



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

06 Luglio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Con gli organi della piccola Greta salvate tre vite umane

Sono stati prelevati fegato, reni e cuore già trapiantati su tre bambini in lista d'attesa

06 Luglio 2023

Riceviamo e pubblichiamo una nota stampa dal Centro Regionale Trapianti Sicilia:

I genitori della piccola Greta di 4 anni, deceduta dopo essere caduta domenica scorsa dal secondo piano della sua abitazione, hanno detto sì alla donazione degli organi.

Greta si è spenta martedì scorso, al Trauma Center dell'ospedale Villa Sofia di Palermo. I medici avevano dichiarato la morte cerebrale. Sono stati prelevati fegato, reni e cuore già trapiantati su tre bambini in lista d'attesa. «Voglio ringraziare la sensibilità dei genitori – dichiara il dott. Giorgio Battaglia – Coordinatore del Centro Regionale Trapianti Sicilia - che nel dolore straziante hanno acceso la speranza ad altri bambini che erano in attesa di trapianto. Questo grande atto d'amore nei confronti del prossimo ha permesso di salvare tre piccole vite. Ringrazio, gli infermieri del CRT Operativo che hanno coordinato tutta l'attività con il supporto del dott. Antonio Scafidi, i rianimatori, chirurghi e infermieri del Trauma Center, che in questi giorni hanno lavorato assiduamente con la loro professionalità e serietà, rendendo possibile il raggiungimento di tale risultato».

Comunicato CRT Sicilia



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

100%
NOTIZIE
AUDACI

Mazara del Vallo, Greta salverà 3 bambini: è morta dopo essere precipitata dal balcone

6 Luglio 2023

Salveranno tre bambini gli organi della piccola **Greta Giacalone**, la bimba di 4 anni precipitata **domenica 2 luglio**, intorno alle 20:30, dal balcone del secondo piano della sua abitazione in via Castelvetro a **Mazara del Vallo**. **La piccola è morta martedì 4 luglio** all'**Ospedale Villa Sofia di Palermo** per le gravi ferite riportate e dopo aver subito l'asportazione della milza.

Greta Giacalone è deceduta dopo due giorni di agonia dopo essere precipitata dal secondo piano

Un trauma cranico ed un serio problema polmonare si sono rivelati fatali alla ragazzina. I genitori hanno deciso di donare gli organi dopo che i medici hanno dichiarato la **morte celebrale**. **Fegato, reni e cuore della piccola Greta** sono stati già **trapiantati** su tre bambini che erano in lista d'attesa.

"Voglio ringraziare la sensibilità dei genitori che nel dolore straziante hanno acceso la speranza ad altri bambini che erano in attesa di trapianto. Questo grande atto d'amore nei confronti del prossimo ha permesso di salvare tre piccole vite" – ha detto Giorgio Battaglia.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Donati fegato, cuori e reni, salvati tre bimbi in lista d'attesa

Il coordinatore del Centro regionale Trapianti Sicilia ha poi ringraziato gli infermieri del CRT Operativo che hanno coordinato tutta l'attività con il supporto del dottor Antonio Scafidi, i rianimatori, chirurghi e gli infermieri del Trauma Center. I **funerali di Greta Giacalone** saranno celebrati **venerdì 7 luglio alle ore 11.30** presso la **Cattedrale SS. Salvatore**, in Piazza della Repubblica a **Mazara del Vallo**.



Dir. Resp. Marco Girardo

Donna morta in ospedale dopo una Tac

Una donna di 44 anni, Federica Borrometi, è deceduta nella notte tra martedì e mercoledì al Pronto soccorso dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Ragusa per uno choc anafilattico conseguente ad un ascesso molare. La donna, originaria di Napoli, ma da tempo residente a Scicli, si era recata in ospedale perché lamentava dolori all'arcata dentaria. Dopo che i medici l'avevano sottoposta ad una Tac, la

paziente ha perso conoscenza: inutili i tentativi dei sanitari. La direzione dell'azienda ospedaliera ha avviato un'indagine interna. La signora aveva eseguito una Tac con l'utilizzo del mezzo di contrasto.



Aziende sanitarie locali, le vie dell'antipolitica sono infinite

ANTONIO FLORIDIA, MARCO GEDDES DA FILICAIA

■ ■ Le vie dell'antipolitica sono davvero infinite, anche quando lastricate dalle migliori intenzioni, se anche una persona stimabile e stimata come il senatore Crisanti (si veda la sua intervista al *manifesto* del 25 giugno) sembra vittima di un facile gioco polemico, che rischia di sviare l'attenzione dai veri problemi della sanità italiana, che non occorre qui richiamare. Crisanti si è fatto promotore di una petizione, a sostegno di un suo disegno di legge, per modificare le procedure di nomina dei direttori generali del Aziende sanitarie. Il Ddl prevede che tali nomine siano effettuate da una Commissione istituita dall'Anac (L'Autorità anticorruzione) e composta da rappresentanti dei medici, degli operatori sanitari, da un rappresentante delle associazioni dei pazienti e da uno indicato dal Sindaco in cui ha sede l'Azienda. Crisanti giustifica questa sua proposta con il consueto richiamo all'invadenza della politica, ma anche - e questo è un aspetto singolare - alla necessità della «partecipazione».

Nel merito va detto che le norme attuali prevedono già rigorosi criteri per la selezione dei Direttori: un particolare curriculum, precedenti esperienze dirigenziali di almeno un quinquennio, una formazione specifica presso alcune istituzioni accademiche di alto livello.

