



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

22 MARZO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Svolta per i malati
Un rene di maiale
trapiantato
per la prima volta
su un paziente

Guaita a pag. 9



Il trapianto dei record Un rene di maiale salva la vita all'uomo

►L'operazione in un ospedale di Boston: il paziente soffriva di una grave patologia

►L'intervento è una speranza di cura per centinaia di migliaia di malati

IL CASO

NEW YORK Ogni giorno negli Stati Uniti circa venti persone muoiono perché non è stato possibile trovare in tempo per loro un organo da trapiantare. E la grande maggioranza di queste vittime è rappresentata da pazienti in attesa di un rene. Comprensibile, dunque, l'entusiasmo che ha accompagnato ieri la notizia che la scorsa settimana al Massachusetts General Hospital di Boston è stato compiuto il primo trapianto renale con un organo proveniente da un maiale geneticamente modificato.

IL DONATORE

In realtà quello avvenuto sabato scorso sarebbe il secondo trapianto compiuto con un simile organo, ma il primo, sempre al Massachusetts General, era stato eseguito a scopo sperimentale nel 2023 su una persona cerebralmente morta il cui corpo veniva tenuto "funzionante" con l'assistenza delle macchine. Il successo di quell'esperimento ha però convinto le autorità fe-

derali a dare il consenso per un trapianto su un paziente vivo, «per motivi di compassione». E il paziente in questione è un 62enne afro-americano, Richard Slayman la cui condizione era giudicata «terminale». Slayman aveva molti anni di sofferenza sulle spalle. Per sette anni era stato in dialisi prima di ottenere un trapianto di rene umano nel 2018. Ma il sollievo non era durato tanto, dopo quattro anni il rene trapiantato ha cominciato a cedere e l'anno scorso Slayman ha dovuto ricominciare la dialisi. A questo punto, il 62enne non era più candidato



a un altro rene umano. Ma l'equipe del Massachusetts General gliene ha offerto uno suino.

Intendiamoci, non stiamo parlando di maiali qualsiasi. L'esemplare utilizzato proviene

da un allevamento prodotto da un'azienda di biotecnologia, la eGenesis, che apporta ai suoi animali 69 mutazioni genetiche in parte per proteggere il destinatario da virus animali e in parte per rendere il donatore compatibile geneticamente con gli esseri umani. I recenti progressi nell'ingegneria genetica, in particolare la tecnologia CRISPR, hanno reso più facile e accessibile la produzione di questi maiali geneticamente modificati. E la scelta dei maiali è dettata dal fatto che i loro organi sono quasi della stessa misura di quelli umani. Slayman dunque ha accettato, e nel firmare i documenti ha dichiarato che non stava pensando solo a sé stesso ma anche «alle migliaia di altre persone che hanno bisogno di un trapianto». I medici lo hanno elogiato per il suo coraggio, e hanno assicurato che ora sta bene e dovrebbe essere dimesso dall'ospedale entro un paio di

giorni. Il direttore dell'equipe che ha operato per quattro ore per la sostituzione dell'organo, Tatsuo Kawai, ha spiegato: «La nostra speranza è che questo approccio al trapianto offra un salvagente a milioni di pazienti in tutto il mondo che soffrono di insufficienza renale».

Il fatto che Slayman possa essere dimesso entro pochi giorni

non significa però che tutti gli ostacoli siano stati superati. Negli ultimi due anni abbiamo assistito ad altri trapianti con organi donati da suini modificati geneticamente, due trapianti di cuore su pazienti vivi. Tutti e due gli uomini che hanno ricevuto l'organo, David Bennett e Lawrence Faucette, sono però deceduti dopo poche settimane. Tutti e due erano stati dimessi dall'ospedale e avevano vissuto almeno tre-quattro settimane quasi normali, prima di registrare improvvise insufficienze cardiache irreversibili.

I VIRUS

Il grande problema dei trapianti sperimentali è che possono avvenire solo su pazienti la cui salute sia già gravemente compromessa, e la cui morte sia ormai

vicina. Per loro, resistere a infezioni è molto più difficile che non per i pazienti il cui corpo sia ancora forte. Ci sono comunque altri dubbi sugli xenotrapianti, non ultimo il timore che qualche virus possa passare dagli animali agli umani. E non mancano gli animalisti che contestano il principio che sia eticamente corretto sacrificare innumerevoli animali. Resta il fatto che negli Stati Uniti ci sono al momento più di 100 mila persone in attesa di trapianto, e la metà di queste persone non riuscirà a reggere fino a che non si presenti un organo donato da un essere umano. Nonostante il numero dei donatori aumenti (anche nel nostro Paese la sensibilità a questo problema è molto aumentata e così la generosità) è infatti chiaro che non sarà mai sufficiente ed è facile immaginare dunque che lo xenotrapianto possa diventare la via di salvezza per migliaia di persone. Forse non subito, ma di certo entro qualche anno: la tecnologia, spiegano gli stessi membri dell'equipe del Massachusetts General Hospital, «compie passi da gigante quasi ogni mese».

