



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

10 Luglio 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Chirurgia rigenerativa, sempre più interventi con tessuto adiposo

ROMA (ITALPRESS) – Il grasso autologo, cioè il grasso presente nei depositi di ogni individuo, è ricco di cellule staminali mesenchimali, in grado di favorire la rigenerazione dei tessuti molli. A questo scopo, il grasso autologo viene prelevato, sottoposto ad appositi trattamenti, e quindi trasferito nei punti del corpo del paziente nei quali si vuole



ROMA (ITALPRESS) - Il grasso autologo, cioè il grasso presente nei depositi di ogni individuo, è ricco di cellule staminali mesenchimali, in grado di favorire la rigenerazione dei tessuti molli. A questo scopo, il grasso autologo viene prelevato, sottoposto ad appositi trattamenti, e quindi trasferito nei punti del corpo del paziente nei quali si vuole dare il via a un processo rigenerativo, sia a scopo estetico che ricostruttivo. La tecnica del lipofilling è utilizzata ormai da diversi decenni, con tante differenziazioni in base al risultato che si vuole ottenere, e rappresenta una delle frontiere più promettenti della medicina e chirurgia rigenerativa. Sono questi alcuni dei temi trattati dal professor Valerio Cervelli, direttore della cattedra e della scuola di specializzazione in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e direttore dell'unità operativa complessa di chirurgia plastica e ricostruttiva del policlinico Casilino - Asl Roma, intervistato da Marco Klinger, per Medicina



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Top, format tv dell'agenzia di stampa Italtpress. "Oggi è cambiato l'utilizzo del tessuto adiposo, in particolare delle cellule staminali tratte da esso - ha esordito - Il tessuto adiposo è il più grande contenitore di staminali del nostro corpo: rispetto a quando era considerato un pannicolo esterno amorfo, oggi sappiamo invece che è un contenitore di cellule staminali che tanto piacciono a tutti, è come un organo adiposo - ha sottolineato Cervelli - Noi chirurghi plastici lo utilizziamo nei nostri interventi, persino in quelli al naso, per la chirurgia della mammella, per le ferite complesse, ma lo usano anche i chirurghi generali per diversi scopi". Sul lipofilling: "Lo utilizziamo sulla chirurgia del volto per il ringiovanimento facciale, ma anche per la mammella e la sua ricostruzione - ha spiegato il professore - La grossa innovazione è aver utilizzato il tessuto adiposo con tecniche ibride. Il classico esempio di ibrido è il mulo, un mix tra le migliori caratteristiche di asino e cavallo, ci piace dire che la chirurgia ibrida unisce le forze e dà risultati superiori". "Il nanofat è un contenitore di cellule staminali, il microfat lo utilizziamo in chirurgia per piccole rifiniture, il macrofat per volumi più importanti - ha approfondito Cervelli scendendo nei dettagli - E oggi si sente sempre più parlare di trattamento con tessuto adiposo arricchito di cellule staminali". Per quanto riguarda la chirurgia della mammella con innesto di grasso: "L'innesto di grasso nella mammella come rifinitura oggi è considerato un must, per aumentare la copertura di tessuto adiposo sugli impianti protesici messi sia per finalità estetiche che ricostruttive, o anche utilizzato senza protesi per aumentare fino a una taglia-una taglia e mezzo - ha commentato - Tutta la chirurgia ricostruttiva della mammella con tessuto adiposo è anche conveniente a livello di sistema sanitario nazionale". Sulla conservazione del grasso, invece, c'è ancora qualche perplessità: "Allo stato attuale ho qualche riserva, il miglior contenitore è proprio il nostro corpo - ha ribadito - Comunque, esistono studi avvalorati da prove scientifiche sulla possibilità di conservare il nostro tessuto". "Per esempio - ha aggiunto - per la ricostruzione di una mammella, per cui servono due-tre infiltrazioni, possiamo fare un prelievo iniziale in cui abbanchiamo il tessuto adiposo e poi lo utilizziamo a più riprese in futuro senza sottoporre la paziente a nuovi prelievi, dunque con meno invasività, però è più costoso a livello di sistema sanitario nazionale, quindi ai posteri l'ardua sentenza". Infine, sulla crescita della chirurgia rigenerativa negli ultimi anni: "Rispetto a cinque anni fa oggi facciamo molto di più - ha concluso il professore - Come in tutte le cose c'è l'effetto luna di miele, che però nella chirurgia rigenerativa non è ancora finita".