Tali requisiti sono esaminati da una commissione nazionale che, attraverso una procedura di valutazione, definisce un apposito Albo presso il Ministero della Salute. La Regione, tramite il «legale rappresentante», cioè il Presiden-

te, sceglie da tale elenco (dopo aver acquisito, per le Aziende Ospedaliere Universitarie, il parere favorevole del Rettore) il professionista a cui affidare la direzione dell'Azienda sanitaria.

Senza dubbio, la storia delle nomine, in questo campo, presenta non pochi casi di scelte dettate da logiche di potere, o anche peggio: e non sempre le Regioni si sono rivelate in grado di dare obiettivi precisi ai propri amministratori.

Ma siamo certi che una Commissione quale quella ipotizzata da Crisanti sia la soluzione? Ritiene forse che una siffatta Commissione, composta da medici, operatori sanitari, rappresentanti delle associazioni dei pazienti nonché delle istituzioni territoriali (un sindaco di un capoluogo di Regione parteciperà direttamente o tramite delegato di fiducia alla nomina di numerosi Direttori della Asl, delle diverse Aziende ospedaliere e

Policlinici universitari!), possa essere miracolosamente immune da poco limpide reti di relazioni politiche e professionali? E dovrebbe essere poi il Ministro a provvedere al decreto di nomina? Davvero, per questa via, la politica potrebbe essere buttata «fuori dagli ospedali»? Non crediamo proprio.

Questa procedura potrebbe avere ancora una qualche giustificazione se la sanità nel nostro Paese fosse materia riservata al Governo nazionale; ma, com'è ben noto, non è certo ciò che prevede, in questo momento, il nostro assetto istituzionale (e gli orientamenti per il futuro, con le richieste di Autonomia differenziata, si muovono - purtroppo - in tutt'altro senso).

Spetta dunque alla Regione e alle sue decisioni politiche la responsabilità di scegliere le persone a cui affidare, in ba-

se a un rapporto fiduciario, la Direzione delle sue aziende. Persone che abbiano una qualificazione certificata, ma che non possono non condividere le strategie e le «politiche sanitarie» dell'ente a cui rispondono. È bene che si metta un punto fermo e che si facciano le dovute distinzioni, di fronte ad un confuso intreccio tra «politica» e «tecnici», laddove la prima tende a scaricare e a offuscare le proprie responsabilità, e i secondi si fanno scudo del deficit di orientamento e di programmazione di cui la politica è preda.

Crisanti sostiene che alla politica dovrebbe essere riservato solo un ruolo di controllo: ma le scelte di politica sanitaria sono eminentemente politiche, non possono essere derubricate a mera «tecnica».

Appare poi fuorviante l'idea che la «partecipazione» possa essere assicurata coinvolgendo i «cittadini» nella nomina di incarichi gestionali (ma poi, in che modo? Siamo certi che non ne nascano altre distorsioni?). Altri sono i terreni su cui questa partecipazione potrebbe e dovrebbe pienamente esprimersi: coinvolgendo opportunamente la cittadinanza nelle scelte di programmazione, in particolare della sanità territoriale, valorizzando conoscenze e esperienze diffuse che possono contribuire ad una migliore definizione delle politiche.

Certo, la «politica» versa in cattive acque. Ma proposte come quella avanzata da Crisanti si illudono di poter aggirare il problema e non darebbero alcun reale contributo alla sua soluzione, che deve essere cercata, innanzi tutto, lungo la via, impervia ma ineludibile, di una politica democratica che torni a «render conto» delle sue scelte ai cittadini.



Italia ultima per numero di posti nelle residenze sanitarie: solo 19 per mille abitanti over 65 anni



Il primo posto per aspettativa di vita alla nascita, pari a 83 anni, e per anni vissuti in salute, in media quasi 72, l'Italia è in fondo alla classifica per la capacità di offrire ai propri anziani assistenza a lungo termine. Con appena 19 posti per 1000 abitanti over 65 anni, abbiamo la più bassa disponibilità di strutture residenziali destinate agli anziani. A indicarlo sono i dati del documento 'Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni, realizzato dall'Ufficio valutazione e impatto del Senato che confronta i

nostri numeri con quelli di 7 Paesi: Canada, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia.

L'analisi conferma anche che l'Italia è ultima per spesa sanitaria pubblica totale in rapporto al Pil: il dato 2021 è pari al 7,1% del prodotto interno lordo, mentre la spesa pubblica statunitense, con il 15,9%, è al piccolo dei paesi considerati. Riguardo ai posti letto ospedalieri, l'Italia è terza fra i Paesi europei (anno 2020), con 3,2 posti a disposizione per 1.000 abitanti, mentre al primo c'è la Germania con 7,8 posti. Quanto al

numero di infermieri in attività per 1000 abitanti spicca il primo posto della Germania (12) mentre Italia e Spagna sono in fondo, con appena 6,3 e 6,1 professionisti.

Sa. Ma.



La salute in tribunale

Il tavolo tra medici, ospedali e ministero: ogni anno 35.600 cause, 9 su 10 finiscono in nulla. Ma la sanità pubblica è costretta a spendere 10 miliardi

Maria Sorbi

■ Fino a qualche anno fa gli studi legali più spregiudicati mandavano i giovani praticanti di fronte all'uscita dei pronto soccorso a procacciare clienti. Oppure distribuivano volantini vicino agli ospedali ortopedici. «Risarcimenti sicuri» promettevano. Oggi digitando su Google le parole 'colpa medica' ai primi posti compaiono voci sponsorizzate che recitano, più o meno: «Denunciare un medico, richiedi il tuo risarcimento. Risposta in tempi rapidi».

Ogni anno in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali contro medici e strutture sanitarie pubbliche, mentre ne giacciono 300mila nei tribunali. Oltre la metà di queste sono in corso tra Lombardia e Lazio. Ma nel 97% dei casi nell'ambito penale si traducono in un nulla di fatto e con il proscioglimento del medico, però con costi significativi.