Anna Guaita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'equipe di medici del Massachusetts General Hospital di Boston dove è stato eseguito il trapianto

**L'ANIMALE È STATO
MODIFICATO
GENETICAMENTE. IL PRIMO
ESPERIMENTO NEL 2023
IN UN CASO
DI MORTE CEREBRALE**

**SOLO NEGLI USA 100MILA
PERSONE IN ATTESA
DI UN ORGANO: PER LA
METÀ DI LORO, NON SI
FARÀ IN TEMPO A TROVARE
UN DONATORE UMANO**



Primo caso al mondo Il rene di maiale su un paziente vivo

di **R. Corcella** con un commento
di **Giuseppe Remuzzi** a pagina 16



Il rene di maiale trapiantato su un paziente ancora in vita

È il primo caso al mondo. L'organo è stato modificato geneticamente

di **Ruggiero Corcella**

Per la prima volta al mondo, il rene di un maiale geneticamente modificato è stato trapiantato in un uomo di 62 anni Richard «Rick» Slayman, al Massachusetts General Hospital di Boston. Lo xenotrapianto è stato effettuato lo scorso fine settimana. Secondo quanto riportato nel comunicato stampa del Mass General Hospital, il paziente «si sta riprendendo bene e si prevede che sarà dimesso presto». Il rene — per il momento — sembra funzionare regolarmente, e ha iniziato a produrre urina poco dopo la conclusione dell'intervento.

Sotto la guida di Leonardo V. Riella, direttore medico per i trapianti di rene, Tatsuo Kawai, direttore del Legorreta Center for Clinical Transplant Tolerance, insieme a Nahel Elias, direttore *ad interim* del reparto di chirurgia e chirurgia dei trapianti del reparto trapianti di rene, è stato tra-

piantato un rene di maiale «rettificato» con 69 modifiche genomiche.

«Per le scienze biomediche, non solo per il mondo dei trapianti di rene, si tratta di una pietra miliare — commenta Giuseppe Orlando, chirurgo dei trapianti e professore associato di Chirurgia e Medicina rigenerativa alla Wake Forest University di Winston Salem (Usa) e presidente eletto della Cell Transplant and Regenerative Medicine Society —. Non c'è dubbio che è ancora presto per trarre conclusioni definitive e sarà importante sapere se i risultati osservati a brevissimo termine saranno confermati ad almeno un anno. Se ciò si verificherà potremo veramente dire di essere di fronte a un evento epocale, destinato a cambiare la storia della trapiantologia». E la vita di milioni di persone, in attesa di trapianto in tutto il mondo.

Negli Stati Uniti, le migliori équipe trapiantologiche si confrontano in una «corsa agli xenotrapianti» di rene e cuore. Nel 2023 l'équipe di chirurghi della New York University Langone guidata dal

professor Robert Montgomery — uno dei pionieri in questo campo a livello internazionale — era riuscita a trapiantare un rene di maiale geneticamente modificato che ha continuato a funzionare bene dopo 32 giorni in un uomo dichiarato morto secondo criteri neurologici (morte «cerebrale») e mantenuto con il cuore battente e con supporto ventilatorio. Il primo tentativo era stato fatto, senza successo, nel 2021, su una paziente con una gravissima disfunzione renale e tenuta in vita con un respiratore.

«Negli ultimi due anni, i colleghi americani hanno condotto sperimentazioni di xenotrapianto renale su diversi pazienti in morte cerebrale — spiega Emanuele Cozzi, professore ordinario di Immunologia dei trapianti all'Università di Padova —. La novità, adesso, è che un paziente vivo, consenziente, pienamente conscio di quello



che gli veniva proposto ha accettato di ricevere per la prima volta al mondo uno xenotrapianto da rene di maiale ingegnerizzato. Per quanto riguarda il rene, poi, il genoma del maiale ha non 10 ma 69 modificazioni ed è stato descritto in uno studio pubblicato su *Nature*. E conclude: «Un fatto ancora più da rimarcare è che le modifiche vanno

a distruggere in maniera selettiva anche delle sezioni del genoma di maiale che hanno come ruolo quello di codificare per retrovirus porcini (i cosiddetti Perv), virus tipici del maiale che fino a oggi costituivano uno degli ostacoli principali alla applicazione clinica dello xenotrapianto».



Prima volta
Negli Stati Uniti è stato effettuato il primo trapianto di un rene di maiale geneticamente modificato su un paziente umano ancora in vita. Nella foto i chirurghi del Massachusetts General Hospital di Boston mentre effettuano l'intervento sul paziente di 62 anni



Il commento**Diremo addio
alle dialisi?
È una speranza
ma non vicina**di **Giuseppe Remuzzi**

Joseph Murray nel 1954 al Brigham Hospital di Boston fece il primo trapianto di rene tra due gemelli identici. Da allora di trapianti ne sono stati fatti almeno due milioni e mezzo, di rene soprattutto, ma anche di fegato e di cuore. Murray ha lasciato scritto: «Gli organi disponibili sono troppo pochi, trovate altre strade». Sono passati 70 anni precisi, ma adesso ci siamo. Proprio ieri, di nuovo a Boston, al Mass General Hospital — che dal Brigham dista solo

un miglio — è stato annunciato che per la prima volta in un uomo è stato trapiantato il rene di un maiale. Ma per renderli compatibili con i nostri, i tessuti del maiale sono stati modificati geneticamente; per arrivare fin qui ci è voluta tantissima ricerca, con risultati deludenti sulle prime, tanto che questo approccio stava per essere abbandonato. Ma c'è chi non ha smesso di crederci. Dopo tanti tentativi di trapiantare organi di maiale nella scimmia, Robert Montgomery a New York trapianta il rene di un maiale geneticamente modificato nella coscia di

