno importante, fondamentale per assicurare all'Italia un Ssn moderno, efficace, tecnologicamente avanzato, digitalizzato e presente su tutto il territorio in maniera capillare, con personale qualificato. È doveroso intervenire sui tetti di spesa per il personale, ma auspichiamo interventi concreti anche sui tetti relativi all'acquisto di prestazioni di assistenza ambulatoriale e ospedaliera dalla componente di diritto privato del SSN». Così Barbara Cittadini, presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità

privata Aiop, commenta le parole del ministro della Salute intervenuto ad evento organizzato dalla Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere Fiaso. «Per decenni non si è investito in sanità, acuendo fenomeni drammatici quali le liste di attesa che, sovente, inducono la popolazione a rinunciare alle cure, oppure a intraprendere percorsi di mobilità sanitaria non fisiologica, verso territori maggiormente efficienti» sottolinea Cittadini, che ribadisce come «il tetto di spesa introdotto con la Spending review del 2012 oltre a penalizzare il ruolo e il valore delle strutture sanitarie di diritto privato, ha depotenziato la programmazione delle Regioni e impoverito l'offerta sanitaria del SSN. È necessario - prosegue - superare, nello specifico, l'articolo 15, comma 14 del Dl 95/2012, una norma

che limita, sine die, l'acquisto di prestazioni sanitarie al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011. Le strutture di diritto privato hanno dimostrato di essere indispensabili alla stessa tenuta del SSN e si tratta di non limitarne più le potenzialità» conclude Cittadini.

ALICE CACCAMO



IL MINISTRO SPERANZA

«Per il suicidio assistito non può pagare il paziente»

Il ministro della Salute Roberto Speranza assicura l'intervento del governo sul fine vita «per garantire d'intesa con le Regioni, l'attuazione della sentenza della Corte costituzionale del 2019 sul suicidio medicalmente assistito», dice in un'intervista a La Stampa. Speranza, riferendosi al caso di Mario, l'ex camionista marchigiano che chiede la procedura e al quale lo Stato ha chiesto di pagare 5.000 euro per l'acquisto del farmaco necessario. «Una volta che la procedura di verifica del rigoroso rispetto delle condizioni individuate dalla Consulta sia stata completata - prosegue Speranza - le strutture del servizio sanitario

nazionale non possono assumere atteggiamenti ostruzionistici, né è ipotizzabile che i costi siano a carico del paziente che si rivolge, come espressamente previsto dalla sentenza della Corte costituzionale, a strutture pubbliche».



L'INTERVENTO

PERCHÉ MARIO NON PUÒ PAGARE PER MORIRE

ROBERTO SPERANZA

Caro direttore, in materia di fine vita, è in corso l'iter di discussione parlamentare di una legge attesa da



tempo e, naturalmente, il governo non può che guardare con rispetto alle posizioni politico-culturali che si manifestano in un confronto così delicato. Come ho già affermato nei mesi precedenti, nelle more della non più rinviabile approvazione della legge, compito del governo è tuttavia garantire, d'intesa con le Regioni, l'attuazione della sentenza della Corte

Costituzione del 2019 sul suicidio assistito. Su questo siamo già intervenuti e su questo continueremo a tenere alta l'attenzione. Una volta che la procedura di verifica del rigoroso rispetto di tutte le condizioni individuate dalla Consulta sia stata completata, le strutture del servizio sanitario nazionale non possono assumere atteggiamenti ostruzionistici. **DI MATTEO - PAGINA 16**

Il ministro sulle procedure per il suicidio assistito del malato marchigiano "Basta con l'ostruzionismo di strutture del servizio sanitario nazionale"

Speranza: lo Stato paghi i 5 mila euro chiesti a Mario per la sua morte assistita

LA STORIA

ALESSANDRO DI MATTEO
ROMA

Il governo non resterà a guardare, Mario non dovrà pagarsi da solo le spese per porre fine alle sofferenze che deve sopportare ormai da 12 anni, quando un incidente stradale lo rese tetraplegico. Se in Parlamento la legge sul fine vita è bloccata in Senato, il ministro Roberto Speranza non intende ignorare la sentenza della Corte Costituzionale che ha riconosciuto la non punibilità di chi aiuta un malato in condizioni irreversibili a morire.

A *La Stampa* il responsabile della Salute spiega: «Nelle more della non più rinviabile approvazione

della legge, compito del governo è tuttavia garantire - d'intesa con le Regioni - l'attuazione della sentenza della Corte Costituzionale del 2019 sul suicidio medicalmente assistito». Il ministro è netto: «Su questo siamo già intervenuti e continueremo a tenere alta l'attenzione».

Mario (nome di fantasia per tutelare la privacy dei familiari), aiutato dall'associazione Luca Coscioni, è riuscito nel corso dell'ultimo anno ad ottenere ragione dal tribunale di Ancona, nonostante la resistenza dell'Azienda sanitaria locale delle Marche che si rifiutava di effettuare le verifiche richieste dalla sentenza della Consulta. Per i giudici costituzionali, non è punibile chi aiuta il suicidio di una persona che deve essere tenuta in vita con trattamenti specifici e che sia affetta

da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze, a patto che le condizioni di salute e le modalità di esecuzione siano verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Dopo una battaglia a colpi di denunce e ricorsi al Tribunale, il 9 febbraio il gruppo tecnico multidisciplinare dell'Azienda sanitaria locale ha comunicato la propria relazione



LA STAMPA

«sulla modalità, la metodica e il farmaco» necessari per il suicidio assistito di Mario. Ma, appunto, in assenza di una legge che disciplini la materia, spetta al diretto interessato provvedere alle spese necessarie. Spese che l'Associazione Luca Coscioni stima in cinquemila euro solo per il macchinario che deve iniettare il farmaco al paziente.

Speranza non vuole scavalcare il Parlamento, «in materia di fine vita, è in corso l'iter di discussione

parlamentare di una legge attesa da tempo e il governo non può che guardare con rispetto alle posizioni politico-culturali che si manifestano in un confronto così delicato». Ma, aggiunge, «una volta che la procedura di verifica del rigoroso rispetto di tutte le condizioni individuate dalla Consulta sia stata completata, le strutture del Servizio sanitario nazionale non possono assumere atteggiamenti ostruzionistici».