Non si può tuttavia parlare di «nulla di fatto» per i costi. Indiretti. La paura delle denunce preoccupa i medici e ha un impatto sull'attività professionale quotidiana. Con il risultato che la medicina difensiva costa al sistema sanitario pubblico circa 10 miliardi l'anno. Per tutelarsi i medici prescrivono un esame in più, una tac che potrebbero evitare:

tutto pur di non finire nei guai legali. È quanto emerso di fronte ad Adelchi d'Ippolito, il presidente della Commissione ministeriale per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professionale medica, istituita con un decreto del ministro della Giustizia, Carlo Nordio, a marzo.

Spesso al centro delle denunce ci sono infezioni correlate all'assistenza sanitaria (6-700mila casi) che si trasformano in decessi nell'1% (parliamo comunque di 6-7mila persone). Si tratta di stime (in Italia non ci sono statistiche attendibili) e i casi sono in diminuzione. Il tema è caro al ministro della Salute, Orazio Schillaci, che si è già espresso a favore di una revisione in senso più protettivo della legge Gelli-Bianco attualmente in vigore. «L'obiettivo non è certo l'impunità, ma quello di individuare un perfetto punto di equilibrio tra la piena tutela del paziente e la serenità del medico, perché un professionista sereno è nell'interesse della collettività», spiega d'Ippolito, procuratore della Repubblica di Venezia, che negli anni di carriera ha ricoperto tra i vari incarichi anche il ruolo di primo Consigliere del ministero della Salute - Il dato dal quale partiamo è che su 100 denunce che si fanno contro i medici, solo 3 si concludono con la condanna. Quindi significa che le altre 97 si dimostrano infondate, appesantendo la Giustizia e rendendo i medici più preoccupati, costretti al ri-

corso alla medicina difensiva».

«La depenalizzazione della colpa medica significa la non imputabilità del medico per omicidio colposo/lesioni colpose. Noi siamo favorevoli, ma vi sono pareri contrastanti tra i giuristi - osserva il presidente di Omceo Milano, Roberto Carlo Rossi - Alcuni ritengono la richiesta anticostituzionale - rimarca - In merito alla questione qualche passo è stato già compiuto attraverso una 'blanda' revisione del Codice penale prevista dalla Legge Gelli, risultata tuttavia poco efficace. Va detto - aggiunge Rossi - che la stessa Gelli non viene equamente e adeguatamente applicata su tutto il territorio nazionale; pertanto, ha un ampio margine di miglioramento. Inoltre, anche da un punto di vista civilistico, i medici sono ancora troppo esposti. Infatti, se da un lato la legge Gelli favorisce che venga chiamata in causa la struttura sanitaria piuttosto che il medico, dall'altro il medico è a sua volta spesso tratto in causa dalla struttura».

I CAMICI BIANCHI

«La colpa medica? Un grande business. No all'impunità ma i dottori sono troppo esposti»

IL MINISTERO

«Troviamo un punto di equilibrio tra i diritti del paziente e la serenità lavorativa in corsia»



I dati della Commissione istituita da Nordio

Ogni anno contro i medici si intentano 35mila cause Ma il 97% finisce in nulla

Sono ben 300mila i contenziosi giacenti nelle procure italiane, Lombardia e Lazio le regioni in cui si presentano più esposti. Il procuratore D'Ippolito: «Bisogna trovare equilibrio fra tutela del paziente e serenità del dottore»

CLAUDIA OSMETTI

■ Erano i nostri eroi, ma adesso li portiamo in tribunale. Una, due, 35.600 volte all'anno: però di cause pendenti ce ne sono circa 300mila, il che vuol dire che, per derimerle tutte, i giudici dovrebbero trattarne 821 al giorno e non basterebbe un anno intero. Manco se bisesto. E, tra l'altro, il 97% dei casi penali finisce con un nulla di fatto, cioè col proscioglimento secco: così, intanto, i costi esorbitanti della giustizia li paga Pantalone. Cioè lo Stato, cioè noi contribuenti. I medici. I dottori, i chirurghi, i professionisti della salute: passati repentinamente nell'arco di due anni dall'essere i nostri "angeli del Covid" (fotografati col segno delle mascherine sulla faccia e in chiusi in corsia ventiquattrore su ventiquattro) a incarnare una delle categorie più citate, denunciate, querelate di sempre. Giusto per avere il polso della situazione: se digiti su Google le parole "colpa medica", che di questo stiamo parlando, le prime dieci voci che ti compaiono sono sponsorizzazioni e suggerimenti per «richiedere un risarcimento». Che ci sarà pure chi sbaglia, nessuno lo nega, come avviene in qualsiasi professione, ci sarà anche chi fa il furbo: ma adesso sta diventando un business, più che una legittima procedura di garanzia.

Per questo, all'università Statale di Milano, ieri mattina l'Omceomi (che è l'ordine provinciale milane-

se dei camici bianchi) e la Fimceo (la sua Federazione nazionale) hanno promosso un incontro con tanto di dati e statistiche sul fenomeno: che non ne possono più, loro, e pure giustamente, di aver a che fare con avvocati e legali e difensori alla bisogna. Specie in Lombardia e nel Lazio, dove si concentra oltre la metà dei processi intentati. Non che il problema degli errori in sala operatoria non esista, ci mancherebbe: in quasi 700mila casi riguarda un'infezione correlata all'assistenza sanitaria che si trasforma in decesso del paziente l'1% delle volte (ossia contiamo 7mila morti). Sembrano numeri impressionanti, probabilmente lo sono, però dobbiamo tenere a mente che ogni anno, in Italia, vengono operati più di quattro milioni di pazienti (dati del 2015): e comunque le cifre sono in diminuzione. Solo che l'altro lato della medaglia, che poi è quello del portafoglio, è che la cosiddetta "medicina difensiva" (della serie: la prescrizione di visite ed esami e test che non sono strettamente necessari, ma vai a vedere che non si sa mai e meglio avere le spalle coperte) ci presenta, ogni santissimo anno, una fattura che oscilla intorno ai dieci miliardi di euro, il 10% della spesa sanitaria nazionale e lo 0,75% del Pil. Hai detto niente.