una persona con una diagnosi di morte cerebrale. Il rene inizia a produrre urina e funziona. Forse adesso si può fare. È stato proprio così: Richard, il primo paziente a ricevere il rene di un maiale, adesso sta bene. C'è grande entusiasmo al Mass General Hospital attorno a questo intervento. Leonardo Riella, un ragazzo meraviglioso che ora è capo del programma di trapianto di rene di quell'ospedale, arriva a dire al *New York Times* che presto la dialisi potrebbe non servire più. Davvero? Un giorno sarà proprio così (forse), ma ci vorranno anni. Al di là dei

problemi tecnici, i costi per adesso sono proibitivi. Ma perché succede tutto a Boston? E in Italia? Abbiamo tutto quello che serve, persino i maiali di Cesare Galli con tutte le modificazioni genetiche che servono. Quello che manca, ma potrei sbagliarmi, è la capacità di chi siede nei comitati di bioetica di giudicare come se fossero loro a essere in dialisi e ad aver bisogno di un trapianto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In Italia

I medici anche da noi sarebbero pronti, speriamo nei comitati di bioetica



L'ALLARME SANITÀ NEL LAZIO

Stop al taglio delle tariffe Schillaci: «Collasso evitato»

Il ministro conferma: i prezzi saranno adeguati alla realtà

Tempesta a pagina 7



LA BATTAGLIA DELLA SANITÀ

Sondaggio dell'Adnkronos Salute Q&A rivela il crollo della fiducia dei cittadini nel sistema sanitario pubblico

Taglio ai rimborsi Schillaci: «Sì al rinvio»

Dopo l'annuncio del governatore Rocca la conferma del ministro della Salute

SILVANA TEMPESTA

... All'indomani dell'annuncio del presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, del rinvio dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario per le prestazioni ambulatoriali, previsto per il primo aprile, è lo stesso ministro della Salute, Orazio Schillaci a confermarlo durante il suo intervento all'evento «Adnkronos Q&A-Salute e sanità»: «Sul rinvio del provvedimento relativo al nuovo nomenclatore tariffario ci stiamo ragionando, perché credo che sia importante avere in qualche caso delle tariffe più adeguate a quelle che sono oggi la realtà quotidiana. Credo che rinvieremo il provvedimento in accordo con le Regioni». Un passo decisivo per scongiurare un vero e proprio

collasso del sistema, come denunciato dall'Uap, dalle associazioni di categoria e dal presidente dell'Ordine dei Medici di Roma e provincia, Antonio Magi mercoledì scorso al teatro Brancaccio. Azioni concrete dunque per dare maggiore solidità a una sanità che non può prescindere dalla sinergia pubblico-privato.

Del resto continua a calare la fiducia nella sanità pubblica destinata ad offrire un servizio sempre meno di qualità e quella privata è ancora per pochi, come conferma un sondaggio su campione non statistico lanciato da Adnkronos sul suo portale. «Fare doman-



IL TEMPO

de e ottenere risposte è la strada che abbiamo scelto per valorizzare i nostri eventi, con il format Adnkronos Q&A - ha sottolineato Fabio Insenga, vicedirettore Adnkronos - Su un tema cruciale come il futuro della sanità pubblica è ancora più importante farlo, per raccontare le opportunità e i rischi di una trasformazione del sistema necessaria e non più rinviabile». La riduzione progressiva della spesa sanitaria da un lato, e il tendenziale mutamento sociodemografico dall'altro, stanno determinando infatti un generale incremento della domanda di salute che il sistema pubblico da solo non è più in grado di soddisfare.

Da una maggiore integrazione dei sistemi privato e privato accreditato con quello pubblico, con una conseguente attribuzione delle diverse aree di competenza, potrebbe forse derivare un'ottimizzazione delle risorse impiegate e una maggiore efficienza del sistema nella sua interezza sul fronte delle tempistiche, dell'accessibilità e della qualità del servizio.

«È un tema di risorse e di punto di partenza equilibrato per ciascuna amministrazione che tenga conto delle peculiarità di ogni Regione - ha spiegato nel suo intervento il

governatore Rocca -. La medicina del territorio è fondamentale, è uno dei temi che deve essere accompagnato con attenzione perché è stato trascurato troppo a lungo. È la presa in carico del paziente, l'accompagnamento dei nostri cittadini nel momento in cui hanno necessità di un'attenzione medica, quindi su questo c'è un grande investimento programmato sulle Case della salute, gli Ospedali di comunità, un rafforzamento dei servizi territoriali delle Asl. E poi, ovviamente, una buona medicina del territorio è un ottimo filtro soprattutto per i nostri Pronto soccorso cittadini».