Tanto meno, secondo il

ministro, «è ipotizzabile che i costi siano a carico del paziente che si rivolge, come previsto dalla sentenza della Corte costituzionale, a strutture pubbliche». Conclude il ministro, «anche su questo aspetto il governo non farà mancare, laddove sia necessario, un tempestivo chiarimento e intervento». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA VICENDA



1

La denuncia

Nel 2020 Mario, tetraplegico da 10 anni, chiede all'Asl di morire. Non riceve risposta e nel 2021 scrive a La Stampa per denunciare la questione. A novembre, l'Asl dà il benestare

2

Il ministro

La risposta del ministro della Salute Roberto Speranza non si fa attendere: nella lettera a Mario spiega che le Asl devono garantire il suicidio assistito

3

L'autorizzazione

L'11 febbraio 2022 l'Asl marchigiana competente per territorio completa l'iter di autorizzazioni e indica come farmaco da utilizzare il Tiopentone sodico

Serve subito una legge

ROBERTO SPERANZA



In materia di fine vita, è in corso l'iter di discussione parlamentare di una legge attesa da tempo e, naturalmente, il governo non può che guardare con rispetto alle posizioni politico-culturali che si manifestano in un confronto così delicato.

Come ho già affermato nei mesi precedenti, nelle more della non più rinviabile approvazione della legge, compito del governo è tuttavia garantire, d'intesa con le Regioni, l'attuazione della sentenza della Corte Costituzionale del 2019 sul suicidio medicalmente assistito.

Su questo siamo già intervenuti e su questo continueremo a tenere alta l'attenzione.

Una volta che la procedura di verifica del rigoroso rispetto di tutte le condizioni individuate dalla Consulta sia stata completata, le strutture del servizio sanitario nazionale non possono assumere atteggiamenti ostruzionistici, né è ipotizzabile che i costi siano a carico del paziente che si rivolge, come espressamente previsto dalla sentenza della Corte costituzionale, a strutture pubbliche. Anche su questo aspetto il governo, laddove ve ne sia bisogno, non farà mancare un tempestivo chiarimento e intervento.



CARTABELLOTTA (GIMBE)

“Ora non avremo
i vaccini Omicron”

» CASELLI A PAG. 17



L'INTERVISTA • Nino Cartabellotta Covid: scenari “Non ci sarà il vaccino Omicron Continueremo con quelli attuali”

» **Stefano Caselli**

“Omicron 5 è considerata variante di preoccupazione” dall’*European center for disease and control* da un mese. Stupisce che il nostro Paese non abbia intensificato il monitoraggio della prevalenza delle varianti”.

Parola di Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe.

Professore, in Portogallo la ripresa dei contagi è evidente, ma anche in Italia, Francia e Germania ci sono i primi segnali. C’è da preoccuparsi?

Il 13 maggio, l’Ecdc ha identificato BA.4 e BA.5 come varianti di preoccupazione, è ovvio che i sistemi sanitari devono “pre-occuparsene”, nel senso di occuparsene prima e prendere adeguate contromi-

sure. Nel nostro Paese, invece, la frequenza delle *flash survey* è rimasta invariata: l’ultimo monitoraggio della prevalenza delle varianti è quello relativo ai campioni prelevati il 3 maggio, quello del 7 giugno non è ancora disponibile. Le nuove sub-varianti, tuttavia, non sembrano determinare una maggior gravità della malattia. Eviterei quindi allarmismi ingiustificati. Fondamentale, invece, la responsabilità individuale nel limitare la circolazione virale, perché i ricoveri ospedalieri potrebbero aumentare se il numero di casi dovesse crescere in maniera rilevante.

Il Portogallo è il Paese più vaccinato d’Europa. È possibile che l’aumento dei casi sia dovuto al declino dell’efficacia vaccinale?

Potrebbe essere una concausa, la protezione nei confronti del contagio cala rapidamente dopo 4 mesi. Tuttavia, la motivazione principale è che in Portogallo, per ragioni non note, BA.5 è “sbarcata” prima.

Ha ancora senso, oggi, vaccinarsi con i prodotti attualmente disponibili?

Sì, perché nonostante siano “tarati” sul ceppo di Wuhan, so-

no in grado di indurre un’elevata risposta immunitaria e, soprattutto, un’eccellente protezione nei confronti della malattia grave. Ragion per cui, è fondamentale aumentare la copertura degli over 50 e completare il ciclo con la terza dose (oltre 8 milioni di persone non l’hanno fatto). Ma soprattutto, bisogna somministrare al più presto la quarta nelle persone vulnerabili per tre ragioni: il declino della copertura vaccinale sulla malattia grave dopo 120 giorni, l’aumento del tasso di mortalità negli anziani, in particolare over 80 già vaccinati con tre dosi, e il consolidamento delle prove di efficacia del secondo *booster* nel ridurre gli effetti gravi della malattia.

L’Ue ha sottoscritto accordi con Pfizer e Moderna



per nuove forniture di vaccini "adattati" a partire dall'autunno: quante possibilità esistono che si riesca effettivamente ad adattare i vaccini a Omicron a breve?

La ricerca continua a lavorare, ma i tempi per produrre evidenze sull'efficacia dei vaccini "aggiornati" nei confronti della malattia grave rischiano di essere troppo lunghi rispetto a nuove emergenze. L'industria potrebbe non avere le motivazioni per investire in questa direzione. Diverso è il caso del vaccino "pan-varianti", in grado di proteggere da tutte le attuali e future: ma gli studi sono ancora in una fase preliminare e, di conseguenza, i tempi per a-

vere certezze lunghi e non prevedibili.

Una nuova ondata autunnale è inevitabile?

Lo scenario più realistico è quello di nuove ondate stagionali durante l'autunno-inverno, la cui "altezza" è impossibile da prevedere. Quello che è certo è che ogni eventuale scenario futuro è strettamente condizionato dal grado di preparazione dei sistemi sanitari, dai quali non sono più accettabili politiche attendiste. In generale, gli scenari futuri sono legati a tre variabili. Innanzitutto, l'emergere di nuove varianti più contagiose, più gravi o in grado di evadere la risposta immunitaria; in secondo luogo, la durata della copertura vaccinale nei confronti della malattia grave, condizionata

anche dall'arrivo dei nuovi vaccini adattati alle varianti; infine, la copertura globale delle vaccinazioni, ancora inferiore a quanto auspicato.

Gimbe monitora da due anni e mezzo l'andamento della pandemia. Cosa deve accadere perché non sia più necessario?

Realisticamente non sarà più necessario quando il virus diventerà endemico. Ovvero, quando nei periodi di maggior circolazione non ci sarà più alcun sovraccarico dei servizi sanitari, sia territoriali, sia (soprattutto) ospedalieri. In tal senso è evidente che il banco di prova sarà la prossima stagione autunno-inverno.