Fosse solo quello. Fosse solo un problema economico. È che, semmai, diventa un cortocircuito nei servizi: perché allora gli ospedali s'intasano (più o meno inutilmen-

te), le liste d'attesa s'allungano (a dismisura), i tempi si dilatano (nello stesso modo) e tu resti lì, che magari ce l'hai per d'avvero, un'urgenza, ma è tutto prenotato, tutto coperto. C'è posto solo a novembre. Il ministro della giustizia Carlo Nordio, a marzo, ha istituito una commissione nazionale sulla colpa medica, che a oggi è guidata e coordinata dal procuratore della repubblica di Venezia Adelchi d'Ippolito: «L'obiettivo non è certo l'impunità», dice proprio Ippolito che punta a terminare i lavori del suo team entro l'aprile del 2024, «ma individuare un perfetto punto di equilibrio tra la piena tutela del paziente e la serenità del medico». Due cose, non serve grande immaginazione per rendersene conto, che sono strettamente legate.

«Noi oggi veleggiamo al ritmo di circa due o tre esposti al giorno, ne riceviamo una decina alla settimana», aggiunge Carlo Rossi, il presidente dell'ordine dei medici di Milano, «è un numero folle. E rispetto alla pre-pandemia abbiamo un cambiamento radicale dell'atteggia-



mento: c'è molta più aggressività, con un aumento di quattro volte rispetto al passato». Per dire. Recentemente anche il ministro della Sanità Orazio Schillaci si è espresso a favore della depenalizzazione (che non fa rima con immunità, sia chiaro) e di una revisione in senso più "protettivo" della legge Gelli - Bianco del 2017 (quella che riforma, appunto, la responsabilità medica). «Serve una protezione maggiore»,

conclude Rossi, «perché agire sulla complessità è l'agire quotidiano del medico, non un'eccezione». E spesso, guarda un po', ci salvano pure la pelle.

MEDICINA DIFENSIVA

Una conseguenza è la cosiddetta "medicina difensiva": esami e visite dovute all'eccessiva premura dei medici costituirebbero il 10% della spesa sanitaria, circa 10 miliardi l'anno

«NUMERI FOLLI»

«Veleggiamo al ritmo di circa due o tre esposti al giorno», spiega Carlo Rossi, presidente dell'ordine dei medici di Milano, «è un numero folle»

CAMICI BIANCHI IN TRIBUNALE



35.600

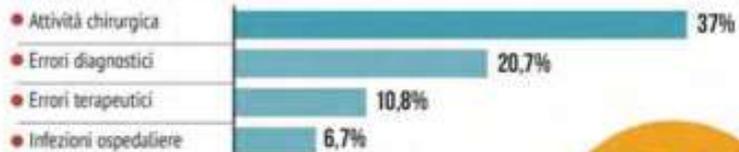
azioni legali contro medici e strutture sanitarie pubbliche intertate ogni anno



300.000

procedimenti contro medici e strutture sanitarie pubbliche che giacciono nei tribunali

MOTIVO DEI CONTENZIOSI



NEL 97%

dei casi si concludono con il proscioglimento



WITHUB





Dir. Resp. Marco Girardo

Aborto sì o no, l'America divisa in due

Un anno dopo la sentenza della Corte Suprema contro il "diritto federale", gli Stati degli Usa si schierano su fronti contrapposti. Come gli americani

ANGELA NAPOLETANO

Il 24 giugno per gli americani è stato il "Dobbs day". Il Paese ha fatto memoria della storica sentenza che, nel 2022, proprio nel giorno di san Giovanni, svuotò il "diritto all'aborto" della legittimità federale sancita nel 1972 dal verdetto "Roe vs Wade". La Corte Suprema, lo ricordiamo, l'anno scorso ha chiarito che l'interruzione volontaria della gravidanza non è prerogativa costituzionale e che dunque ogni Stato può (e deve) legiferare nel merito a seconda della volontà espressa dai parlamenti locali. Cosa è cambiato in dodici mesi?

Il quadro che descrive, oggi, l'accesso all'aborto Oltreoceano è complesso. I singoli Stati hanno preso alla lettera la sentenza "Dobbs vs Jackson" approvando nuove leggi, o modificando quelle vigenti, in chiave *pro-choice* o *pro-life*. Il risultato è una gamma di norme, diverse anche a seconda dei gradi di accesso o divieto, che, come sfumature di due colori, dipingono l'immagine di un Paese frammentato che qualcuno, a ragione, ha soprannominato Stati Disuniti d'America. Undici sono gli Stati, a trazione repubblicana, che hanno limitato l'accesso all'aborto in modo (quasi) totale: Alabama, Arkansas, Idaho, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Missouri, North Dakota, South Dakota, Tennessee e West Virginia. La Georgia ha legiferato per consentirlo entro le sei settimane di gestazione, come succedeva in Texas e Oklahoma già prima della sentenza dei giudici supremi. In Nebraska, Arizona, Florida, Utah e North Carolina, invece, è illegale, rispettivamente, oltre le 12, 15, 18 e 20 settimane.