© RIPRODUZIONE ABBREVATA

36

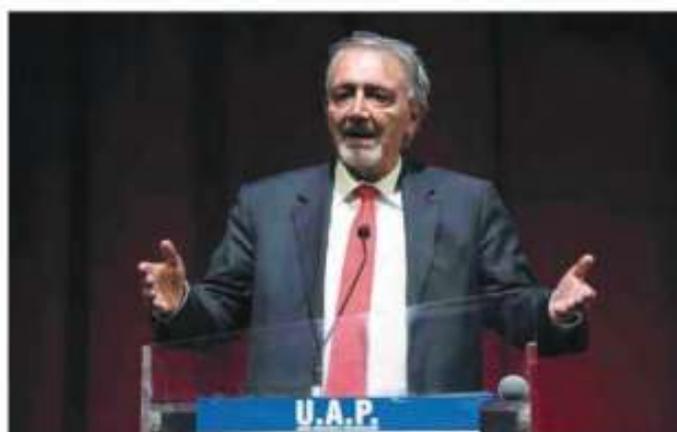
Mila

La stima dei posti di lavoro che si sarebbero persi con l'entrata in vigore del nuovo regolamento tariffario per medici, visita e prestazioni mediche

80

Per cento

Il taglio più alto delle nuove tariffe che sarebbero dovute entrare in vigore a partire dal primo aprile



Governatore

Francesco Rocca è alla guida della Regione Lazio



Sanità, Gimbe: «Aumenta il divario tra Sud e Nord»

IL RAPPORTO

ROMA Tra le Regioni del Nord e quelle del Centro-Sud cresce il divario nella qualità dell'offerta sanitaria. Dall'Abruzzo in giù quasi tutti i sistemi regionali registrano deficit nell'adesione ai Lea (i Livelli essenziali di assistenza), mentre sale a dismisura la mobilità sanitaria per mandare a curare i propri cittadini in strutture di altri territori più virtuosi. Su questo fronte, e nell'ultimo triennio, i trasferimenti di pazienti hanno comportato per le casse pubbliche una spesa ulteriore di 13,2 miliardi di euro. A dare questo quadro è la fondazione Gimbe. Anche in prospettiva dell'ap-

provazione del decreto sull'Autonomia, il suo presidente, Nino Cartabellotta, teme un ulteriore ampliamento del delta. E sottolinea: «Le nostre analisi documentano dal 2010 enormi divari in ambito sanitario tra il Nord e il Sud del Paese e sollevano preoccupazioni riguardo all'equità di accesso alle cure».

Entrando più nello specifico dei territori sulla capacità di garantire i Lea, nel Lazio - tra i migliori nel Centrosud ha visto tra il 2010 e il 2019 «il 24,9% delle risorse assegnate non ha prodotto servizi per i cittadini». Nel 2021 il punteggio totale di adempimenti ai livelli essenziali è stato di 235,5 punti, 65,5 sotto il livello massimo. Intanto la mobilità sanitaria solo tra il 2010 e il 2021 ha comportato un costo di 2.537 miliardi di euro. In Cam-

pania il livello di adempimento ai Lea è ancora più basso: 198,6 punti. E se la vita media è più bassa rispetto alla media nazionale, (81 contro 82,6 anni) e la mobilità costa quasi 3,4 miliardi. In Abruzzo il punteggio sugli adempimenti è a quota 215,5, più basso in Puglia (209,3) e in Sicilia (183), mentre il livello crolla in Calabria (129,4).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



REPORT GIMBE. Ddl Calderoli sull'autonomia differenziata delle Regioni potrebbe segnare punto di non ritorno per il SSN

Sanità: l'autonomia potrebbe far collassare il Mezzogiorno

Potrebbe essere un punto di non ritorno nell'equità dell'assistenza sanitaria tra le regioni italiane, in un contesto già caratterizzato dalla grave crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Lo afferma la Fondazione Gimbe in merito al Ddl Calderoli sull'autonomia differenziata, approvato al Senato e ora in discussione alla Camera. Questo il focus del report appena pubblicato da Gimbe su *"L'autonomia differenziata in sanità, per esaminare le criticità del testo del Ddl e analizzare il potenziale impatto sul SSN delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute"*. "Le nostre analisi - dichiara Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione - documentano dal 2010 enormi divari in ambito sanitario tra il Nord e il Sud del Paese e sollevano preoccupazioni riguardo all'equità di accesso alle cure". Dagli adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - le prestazioni sanitarie che le Regioni devono garantire gratuitamente o previo il pagamento del ticket - valutati nel decennio 2010-2019 - emerge che nelle prime 10 posizioni non c'è nessuna regione del Sud e che le tre regioni che hanno richiesto maggiori autonomie si collocano nella top five della classifica. Con il Nuovo sistema di garanzia, che ha sostituito la griglia LEA, nel 2020 delle 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia, a cui nel 2021 si aggiungono Abruzzo e Basilicata. E sia nel 2020 sia nel 2021 le Regioni del Sud sono ultime tra quelle adempienti. Nel 2022 a fronte di un'aspettativa di vita alla nascita di 82,6 anni (media nazionale), si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,2 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81 anni della Cam-

pania, un gap ben 3,2 anni. E in tutte le 8 regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale, spia indiretta della bassa qualità dei servizi sanitari regionali. Resta forte la capacità attrattiva delle regioni del Nord e la fuga dal Centro-Sud: infatti, nel periodo 2010-2021 tutte le Regioni del Sud ad eccezione del Molise (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia) hanno accumulato complessivamente un saldo negativo pari a 13,2 miliardi di euro, mentre sul podio in attivo si trovano proprio le tre regioni che hanno già richiesto le maggiori autonomie. Nel 2021 su 4,25 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 93,3% della mobilità attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre il 76,9% del saldo passivo grava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. "Siamo davanti ad una "frattura strutturale" Nord-Sud - aggiunge Cartabellotta - che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria dal Sud al Nord. Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare le disuguaglianze già esistenti". Mentre anche le regioni virtuose del Nord sono costrette a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte per evitare il Piano di rientro. "E se da un lato non si intravedono risorse né per rilanciare il finanziamento pubblico della sanità, né tantomeno per colmare le disuguaglianze regionali - spiega Cartabellotta - dall'altro, con l'auto-

nomia differenziata, le Regioni potranno trattenere il gettito fiscale, che non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno".

Il CLEP, ovvero il comitato istituito per determinare i livelli essenziali delle prestazioni non ha ritenuto necessario definirli per la tutela della salute in quanto esistono già i LEA, ai quali tuttavia non corrisponde alcun fabbisogno finanziario. "Una pericolosissima scorciatoia - commenta il presidente - infatti, senza definire, finanziare e garantire in maniera uniforme i LEP in tutto il territorio nazionale è impossibile ridurre le disuguaglianze tra Regioni". In sanità il gap tra Nord e Sud configura ormai una frattura strutturale. Alla maggior parte dei residenti al Sud non sono garantiti nemmeno i LEA, alimentando il fenomeno della mobilità sanitaria verso le regioni che hanno già sottoscrit-

to i pre-accordi per le maggiori autonomie. La maggiore autonomia, in termini di contrattazione del personale, provocherà anche una fuga dei professionisti sanitari verso regioni in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose; l'autonomia nella definizione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di medicina generale determinerà una dotazione asimmetrica di specialisti e medici di famiglia; le maggiori autonomie sul sistema tariffario rischiano infine - di aumentare le disuguaglianze nell'offerta dei servizi e favorire l'avanzata del privato.

Ce.Au.



Sanità: per Tac, siringhe e cerotti le imprese aspettano 1,4 miliardi

Il settore biomedicale
Tempi rispettati solo
in cinque Regioni. In Molise
e Calabria 177 e 210 giorni

Marzio Bartoloni

Oltre dieci anni fa le aziende che assicurano ogni giorno le preziose forniture per far funzionare gli ospedali - dalle tac alle siringhe fino ai cerotti - aspettavano quasi un anno per vedersi pagare le fatture. Oggi la situazione per la Sanità - tra i settori dove l'attesa per i "pagherò" è sempre stata tra le più lunghe - è nettamente migliorata con una media italiana di 78 giorni necessari agli ospedali per saldare una fattura (la scadenza massima per il settore sanitario è di 60 giorni). Eppure restano ancora zone d'Italia soprattutto nel Centro Sud (come mostrano i dati a fianco sulle singole Asl) dove le attese si allungano in modo spropositato sfiorando o addirittura superando anche i 200 giorni per un debito complessivo di 1,4 miliardi da incassare che pesa tutto sulle spalle delle aziende che producono dispositivi medici.

Secondo l'osservatorio sui tempi di pagamento messo in piedi ormai da diversi anni da Confindustria dispositivi medici sono solo cinque le Regioni che rispettano il tetto massimo dei 60 giorni per il pagamento, come stabilito dalla direttiva europea: si tratta di Valle D'Aosta, Lombardia, Piemonte, Veneto, Trentino e Alto Adige. Le attese sui pagamenti sono invece stabili o in aumento per il Centro Sud. In particolare: Umbria (79 giorni), Puglia (79), Toscana (79); Abruzzo (86), Lazio (90), Campania (92) e Basilicata (101). Male ancora Molise e Calabria, nonostante un lieve miglioramento, che fanno regi-

strare rispettivamente 177 e 210 giorni. Per le Isole infine si registrano tempi di pagamento in lieve aumento con la Sardegna che salda le fatture dopo 85 giorni e la Sicilia a 104 giorni.

«Il debito complessivo delle regioni nei confronti delle nostre imprese si attesta intorno a 1,4 miliardi di euro», conferma il presidente di Confindustria dispositivi medici Nicola Barni. Che sottolinea come il settore sia ancora «lontano dal rispettare i termini di pagamento di 60 giorni per la Sanità: oggi la media è di 78 giorni con ancora picchi di circa 200 giorni in Calabria e Molise. La situazione è migliorata rispetto al 2012 quando abbiamo toccato un ritardo medio nazionale di oltre 300 giorni, ma ancora non a livelli accettabili per le nostre imprese anche perché i pagamenti vanno a rilento. A ciò si aggiungono payback e tassa dello 0,75% sul fatturato che ostacolano la crescita e disincentivano gli investimenti nel Paese». Per questo il presidente di Confindustria dispositivi medici invita Governo e Regioni a «riflettere su quanto si stia penalizzando un settore fondamentale per la tutela della salute dei cittadini e per l'economia del nostro Paese. È tempo di agire: bisogna metter mano alla governance del settore in un unico grande disegno strategico che bilanci la sostenibilità economica con lo sviluppo delle imprese, superi il payback e riconsideri il prelievo dello 0,75% e le politiche industriali nel Paese».