Mascherine sì, mascherine no. Il dibattito continua...

Dibattito strumentale! In un contesto epidemiologico con oltre 600 mila positivi (numero largamente sottostimato), tenendo conto delle incertezze sulla prevalenza della variante BA.5 oltre che del basso numero di anziani e fragili coperti con la quarta dose, è prudente continuare a indossare la mascherina FFP2 nei locali al chiuso, specialmente se affollati e/o poco ventilati.

I NUMERI

21.554

CONTAGI I nuovi casi Covid nelle ultime 24 ore, +128,6% rispetto a sette giorni fa, tasso di positività al 12,67% (-5% rispetto al 13,34% di venerdì scorso)

63

MORTI Le vittime denunciate nelle ultime 24 ore. Venerdì 3 giugno i decessi erano stati 40, per un totale di 430 tra il 4 e il 10 giugno

L'obiettivo è un siero per tutte le varianti e non è vicino. In Italia troppi non hanno fatto la 3^a dose



Gli investimenti
Le case farmaceutiche ormai puntano su un vaccino "universale"
FOTO ANSA



LO STUDIO A VO' EUGANEO

Crisanti: i vaccinati
sono più immuni
se han fatto il Covid

► CASELLI A PAG. 17



Studio di Crisanti&C.: i guariti (vaccinati) sono i più protetti

COVID-19

LA RICERCA Test sugli abitanti di Vo' Euganeo confermano: immunità naturale più forte. Il microbiologo: "Il virus adesso deve circolare"

» Stefano Caselli

Avete meno di 60 anni, nessuna patologia particolarmente grave e tre dosi di vaccino in corpo? Bene, sappiate che per essere meglio protetti dal Covid (e dalle sue possibili, future varianti) fareste meglio a prendervelo il prima possibile. Un paradosso certo, ma fino a un certo punto. Almeno a leggere la ricerca *Neutralising reactivity against SARS-CoV-2 Delta and Omicron variants by vaccination and infection History* ("Reattività neutralizzante contro le varianti SARS-CoV-2 Delta e Omicron mediante vaccinazione e infezione") coordinata dal microbiologo dell'Università di Padova Andrea Crisanti e dal virologo Enrico Lavezzo.

La ricerca, che ha potuto contare su una platea del tutto particolare come quella di Vo' Euganeo (il Comune "martire" della prima ondata in cui si stima che il 100% della popolazione sia venuta in qualche mo-

do a contatto con il virus durante la prima ondata del 2020) ha analizzato i livelli anticorpali di 76 abitanti di Vo', già ammalatisi e guariti tra febbraio e maggio 2020, con quello di 50 persone mai venute a contatto con il virus.

L'ANALISI sierologica è stata fatta nel giugno del 2021, quando nel gruppo dei 76, in 20 avevano completato il ciclo vaccinale primario, 21 avevano ricevuto una sola dose e 25 erano non ancora vaccinati. Tra i 50 pazienti "naive" (ossia, in letteratura scientifica, soggetti mai esposti a infezione), invece, i vaccinati con due dosi erano 8, quelli con una sola 12 e 30 quelli ancora senza.

Tralasciando le assai complesse questioni metodologiche, la conclusione a cui giunge lo studio è sostanzialmente una: l'immunità naturale, ossia quella che segue alla guarigione, è più efficace di qualsiasi vaccino. Attenzione però, que-

sto non significa certo che vaccinarsi sia (stato) inutile, anzi. Il livello maggiore di anticorpi, infatti, si registra tra chi è guarito e ha completato il ciclo vaccinale. Gli appartenenti a questo sottogruppo sono in media più protetti dei "naive" vaccinati, dei non vaccinati guariti e, ovviamente, dei "naive" non vaccinati.

"Questo studio - racconta Andrea Crisanti, che con questo studio torna alla "casa madre" di Vo' Euganeo - conferma per la prima volta a livello scientifico ciò che per ora era solo probabile e ragionevole: l'immunità naturale è più duratura e neutralizza meglio il virus e le sue varianti. Omicron compresa, perché la maggior



parte delle persone guarite, in questo momento, si è infettata con Omicron”.

La ricerca, che prende in esame sia guarigioni dal ceppo B.1 (Delta) che BA.1 (Omicron), evidenzia come i livelli anticorpali dell’immunità “ibrida” (guarigione+vaccinazione) sono mag-

giori se il virus con cui si è entrati in contatto è più simile al ceppo originario di Wuhan rispetto alle varianti successive, ma non per questo i vaccini disponibili (e le guarigioni dalle varianti pre-Omicron) sono inefficaci contro le attuali varianti BA e (presumibilmente) contro quelle future.

QUALI CONCLUSIONI trarre,

dunque? Crisanti non ha dubbi: “La ricetta inglese – dice – alla fine si è rivelata la migliore. Bisogna proteggere i fragili, ma anche permettere al virus di circolare. Qualsiasi restrizione, in questo momento, non ha più alcuna ragione di esistere”. E quale insegnamento trarre per il futuro? Anche qui Crisanti ha le idee chiare: “La vaccinazione – sostiene – va fatta solo a chi ne ha bisogno. Significa che, se mai ci fosse la necessità di fare una quarta dose anche ai minori di 80 anni non immunocompromessi o addirittura si profilasse una nuova campagna vaccinale in autunno, è bene sapere che l’immunità naturale è la più forte. Dunque andranno rivalutate graduatorie, priorità e tempistica. Non dimentichia-

mo – conclude – che nei mesi scorsi la terza dose era somministrata a tutti dopo sei mesi dalla seconda, mentre ai guariti il *booster* veniva fatto dopo tre. Alla luce di questa ricerca, un controsenso”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giugno 2021 Analizzati gli anticorpi di 76 malati della prima ondata a confronto con 50 “sani” (tutti immunizzati o no)

Indicazioni utili per la futura campagna
Le dosi vanno a chi serve, non a tutti

Andrea Crisanti



I PUNTI

22.104

CONTAGI i nuovi casi nelle ultime 24 ore, -1,9% rispetto a sette giorni fa. Tasso di positività all’11,81%, stabile (-1%) rispetto a quello di sabato scorso

60

MORTI Le vittime denunciate ieri. Sabato scorso erano state 47

-89

RICOVERI Dimesse 86 persone dai reparti di area medica. I ricoverati scendono a 4.076. Saldo -3 tra entrate e uscite in terapia intensiva, il numero di persone in rianimazione scende a 193