Sul fronte opposto si segnala l'Oregon, oggi il più permissivo in materia, che si è aggiunto al gruppo dei cinque Stati (Vermont, Colorado, New Messico, Alaska e New Jersey) che, già in era pre-Dobbs, consentivano l'aborto a qualsiasi stadio della gravidanza. Il governo di Salem si è spinto fino a inserire l'aborto tra le prestazioni che, per legge, devono essere coperte sia dalla sanità pubblica (Medicaid) sia da quella privata. Si è inoltre impegnato a fornire protezione contro le aggressioni al personale delle cliniche abortive. In questa direzione si è mossa anche la California che ha inserito l'aborto nella Costituzione statale consentendolo fino a 24-26 settimane. A Sacramento è entrata in vigore una legge-scudo che proteggere i fornitori di servizi abortivi da indagini avviate in altri Stati. Lo stesso hanno fatto anche Washington, Minnesota, Illinois, Maryland, Massachusetts, Connecticut e Maine. Tra gli Stati più permissivi e quelli più restrittivi ci sono governi che contemplan soluzioni miste, più

o meno in linea con il regime in vigore prima del "Dobbs day", in cui l'aborto è garantito a certe condizioni.

Le statistiche (non ufficiali) che traducono in numeri lo scenario che si è assestato nel corso dell'anno segnalano un tendenziale calo degli aborti. Le rilevazioni di #WeCount, un progetto della Society of Family Planning, dicono che la media degli interventi eseguiti ogni mese negli Stati Uniti è scesa da oltre 82mila a circa 77mila. Anche in questo caso la visione d'insieme va adattata al contesto locale. Negli Stati in cui il divieto è stringente i numeri sono vicini allo zero. Laddove l'aborto è rimasto legale i casi sono aumentati in media di 2.100 al mese. Tendenza che confermerebbe i viaggi fatti da uno Stato all'altro per aggirare i limiti imposti a livello locale.

Nella galassia delle ricerche tese a dimostrare quanto la sentenza ha danneggiato il Paese è difficile trovare stime sull'impatto che ha avuto in chiave *pro-life*. Pochi si chiedono, per esempio, se sono nati più o meno bambini. L'unico studio effettuato al riguardo è della Bloomberg School of Public Health della Johns Hopkins University. Ma è limitato al Texas, dove il bando pressoché totale era in vigore già da settembre 2021. L'analisi ha rilevato che tra aprile e dicembre dello scorso anno ci sono state quasi 10mila nascite in più. Mark Melson, presidente del Gladney Center for Adoption di Fort Worth, sempre in Texas, ha segnalato in un'intervista a Nbc che nel 2022 il centro ha registrato un aumento del 30% delle adozioni.

Lo spaccato texano è solo una tessera del complesso puzzle complessivo che, va detto, è ancora in evoluzione. Alcune normative sono sospese, rimesse all'esito di contenziosi legali tentati per correggerle o ribaltarle. A farne da cornice è un dibattito politico ancora fortemente polarizzato. L'aborto tiene banco nei comizi che preparano il terreno alle elezioni presidenziali del prossimo anno. L'attuale inquilino della Casa Bianca, Joe Biden, mandante di ordini esecutivi sull'accesso facile alla contraccezione, agita i democratici sventolando lo spettro (alquanto improbabile) del proibizionismo su larga scala a cui, secondo lui, ambiscono i repubblicani. I candidati in lizza per la *nomination* dei conservatori, in particolare Mike Pence e Ron DeSantis, fanno a gara a chi promette di più contro l'aborto per intercettare l'ala a destra dell'ex presidente Donald Trump. Il nodo che dovrebbe unire per lo meno il fronte *pro-life* continua a spaccare e dividere.

In sintesi

1

Il 24 giugno 2022 la Corte Suprema di Washington emise la sentenza "Dobbs vs Jackson" che rovesciò quella storica del 1973 "Roe vs Wade"

2

La sentenza di 50 anni fa aveva aperto la strada alle leggi che in quasi tutto l'Occidente resero lecito l'aborto, assumendo un grande valore simbolico

3

Anche il nuovo verdetto ha un forte impatto in una società che si è ormai abituata al drammatico fenomeno delle interruzioni di gravidanza



APPROVATA DA AIFA

Cancro al seno, rimborsata in Italia la terapia per pazienti ad alto rischio

L americana Eli Lilly annuncia che Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, ha approvato con determina n. 415/2023 la rimborsabilità di abemaciclib in associazione alla terapia endocrina (Et, endocrine therapy) per il trattamento adiuvante di pazienti adulti con carcinoma mammario in fase iniziale (Ebc, Early breast cancer) positivo al recettore ormonale (Hr), negativo al recettore del fattore di crescita umano epidermico di tipo 2 (Her2), linfonodo-positivo e ad alto rischio di recidiva.

«Si parla di tumore al seno in fase iniziale quando non c'è stata diffusione metastatica, vale a dire non sono presenti metastasi a distanza - spiega Lucia Del Mastro, pro-

fessore ordinario di Oncologia medica Università di Genova, direttore Clinica di Oncologia medica Irccs Ospedale Policlinico San Martino di Genova - Dopo l'intervento chirurgico, in base a una serie di fattori che ci aiutano a capire qual è il rischio che queste donne possano sviluppare metastasi, si decide il trattamento post-operatorio, il cosiddetto trattamento adiuvante. Circa un 15% di tumori Hr+/Her2- sono a rischio aumentato di sviluppare metastasi e la possibilità di offrire a queste donne un trattamento aggiuntivo alla terapia endocrina, rappresentato da abemaciclib, è una opportunità molto rilevante per le nostre pazienti, che grazie a questo farma-

co hanno una riduzione clinicamente molto significativa del rischio di recidiva».