Proprio il payback - la richiesta cioè alle aziende di ripianare parte

dello sfioramento della spesa per dispositivi medici registrato nelle Regioni negli anni passati - è il paradosso forse più doloroso per un comparto considerato strategico soprattutto dopo la pandemia: da una parte sulle imprese pende infatti ancora la spada di Damocle della richiesta di 1,1 miliardi di payback da pagare alle Regioni, dall'altra le stesse Regioni con i loro ospedali sono debitrice di 1,4 miliardi per i ritardi nei pagamenti delle fatture. Le aziende che hanno promosso una pioggia di ricorsi al Tar contro il payback guardano ora con fiducia alla Corte costituzionale che il 22 maggio dovrà esprimersi sulla legittimità di questa misura immaginata anni fa ma fatta entrare in vigore solo nel 2023. Ma se lo spettro del payback forse sarà esorcizzato dalla Consulta resta in piedi la nuova tassa appena entrata in vigore che prevede un prelievo dello 0,75% sul fatturato delle imprese per sostenere la governance del settore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Forniture. Ancora ritardi per fatture Asl



Colpa medica con onere della prova sul ricorrente

Sanità

Il punto sui lavori per la modifica della legge per contenere le cause

Su iniziativa dei senatori di Fratelli d'Italia Raoul Russo e Gianni Berrino al Senato si è tenuto un incontro su sanità & innovazione, con particolare focus sulla questione della colpa medica.

È stato fatto il punto sui lavori di riforma della legge su colpa medica, in dirittura d'arrivo. Si sta lavorando per l'introduzione in sede civile dell'istituto della lite temeraria, grazie alla quale si dovrebbe contenere il fenomeno delle denunce che porta a oltre il 90% delle assoluzioni degli imputati. Va anche rivisto l'onere della prova nelle cause civili, ponendola in capo al ricorrente.

Francesco de Micco, clinical

risk manager della Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico ha sottolineato che è necessario promuovere una sempre maggiore umanizzazione delle cure per recuperare pienamente l'alleanza terapeutica. Per Giuseppe Vetrugno, responsabile dell'Uos risk management presso il Policlinico Gemelli, occorre adottare approcci radicalmente diversi nella gestione degli errori in medicina.

Francesco Napolitano, avvocato dello studio legale NapolitanoLex, ha auspicato, in relazione

ai massimali, un meccanismo bonus-malus per sinistri non denunciati e quanti si chiudono con rigetto della richiesta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



► IDEOLOGIA AL POTERE

Decreto sui comitati etici, l'eutanasia avanza

Dal ministero della Salute la bozza sul funzionamento degli organismi che dovranno fornire pareri su tutte le richieste di suicidio assistito e decidere come assicurare la «dolce morte». Intanto il Piemonte boccia la legge sul fine vita dell'associazione Coscioni

di **ANTONIO ROSSITTO**



«Siamo stanchi di aspettare questo Godot». Il presidente della Consulta, **Augusto Barbera**, cita

Samuel Beckett per pungolare il Parlamento che traccheggia sull'eutanasia. Eppure, il ministero della Salute procede. Ha appena inviato alla Conferenza Stato-Regioni una bozza che recepisce proprio la sentenza della Corte costituzionale del 2019. C'è scritto: i comitati etici territoriali saranno «competenti a rendere il parere in materia di suicidio assistito». Dovranno dare un giudizio etico su ogni richiesta. Per valutare se ci sono le condizioni, intanto. E poi, eventualmente, per stabilire come somministrare la dolce morte.

Insomma, considereranno ogni caso: «La capacità di autodeterminazione del paziente, il carattere libero e informato della scelta espressa, nonché il coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative». E bisognerà anche sentire familiari o amministratori di sostegno, assieme agli specialisti. Alla fine, sarà dato il parere. La bozza inviata dal ministero specifica anche, in questi casi, la composizione dei comitati etici territoriali: devono essere integrati con esperti esterni.

È una bozza ministeriale. Dovrà essere approvata. Ma rievoca comunque il fine vita all'emiliano-romagnolo, approvato in Consiglio regionale più di un mese fa. Tra una selva di polemiche, tra l'altro. La Regione guidata da **Stefano Bonaccini** è stata la prima a

dotarsi di tempi e procedure certe sull'eutanasia: dalla richiesta alla risposta non potranno passare più di 42 giorni. Ci sono già le linee di indirizzo. E, soprattutto, un'apposita delibera. Delibera, appunto. Non legge. Quella che doveva essere discussa in Aula. Ma la giunta, temendo che la maggioranza andasse in frantumi, ha preferito far da sé. Com'era già successo in Veneto, del resto. La legge sul fine vita è stata respinta grazie all'astensione di **Anna Maria Bigon**, piddina renitente.

Il Piemonte, dove si vota a giugno, fa invece una scelta opposta. Proprio ieri, mentre il testo sui comitati etici viene inviato alla Conferenza-Stato Regioni, è stato bocciato il progetto di legge dell'associazione Coscioni, indomita vessillifera della causa. Proponeva di definire procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito. Passando dal voto in Consiglio. Proprio come avrebbe dovuto fare lo scaltro **Bonaccini** che, invece, ha preferito evitare un pericoloso sabotaggio dei cattolici piddini e la conseguente figura barbina. Mandrakata un filino autoritaria.