Inverno 2020, la prima ondata. Abitanti di Vo' Euganeo (Padova), l'8 marzo 2020. FOTO LAPRESSE



29 CASI IN ITALIA

Vaiolo scimmie, virus presente nello sperma

▶ **SALGONO** i casi di vaiolo delle scimmie segnalati in Italia. All'8 giugno, secondo l'ultimo aggiornamento dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), quelli confermati sono 29, ma nelle ultime ore sono giunte le segnalazioni di un nuovo contagio nel Lazio e di uno a Taranto. Intanto, mentre l'Oms ha classificato come moderato il rischio legato alla diffusione di questo virus, la prova della sua possibile trasmissione per via sessuale arriva da uno studio dell'Istituto nazionale per le malattie infettive Spallanzani, che ha individuato, "primo al mondo, che il virus responsabile del vaiolo delle scimmie può essere presente nel liquido seminale di una persona affetta da questa malattia in una forma capace

di replicarsi", ha reso noto il direttore generale dell'Istituto Francesco Vaia, lanciando anche un messaggio: "Abbiamo sempre detto, anche in tempi difficili, per esempio ai giovani, che ci possiamo e dobbiamo permettere tutto, vivere la vita, ma in condizioni di sicurezza". I ricercatori hanno isolato il virus dal liquido seminale prelevato da un paziente 6 giorni dopo la comparsa della febbre e, in coltura cellulare, si è dimostrato capace di infettare e di replicarsi in laboratorio.



La scoperta scientifica

Il futuro contro i tumori

di **Roberto Burioni**

Domenica scorsa, a Chicago, una sala strapiena di persone si è alzata in piedi e ha cominciato ad applaudire con una standing ovation che sembrava non dovesse finire mai. Voi vi chiederete giustamente che cosa ci sia di strano in tutto questo, ma dovete sapere che l'avvenimento è effettivamente sensazionale. Infatti l'applauso interminabile non seguiva la consegna di un premio Oscar, un discorso particolarmente appassionante di un politico, la recita impeccabile di un autore o l'esecuzione di un brano musicale. L'applauso era dovuto all'annuncio ai partecipanti di un importante convegno medico dei risultati eccezionali di una nuova terapia contro i tumori della mammella. Vediamo di cosa si tratta e del perché l'applauso è più che giustificato.

Quando si rimuove un cancro della mammella, questo viene analizzato per capire se nelle cellule sono presenti delle molecole che possono essere un bersaglio per farmaci specifici. Tra queste, una delle più importanti è chiamata "recettore Her2". Quando Her2 è presente sulle cellule in quantità notevole i pazienti vengono trattati con successo utilizzando degli anticorpi monoclonali (la stessa famiglia di farmaci che usiamo contro il Covid) che si legano a Her2 e in questo modo aiutano il sistema immunitario a colpire in maniera specifica la cellula tumorale. In molti casi però purtroppo Her2 è presente sulle cellule tumorali, ma in quantità minore: questa strada terapeutica diventa a quel punto impraticabile e si devono usare altre strategie che non hanno la stessa efficacia.

L'applauso fragoroso registrato a Chicago è dovuto ai risultati ottenuti con un nuovo farmaco che è un



anticorpo monoclonale “potenziato” che si lega a Her2: all’anticorpo è stata attaccata una molecola in grado di distruggere le cellule tumorali e quando l’anticorpo anti-Her2 si lega alle cellule cancerose rilascia la “bomba” e le distrugge in maniera specifica e localizzata. Per utilizzare una metafora pittoresca, si usa il recettore Her2 come un cavallo di Troia per far entrare dentro le cellule del cancro le molecole in grado di distruggerle. Questo anticorpo “potenziato” è molto efficace nel trattare i tumori nei quali il recettore Her2 è espresso in quantità più bassa che prima non potevano essere combattuti con questa strategia e che adesso hanno una nuova prospettiva terapeutica. In altre parole, dopo quell’applauso la classificazione dei tumori alla mammella non è più quella di prima e in più del 50% dei casi - anche quelli molto avanzati - si ha a disposizione una nuova terapia molto più efficace.

In questa storia bellissima c’è però anche una parte molto triste: questo studio lo dobbiamo alla visionaria genialità di un medico, lo spagnolo José Baselga, che purtroppo non ha potuto raccogliere quell’applauso perché nel marzo 2021, a soli 61 anni, ci è stato portato via in pochi mesi da una rarissima malattia neurodegenerativa fulminante per la quale ancora non abbiamo una terapia. Possiamo essere orgogliosi del fatto che in questa scoperta c’è anche un importante contributo italiano: il braccio destro di José Baselga al Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York - la sede di questi studi - era il nostro connazionale

Maurizio Scaltriti che fu tra i primi ad accorgersi in laboratorio degli effetti antitumorali strabilianti dell’anticorpo “potenziato” anche

sulle cellule dei tumori con bassi livelli di Her2. Da lì l’idea di provare questo farmaco su pazienti affetti da tumori con bassi

livelli di Her2, il successo dello studio clinico e l’applauso di Chicago, che potrebbe essere il primo di una lunga serie. Infatti sappiamo già che questo anticorpo “potenziato” potrebbe essere efficace anche contro altri tumori (dello stomaco, del polmone e di altri organi): studi clinici sono in corso e ci sono concrete speranze che anche altri tumori, pure in fase molto avanzata, potranno essere combattuti con questa nuova strategia.

Dunque, una scoperta eccezionale, che apre nuove prospettive per centinaia di migliaia di pazienti nel mondo. Per almeno metà dei pazienti con cancro della mammella (e in un prossimo futuro probabilmente anche per pazienti affetti da altri tumori, anche in fase avanzata) si aprono nuove e concrete speranze. Il Covid ci ha

ricordato nel modo più brutale possibile quanto la scienza possa essere fondamentale nel migliorare la nostra vita, nel risparmiarci dolore, lutti e malattie. Il fatto che di fronte a un grande successo scientifico sia scattato un applauso come avviene in uno stadio quando una squadra va in rete con una bellissima azione di contropiede significa forse che si sta cominciando a capire quanto possano essere importanti i gol che può segnare la scienza. Con una importante differenza: nel calcio la squadra che segna vince, e l’altra perde. Con i gol della scienza vinciamo tutti.