«Il trattamento con abemaciclib in combinazione con terapia endocrina - afferma Valentina Guarneri, ordinario di Oncologia medica e direttore Scuola di specializzazione in Oncologia medica Università di Padova - ha dimostrato di ridurre in maniera importante il rischio di recidiva nelle pazienti con tumore al seno in stadio iniziale, ma con un elevato rischio di ripresa di malattia. Quello che ci aspettiamo è che questo trattamento riesca ad aumentare la proporzione di pazienti guarite».





Dir. Resp. Marco Girardo

Cannabis terapeutica, serve chiarezza

Efficacia modesta come antiodorifico, caos nella prescrizione e nell'uso: i dati delle ricerche scientifiche più recenti sollevano dubbi. Le domande del farmacologo

SILVIO GARATTINI



Occorre chiarire preliminarmente che l'impiego della cannabis per scopi ricreazionali non può essere rivendicata come un'abitudine utile per la salute solo perché è entrata nell'ambito dei farmaci. È facile rispondere che la morfina è una droga anche se viene impiegata in terapia. Tuttavia anche in campo terapeutico la situazione non è molto chiara, perché i risultati sono ancora insufficienti per giustificare un impiego e ciò vale anche per l'indicazione più gettonata come l'attività antidolorifica.

Numerosi studi sono stati dedicati all'utilizzo della cannabis impiegando prodotti diversi in termini di dosi relative al principio attivo tetraidrocannabinolo rispetto alla presenza di altri cannabinoidi. L'eterogeneità degli studi, che rende difficile la realizzazione di revisioni sistematiche riguarda anche: la varietà delle indicazioni, la durata dei trattamenti, il basso numero di pazienti utilizzati e i *bias* presenti negli studi clinici controllati. Non va anche dimenticato che l'utilizzo per uso terapeutico di preparati a base di cannabis può avere un effetto diverso in pazienti che usano regolarmente il prodotto e che sono, perciò, soggetti a dipendenza, rispetto a pazienti che non hanno mai utilizzato cannabis. Questo tipo di informazioni è raramente presente, ma può influenzare il risultato finale. Va infine ricordato che i preparati di cannabis vengono somministrati a pazienti che, spesso, ricevono più di 5 farmaci, inclusi preparati oppioidi, per cui è molto difficile stabilire le numerose interazioni che possono avvenire. L'effetto riguardante il dolore, ad esempio, può essere dovuto a un blocco del metabolismo della morfina, che permette di aumentarne l'effetto o di diminuirne la dose.

Uno studio del 2022 su 275 pazienti con dolore cronico non dovuto a tumore aveva una mediana della concomitante assunzione di 6 farmaci inclusi oppioidi nel 65% dei casi e con il 35% dei casi che riceveva contemporaneamente 10 o più farmaci. È chiaro quanto possa essere difficile valutare il rapporto fra benefici e reazioni avverse. Ad esempio, la presenza di una maggior sonnolenza che diminuisce il dolore è un beneficio o un effetto avverso? Un altro studio ha esaminato la letteratura scientifica disponibile fino a ottobre 2021 riguardante i cannabinoidi di 19 condizioni di dolore, includendo 8 studi controllati e randomizzati per un totale di 240 pazienti (7 studi contro placebo e uno contro un antidepressivo). Gli autori hanno concluso che il beneficio era molto limitato e la qualità degli studi aveva un livello di attendibilità molto basso. Un'altra revisione sistematica è stata condotta su pazienti con dolore dovuto al cancro o ad altre ragioni. In 28 studi contro placebo, che includevano anche pa-





zienti senza tumore, è stato evidenziato solo un «piccolo» o «molto piccolo» effetto sul dolore, sulla quantità del sonno e sul funzionamento generale. Gli studi nei pazienti portatori di tumore sembrano essere più promettenti, anche se si tratta di ricerche condotte con pazienti non omogenei nei rapporti fra i cannabinoidi utilizzati, le dosi diverse e le durate di trattamento differenti, il che determina anche differenza nei termini di permanenza dei cannabinoidi nel sangue. Uno studio condotto su 660 pazienti, purtroppo senza controlli, non ha mostrato significativi effetti antidolorifici. In un altro studio con 399 pazienti trattati per 9 settimane, randomizzato, si osservò solo una riduzione nell'impiego di oppioidi. Altri studi mostrano un miglioramento del dolore ma solo per il 5-10% rispetto al placebo. In pazienti con sclerosi multipla l'unica indicazione, antispasticità, approvata dal Ssn per il rimborso di un prodotto a base di tetraidrocannabinolo (Δ^9 -Thc) + cannabinoidi (Cbd), è stata documentata in aggiunta a un miglioramento del sonno.