La nostra vita da Caregiver

Storie di chi ha rinunciato al lavoro per prendersi cura di un familiare
Il dramma della burocrazia complicata e dei servizi che mancano

In un paese di vecchi il problema dell'assistenza a chi non è autosufficiente diventa dirompente soprattutto se lo Stato latita, scriveva domenica Paolo Russo sul settimanale Specchio. In Italia l'assistenza domiciliare integrata viene erogata a più del 6% di chi ha oltre 65 anni ma solo per 18 ore al giorno. E quindi? Chi si occupa di chi

non è autosufficiente dove lo Stato non arriva? I familiari per chi ha la fortuna di averli, un esercito di madri, padri, mogli, mariti, fratelli, sorelle che vivono troppo spesso in una profonda solitudine.

FLAVIA AMABILE ED ELEONORA CAMILLI

“Per il mio Biagio ho lasciato tutto Adesso non vivo più”



“

Mamma di Biagio

Quando sono stata operata ho dovuto portare mio figlio con me in ospedale

«**P**rendersi cura di un ragazzo autistico significa non avere più una vita. Non puoi stare neanche male, quando sono stata operata ho dovuto portare mio figlio con me in ospedale». Simona Laprovitera, 56 anni, mamma di Biagio Lèon, non usa giri di parole per raccontare la sua condizione di caregiver. Per stare accanto al suo ragazzo, che oggi ha 23 anni, ha dovuto rinunciare anche al lavoro di segretaria in uno studio legale. E ora vive con lui in perfetta simbiosi. «Dal lockdown mio figlio si è chiuso in casa, ha perso l'entusiasmo. Prima era un animale sociale, voleva stare con gli amici conosciuti a scuola, ora non vuole

mai uscire. Io lo spingo ad andare almeno due ore dal papà che ha un albergo, per dargli una mano e stare in compagnia. Ma quando torna vuole stare dentro con me». Inutili i tentativi di portarlo nella spiaggia di Praia a Mare, la cittadina calabrese dove vivono. E anche per Simona le restrizioni sono tante. «Non mi pesa perché amo stare con lui, ma è difficile. Ogni tanto c'è un suo ex compagno di scuola che viene, lo porta al cinema o a fare una passeggiata. Ma per il resto è sempre con me». La situazione è aggravata dalla carenza di servizi in Calabria: «Tutte le attività che svolge sono private. C'è una questione anche economica: praticamente la pensione di mio fi-

glio se ne va nelle spese per i corsi di formazione, la psicoterapia, lo sport. Siamo completamente lasciati soli, se hai i soldi puoi gestire una vita normale, altrimenti è tutto sulle tue spalle». Ma Simona non si arrende: «Voglio che mio figlio abbia le possibilità dei normodotati, è un ragazzo meraviglioso, coraggioso. Un leone, come il personaggio del film di Luc Besson da cui ha preso il nome». —



Sabrina Bassi

“I figli malati di Sla ho perso mio marito e tagliano i sussidi”

Sabrina Bassi pensava di aver visto tutto nella vita dopo aver vissuto per quasi quarant'anni con due figli malati di Sla. Due anni fa suo marito è morto, lei è andata in pensione e all'improvviso si è trovata da sola nella loro casa di Tarquinia, in una gabbia sempre più stretta. «Quando c'era anche mio marito tra me, lui e le persone che venivano in casa a dare una mano in qualche modo ci si aggiustava. Ora è tutto più difficile». Da quando è rimasta da sola la vita di Sabrina è una continua ricerca di attimi di respiro. «Mi alzo la mattina alle sei per avere il tempo di bere un caffè in pace», racconta. Poi si svegliano i miei figli e da quel momento fino alle 8,30 sono da sola a occuparmi di loro.

Per uscire devo aspettare le 10,30 quando arriva una seconda persona perché è necessario che siano in due quando sono via. A quel punto vado a fare la spesa e qualche altra commissione. Quando torno è ora di preparare il pranzo e farli mangiare. Rimango da sola dalle 14,30 fino alle 16. A quel punto esco altrimenti impazzisco. Torno a casa alle 18 e da quel momento sono da sola, tranne un breve momento in cui torna una delle donne del mattino per far andare in bagno uno dei miei figli. Poi lei va via e tocca a me prendere tutti e due e accompagnarli uno per volta a letto. Come? Dico “aiutami, stai buono”. E loro mi aiutano. Per fortuna nessuno dei due è molto grosso. Io non sono Macciste e ho 69 anni, non è sempli-

ce e le istituzioni non aiutano. Ora la regione Lazio da un giorno all'altro ha comunicato che i fondi regionali mensili di 700 euro, non saranno più disponibili come contributo di cura erogato alla persona con disabilità gravissima, ma solo attraverso l'intervento di cooperative o l'assunzione di personale qualificato. Io sono una madre e per i miei figli faccio tutto ma sono stufa dopo 40 anni di questa vita e la regione Lazio me la complica anche?». —



“

Mamma 69enne

Da quando sono vedova cerco solo qualche attimo di respiro per me

Su Specchio



Nell'ultimo inserto l'approfondimento sulla solitudine di tante famiglie italiane: i badanti familiari e professionali sono otto milioni.