***Il nuovo farmaco è un anticorpo monoclonale potenziato
Con i suoi legami può attaccare le cellule cancerogene***

Il Covid ci ha ricordato nel modo più brutale quanto la scienza possa migliorare la nostra vita



Le parole del futuro

Fabio Puglia, ingegnere a capo dell'italiana Oversonic Robotics, parla di Robee, macchina al servizio di medicina e industria: «Ha mani, occhi e voce. Si interfaccia con gli altri e può fare lavori rischiosi»

Robot umanoide, anche il pericolo è il suo mestiere

L'INTERVISTA

Dobbiamo abituarci all'idea di robot dalle sembianze umane, sempre più presenti nella nostra quotidianità. Stanno arrivando nelle industrie, sono sperimentati negli ospedali ed usati negli hotel. In un futuro non troppo lontano, saranno i nostri collaboratori domestici o compagni di gioco dei bambini. L'Italia è tra i big nella tecnologia robotica ed ora può contare anche sulla scommessa di un ingegnere italiano, Fabio Puglia, che nel 2020 ha fondato Oversonic Robotics, impresa 100 per cento italiana, pronta a competere nel mercato globale, con Robee, un robot umanoide.

Lei si occupa di sistemi di cognitive computing, cosa significa?

«Sono sistemi di nuova generazione che danno a queste macchine la possibilità di interagire con il mondo circostante, perché uno dei passaggi importanti di sviluppo di robotica e machine learning, permette di dare ai robot la capacità di orientarsi nel mondo e reagire alle sollecitazioni, quindi comprendere l'esterno grazie agli algoritmi con cui sono programmati. Hanno la possibilità di scegliere ed interagire con lo spazio, direi che hanno una certa indipendenza, basata sul training ed informazioni che vengono trasferite».

Nella robotica umanoide, l'Italia come si posiziona rispetto a

paesi più avanzati?

«L'Italia è tra i primissimi paesi al mondo nella robotica umanoide insieme a Giappone e Stati Uniti. C'è una grande cultura tecnologica nelle università, come quella di Pisa, e nei centri di ricerca, come l'IIT di Genova, in cui abbiamo un know how strutturato e non solo nozionistico».

È una tecnologia che ci fa immaginare un futuro in cui uomo e macchine divideranno gli stessi spazi. È così?

«Si andiamo verso questo tipo di sviluppo, un'interazione più profonda uomo-macchina; macchine che abbiamo concepito come umanoidi per togliere all'essere umano tutte quelle attività lavorative pericolose o ripetitive».

Lavori pericolosi. Quali?

«Per esempio nel settore chimico, dove alcuni operatori per le loro attività sono costretti a fare le analisi del sangue ogni due settimane, anche se ci vengono chiesti nel post-vendita dove potremmo avere un collega robot in grado di accedere al cloud in tempo reale, quindi a tutte le informazioni necessarie, in cui un rapporto con un robot deve essere pensato come un umanoide, per creare empatia».

Veniamo al vostro robot, Robee. Me lo descriva.

«È un robot umanoide alto 1,75 metri, pesa 75 chili, fatto di un mix di materiali metallici e polimeri in stampa 3D, che gli permettono di essere leggero; ha due braccia, due gambe ed una

testa con due occhi, con la sola differenza che si muove su ruote omnidirezionali, per spostarsi con facilità. È stato concepito per lavorare sia nell'industria che in ambienti sanitari; in fabbrica valorizza gli aspetti meccanici, come il riconoscimento ed uso di oggetti, in ospedale invece dovrà potenziare la sua capacità di creare empatia per relazionarsi con le persone. Lo abbiamo

sviluppato per applicazioni nelle aziende manifatturiere, nell'industria 4.0 a vocazione digitale che necessitano di un continuo spostamento di oggetti, quindi di una maggiore versatilità di utilizzo nel corso della giornata».

Cosa è in grado di fare?

«La sua cognitività la applica utiliz-



zando la computer vision, infatti ha due telecamere al posto degli occhi, a cui si aggiungono le altre

10 montate sul corpo che gli consentono di orientarsi nello spazio, valutare la distanza, muoversi, riconoscere e prendere oggetti. Può avere le mani, ma anche le pinze che può mettere o togliere da solo ed un'autonomia di batteria di 8 ore».

Viene programmato in base all'ambiente di applicazione?

«Abbiamo fatto delle scelte di codifica molto intuitive che consentono all'operatore di programmarlo in modo semplice, ma anche di gestire Robee vocalmente, emulando il comportamento umano».

Quindi il software di intelligenza artificiale, gli consente di imparare?

«Sì, in base all'attività che compie. Se deve fare un percorso da A a B, imparerà ad ottimizzare i tempi, se prende oggetti, ne prenderà sempre di più, se fatica a

prendere un pezzo lo prenderà in modo diverso, è un robot davvero evolutivo».

Che grado di autonomia creatività può avere?

«Il robot svolge attività ripetitive, ma ha una capacità di adattamento ed analisi del mondo circostante. Se per esempio si accende una luce rossa, la macchina interrompe la sua attività e dà l'allarme, senza l'intervento umano. Se entra un uomo in un'area di lavoro vietata, Robee interrompe l'attività e avvisa la persona di uscire dall'area vietata».

La comunicazione tra uomo e RoBee come avviene?

«Attraverso la programmazione, in remoto tramite cloud, però la forma d'interazione più usata è quella vocale, perché Robee è dotato di un vocabolario che gli permette un dialogo legato alla sua attività di lavoro, ma lo stiamo preparando anche a chiacchierare, perché le aziende ci chiedono la possibilità di viverlo come un collega per stimolare l'empatia».

l'empatia».

Avete sviluppato anche un progetto con la Fondazione Santa Lucia di Roma per la neuroriabilitazione.

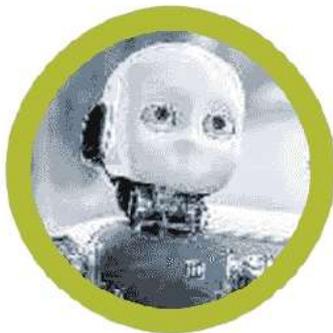
«I ricercatori del Santa Lucia stanno svolgendo una fase di sperimentazione con Robee per aiutare i pazienti a compiere esercizi di neuroriabilitazione, come se fossero degli operatori sanitari».

Sul lato cyber sicurezza, Robee è sicuro al 100% da un attacco hacker?

«È dotato di una tecnologia di crittografia post-quantum, che resiste anche agli attacchi di computer quantistici, la macchina è concepita come un blocco chiuso in cui non si può entrare».

Paolo Travisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fabio Puglia, 50 anni, laureato in fisica e matematica all'Università Statale di Milano, si occupa di robotica ed automazione. Nel 2006 chiude l'acquisizione di una raffineria per la produzione del biocarburante a Belo Horizonte, nel 2014 guida la negoziazione degli accordi e firma l'accordo finale con Tamas Group. Nel 2017 partecipa al congresso di Pasadena organizzato dalla NASA dal titolo: "High temperature thermoelectric heat exchanger and optimization of dissipative systems applied in automotive". Nel 2018 è tra i fondatori del polo sulla Cyber Security Start 4.0 del MISE a Genova e dal 2020 è presidente di Oversonic Robotics.

«ALLA FONDAZIONE SANTA LUCIA DI ROMA LAVORA CON I MEDICI DANDO IL SUO AIUTO PER ESERCIZI NEURORIABILITATIVI»

«NEL SETTORE CHIMICO PERMETTE DI EVITARE AGLI OPERATORI TUTTI QUEI CONTATTI PARTICOLARMENTE DELICATI E INVASIVI»



Qui sopra, l'ingegnere Fabio Puglia, 50 anni, presidente di Oversonic Robotics. In alto, il robot umanoide Robee

I NUMERI

75

In chilogrammi è il peso complessivo di Robee, mix di metalli e polimeri

8

Sono le ore di autonomia. Si carica da solo per ridurre l'impegno dell'operatore

2022

Dopo i primi prototipi, Robee arriverà in commercio nel prossimo autunno

18

I mesi di sperimentazione al Santa Lucia per mettere in relazione Robee e i pazienti

50

Gli ingegneri impiegati in Oversonic tra meccanica, elettronica e software



Anitec-Assinform indica le priorità per sfruttare il potenziale del digitale in ambito sanitario

I big data fanno bene alla salute

Nel 2022 si stima un valore di mercato di 135 milioni di euro

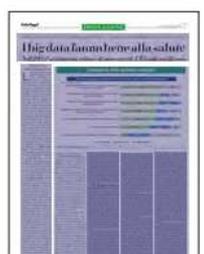
Pagina a cura

DI ROXY TOMASICCHIO

La sanità italiana inizia a parlare digitale: dalla ricerca scientifica alle strutture ospedaliere, passando per la diagnostica, i dati cominciano a essere protagonisti. Lo dimostrano le cifre. Per quanto riguarda la cosiddetta digital health, ossia la sanità digitale, la spesa ha registrato una forte accelerazione, con un tasso di crescita a doppia cifra nel 2021. E in particolare, il comparto big data e analytics, cioè la raccolta e l'analisi della infinita mole di dati prodotti in questo caso in ambito sanitario, corre ancor più veloce: nel 2022 è stimato un valore complessivo di 135 milioni di euro (+12,5% rispetto al 2021), che saliranno, in proiezione, a 200 milioni nel 2025. Il tasso di crescita medio annuo a due cifre (13,6%) dimostra la rapidissima evoluzione di questo mercato. Ma non è ancora sufficiente a colmare il divario con altri paesi. Esistono, infatti, limiti di interoperabilità, cybersicurezza e competenze digitali. La diagnosi arriva dal rapporto di **Anitec-Assinform**, l'Associazione italiana per l'information and communication technology (Ict) aderente a Confindustria, intitolato «Una Data Strategy per la sanità italiana», elaborato dal gruppo di lavoro «Digital transformation in sanità», che ha predisposto una sua formula per creare valore in sanità partendo dai dati. «La sanità italiana è uno dei nostri punti di forza», ha com-

mentato **Marco Gay**, Presidente di Anitec-Assinform, «in un paese di cui spesso lamentiamo ritardi e inefficienze, non possiamo non registrare come la crisi pandemica abbia messo in luce anche le tante virtù del nostro sistema sanitario: la qualità, l'accessibilità, la reattività. Dal personale sanitario alle strutture pubbliche e private alle aziende, si è lavorato in maniera eccezionale a conferma dell'importanza di disporre un sistema sanitario universale a servizio dei cittadini. Ma siamo consapevoli che la sanità italiana molto deve fare per superare i limiti che la frammentazione istituzionale delle amministrazioni pone, insieme alla carenza di investimenti pubblici che purtroppo prosegue da tempo. Il settore sanitario produce tantissimi dati che potrebbero e possono essere impiegati in diversi ambiti con benefici tanto per il pubblico che per il privato», ha aggiunto Gay, «per sfruttare il potenziale del patrimonio informativo non basta però avere grandi dataset. Serve un indirizzo strategico che guidi alcune azioni sistemiche su macro-temi necessari a rendere quei dati realmente utili. Su tutti: cybersecurity, formazione e interoperabilità».

L'importanza dei dati. Secondo una stima di Mordor Intelligence, società che fornisce



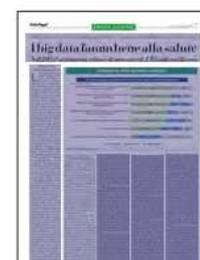
indagini di mercato, la gestione dei dati nel settore sanitario valeva 23,7 miliardi di dollari (oltre 22 miliardi di euro), nel 2020, con una previsione di crescita sino a 58,4 miliardi (54 miliardi di euro) entro il 2026, facendo arrivare il tasso annuo di crescita composto al 16,24%. Per l'Italia, NetConsulting Cube stima, come anticipato, un valore di 135 milioni di euro per quest'anno. E, ancora, stando al rapporto annuale «Il digitale in Italia», il valore complessivo del mercato italiano Big Data è previsto arrivi a 1,5 miliardi di euro nel 2022 e a 2,1 miliardi nel 2025 (tasso di crescita medio annuo 2020/24 del 12,9%).

Ma queste cifre come si traducono sul campo, o, meglio, in corsia? Per quanto riguarda la raccolta e la gestione dei dati, sempre per NetConsulting Cube, gruppo operativo in ambito di analisi di mercato e consulenza sul digitale, il 71% delle aziende dichiara che i dati clinici e amministrativi restano in prevalenza all'interno dei sistemi che li generano e non sono condivisibili. Allo stesso tempo il 59% dichiara che i dati sono già fruibili per l'uso secondario (ricerca e innovazione, per esempio) e il 29% che lo saranno in futuro. Risultano poco diffusi i cosiddetti data lake/data platform, cioè le piattaforme per l'archiviazione e l'analisi delle informazioni: il 12% dichiara di avvalersene, il 35% di progettarne l'adozione futura, mentre più di una azienda sanitaria su due (il restante 53%) non utilizza tali risorse né ne pianifica l'utilizzo in futuro.

Eppure, qualcosa si muove: il 52% delle aziende ha in corso progetti di revisione; di questi, l'82% riguarda la revisione della data governance, quindi la gestione vera e propria, e il 55% il rinnovo dell'architettura delle piattaforme.

Una strategia basata su cinque pilastri. Portare i dati da volume a valore: è questo l'obiettivo. Per compiere il primo passo Anitec-Assinform ha individuato cinque aree per costruire una strategia dei dati per la sanità italiana. Si parte dal tema delle competenze, nodo cruciale per il successo dei programmi di trasformazione digitale in sanità. Per una vera digital transformation bisogna agire su due fronti: aumentare le competenze di base nella popolazione e rinforzare le competenze informatiche specialistiche nel sistema sanitario nazionale.

Altra priorità è la cybersicurezza. Il dato sanitario è per sua natura sensibile. La sicurezza informatica è da considerare come componente essenziale di qualsiasi processo di trasformazione digitale in ambito sanitario. Ogni progetto di digitalizzazione dei processi sanitari si deve sviluppare con una logica di «security by design», in altre parole prodotti e funzionalità software ideati per essere fondamentalmente sicuri. Nelle organizzazioni sanitarie non si può fare a meno di un'organizzazione dedicata alla sicurezza con figure competenti. La priorità dev'essere la continuità operativa e la sicurezza di un patrimonio informativo sensibile come quello clinico-sanitario. È essenziale creare una cultura diffusa della sicurezza che coinvolga l'intera organizzazione attraverso piani di formazione che



consentano a tutti i professionisti della salute di difendere il patrimonio informativo, la privacy e l'operatività delle organizzazioni sanitari.

A differenza dei dati amministrativi, già organizzati per verificare i costi del Ssn, i dati clinici esistono ma sono molto frammentati. Sono necessarie, quindi, norme chiare sulle possibilità di utilizzo e scambio dei dati, per mettere a frutto le esperienze già fatte nel campo dell'intelligenza artificiale.

Infine, una «data-driven healthcare», una sanità guidata dai dati, presuppone l'esistenza di un'infrastruttura capillare che consenta la raccolta, il trasferimento, l'elaborazione e la fruizione dei dati. Anitec-Assinform, quindi, suggerisce l'adozione di linee guida comuni che aiutino le organizzazioni sanitarie a dotarsi di infrastrutture adeguate e affidabili che, una volta realizzate, dispongano di strumenti che permettano un attento monitoraggio per erogare

servizi di qualità all'utenza.

Da non trascurare un ulteriore passaggio: da una logica di uso verticale dei dati, finalizzata al singolo progetto, a una strategia che valorizzi standard, collaborazione e riuso dei dati in senso trasversale, multidisciplinare. Bisogna lasciare il modello che utilizza prettamente i dati clinici per adottarne uno che sappia integrarli con altri tipi di dati: i «life data», vale a dire dati «esogeni» agli episodi clinici ma che possono influenzare il benessere. Tradizionalmente i sistemi sanitari si sono concentrati sulla gestione degli episodi clinici relativi allo stato di malattia e sui dati da essi generati, ma è riconosciuto che lo stato di salute e la prospettiva di vita in salute dipende da fattori che vanno oltre questi episodi e che attengono ambiti diversi. Per esempio, si può fare riferimento al nostro patrimonio genetico ma, in misura ancor più rilevante, sono determinanti fattori come condizioni so-

cio-economiche, ambientali, abitudini, stili di vita e comportamenti.

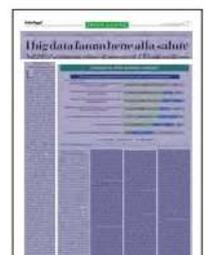
«La sanità è un settore strategico che interessa la vita di tutti. È la struttura portante del nostro welfare», ha concluso il presidente Gay, «per questo dobbiamo renderla accessibile, efficiente e di qualità. L'innovazione è fondamentale per un servizio pubblico che non lasci nessuno indietro. La sanità del futuro avrà bisogno della trasversalità dei dati per migliorare la qualità della vita delle persone. Investire bene anche i fondi del Pnrr sulla Missione 6 sarà fondamentale».

— © Riproduzione riservata — ■

L'approccio delle aziende sanitarie



Fonte: NetConsulting cube, 2021



Il trend

L'industria dei dispositivi medici soffre il calo di export e produzione

È un settore che vale 6 miliardi e ha connotati di qualità. Il Covid lo ha penalizzato, favorendo il commercio di tamponi e mascherine che l'Italia non faceva, e tagliando altri segmenti di business

MARCO FROJO

La pandemia ha frenato il mercato dei dispositivi medici. La crescita della spesa pubblica (più 7,7% a 8,4 miliardi di euro, legata soprattutto ai prodotti per il Covid) non è stata sufficiente a controbilanciare il crollo di quella privata (meno 25% a 2,4 miliardi). Il valore complessivo è dunque diminuito dell'1,8% a 10,8 miliardi di euro.

Il dato più preoccupante fra quelli contenuti nel report annuale di Confindustria Dispositivi Medici è però quello riguardante l'import-export. Nel 2020 (ultimi dati disponibili) le importazioni sono aumentate del 4,9% a 8,5 miliardi, mentre le esportazioni sono scese del 5,3% a 5,4 miliardi.

La produzione italiana è così diminuita del 13% a 6 miliardi e gli investimenti in ricerca e sviluppo hanno subito un tracollo del 26,9% a 683 milioni di euro. Il 52,5% delle imprese, inoltre, ha visto le entrate diminuire, dato confermato anche dagli indici Roe (*return on equity*) e Roi (*return on investment*) che indicano un peggioramento in termini di redditività.

Secondo i dati raccolti dall'associazione di categoria, negli ultimi due anni c'è stato un aumento del 30% delle importazioni dall'Asia (più 15,1%), in particolar modo dalla Cina. Se si guarda ai prodotti, a fare la parte del leone sono le importazioni di dispositivi per la diagnostica in vitro, come tamponi e reagenti; è però anche cresciuto l'import di dispositivi elettromedicali. Di contro l'export ha fatto registrare una contrazione generalizzata, con picchi negativi per i prodotti venduti in

Gran Bretagna (meno 19,5%), Polonia (meno 14,4%) e Stati Uniti (meno 12,3%). È invece aumentata l'esportazione verso il Belgio (più 50%), i Paesi Bassi (più 6,4%) e la Spagna (più 6%).