In Italia la situazione è molto confusa perché mentre il Ministero della Salute chiarisce che la cannabis per uso medico non cura le malattie ma agisce su alcuni sintomi, come dolore cronico, nausea e vomito legati alla chemioterapia antitumorale, anoressia e cachessia, nonché glaucoma, l'Aifa - l'autorità regolatoria per i farmaci - ha dato indicazioni solo per la spasticità nella sclerosi multipla per un prodotto commerciale contenente unicamente tetraidrocannabinolo + cannabinoidi senza altri principi attivi derivati dalla cannabis. I medici, però, possono prescrivere la cannabis in base alla loro libera scelta, usufruendo di prodotti disponibili in Italia, preparati sotto forma galenica dalle

farmacie autorizzate. L'unico produttore autorizzato è lo Stabilimento Chimico farmaceutico militare di Firenze che mette a disposizione due pre-

parati a base di infiorescenze macinate di cannabis: Fm2 che contiene Δ^9 -Thc (5-8%) + Cbd (7,5-12%) e Fm1 che contiene Δ^9 -Thc (13-20%) e Cbd (<1%). Questi preparati sono forniti alle farmacie che provvedono alla preparazione dei prodotti galenici. Poiché le quantità fornite dallo Stabilimento sono inferiori alle necessità si acquistano prodotti analoghi a base di infiorescenze essiccate di cannabis da altri Paesi. In pratica il medico prescrive la ricetta con le dosi e le percentuali di Thc, nonché l'indicazione, la farmacia prepara il prodotto galenico, che prima di essere utilizzato deve essere obbligatoriamente analizzato per conoscerne l'esatta composizione. Purtroppo tutto ciò è complicato dalla scarsa preparazione dei medici in materia, dal ridotto numero di farmacie autorizzate, dalla reale composizione dei prodotti e dalle dosi assunte dai pazienti. Si continua da anni in questo modo, mentre sarebbe necessario standardizzare uno o più prodotti, con quantità ben definite dei principi attivi presenti, come si procede per tutti i farmaci, il tutto sostenuto da adeguati studi clinici controllati, in base ai quali stabilire le indicazioni terapeutiche da sottoporre all'approvazione dell'Aifa.

Vogliamo mettere un po' di ordine? È urgente!

**Fondatore e presidente
Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs**



Cannabis in laboratorio



Big della salute all'incasso

La spesa pro capite tocca i 645 euro l'anno

di ANTONIO MURZIO

Mentre la medicina territoriale continua a essere smontata, in Lombardia ad aggiudicarsi la fetta più grande della torta sono i gruppi privati, grazie alle riforme varate nel tempo da **Roberto Formigoni**, **Roberto Maroni** e **Letizia Moratti**, che hanno equiparato pubblico e privato. Le aziende private, che operano per fare profitti, concentrano la loro attività soprattutto su operazioni poco rischiose e visite specialistiche, mentre gli ospedali pubblici si fanno carico prevalentemente dei pronto soccorso, dei traumi causati dagli incidenti stradali, della cura degli anziani e dei cronici, delle malattie rare. Secondo il sito *lavoce.info*, "nel 2021, su oltre 22 miliardi di spesa pubblica sanitaria (2.200 euro per abitante), la Lombardia ne ha conferiti 6,4 agli operatori privati (erano 5,7 nel 2012). Più di un terzo è andato alle altre prestazioni sanitarie, di cui 1,5 miliardi destinati all'acquisto di prestazioni da consultori privati e comunità terapeutiche. I ricoveri ospedalieri presso strutture private costano 2,1 miliardi e le visite specialistiche 1,1 miliardi. La spesa per abitante affidata a operatori privati ammontava nel 2021 a 645 euro, con un incremento di oltre il 10 per cento in dieci anni". Ma quali sono i fatturati dei gruppi sanitari privati? L'ultima classifica disponibile è quella elaborata dal sito di data-journalism *Truenumbers.it* che ha elaborato i dati sulla base dei bilanci aziendali riferiti al 2019. Secondo questi dati è l'ospedale San Raffaele di Milano (inaugurato nel 1971, nel 2012, poco dopo la morte del suo fondatore, don Verzè, è stato acquisito dal Gruppo San Donato), quello con il fatturato maggiore: 587 milioni e 323 mila euro. Subito dopo viene, con 487 milioni e 669 mila euro,



l'Humanitas Mirasole Spa. Si tratta del gruppo che fa capo a **Gianfelice Rocca**, che nel 1996 fonda l'ospedale Humanitas di Rozzano.

LA CLASSIFICA

La centralità della Lombardia nell'ambito degli ospedali privati in Italia è evidente anche dalla quarta posizione in questa classifica degli Istituti Scientifici Maugeri Spa Sb. Fondati a Pavia, hanno poi aperto altre sedi principalmente nel Nord Italia. Fatturavano, nel 2019, 291 milioni e 181 mila euro. Altra realtà lombarda, milanese in questo caso, è Multimedita Spa, che segue con entrate di 222 milioni e 871 mila euro. L'apparente pluralità di soggetti non deve, però, ingannare: è il Gruppo San Donato a dominare la scena della sanità nella Regione Lombardia. Oltre a possedere il San Raffaele, Rotelli, a capo della holding, ha anche la gestione di altri istituti di cura importantissimi, come naturalmente il Policlinico San Donato, il primo fondato dopo l'Istituto Città di Pavia, o l'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano, che da solo è ottavo con 199 milioni e 26 mila euro nella classifica dei fatturati.



LOMBARDIA





Dir. Resp. Marco Girardo

Bergamo: l'ospedale "scopre" il parco giochi

MARCO BIROLINI

I piccoli pazienti dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo hanno ricevuto in dono un parco giardino dove poter passare qualche momento di serenità durante il ricovero o in attesa di cure e esami. Il progetto consiste in un'area verde attrezzata con spazi di relax e attrezzature ludiche, gestita da pedagogiste e psicomotriciste: è stato ideato e realizzato dall'associazione Amici della Pediatria, che da oltre 30 anni realizza iniziative per i minori degenti all'ospedale di Bergamo e per le loro famiglie. Il giardino pediatrico è ispirato ai principi pedagogici dell'Outdoor Education. L'ambientazione tematica dell'area verde è concepita come un mondo fantastico e colorato, che permette al bambino di immergersi nella propria fantasia, staccando la spina da ansie e preoccupazioni. Lo spazio verde è progettato per offrire stimoli, in base ad un approccio sensoriale ed esperienziale. A punteggiare le aiuole ci sono anche colorate opere di Cracking Art che riproducono animali. L'obiettivo è consentire al bambino di continuare in qualche modo a divertirsi e a coltivare le relazioni sociali anche nell'ambiente ospedaliero: un percorso che si riverbera in modo positivo anche sul processo

curativo.