Invece, pensa un po', nella Regione guidata dal forzista **Alberto Cirio**, governatore in corsa per la riconferma, hanno deciso di fare le cose con un'audace scelta di impronta democratica. Ovverossia: lasciando i consiglieri liberi di scegliere. Risultato: ventitré sì, dodici no, un astenuto e un altro non votante. Viene così approvata la pregiudiziale di costituzionalità. La proposta

degli ex radicali è, dunque, considerata in contrasto con le competenze statali. Insomma, dev'essere il governo a legiferare. E non le singole Regioni. «Hanno sbattuto il portone del palazzo in faccia alle persone che soffrono. La maggioranza dei consiglieri si è nascosta dietro a obiezioni formali del tutto infondate», commenta il tesoriere dell'associazione Coscioni, un furente **Marco Cappato**, che aveva raccolto 11.000 firme per presentare la legge di iniziativa popolare. Sforzo che l'arcidiocesi di Torino, qualche giorno fa, contestava vivacemente: «Con quale serietà si propone che le Regioni decidano sulla soppressione della vita umana ciascuna per proprio conto, in ordine sparso, regolando diversamente la morte dei piemontesi rispetto a quella dei siciliani o degli abruzzesi?».

Lo scorso lunedì, per esemplificare lo stallo alla messicana, **Barbera** cita invece polemicamente un capolavoro del teatro dell'assurdo: *Aspettando Godot*, appunto. La citazione letteraria esemplificherebbe l'ammorbante attesa a cui è costretta la Corte costituzionale vista la «persistente inerzia legislativa» sul fine vita. Dovesse perdurare, aggiunge,



VERITÀ

alla sua Consulta toccherà intervenire d'impero. Come è solita fare, tra l'altro. E quasi sempre con impronta ultra progressista. D'altronde, nota **Barbera**, «le Regioni vanno sempre più moltiplicando le iniziative, a supplezza del parlamento che non è intervenuto».

Pensa alla sua Emilia-Romagna, innanzitutto. E alla diabolica trovata di **Bonaccini**, per scansare polemici e refrattari. Invece, il governatore s'è

trovato mezzo partito contro. Con **Matteo Zuppi**, arcivescovo di Bologna e presidente della Cei, che ha mostrato scetticismo persino sulla fondatezza della delibera: «Gli impianti giuridici che stabiliscono il diritto alla morte sono degli inganni e sono di dubbia validità». Intanto il Pd annuncia, *cum magnogaudio*, che il prossimo 26 marzo comincerà la discussione del disegno di legge sul fine vita alla Commissione Giustizia del senato. I

fremanti giudici costituzionali si rasserenino: la beckettiana attesa sta per finire.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Materia oscura L'Europa boccia il Cern della salute

ANDREA CAPOCCI

La nuova legislazione farmaceutica europea che sta per essere approvata non prevede la creazione di una struttura di ricerca pubblica dedicata allo sviluppo di farmaci e vaccini senza brevetto. La proposta era stata avanzata dal Forum Disuguaglianze Diversità ed elaborata dall'economista Massimo Florio dell'università di Milano. Florio è uno studioso stimato a livello internazionale nel campo della valutazione della ricerca pubblica. Ad esempio, il Cern di Ginevra si affida a lui quando si tratta di stimare le ricadute economiche di un acceleratore di particelle. Grazie ai suoi studi si è scoperto che Lhc - il laboratorio dove è stato scoperto il bosone di Higgs - si è ampiamente ripagato l'investimento grazie al trasferimento tecnologico e alla diffusione delle competenze verso le aziende e i cittadini. Senza brevettare nulla.

Nonostante partisse dal basso di un think tank italiano di sinistra, la proposta di creare un «Cern della salute» era ben strutturata. In più arrivava al momento giusto: la pandemia ha mostra-

to la subalternità europea nella produzione di vaccini, ma anche l'imprescindibile ruolo del denaro pubblico nello sviluppo di un farmaco, di cui tuttavia solo il privato incassa i profitti.

Così, Florio e il Forum guidato dall'ex-ministro Fabrizio Barca avevano ottenuto ascolto dal Parlamento europeo, che li ha invitati ufficialmente a dettagliare la proposta agli onorevoli. La proposta di creare una «infrastruttura pubblica europea per farmaci e vaccini» era stata accolta nelle raccomandazioni del «Rapporto sulle lezioni della pandemia» con cui il Strasburgo nel 2023 ha invitato Stati membri e Commissione a dotarsi di un sistema di prevenzione di nuove catastrofi sanitarie. La struttura potrebbe lavorare a nuovi principi attivi per fronteggiare il grave problema dell'antibioticoresistenza, sviluppare vaccini pubblici in vista di nuove emergenze sanitarie, studiare le malattie trascurate dalle aziende per mancanza di profitti.

Alle farmaceutiche il progetto non era piaciuto perché dimostrerebbe che la salute può fare a meno dei brevetti. I loro lobbisti si sono scatenati,

riuscendo prima a far espungere i documenti favorevoli alla proposta di Florio dai materiali preparatori della commissione, e ora a convincere i deputati a depennare la proposta dalla nuova legislazione farmaceutica europea che andrà in aula in aprile. La bozza uscita dalla commissione Ambiente, Sanità pubblica e Sicurezza alimentare dopo un lungo negoziato non prevede l'infrastruttura. «La salute come bene comune fondamentale per cittadine e cittadini europei non può restare solo uno slogan, che sentiamo ripetere un po' da tutti. Deve dotarsi di una strategia e di tecnostutture pubbliche che sappiano produrre i risultati richiesti» è stato il commento un po' sconsolato di Barca. Ma il suo Forum non si arrende e continuerà a incalzare i candidati alle prossime europee per sapere chi vorrà portare avanti la proposta.

L'Europa oggi sviluppa supermagneti e reti informatiche di avanguardia al Cern e ha in programma un mega-acceleratore di particelle da cento chilometri di lunghezza e trenta miliardi di euro di investimento.

In campo spaziale, l'Agenzia Spaziale Europea manda sonde, satelliti e astronauti in giro per il cosmo grazie a un budget annuo di otto miliardi di euro. Sono grandi imprese di cui è legittimo essere orgogliosi. Eppure non riesce a dotarsi di un sistema pubblico di ricerca e sviluppo nel campo farmaceutico che sottragga alle aziende il governo della salute, scavalchi le barriere brevettuali e dia un'anima all'Unione. Se nascesse un Cern pubblico della salute, diventeremmo tutti un po' più europeisti.





Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

SLA, arriva in Italia la prima formulazione orodispersibile di riluzolo

ROMA (ITALPRESS) – Quasi 8 persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) su 10 hanno difficoltà ad alimentarsi a causa della disfagia, una condizione che incide sulla capacità di deglutire cibi solidi e liquidi e che – in quasi 7 casi su 10 – compromette l'aderenza terapeutica, limitando anche l'autonomia personale.



ROMA (ITALPRESS) - Quasi 8 persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) su 10 hanno difficoltà ad alimentarsi a causa della disfagia, una condizione che incide sulla capacità di deglutire cibi solidi e liquidi e che - in quasi 7 casi su 10 - compromette l'aderenza terapeutica, limitando anche l'autonomia personale. Per rispondere ai bisogni dei pazienti è oggi rimborsata anche in Italia la prima formulazione orodispersibile di riluzolo, l'unica terapia ad oggi approvata nel nostro Paese per rallentare la progressione della malattia. Il nuovo trattamento di Zambon consiste in una sottile pellicola da sciogliere sopra la lingua senza acqua e senza necessità di sforzo muscolare da parte del paziente ed è così in grado di assicurare l'assunzione della dose precisa del principio attivo.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Attualmente oltre 1 paziente con disfagia su 2 frantuma le proprie compresse per poterle inghiottire, una pratica che può portare ad assumere fino al 42% di principio attivo in meno, compromettendo pesantemente l'efficacia del trattamento. "La disfagia condiziona la vita delle persone con la SLA: alle ripercussioni psicologiche e sociali del non poter più mangiare come un tempo, si aggiungono anche quelle sull'aderenza al trattamento - commenta il professore Adriano Chiò, Università degli Studi di Torino e Direttore S.C. Neurologia 1, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino -. I dati di un'indagine condotta sui pazienti europei, inclusi alcuni italiani, rivelano come in circa 7 casi su 10 la difficoltà di deglutire abbia portato a rinunciare o a ritardare l'assunzione della terapia quotidiana. E' quindi chiara la portata della formulazione orodispersibile di riluzolo: potrà favorire l'assunzione della terapia - evitando di dover frantumare le compresse e rischiando quindi una perdita di principio attivo - con effetti positivi sia sull'aderenza al trattamento, sia sull'autonomia dei pazienti". Nel nostro Paese la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) - una malattia neurodegenerativa rara e progressiva - colpisce più di 6.000 persone e si stima che ogni anno si registrino circa 2.000 nuovi casi. "La SLA colpisce i motoneuroni, ossia le cellule nervose della corteccia motoria e del midollo spinale responsabili dei movimenti della muscolatura scheletrica volontaria, portando ad una progressiva paralisi - afferma Vincenzo Silani, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano a Milano -. Ciò influisce fortemente sull'autonomia dei pazienti che devono fare progressivamente affidamento sui propri caregiver anche per quanto riguarda l'assunzione della terapia. La disponibilità di una formulazione orodispersibile di riluzolo ha un significato molto importante nella gestione della SLA, perchè consente alla persona, soprattutto dalle prime fasi della malattia, di avere una maggiore autonomia nell'assunzione dell'unico farmaco ad oggi approvato dalle autorità per la terapia. Siamo infatti di fronte a una malattia con un forte impatto sia per il paziente, sia per tutti coloro che lo circondano, costretti ad affrontare un pesante carico emotivo e sociale". Le patologie del Sistema Nervoso Centrale sono una delle aree della ricerca scientifica di Zambon, multinazionale farmaceutica nata a Vicenza nel 1906 e presente ora in 23 Paesi tra Europa, America e Asia. "Coerentemente con la nostra vision 'Innovating cure & care to make patients lives better' supportiamo le persone nella loro esperienza di malattia facendo leva sui progressi scientifici - afferma Rossella Balsamo, Medical



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Director Zambon Italia e Svizzera -. Sappiamo che la Sclerosi Laterale Amiotrofica ha un impatto a 360 gradi sulla vita dei pazienti, influenzando fortemente anche sull'indipendenza individuale. Siamo dunque particolarmente orgogliosi di poter mettere a disposizione anche della comunità SLA italiana una nuova formulazione terapeutica che la persona può assumere più facilmente e che comporta effetti positivi sia sull'aderenza terapeutica, sia sulla qualità di vita".