NORMA PER I SANITARI

Salva-baroni, Fi ci riprova: prof. in pensione a 72 anni

Il centrodestra ci prova per l'ottava volta. Forza Italia, con un emendamento al dl sulle liste d'attesa in sanità, vuole mantenere al lavoro fino a 72 anni i docenti universitari assunti a tempo che afferiscono alle strutture del Ssn, come le scuole di specializzazione. Un provvedimento che riguarderebbe solo la formazione e non la funzione assistenziale. Quindi, dicono i sindacati, inutile, dannoso e pensato solo per favorire i baroni della medicina. Soprattutto ininfluente rispetto al dramma delle liste d'attesa.

“È solo una norma *ad personam* - dice Pierino Di Silverio, segretario nazionale di Anaa-Assomed -, che riguarda meno di un migliaio di docenti e che viene riproposta impunemente. Siamo di fronte al trionfo dello scambio di favori clientelari”. Per Anaa le carenze di personale medico riguardano prevalentemente quei reparti, come i pronto soccorso o le terapie intensive, che sono improponibili, per una questione di età, a un 72enne che, inoltre, avendo un ruolo apicale, non fa i turni di notte. Fino ad ora ci

hanno provato tutti nel centrodestra. Non solo Forza Italia ma anche Lega e FdI, sotto la pressione, secondo i sindacati, delle università. “Le stesse - prosegue Di Silverio -, che premono affinché il decreto Calabria, per reclutare gli specializzandi negli ospedali, non venga strutturato. E si compromettono anche le prospettive di carriera per i giovani medici, uno dei motivi per i quali tanti abbandonano gli ospedali pubblici”.

NATASCIA RONCHETTI



LA POLEMICA

Quella scelta politica ma ben poco giuridica di rendere la surrogata reato universale

LORENZO D'AVACK

La Commissione Giustizia del Senato ha detto il primo sì al disegno di legge già approvato alla Camera il 26 luglio 2023 che introduce il "reato universale" per la maternità surrogata. Il

testo si richiama alle due proposte già depositate alla Camera nella precedente legislatura

AVVANGUARDIA

CON LA LEGGE GIÀ APPROVATA ALLA CAMERA, CHE MIRA AD ESTENDERE LA PERSEGUIBILITÀ ANCHE ALL'ESTERO, SI REALIZZA UN'IDEA DI STATO TUTORE DELLA MORALITÀ DEI SUOI CITTADINI, OVUNQUE ESSI VADANO...

Quella scelta politica ma ben poco giuridica di rendere la surrogata reato universale

LORENZO D'AVACK

La Commissione Giustizia del Senato ha detto il primo sì al disegno di legge già approvato alla Camera il 26 luglio 2023 di iniziativa di Fratelli d'Italia, prima firmataria Carolina Varchi, che introduce il "reato universale" per la maternità surrogata. Il testo si richiama alle due proposte già depositate alla Camera nella precedente legislatura: le n. 2599, Carfagna, 20 luglio 2020, e n. 306, Meloni, 23 marzo 2018.

Nel nostro Paese i divieti erano già ricavabili dalla Legge 40/2004 (art. 12, comma 6) e dalla Corte costituzionale (sentenza n. 162/2014). Al menzionato art. 12, comma 6, che prevede per chi realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di ma-



ternità la reclusione da tre mesi a due anni e la multa da 600.000 a 1.000.000 di euro, il progetto di legge stabilisce che venga aggiunto il seguente periodo: "le pene stabilite dal presente comma si applicano anche se il fatto è commesso all'estero". Il progetto di legge estende la perseguibilità del reato anche al cittadino italiano che fa ricorso alla gestazione per altri all'estero. Si vuole dunque rendere la surrogata un "reato universale", terminologia che non esiste nel linguaggio giuridico e di cui è difficile pensare alla sua applicabilità, per molteplici ragioni fra cui è prevalente quella che in molti paesi il contratto di maternità è lecito.

Su questa vicenda la CEDU riconosce agli Stati un ampio margine di apprezzamento, trattandosi di soluzioni in genere collegate alla sterilità e infertilità della coppia committente che implicano valutazioni etiche rimesse ai singoli ordinamenti. Il panorama comparato mostra soluzioni non omogenee sia sulla liceità di queste procedure (in specie surrogata "commerciale" e "solidale"), sia sulla tutela e lo status dei minori, sia sulla dignità della donna gestante, sia sulle conseguenze sanzionatorie.

Il disegno di legge non si interessa della struttura del contratto di maternità, del quale i proponenti legislativi non hanno dato alcuna definizione, pur potendo essere plurime le combinazioni tra committenti (e il loro materiale biologico) e colei che porta avanti la gravidanza. Inoltre, non sono in discussione gli effetti penali indiretti che la maternità surrogata, realizzata all'estero, potrebbe avere in Italia in relazione ad altre condotte incriminatrici che si hanno tra la denuncia della nascita all'estero e la richiesta di trascrizione all'ufficiale di Stato Civile in Italia (es. alterazione di stato, falsa dichiarazione resa in sede di richiesta di trascrizione in Italia dell'atto di nascita redatto all'estero). Ancor meno sembra il ddl doversi pre-

occupare di quelle famiglie che rientrano dall'estero e che rischiano ora il carcere fino a tre anni e la multa fino a un milione di euro. Inoltre non risulta approvato alcun emendamento al testo base che possa tutelare i minori, considerato che le soluzioni più recenti previste dalla Cassazione e dalla Corte costituzionale in merito ai nati da contratto di maternità e che consentono l'adozione speciale potrebbero non avere alcun valore.

Quello che interessa ai proponenti il ddl è che la surrogata in tutte le sue forme venga presentata come un "reato universale", ma la sua efficacia pare giuridicamente difficilmente applicabile. Le condizioni per cui la giurisdizione penale italiana possa estendersi anche ai reati commessi all'estero esistono, ma sono limitate, ben definite e tra queste la cosiddetta surrogazione di maternità non sembra potervi rientrare. L'art. 7 c.p. individua una serie di reati sulla base del principio di estendibilità, cioè individua reati così gravi che giustificano l'intervento del sistema penale italiano indipendentemente da dove il reato è stato commesso o dal soggetto che lo ha commesso. Ma non è questo il caso. L'art. 9 c.p. fa proprio il principio della doppia incriminazione: ritiene cioè che tale disposizione consente di punire all'estero un reato comune del cittadino solo a condizione che il reato di cui si tratta sia previsto come tale sia in Italia sia nello Stato estero. È questo il principio, più volte riconosciuto dalla giurisprudenza e in specie dalla Cassazione, che regola i rapporti di cooperazione internazionale tra i diversi paesi a partire dall'extradizione.

La scelta ben poco giuridica di andare verso il cosiddetto reato universale appartiene a una visione restrittiva che si muove entro un orizzonte di accentuato paternalismo, che vorrebbe estendere l'applicazione della legge penale anche a condotte che, in altri ordinamenti, sono del tutto lecite. Si vuole realizzare un'idea di Stato tutore della moralità dei suoi cittadini ovunque vadano in contrasto con i principi del liberalismo politico.



Insonnia

Dormire meno di quattro ore a notte, un disturbo che in estate si fa ancora più insidioso. La melatonina? Un rimedio non efficace. È importante bere molta acqua durante il giorno

di **Margherita De Bac**

Stanotte a Roma un milione e 200 mila persone non chiuderanno occhio. Altrettante tra Milano e hinterland. Di solito sono il 20% in meno rispetto al picco estivo. Umidità e caldo fanno schizzare in alto il numero dei sofferenti «deprivati di sonno». Ai cronici si aggiungono gli stagionali. Il risultato è lo stesso. Lo sanno bene George Clooney e Carlo Verdone, due vittime storiche. «Cattivo umore durante il giorno, scarso rendimento sul lavoro, tendenza ad assopirsi, aumento del rischio di incidenti perché è alla guida che il malessere si traduce nella chiusura inconsapevole delle palpebre», mette in guardia Pierluigi Innocenti, neurologo, presidente di Assirem, associazione

per lo studio del sonno, fonte delle stime sopra riportate.

Che significa deprivazione di una delle più piacevoli (se vissuta bene) funzioni della giornata? Rientriamo in questa fascia se dormiamo almeno due ore in meno rispetto al quantitativo ideale per gli adulti che sarebbe otto ore. Figuriamoci dunque la condizione, ai limiti del patologico, di chi la notte la trascorre quasi tutta intera da sveglio, rimediando un massimo di 2-4 ore di «pace». Il problema è che per il deficit di sonno non c'è cura. Se hai un'infezione batterica e prendi l'antibiotico guarisci. In questo caso invece i farmaci, benzodiazepine e farmaci identificati con la lettera zeta, non sono che rimedi temporanei. Non curano ma aiutano a scivolare nel mondo dei sogni. La melatonina, un ormone, non andrebbe considerata, è indicata per il jet lag.

L'insonnia stagionale ha come alleate le alte tempera-

ture e non solo. Alla base ci sono alterazione dei ritmi di vita, più sregolati rispetto all'inverno, l'aumento dei rumori ambientali che penetrano attraverso le finestre spalancate. E ancora il permanere nella luce dovuta all'ora legale e l'orario dei pasti tendenzialmente tardivo.

Si tende a dimenticare un fattore importante, la disidratazione. «Andare a letto senza aver bevuto durante il giorno un litro e mezzo di acqua o due è un errore. Di notte si suda per abbassare la temperatura corporea quindi si tende a eliminare altri liquidi la cui perdita altera le funzioni dell'organismo», raccomanda Innocenti ricordando di porre sul comodino bottiglia e bicchiere. Oltre a seguire regole di buon senso come la temperatura della stanza da letto, non fredda ma fresca se si aziona l'aria condizionata.

La medicina del sonno è materia di interesse anche per

i dentisti. Domenico Clavarella, professore di odontoiatria a Foggia, è presidente della società italiana medicina del sonno in odontoiatria. Cosa c'entra? «Noi ci occupiamo soprattutto di apnee notturne, condizione diversa dall'insonnia, causa di sonnolenza. A sua insaputa il paziente vive la notte con una serie ininterrotta di micro risvegli legati all'apnea. Il risultato è che non dorme mai e non lo sa. Noi ce ne accorgiamo per la conformazione dei denti, che tende a digrignare, e per la facilità con cui si appisola sulla poltrona odontoiatrica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La terapia antivirale consente oggi un controllo ottimale dell'infezione ma richiede la massima costanza dei pazienti per tutta la vita. Una campagna promossa da Gilead Sciences, Associazioni e società scientifiche punta a promuovere il dialogo con i medici

Convivere con l'Hiv l'importanza di parlarne ancora

Nessuna terapia è efficace se rimane chiusa nel cassetto. Ma nel caso degli antibiotici e dei farmaci antivirali c'è un rischio ulteriore, quello che germi o virus diventino resistenti ai farmaci, se assunti in maniera discontinua.

Rafforzare l'importanza dell'aderenza al trattamento è proprio una delle motivazioni alla base della campagna sul virus dell'Aids - "HIV. Ne parliamo?" - promossa da Gilead Sciences lo scorso novembre, con il patrocinio di 16 Associazioni Pazienti, la Società italiana di Malattie infettive e tropicali (SIMIT) e l'Italian conference on AIDS and Antiviral research (ICAR), e rilanciata con il claim "HIV. Parliamone ancora!" in occasione del congresso dell'Italian conference on AIDS and Antiviral research (ICAR), tenutosi di recente a Roma.

LE SCELTE

Rimanere fedeli allo schema di terapia può diventare pesante per chi sa di doverla assumere tutta la vita. Ma buona notizia, quella che dovrebbe illuminare e mo-

tivare le scelte, è che le terapie anti-retrovirali oggi consentono di ottenere in tempi brevi la soppressione della replicazione del virus e questo, oltre a evitare che l'infezione progredisca verso l'Aids conclamato, comporta l'azzeramento del rischio di trasmissione dell'infezione ad altre persone.

Il concetto è molto semplice: se il virus non è più rilevabile nel sangue, non si contagiano altre persone. Un'equazione di vita che gli esperti hanno sintetizzato nella sigla "U=U", che sta appunto per Undetectable (non rilevabile) uguale Untransmittable (non trasmissibile).

Un concetto semplice, quasi elementare, che si porta dietro conseguenze importanti, come l'abbattimento dello stigma legato all'infezione da Hiv, in gran parte legato proprio alla paura del contagio di questa infezione.

«Questa verità scientifica - ricorda Valeria Calvino di Anlids ETS - ha rivoluzionato la gestione dell'Hiv e ha fornito uno strumento nuovo, potente e sicuro per combattere lo stigma associato al virus. Ci aiuta a vivere meglio sia a livello fisico, sia psicologico. Ma non è ancora sufficientemente conosciuta. È importante quindi diffondere l'informazione corretta nella po-

polazione generale e, soprattutto, fornire strumenti adeguati ai medici e alle persone con Hiv per poter accedere alla piena conoscenza di questo concetto».

Sicuramente è fondamentale come promuovere il dialogo tra medico e paziente.

«Il rapporto medico-paziente - sostiene Giuseppe Lapadula, ricercatore Malattie infettive all'Università degli Studi Milano-Bicocca - deve essere empatico e favorire un modello di cura collaborativo. Deve esplorare tutti gli aspetti che possono ostacolare un'assunzione ottimale della terapia e, se necessario, fornire alla persona con Hiv gli strumenti per rimodellare l'interpretazione della propria malattia e condividere nuovi obiettivi di cura. Adattare la terapia alle abitudini di chi la assume, e non viceversa, aumenta le probabilità che questa venga assunta correttamente».

Il tema dell'aderenza alla terapia è stato scelto anche come



argomento del primo podcast della serie "A voce alta - Dialoghi sull'Hiv", realizzata da One-Podcast in collaborazione con Gilead Sciences, sempre nell'ambito della campagna "HIV. Parliamone ancora!".

La pagina della campagna (hivneparliamo.it) ospiterà varie storie legate a questi temi e ad aspetti di qualità di vita. La campagna, infine, mette a disposizione dei medici un opuscolo informativo sul rischio di sviluppo di resistenze ai farmaci anti-retrovirali.

«Da oltre 35 anni siamo accanto alle persone con Hiv - ricorda Gemma Saccomanni, senior director Public affairs Gilead Sciences - mettendo loro a disposizione i frutti della nostra ricerca e il nostro supporto per migliorare la loro qualità di vita. All'inizio il nostro impegno era tutto focalizzato nel trovare soluzioni salvavita, ora che le abbiamo trovate, ci impegniamo a migliorare la loro qualità di vita, sviluppando soluzioni terapeutiche sempre più efficaci e promuovendo una corretta infor-

mazione e il dialogo tra medici e pazienti».

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE SOLUZIONI

I NUMERI

1888

I casi di infezione da Hiv in Italia nel '23: 2% in più rispetto al 2022

58%

Le nuove diagnosi già nella fase avanzata della malattia



142

In migliaia, le persone che in Italia vivono con il virus Hiv

78%

Le nuove diagnosi che riguardano gli uomini (età media 43 anni)

VALERIA CALVINO (ANLAIDS ETS): «I RISULTATI DELLE CURE ORA CANCELLANO LO STIGMA»

Fondamentale sempre il rapporto tra medico e paziente che deve essere empatico e favorire un modello di cura collaborativo



Aifa, i dati sui farmaci in un'app per i pazienti

L'AGGIORNAMENTO

La banca dati dei farmaci dell'Agenzia italiana del farmaco si rinnova per essere più vicina ai cittadini, anche con una app. Bastano pochi click per essere aggiornati su caratteristiche e indicazioni terapeutiche, controindicazioni, interazioni con altri farmaci, rimborsabilità, eventuali effetti dopanti per chi pratica sport agonisti-

co. E con l'app si può creare un armadietto personale dei farmaci che ricorda quando assumerli. Inoltre, invia alert quando un medicinale viene sospeso o ritirato dal commercio.

«Un'applicazione semplice per risolvere un grande problema: quello della mancata aderenza alle terapie da parte soprattutto dei pazienti cronici e anziani in politerapia, che interrompono o assumono con discontinuità i farmaci nel 50% dei casi quando si arriva a doverlo fare per quattro volte nel corso di una gior-

nata - sottolinea Robert Nisticò, Presidente dell'Aifa - Un problema per la salute dei pazienti ma anche per i conti pubblici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



(foto Freepik)





Dir. Resp. Marco Girardo

Salute e pressioni commerciali

RICERCA SUI FARMACI LA "QUESTIONE ETICA": MAI TANTO A RISCHIO



SILVANO GARATTINI

Quando un farmaco dopo un lungo percorso sperimentale arriva all'uomo, per stabilire il rapporto fra benefici ed effetti avversi il ricercatore responsabile non è libero di fare ciò che ritiene più opportuno perché deve osservare i principi etici maturati nel tempo e in continua evoluzione. L'etica non può prescindere dalla metodologia scientifica, ma deve sorvegliare che la metodologia rispetti gli interessi della persona - sana o ammalata - che partecipa alla sperimentazione. Una valutazione della situazione attuale è molto deludente e preoccupante perché l'etica è poco rispettata.

Uno dei principi etici presenti nella Dichiarazione di Helsinki prescrive che non si debba utilizzare una sostanza inattiva detta "placebo" quando per una determinata indicazione terapeutica esiste già una terapia disponibile. Infatti è molto favorevole per l'industria utilizzare il placebo perché è più facile che il nuovo farmaco presenti dei vantaggi. Se si utilizza un farmaco già ritenuto efficace diventa molto meno facile che il nuovo farmaco sia meglio, anche perché, se fosse meglio, verrebbe messo in discus-

sione il vecchio farmaco di confronto. Usare il placebo non è etico perché in realtà si danneggia il paziente a cui viene sottratta una terapia per tutta la durata dello studio, con il rischio che la sua malattia si aggravi. Eppure si calcola che almeno il 75% degli studi di fase 3 - quelli decisivi per l'approvazione di un nuovo farmaco - usino impropriamente il placebo, perché viene omesso il trattamento con un prodotto attivo.

Questa situazione è aggravata dalla legislazione europea che per l'approvazione di un nuovo farmaco richiede tre caratteristiche - qualità, efficacia e sicurezza - che, non richiedendo confronti, giustificano indirettamente l'uso del placebo. Non solo, ma ci si domanda di cosa si occupano i Comitati etici, attraverso cui è obbligatorio sottoporre il protocollo dopo averlo sottoposto a un Comitato che valuta soprattutto l'aderenza del protocollo alla metodologia scientifica. Se abbiamo un eccessivo uso del placebo significa che i Comitati etici sono più compiacenti agli interessi commerciali rispetto agli interessi dei pazienti. Ci si potrebbe perciò chiedere chi sorveglia l'attività dei Comitati etici. Dovrebbero essere le Regioni, che sono le stesse che designano i membri del Comitato etico - evidentemente poco competenti sui principi etici -, con un chia-

ro conflitto di interessi. Dovrebbe essere diverso l'Organismo che nomina i componenti del Comitato etico rispetto a chi ne giudica il funzionamento e l'aderenza ai principi etici. Non solo, esistono altri conflitti di interesse. La commissione che deve giudicare il valore scientifico del protocollo è stata localizzata a livello dell'Aifa (Agenzia italiana per il Farmaco), che è la stessa agenzia che mette a disposizione dell'industria - a pagamento - consigli su come effettuare uno studio clinico controllato. Il problema è che alla fine è la stessa Aifa che partecipa, attraverso l'agenzia europea Ema, alla valutazione dei protocolli che permettono l'autorizzazione del nuovo farmaco o, a livello nazionale, la rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale. L'etica non potrebbe essere più calpestata.

La situazione è molto grave ed esige risposte dagli enti chiamati in causa. Spero vivamente che si possa dimostrare che le mie considerazioni sono erranee.

Fondatore e presidente

**Istituto di Ricerche farmacologiche
Mario Negri Ircs**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Regione chiede ai manager di spiegare le variazioni anno su anno: dopo avere ripianato il passivo del 2023, l'incognita dei bilanci per il 2024

Farmaci e dispositivi medici, Asl sotto esame In cinque anni la spesa è salita di 400 milioni

IL RETROSCENA

ALESSANDRO MONDO

Tecnicamente vengono chiamati "Obiettivi di efficientamento aziendale". Più prosaicamente, sono la dimostrazione che - in attesa del caricamento da parte delle Asl dei dati dei conti del primo semestre dell'anno sulla piattaforma informatica visibile anche dal Mef -, il setaccio con cui la Regione vaglia i bilanci delle aziende sanitarie sta diventando sempre più fine.

Fanno fede le comunicazioni inviate alle direzioni generali, nelle quali si chiedono precisi riscontri a fronte di due voci di costo primarie sulle quali intervenire per far quadrare i conti: la spesa farmaceutica e quella per i dispositivi medici. Evidentemente non sono le uniche ma quelle da cui si presume di poter generare i maggiori risparmi.

«Parlare di risparmi rischia di essere fuorviante - precisa l'assessore alla Sanità, Federico Riboldi -. Vogliamo garantire una maggiore efficienza, anche nella spesa, per garantire maggiore universalità del servizio sanitario pubblico. Non possiamo permetterci di sprecare nemmeno un euro, altrimenti qualcuno pagherà pegno, venendo escluso dai servizi: cosa che, solitamente, riguarda le fasce più deboli della popolazione. Quindi non ta-

gliare, ma spendere meglio. Il senso è questo».

Si parte da una premessa. Restando a queste due categorie, la spesa è salita da un miliardo 300 milioni del 2019 a un miliardo 700 milioni del 2023: + 280 milioni per i farmaci, + 120 milioni per i dispositivi medici. Un universo, quest'ultimo, dove si spazia dai cerotti alle lenti a contatto, dalle apparecchiature a raggi X ai pacemaker, dalle protesi mammarie alle applicazioni software e alle protesi dell'anca. Complessivamente + 400 milioni in cinque anni, dei quali tanto l'assessorato quanto la direzione dell'assessorato chiedono conto ai manager. Si parte dal documento, allegato alle lettere, che illustra le variazioni dei consumi, per l'appunto, tra gli anni 2019 e 2023, con riferimento ad una lunga serie di voci. A seguire, la richiesta di descrivere le motivazioni, verificare che ci sia piena corrispondenza tra attività erogata e costo sostenuto, a parità di qualità delle cure, così come l'attinenza ai disciplinari tecnici di riferimento, indicare per quali tipologie di acquisti non ci si sia rivolti a Scr (ndr: la società di committenza regionale incaricata delle sovragare), e perché. Un'analisi ai raggi X, per restare in tema sanitario. A maggior ragione, considerato che "emergono potenziali criticità riguardanti la qualità dei da-

ti trasmessi". Il che non è incoraggiante.

Si tratti di farmaci o di dispositivi, bisogna rendere conto di eventuali disallineamenti e darne riscontro entro il 19 luglio. Il termine non è casuale, considerato che da quella data i direttori delle Asl torneranno ad essere convocati, rendiconti alla mano, al 41esimo piano del grattacielo della Regione, dove hanno sede l'assessorato e la direzione della Sanità.

Tempi stretti, quindi, motivati da conti che preoccupano, per varie ragioni. Se i consuntivi del 2023 si sono chiusi con un passivo complessivo di 300 milioni rispetto al 2022 - il pareggio, certificato dal ministero delle Finanze, è stato possibile attingendo dal bilancio regionale - lo stesso tema si riproporrà, probabilmente in misura maggiore, per l'anno in corso. E questo nonostante dalla Regione ricordino che i bilanci preventivi non tengono conto di partite economiche migliorative che si verificano in autunno, come il riparto definitivo del Fondo sanitario, che quest'anno si stima in aumento di oltre 180 milioni rispetto al 2023.

L'incubo, che Alberto Cirio e l'assessore Riboldi, così come il direttore regionale della Sanità Antonino Sottile vogliono evitare ad ogni costo, sarebbe un disavanzo di 450 milioni che ri-



LA STAMPA

porterebbe automaticamente la Sanità piemontese in piano di rientro. Un'esperienza già vissuta con annessi e connessi, nessuno gradevole: in primis per i cittadini.

Non solo. Allo spauracchio del nuovo piano di rientro si aggiungono le conseguenze di quello vecchio. Come è noto, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 8 della legge regionale 6 del 24 aprile 2023. La giunta aveva confermato il rispetto degli accordi presi con il

governo dalla giunta Chiamparino, e che permisero al Piemonte di uscire dal piano di rientro del disavanzo sanitario, salvo modificare i tempi: i 923 milioni di euro di passivo che dovevano essere restituiti in quattro anni (2023-2026) sono stati "spalmati" in dieci anni, entro il 2032. Con questa manovra la rata si è ridotta sensibilmente, scendendo a 93 milioni all'anno (rispetto ai 200 previsti dal 2023). «Non c'è alcun buco e nessuna manovra correttiva da fare - aveva replicato

l'assessore al Bilancio Andrea Tronzano -. La Consulta ha preso atto delle posizioni di Governo e Regione, e invitato a trovare un accordo». La trattativa non è ancora iniziata, in Regione sperano in un esito positivo: in caso contrario, sarebbero dolori. —

Da motivare anche le eventuali variazioni nei protocolli di terapia



FEDERICO RIBOLDI
ASSESSORE REGIONALE
SANITA'



Lo scopo non è tagliare i servizi ma estenderli, non possiamo sprecare nemmeno un euro



nella foto, una Tac. I consuntivi 2023 delle aziende sanitarie si sono chiusi con un passivo di 300 milioni ripianato dalla Regione