«Questi dati sul commercio estero rivelano due criticità presenti nel nostro Paese: la mancanza di una adeguata produzione interna che ci ha spinto a comprare molti beni indispensabili all'estero e la ricerca di prodotti a basso costo che privilegiano il prezzo rispetto alla qualità – spiega Massimiliano Boggetti, presidente di Confindustria Dispositivi Medici – In Europa se ne sono accorti e si moltiplicano gli investimenti a rafforzare il tessuto produttivo del comparto nei Paesi membri. Finora abbiamo assistito a molte occasioni perse: laddove Paesi europei gettavano le basi per costruire un mercato interno forte e autosufficiente, l'Italia mancava di visione non investendo sulla creazione di un tessuto produttivo solido e diversificato. Abbiamo fatto poco o nulla per portare in Italia aziende che hanno all'estero know-how e produzione alla ricerca di condizioni più vantaggiose».

Boggetti rileva poi come questo settore produttivo debba ora fare i conti anche con l'aumento delle materie prime: il prezzo del ferro è cresciuto del 52%, quello dell'alluminio del 40%, quello dell'acciaio inox del 36%. «È aumentato anche il costo dei materiali plastici (più 35%) e della componentistica elettronica (più 32%), tutti fattori che, uniti al rallentamento delle attività ambulatoriali, hanno penalizzato il settore presente nel nostro Paese» pro-

segue Boggetti.

Eppure il comparto dei dispositivi medici conta ben 4.546 aziende, che occupano 112.534 dipendenti. Si tratta di un tessuto industriale molto eterogeneo, altamente innovativo e specializzato, dove le piccole aziende convivono con i grandi gruppi. Sono 2.523 le imprese che si occupano di produzione, 1.643 quelle specializzate nella distribuzione e 380 quelle di servizi. Quasi una su tre (28,9%) è attiva nel campo del "biomedicale", c'è poi un 13,2% delle aziende che si occupa di "biomedicale strumentale" e un 11,2% di "dispositivi a base di sostanze". Seguono gli "elettromedicali e servizi integrati" (7,9% del totale), gli "ausili" (7,5%), la "diagnostica in vitro" (7,4%), le "attrezzature tecniche" (6,2%), "l'home&digital care" (5,2%), il "dentale" (4,6%) e "l'ottica" (4,2%).

Il Settentrione è l'area con la maggiore concentrazione di imprese e di fatturato. Più di otto aziende su dieci (81%) sono concentrate al nord, con la Lombardia che conta 1.394 imprese, l'Emilia-Romagna 524, il Veneto 498 e il Piemonte 252. Il Centro è caratterizzato da una buona presenza di imprese che si concentra per quasi la totalità in due regioni: Lazio (458) e Toscana (294). L'area Sud e delle isole, infi-



ne, fa registrare una minore presenza di aziende di grandi dimensioni ma, al contrario, risulta essere un ambiente in cui figura una solida realtà di start-up innovative. Per quel che riguarda invece la forza lavoro ci sono tre regioni, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, che vedono la presenza di ben il 65% del totale degli occupati. Il loro livello di formazione è molto alto: quasi uno su due (48,6%) è laureato, mentre un altro 37,6% è diplomato.

Il tessuto imprenditoriale del settore è caratterizzato da una forte prevalenza di piccole e medie imprese (circa il 94% del tota-

le), mentre le start-up e Pmi innovative attive nel settore sono 298 in totale. L'Home&digital care è il comparto che vanta il maggior numero di queste imprese altamente innovative, seguito dal biomedicale e dagli "elettromedicali e servizi integrati".

L'opinione



Due criticità nel nostro Paese: la mancanza di un'adeguata produzione interna, che ci ha spinto a comprare molti beni indispensabili all'estero, e la ricerca di prodotti a basso costo che privilegiano il prezzo rispetto alla qualità

Il regolamento



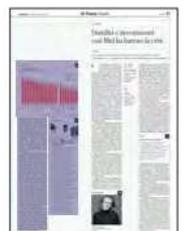
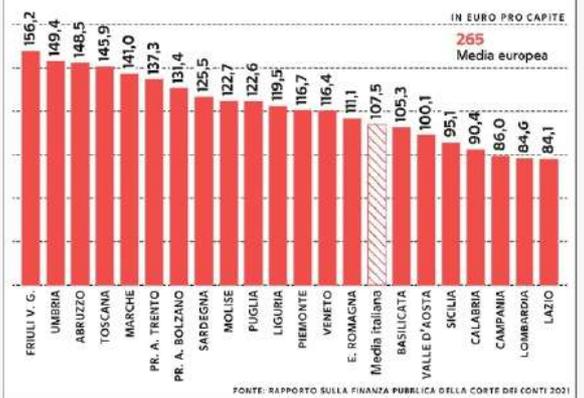
LA NUOVA CLASSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI

Dal 26 maggio scorso è applicabile il nuovo regolamento Ue sulla diagnostica in vitro (lvdv 2017/746). La normativa rappresenta un significativo rafforzamento del sistema esistente soprattutto in materia di sicurezza e prestazioni. Il regolamento prevede infatti l'introduzione di alcuni requisiti per tutti gli operatori economici, laboratori, organismi notificati e autorità competenti. Le principali novità sono costituite da una nuova classificazione dei dispositivi, da nuove procedure di valutazione della conformità, da nuovi requisiti per evidenze cliniche, valutazione delle prestazioni e studi delle prestazioni e da nuovi obblighi per i fabbricanti, mandatari, importatori e distributori. È inoltre previsto l'obbligo della nomina di un responsabile per il rispetto della normativa e il rafforzamento dell'attività di vigilanza e di sorveglianza post market. È infine entrata in funzione la banca dati europea Eudamed, sviluppata dalla Commissione europea appositamente per attuare il regolamento lvdv.

I numeri



LA CLASSIFICA REGIONALE DELLA SPESA PUBBLICA PRO CAPITE PER DISPOSITIVI MEDICI



Dir. Resp.: Luciano Fontana

COVID, CURVA IN RISALITA

Lazio, 2.700 contagi: tasso positivi al 17,3%

Curva del Covid in risalita nel Lazio. Ieri su 15.525 tamponi, sono stati registrati 2.700 nuovi casi (-242), due i decessi: 454 i ricoverati (+2), 29 le terapie intensive (-2) e +2.013 i guariti. Il rapporto tra positivi e tamponi è al 17,3%. I casi a Roma città sono stati 1.672.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