«Un altro sogno che diventa realtà - commenta Milena Lazzaroni, presidente di Amici della Pediatria -. Il nome di questo progetto ne racchiude la filosofia. #GiCoBe, Gioco Colore Bergamo, descrive al meglio due elementi della vita dei bambini ed è un tributo alla nostra città. Nel parco si ritrovano spesso elementi di colore giallo e rosso, colori della nostra città e l'azzurro colore rappresentativo dell'associazione. Come tutti i nostri progetti, anche questo nasce dal confronto con gli operatori sanitari. Durante il periodo del Covid, ci è venuta l'idea di attrezzare con panchine le aree esterne dell'ospedale, per permettere ai bambini e alle famiglie di ingannare i tempi di attesa per una visita o un esame. Da lì si sono aggiunte idee, fino a questo risultato». Le esperienze che si svolgeranno nel GiCoBe puntano ad offrire ai bambini benefici psicofisici, attraverso l'aumento della concentrazione, la diminuzione dello stress, la stimolazione dell'intelligenza naturalistica, aumentando la capacità di gestione del tempo libero, consentendo di esprimere e potenziare le competenze emotive, espressive e senso-motorie. Ma non solo: c'è anche un richiamo all'importanza della salvaguardia ambientale. «Gli elementi installati intendono stimolare la sensibilità artistica e l'attenzione al tema della sostenibilità e del riciclo - sottolinea Lazzaroni -. Siamo

convinti che ogni bambino e ragazzo che potrà trascorrere del tempo nel GiCoBe potrà mantenere nella sua memoria delle emozioni che costituiranno parte della sua storia personale». Un piccolo segno di luce, insomma, in un'esperienza difficile come può essere la malattia infantile. «Si tratta di un progetto avanzato - commenta la direttrice dell'ospedale Maria Beatrice Stasi -. Quello di Bergamo è un ospedale di alta specializzazione operativo in tutte le discipline mediche e chirurgiche. Allo stesso tempo, esiste al Papa Giovanni XXIII da oltre 40 anni una forte vocazione alla medicina e alla chirurgia dell'età pediatrica, che non è mai venuta meno. Nella recente riorganizzazione abbiamo al contrario rafforzato quello che io amo definire l'ospedale dei bambini dentro l'ospedale di tutti. L'attività clinica rivolta ai bambini beneficerà di questa iniziativa che è un valore aggiunto, così come le tantissime attività proposte nel nostro ospedale dalle associazioni dedicate ai bambini e alle loro famiglie, ma anche ai pazienti adulti».



L'inaugurazione del parco



Biden punta su Pomezia e finanzia Irbm

Il centro, che aveva lavorato sui vaccini, adesso si occuperà di oncologia per gli Usa

di **Margherita De Bac**

Cleveland, San Francisco, Georgetown, Vanderbilt, Houston, Pomezia. Che ci fa una cittadina di 64 mila abitanti in un elenco di 18 fra le migliori università e centri di ricerca americani? Semplice. L'Istituto Irbm che ha sede nell'omonimo comune è stato selezionato dal governo Biden

per finanziare progetti nel campo dell'oncologia. Sono stati stanziati 2,8 miliardi di dollari per 7 anni.

continua a pagina 7

Pomezia avrà i fondi di Biden: l'Irbm farà ricerca oncologica

SEGUE DALLA PRIMA

I fondi saranno gestiti dal Chemical Biology Consortium, il Cbc, organizzazione che si muove nell'ambito dell'agenzia governativa per la ricerca sul cancro. L'istituto di ricerca biomedica Irbm, oggi presieduto da Ilaria Di Lorenzo, amministratore delegato Matteo Liguori, è noto anche per essere stato partner dello Jenner Institute (università di Oxford) nello sviluppo del vaccino anti Covid poi prodotto da AstraZeneca. Aveva fornito a Londra le dosi necessarie per la sperimentazione. Le polemiche legate agli effetti collaterali di quel vaccino, poi molto ridimensionati, non hanno scalfito l'immagine del centro. Anzi, gli hanno conferito una visibilità positiva e valorizzato le competenze scientifiche in campo oncologico, acquisite negli ultimi anni grazie all'assunzione di un team dedicato.

L'istituto ha risposto al bando 2022 del Consorzio, aggiudicandosi una parte dei fondi. IRBM è l'unico «socio» non

statunitense ed è curiosa la mappa pubblicata sul sito CBC. L'Italia nella cartina è accostata agli Usa, quasi fosse uno Stato aggiunto al continente. Un rettangolo rosso mette a fuoco il nome di Pomezia. La missione del Consorzio è quella di accelerare il processo che dalla scoperta scientifica porta al farmaco. I ricercatori sono in contatto stretto con gli esperti della produzione farmaceutica in modo che si possa arrivare più in fretta a soluzioni pratiche sul campo. IRBM già prima del Covid era noto per lo sviluppo di Isentress, primo di una classe di farmaci innovativi contro il virus dell'Aids, e del vaccino anti Ebola.

L'impianto occupa una superficie di 25000 metri quadrati, in è in costruzione una nuova ala. I dipendenti sono 250. Il direttore scientifico è un nome. Carlo Toniatti, scopritore di molecole antitumorali entrate nella sperimentazione oncologica clinica. Nel 2018 Carlo ha lasciato Houston ed è tornato in Italia.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA

