



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

22 FEBBRAIO 2023

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

quotidiano**sanità.**

Bambino greco in attesa di trapianto accolto all'ospedale Bambino Gesù di Roma

Un paziente di sette anni affetto da una gravissima cardiopatia e in imminente pericolo di vita ha viaggiato a bordo di un C-130J dell'Aeronautica militare all'interno di un'ambulanza assistito da un'equipe dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù: sarà curato grazie a un programma di cooperazione tra il Centro nazionale trapianti italiano e quello greco.



22 FEB - Un bambino di sette anni di nazionalità greca in attesa di trapianto di cuore è stato preso in carico dalla Rete trapiantologica italiana e portato da Atene a Roma con un trasporto sanitario d'urgenza effettuato nella giornata di ieri dall'Aeronautica militare per poi essere ricoverato in serata all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù. Il piccolo paziente, in imminente pericolo di vita per una gravissima cardiopatia, è stato trasportato a bordo di un C-130J della 46^a Brigata aerea di Pisa, velivolo idoneo ad imbarcare l'ambulanza all'interno della quale ha viaggiato il bambino, monitorato ed assistito in circolazione extracorporea (ECMO) da un'equipe del Bambino Gesù composta da infermieri, rianimatori e cardiocirurghi. Il bambino verrà curato grazie a un programma di cooperazione tra il Centro nazionale trapianti e la corrispondente autorità competente greca, l'Hellenic transplant organization: secondo l'accordo, operativo dal 2005, i pazienti greci più urgenti, in particolare pediatrici, possono essere trapiantati nel nostro Paese, mentre gli organi dei donatori non utilizzati in Grecia possono essere destinati ai pazienti italiani in attesa di trapianto. Accordi bilaterali di questo tipo sono attivi anche con Malta, Romania e Serbia. Nel 2021 (ultimo anno per il quale sono disponibili i dati definitivi) in Italia sono stati eseguiti 20 trapianti su pazienti residenti nei Paesi con i quali è attivo un programma di cooperazione (10



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

serbi, 6 greci, 3 maltesi e 1 rumeno), mentre sono stati utilizzati per i pazienti italiani 21 organi provenienti dagli stessi Paesi (11 dalla Grecia, 5 da Malta e 5 dalla Romania). Il Centro nazionale trapianti rinnova il proprio ringraziamento all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù per la presa in carico del piccolo paziente e all'Aeronautica militare per il costante supporto all'attività logistica della rete trapianti in caso di necessità per i trasporti urgenti di pazienti, organi ed equipe mediche.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

LIVESICILIA

Sicilia, sanità e 'buchi', il documento delle polemiche

di Roberto Puglisi | 22 FEBBRAIO 2023

E' il 'documento della discordia' e racconta, dal suo punto di vista, i soldi e il sangue della sanità siciliana. Lo ha scritto l'ex dirigente del Dipartimento Pianificazione Strategica, dell'assessorato alla Salute, **Mario La Rocca**, inviandolo al presidente della Regione, all'assessore Volo, all'assessore al Bilancio e al ragioniere generale. Sulla questione si è sviluppata [una robusta polemica](#). "L'assessore Volo – **ha detto il capogruppo M5S Antonio De Luca, nel corso di un dibattito acceso all'Ars** – poteva comunque rimanere in aula anche per dare risposte sull'allarme lanciato dal direttore La Rocca dei quasi 400 milioni di euro da recuperare dalle spese sanitarie. Su questo tema ho chiesto alla presidenza che sia dedicata la prossima seduta d'aula". Abbiamo potuto consultare quella carta. **Ecco, per sommi capi, cosa dice.**

La relazione di La Rocca

"Sento l'esigenza di dare compiuta rappresentazione della situazione del Bilancio Consolidato del Servizio Sanitario Regionale per le annualità 2022 e 2023, stante la rilevanza delle conseguenze che una sua mancata chiusura in pareggio avrebbero sul Bilancio della Regione – **scrive La Rocca, nel suo atto di congedo** -. Al riguardo, al fine di meglio rappresentare le conseguenze, anche sul piano politico di tale evenienza – che, sin da subito si chiarisce, è stata scongiurata...". E viene citato un articolo di legge sul rispetto dell'equilibrio finanziario e sul controllo dei conti. Bisognerà procedere sulla strada dell'accortezza, per non incorrere in brutte sorprese.

L'emergenza Covid e la sanità che arranca

Dal resto della lettera, si capisce quanto l'emergenza Covid abbia richiesto un impegno economico che ha avuto una grande incidenza sulle risorse. "I dati del monitoraggio del quarto trimestre 2022 che, al momento, sono in corso di verifica, denunciano un disavanzo di 248 milioni a causa dei costi straordinari Covid che ammontano per il 2022 a 439 milioni di euro. Tale disavanzo – inferiore per quasi 200 milioni di euro ai costi straordinari Covid – verrà coperto con le entrate straordinarie relative alle quote del mutuo sanità relative al 2019-2020-2021". **Si chiamano in causa i fondi di un mutuo che, dal bilancio generale della Regione**, sono tornati alla sanità e le economie di un sistema complessivo che ha dovuto fare di necessità virtù per affrontare la tragedia di una pandemia imprevista. E' la cronaca numerica della classica coperta corta di un comparto mai sovrabbondante di mezzi che sta tentando di rientrare nella normalità.

Ma la Sicilia va meglio...

"Si rappresenta – si legge ancora – che l'impatto degli extra costi Covid e dei sovra-costi energetici sul bilancio consolidato della Regione Siciliana è stato ben inferiore a quello subito da altre regioni d'Italia che storicamente rappresentano esempi virtuosi di efficienza nella erogazione dei Lea (Livelli essenziali di



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

assistenza, ndr) e nella gestione economica”. **Le conclusioni del dirigente generale somigliano a una sorta di avvertenza:** finora ce l’abbiamo miracolosamente fatta, ma servono scelte conseguenti.

Il pericolo per i conti

“**Tanto sopra permesso, si è avuto ben chiaro il pericolo che il trascinarsi dei costi Covid** sul bilancio 2023 possa determinare un aumento strutturale dei costi del sistema che, se non adeguatamente governato, porti in disequilibrio il bilancio stesso – ecco come conclude l’autore della missiva -. Onde evitare tale rischio si è provveduto quindi a ‘progettare’ il bilancio del consolidato 2023, impartendo, per tempo, le opportune indicazioni a ciascuna azienda attraverso direttive ‘customizzate’ che hanno avuto a riferimento l’analisi del bilancio di ciascuna azienda, **volte, tra l’altro, alla riduzione del costo del personale non più necessario alla luce della cessazione dello stato di emergenza** e alla limitazione delle spese per investimenti. Manovre queste, unite all’incremento del fondo sanitario regionale, stimato in oltre 150 milioni. Il pareggio di bilancio del 2023 verrà raggiunto secondo lo schema (...) che non tiene conto del credito pari a 130 milioni di euro, vantato dal Servizio Sanitario Regionale nei confronti del Dipartimento Regionale di Protezione Civile”. **Una sentenza inappellabile? Più che altro il memorandum di un alto burocrate, consegnato al governo Schifani, di una sanità in bilico.** Che, al momento, regge, ma dovrà stare attenta a non precipitare nella voragine di uno sprofondo sempre in agguato.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Catania, al via la corsa per 10 direzioni di Unità Operative Complesse

In esecuzione della delibera 1874 del 1° dicembre 2022, infatti, è stata indetta pubblica selezione, così come dà notizia la GURI Concorsi ed Esami del 21 febbraio.

22 Febbraio 2023 - di **Redazione**

All'Asp di Catania al via la corsa per dieci incarichi quinquennali **direttivi** di altrettante Unità operative complesse. In esecuzione della delibera 1.874 del 1° dicembre 2022, infatti, è stata indetta pubblica selezione, così come dà notizia la GURI Concorsi ed Esami del 21 febbraio.

ECCO I DETTAGLI

Profilo professionale: medico

1. U.O.C. Igiene ambienti di vita – disciplina igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
2. U.O.C. Ortopedia e traumatologia presidio di base P.O. di Paternò – disciplina ortopedia e traumatologia;
3. U.O.C. Salute della donna e prevenzione oncologica-disciplina ginecologia e ostetricia;
4. U.O.C. Implementazione dei percorsi terapeutici e verifica appropriatezza- discipline igiene, epidemiologia e sanità pubblica/organizzazione dei servizi sanitari di base;
5. U.O.C. Cure primarie e integrazione socio-sanitaria-disciplina organizzazione dei servizi sanitari di base;
6. U.O.C. Neurologia DEA I P.O. di Caltagirone-disciplina neurologia;
7. U.O.C. Oculistica DEA I P.O. di Acireale-disciplina Oftalmologia;
8. U.O.C. Ortopedia e traumatologia presidio di base P.O. di Biancavilla-disciplina ortopedia e traumatologia;

Profilo professionale: farmacista

9. U.O.C. Farmacia P.O. di Caltagirone-disciplina-farmacia ospedaliera;

Profilo professionale: psicologo

10. U.O.C. Servizio di psicologia-discipline psicologia/psicoterapia.

Il testo integrale dell'avviso con l'indicazione dei requisiti e delle modalità di partecipazione è stato pubblicato nel sito internet aziendale www.aspct.it – sezione bandi di concorso, contestualmente alla pubblicazione dell'estratto nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 18 del 30 dicembre 2022.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il termine utile per la **presentazione** delle domande, da effettuare a pena di esclusione in modalità telematica ed utilizzando la specifica applicazione informatica disponibile sul sito internet dell'Azienda (www.aspct.it- sezione bandi di concorso), scade alle ore 23,59,59 del **23 marzo 2023**, cioè il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana- 4^a Serie speciale «Concorsi ed esami».

Il nuovo corso “telematico” dei dottori di famiglia Ricette, consigli, prescrizioni I medici curano via Whatsapp

È durante la pandemia che ha preso piede l'abitudine dei contatti con gli utenti da remoto. Vista la comodità, la pratica è rimasta. «Il problema è che ci messaggiano a ogni ora»

LUCA PUCCINI

■ Colpa della pandemia. Oppure merito, dipende dai punti di vista. Ché mica solo i mali vengono dalle emergenze sanitarie: a saperle cogliere, ci sono anche le opportunità. Solo che poi devi saperle gestire. I medici di famiglia, oramai, “visitano” su Whatsapp: nel senso che fanno di tutto con quel telefonino. Prendono appuntamenti, inviano prescrizioni, valutano esami, danno consigli. Una rivoluzione, per carità: è un canale diretto, però forse un po' troppo. Che ti viene un dubbio, magari a tarda sera, hai appena sbattuto il ginocchio contro lo stipite della porta e vedi le stelle, mi-sarò-rotto-qualcosa?, prendi lo smartphone e informi il dottore di base. Non era possibile fino a una decina di anni fa. Oggi sì, però attenzione: perché primo c'è un problema legato alla privacy (e quelle son cose che contano) e secondo pure il medico di base è un lavoratore come gli altri, non può stare “in servizio” sette giorni su sette, ventiquattro

ore su ventiquattro, solo perché a casa ha la copertura wi-fi. L'ordine dei medici di Firenze ha scoperto che, tra i suoi affiliati, otto professionisti su dieci sono in contatto con gli assistiti tramite il telefonino. E non si tratta di un dato locale.

MESSAGGI ISTANTANEI

È confermato, infatti, da uno studio recente dell'Osservatorio sanità digitale che (in collaborazione con il Politecnico di Milano) sostiene più o meno la stessa cosa. Cioè: il 73% degli specialisti, il 79% dei medici generalisti e persino il 57% degli infermieri usa app di messaggistica istantanea (chiamala Whatsapp o Telegram o FaceTime, il concetto cambia di poco) per comunicare con i propri degenti. Sta tutto lì, in quella schermata con le notifiche che trillano e che, adesso, sostituiscono gli squilli dei centralini dei vari ambulatori sparsi da Sondrio a Palermo. La telemedicina. La santa telemedicina che ci ha tirati fuori da un incubo di oltre due anni, quando alla Asl proprio non ci potevi andare (c'era il lockdown) e bastava mezzo starnuto per metterti sul chi vive. Me-lo-sarò-mi-

ca-buscato? Ecco, oggi il Covid è una sorta di ricordo, però quel modo lì di rapportarci col dottore del quartiere ce lo stiamo tenendo stretto. È la tecnologia che avanza, che ce lo permette.

Ma c'è un ma. Anzi: ce n'è più d'uno. Perché il diavolo fa le pentole ma si scorda sempre il coperchio e le innovazioni non sempre vanno via liscie. Tanto per cominciare c'è un nodo, che è quello della privacy, che va risolto e va anche risolto in fretta: i dati medici, per loro natura, sono dati sensibili. Ossia dati che non possono essere condivisi con le faccine di un messaggio volante lanciato su una piattaforma seppur crittografata. Spesso, conferma per esempio Antonio Panti, che è un esperto di deontologia medica della Fnomceo, la Federazione dei medici e degli odontoiatri, sono i giovani dottori quelli che “smanettano” di più col cellulare e restano «molti interrogativi in sospeso. Per esempio: che valore riveste la messaggistica in eventuali contenziosi? Hanno valore le conversazioni sulle app come prove?». Siamo solo all'inizio, non c'è “letteratura” in merito: al primo inci-



dente si rischia il patatrac e poi son dolori (giuridici questa volta, non medici).

SPUNTA BLU

Inoltre la questione vira sul piano pratico: molti camici bianchi affermano «che le attività di telemedicina costituiscono un'aggiunta, in termini di tempi, alle attività tradizionali», spiega la direttrice dell'Osservatorio sanità digitale, Chiara Sgarbossa. Uno passa la giornata in ambulatorio e poi, anziché staccare,

si trova a dover scorrere decine di richieste arrivate via Whatsapp: «Tanti, troppi, messaggi, spesso mal utilizzati», dice il segretario della Federazione dei medici di medicina generale, Silvestro Scotti. Domande non pertinenti, fuori orario, che nel 2019 risolvevi al massimo andando in farmacia. «La messaggistica tramite cellulare permette di dare risposte rapide», chiosa invece Pietro Dattolo, presidente dell'ordine di categoria fiorentino, «ma è impor-

tante non perdere di vista il confronto umano, di persona, che resta il centro di questa professione». Amen.



Lo studio di un medico di famiglia



Gazebo in contromano Cosa non torna nelle mozioni di Schlein e Bonaccini quando si parla di "sanità"

Si avvia verso la conclusione la lunga maratona che porterà alla scelta del nuovo segretario del Partito democratico. I due nomi forti sui quali ricadrà la scelta degli elettori, ossia l'attuale presidente e vicepresidente della Regione Emilia Romagna, rispettivamente, Stefano Bonaccini e Elly Schlein, nelle rispettive mozioni hanno dedicato ampio spazio alla sanità. Molti i punti in comune, a partire dalla necessità di un maggiore finanziamento per il Servizio sanitario nazionale, la difesa del sistema pubblico e universalistico e la necessità di garantire lo stesso livello di servizi su tutto il territorio nazionale. Non mancano però, in entrambe le mozioni, alcuni scivoloni verso misure che potremmo senza dubbio connotare nel novero degli slogan populistici. Tra questi, ad esempio, nella mozione "Energia Popolare per il Pd e per l'Italia", Stefano Bonaccini propone il superamento del numero chiuso nelle facoltà di medicina. E questo perché "è sbagliato tenere fuori dalle Università i tanti giovani che vogliono provarci, visto che abbiamo davanti anni di penuria di personale". Eppure già oggi abbiamo 4 medici ogni mille abitanti, contro la media Europea di 3,8. Negli Stati Uniti il rapporto scende a 2,5 medici ogni mille abitanti. A mancare non sono tanto i medici quanto gli specialisti a causa dell'esiguo numero di borse di specializzazione finanziate negli anni precedenti. Solo ora, con l'incremento di questi contratti si è riuscito a superare il cosiddetto imbuto formativo. Ma il frutto di tutto questo si vedrà solo nei prossimi cinque

anni viste le tempistiche necessarie per la formazione di questi professionisti. Tornando agli accessi universitari a medicina, questi nel 2022 sono stati circa 15 mila. Con questi numeri, nei prossimi 10 anni avremo intorno a 150 mila medici neolaureati. Ora valutiamo le uscite. Sulla base dei dati Enpam si potrebbe stimare che queste riguarderanno 40-50 mila medici ospedalieri, 20 mila medici di base, 10 mila specialisti ambulatoriali, 5 mila medici universitari e altrettanto per il privato puro. In totale circa 90 mila camici bianchi. Questo significa che già con i numeri odierni rimarrebbe un margine di oltre 60 mila medici per colmare le attuali carenze e le future possibili fughe dal pubblico. Abolire l'accesso programmato a medicina porterebbe ad un accesso di circa 60 mila studenti all'anno, con un drastico livellamento verso il basso della qualità della formazione. Come si potrebbero infatti gestire gli spazi delle aule con il quadruplo degli studenti? Per non parlare poi della loro gestione nelle corsie degli ospedali. A questo aggiungiamo poi che si dovrebbero contestualmente quadruplicare le risorse necessarie per le borse di specializzazione, altrimenti si verrebbe a creare una nuova pleora medica, con la formazione di decine di migliaia di nuovi disoccupati ogni anno impossibilitati ad accedere al Ssn ed uno spreco di risorse pubbliche. Non va meglio nella mozione "Parte da noi" di Elly Schlein, dove si punta molto su una "sanità di prossimità". Qui si spiega come, grazie agli investimenti del Pnrr, si potrà "rendere capillare la

presenza di case della comunità, ma servono risorse e formazione per assicurare che al loro interno operatrici e operatori sanitari, sociali, medici di medicina generale e pediatri, psicologi e saperi del terzo settore possano lavorare in sinergia, come equipe multidisciplinari in grado di assicurare una presa in carico più piena dei bisogni delle persone". Sul discorso case della comunità aleggia un non detto che si fa sempre più ingombrante. L'assistenza all'interno di queste strutture dovrebbe essere garantita dai medici di medicina generale. Peccato che questi non siano dipendenti del Ssn e non abbiamo un contratto ad ore. Tradotto in soldoni: ad oggi nessuno può imporre loro di spendere parte del loro orario per lavorare all'interno di quelle strutture. Per farlo, due le opzioni possibili: far diventare dipendenti questi professionisti, ma servono risorse (non poche); oppure stipulare con loro una nuova convenzione, passaggio che potrebbe essere tutto'altro che breve.

Infine, sempre nella mozione Schlein si propone la "revisione degli accordi TRIPs sulla proprietà intellettuale" per prodotti come farmaci e vaccini. Una delle posizioni tradizionali del M5S. Eppure, durante l'emergenza Covid si è visto come con semplici accordi tra aziende detentrici di brevetti ed altre aziende produttrici si sia riusciti in pochi anni ad arrivare ad una sovrapproduzione di vaccini a livello globale. Anche in questo caso l'approccio ideologico sembra aver la meglio sulla realtà.

Giovanni Rodriguez



IL PUNTO

Il ministro tedesco della salute dice: il lockdown era sbagliato

DI **LUIGI CURINI**

Era la versione tedesca di **Roberto Speranza**. **Karl Lauterbach**, l'attuale Ministro socialdemocratico della Salute in Germania, è stato tra i più ferventi sostenitori delle misure di lockdown durante gli anni della pandemia. Qualche giorno fa, però, ha fatto marcia indietro, riconoscendo come la chiusura protratta delle scuole sia stato un errore, dopo che fino ad aprile 2022 si era sempre mostrato contrario ad abbassare la guardia "troppo presto" nei confronti della pandemia. Una dichiarazione che segue quella fatta sempre dallo stesso Lauterbach qualche mese prima, dove ammetteva che anche la chiusura degli asili si è dimostrata alla prova dei fatti del tutto innecessaria. Anzi, dannosa, dato che ha creato delle conseguenze serie ai bambini, soprattutto a quelli più svantaggiati socialmente, nella forma di stress psicologici.

Ha poi affermato che «nel futuro, la difesa del benessere dei bambini deve

venire per primo». La commissione interministeriale voluta da lui ha infine tratto un bilancio sostanzialmente negativo della gestione della pandemia. Il risalto mediatico di quando accaduto al di là delle Alpi non ha però ricevuto da noi un sufficiente risalto mediatico. Ed è un peccato. Perché è inusuale che un politico riconosca i propri errori e che mostri la volontà (e l'utilità) di imparare dagli stessi. E stiamo parlando della Germania. Tra il 2020 e il 2022 secondo l'Oxford Covid-19 Government Response Tracker che misurava il livello restrittivo delle misure introdotte dai governi contro il Covid, su una scala tra 0 e 100 (dove 100 è il massimo di restrizione), la Germania in media ha ottenuto un dato di 58, superiore sì alla media degli altri paesi OECD (ferma a 52), ma decisamente più bassa del paese più severo a riguardo, guarda caso l'Italia (con un inarrivabile indice medio pari a 69, staccando la Grecia, seconda, di ben 4 punti).

L'ex ministro Speranza, che ha fatto molto peggio, sta zitto

C'è chi suggerisce di voltare pagina, che ci sono nuove sfide ed emergenze da affrontare. Su questo punto rimango scettico. È proprio perché ci sono nuove sfide da affrontare, che non dobbiamo voltare pagina. Per capire cosa si è fatto, con misure mai viste nelle democrazie contemporanee in fatto di compressione della nostra libertà (ricordiamoci il "green-pass per lavorare", una specialità tutta italiana), e cosa si è sbagliato a fare.

Come cittadino, non si può pretendere passi indietro dai virologi-star in crisi da astinenza da sovraesposizione mediatica, ma dai politici si dovrebbe. Si chiama accountability, in democrazia. Quindi ben venga la commissione sulla gestione Covid in Italia, che dovrebbe essere ben accettata soprattutto da chi ha portato avanti la politica sanitaria in Italia negli scorsi anni. Dopotutto, non eravamo un esempio per tutti gli altri paesi?

—© Riproduzione riservata—■



La genitorialità La maternità surrogata è reato La via è l'adozione in casi particolari

No di Consulta e Cassazione all'iscrizione del genitore d'intenzione nello stato civile
La soluzione proposta dalla Suprema Corte

Patrizia Maciocchi

La maternità surrogata in Italia è vietata. E punita, per chi viola la legge 40/2004 con la reclusione da tre mesi a due anni e la multa da 600mila a un milione di euro. Da questo dato né la Consulta né la Cassazione si sono scostate. E oggi il Parlamento cerca un giro di vite con l'introduzione del reato universale, utile a punire anche chi fa ricorso al cosiddetto utero in affitto nei Paesi in cui questa pratica è lecita.

Il giro di vite proposto

È infatti di inizio febbraio un disegno di legge, presentato da Fratelli d'Italia, a firma della senatrice e sottosegretaria alla Difesa Isabella Rauti e del capogruppo al Senato Lucio Malan, con il quale si propone una modifica della legge 40 per perseguire la maternità surrogata "senza frontiere". La possibilità giuridica di percorrere questa strada sembra scarsa, perché il reato dovrebbe essere considerato al pari di un crimine contro l'umanità. Ma resta il punto fermo delle decisioni di Cassazione e Consulta: i giudici hanno messo al centro il diritto superiore del minore, che nasce con il ricorso a tale pratica, ad avere uno status che non lo discrimini. Una tutela che non può tuttavia passare per un'iscrizione in automatico del nome del genitore di intenzione nell'atto civile.

La giurisprudenza

Questa possibilità è preclusa anche nel caso del ricorso alla procreazione medicalmente assistita da parte di due donne. La Cassazione (ordinanza 10844/2022) ha detto no alla ret-

tifica dell'atto di nascita per aggiungere il nome della madre intenzionale, nel caso di due bambini nati con la procreazione medicalmente assistita, alla quale aveva fatto ricorso una coppia composta da due donne.

La scelta del legislatore con la legge 40/2004 (articoli 4 e 5) è infatti quella di limitare l'accesso a tale tecnica alle situazioni di infertilità patologica. Una condizione che non è riconosciuta alla coppia omosessuale.

Sul no all'iscrizione in automatico nei registri di stato civile del genitore intenzionale nel caso di un minore nato con la tecnica della maternità surrogata praticata all'estero, si sono da ultime espresse le Sezioni unite (sentenza 38162/2022). Un verdetto con il quale il cosiddetto utero in affitto è stato bollato, come del resto aveva già fatto la Consulta, come «una pratica che offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel profondo le relazioni umane».

Dunque, l'unica via per assicurare l'interesse superiore del minore è l'adozione in casi particolari, prevista dalla legge 184/1983 (articolo 44). Il Supremo consesso ha così fornito

la sua soluzione alla Corte costituzionale che, con la sentenza 33/2021, è tornata per l'ennesima volta a sollecitare il legislatore perché assicuri il diritto del minore a vedere legalmente riconosciuto il suo rapporto con il genitore di intenzione che ha condiviso la sua nascita ed esercitato la responsabilità genitoriale.

Per le Sezioni unite della Cassazione, è lecito il no dell'ufficiale di stato civile alla rettifica dell'atto. Mentre una soluzione diversa sarebbe contraria all'ordine pubblico e non in linea con il Dpr 396/2000 sull'ordinamento dello stato civile italiano. Una decisione che arriva dopo la sentenza 33/2021 con la quale la Consulta, pur escludendo la trascrizione diretta, chiedeva una tutela maggiore di quella garantita dall'adozione in casi particolari, evidenziando le criticità della norma.

Ma erano stati poi gli stessi giudici delle leggi (con la sentenza 79/2022) a passare un colpo di spugna su una parte "debole" della legge: quella che escludeva il legame del bambino con i parenti dell'adottante.

Mentre, per quanto riguarda il paventato rischio che il genitore biologico potrebbe ritirare il suo assenso al genitore di intenzione in caso di crisi della coppia, la Suprema corte suggerisce di superarlo prevedendo che questo possa avvenire solo nel caso di un disinteresse di quest'ultimo verso il figlio. ●

La proposta in Parlamento

Il Parlamento, con una proposta di Fratelli d'Italia, prova a punire la maternità surrogata anche quando viene realizzata

all'estero. È lo scopo di una proposta di legge depositata al Senato (foto). Ma, anche in caso di approvazione, la fattibilità giuridica è da verificare



CORTE EUROPEA

Sull'utero in affitto
valutazioni da fare
caso per caso

M. Castellaneta, p. 7

Genitorialità

Per Strasburgo prevale l'interesse del minore in caso di utero in affitto

La Corte ha consentito la trascrizione di un atto di nascita ottenuto all'estero
Si deve decidere caso per caso

Pagina a cura di

Marina Castellaneta

È sulla base dell'interesse superiore del minore che la Corte europea dei diritti dell'uomo è arrivata alle sentenze con cui sono stati fissati i principi da applicare per riconoscere in modo effettivo il diritto di ogni persona al rispetto della sua vita privata e familiare nei casi di maternità surrogata all'estero. È stata proprio la Corte di Strasburgo a dare il via a interventi dei giudici nazionali che hanno permesso di superare gli ostacoli, prima invalicabili, derivanti da legislazioni interne, consentendo la trascrizione di atti di nascita ottenuti all'estero o forme particolari di adozione riguardanti bambini nati in altri Stati che, a differenza degli ordinamenti nazionali, ammettono il ricorso alla maternità surrogata. Nel nome dell'interesse superiore del minore che incombe sullo Stato indipendentemente dalla natura del legame parentale, genetico o di altro genere.

La sentenza di novembre

Da ultimo, con la sentenza del 22 novembre 2022 (caso D.B. e altri contro Svizzera), la Corte ha "condannato" la Svizzera che

aveva impedito il riconoscimento del rapporto di filiazione tra un minore nato da maternità surrogata negli Usa e una coppia dello stesso sesso, che aveva concluso un'unione registrata nel Paese elvetico. La pronuncia è stata anche richiamata dalla Cassazione, Sezioni unite civili, con la sentenza 38162, del 30 dicembre 2022.

Ciò conferma che le pronunce della Corte di Strasburgo, anche quando riguardano altri Stati, sono essenziali e di fatto vincolanti per le autorità giurisdizionali di altri Paesi chiamate ad applicare la Convenzione dei diritti dell'uomo, strumento vivente, da interpretare alla luce della giurisprudenza di Strasburgo. La sentenza del 22 novembre aveva al centro il rifiuto degli ufficiali di stato civile circa la trascrizione dell'atto di nascita ottenuto all'estero, che indicava anche il genitore intenzionale come padre. La Corte europea, però, ha stabilito, aprendo le porte sia alla trascrizione degli atti ottenuti all'estero nei casi di maternità surrogata sia al rapporto di filiazione per le coppie dello stesso sesso, che la Svizzera ha violato l'articolo 8

della Convenzione seppure unicamente con riguardo al bambino nato da maternità surrogata, escludendo la violazione nei confronti della coppia e, quindi, del padre intenzionale e biologico. In questo caso, la Corte ha correttamente affermato che è necessario impedire che i comportamenti criticabili dei genitori blocchino la piena realizzazione dell'interesse superiore del minore, inserito nell'ordine pubblico internazionale.

Gli Stati parti alla Convenzione, infatti, sono tenuti a riconoscere il rapporto di filiazione ormai instaurato e stabilito all'estero: in caso contrario, si lederebbe l'interesse superiore del minore assicurato non solo dall'articolo 8 della Convenzione europea, ma anche dalla Convenzione sui diritti del fanciullo adottata dalle Nazioni Unite nel 1989 (ratificata dall'Italia con legge n. 176/1991). La Corte, in questa e altre occasioni, ha rilevato che gli Stati devono predisporre meccanismi



che permettano il riconoscimento di un rapporto con i genitori che hanno fatto ricorso alla maternità surrogata.

Ciò vuol dire che gli Stati possono limitare l'adozione o il ricorso alla maternità surrogata, ma sono tenuti a garantire una forma di riconoscimento se ciò è nell'interesse superiore del minore, che deve guidare i giudici nazionali. Sotto accusa, quindi, l'assoluta impossibilità di una forma di riconoscimento del rapporto genitore intenzionale e figlio, con la chiara conseguenza dell'obbligo, sul piano nazionale, di intervenire e assicurare il riconoscimento di un simile rapporto in particolare se

si crea un vincolo tra bambino e genitore d'intenzione.

Il caso dell'Italia

In mancanza di un simile legame, viene meno l'interesse superiore del minore. È stato il caso della sentenza "italiana" del 24 gennaio 2017, Paradiso e Campanelli contro Italia (ricorso n. 25358), con cui la Grande Camera della Corte ha dato ragione alle autorità amministrative italiane che avevano disposto l'allontanamento di un bambino dai genitori che avevano fatto ricorso alla maternità surrogata all'estero, proprio per il vincolo temporalmente limitato, che si era creato tra minore

nato da maternità surrogata all'estero e genitori.

Qui la Corte ha stabilito che spetta allo Stato decidere di tutelare solo i vincoli frutto di legami biologici o adozione. Quindi si può adottare una legge che precluda il riconoscimento dei rapporti derivanti dalla pratica dell'utero in affitto (vietata in Italia dalla legge 40/2004), ma temperando ciò con la tutela dell'interesse superiore del minore. Che, in sostanza, va garantito se il legame temporale ha una certa durata. ●

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il legame consolidato

Si può adottare una legge che precluda il riconoscimento dei rapporti derivanti dalla pratica dell'utero in affitto, vietata in Italia, ma il minore non può essere in alcun modo discriminato. Va riconosciuto il legame consolidato con il genitore di intenzione



**PERCHÉ I BATTERI
RESISTENTI**

SONO

PEGGIO

**DEL
COVID**

Se ne parla molto meno, ma i microrganismi che ormai non rispondono più alle terapie uccidono ogni anno più del coronavirus (e più di patologie come Tbc e Aids messe insieme). Per fermarli, una strada è quella di creare - con tecnologie tradizionali - vaccini contro i ceppi più temibili. Come racconta il microbiologo Rino Rappuoli.



di Daniela Mattalia

Dovremmo averne paura, ma è come se la pandemia (e lo sfinimento che ha provocato in tutti noi) avesse cannibalizzato ogni altra «catastrofe» sanitaria: perché quella dei batteri che non rispondono più agli antibiotici è esattamente questo, un disastro mondiale che cresce ogni anno e sembra ormai impossibile da arginare. Se gli antibiotici non funzionano più, e di nuovi non se ne trovano, perché non puntare su altre armi, per esempio vaccini contro quei ceppi resistenti a quasi tutto? È la sfida lanciata da Rino Rappuoli, direttore scientifico del Biotechopolo di Siena e coordinatore del MAD - Lab Monoclonal Antibody Discovery - di Fondazione Toscana Life Sciences (e honorary professor of Vaccinology all'Imperial College di Londra).

Abbiamo passato tre anni con il panico da Covid, ma delle infezioni che non si riescono più a curare si parla molto meno, come mai?

Tra gli scienziati è una cosa nota da anni ma, è vero, non guadagna così tanto l'attenzione generale. Eppure anche l'Organizzazione mondiale della sanità, e le Nazioni Unite riconoscono che è un enorme problema. Ogni anno, nel mondo, le infezioni dovute a batteri resistenti agli antibiotici uccidono più della Tbc e dell'Aids messi insieme.

Di quali cifre parliamo?

Si stima che, nel mondo, i morti per batteri resistenti siano cinque milioni l'anno, ed è una crescita inarrestabile. Se andiamo avanti così, per alcuni microrganismi presto non ci saranno più armi a disposizione. E questo non solo nei Paesi in via di sviluppo. In Toscana, fra il 2018 e il 2019 abbiamo avuto il caso del batterio Klebsiella, che non rispondeva più ad alcun antibiotico. Le persone morivano e per loro non c'era più niente da fare, avevamo esaurito tutte le terapie. E nel mondo di questi esempi ce ne sono moltissimi.

Una specie di pandemia sotterranea...

Sì, soprattutto se si pensa che per il Covid, in tre anni, le morti - almeno quelle accertate - sono state sei milioni,

e il Sars-CoV-2 sta diminuendo il tasso di mortalità, mentre i decessi per infezioni resistenti sono, come si diceva, cinque milioni l'anno. Uno studio inglese di O'Neill, nel 2016, scriveva che se non si fa nulla per impedirlo, per il 2050 i morti per batteri resistenti supereranno quelle per cancro. E questo veniva detto quando le vittime erano 700 mila l'anno. Oggi il fenomeno è cresciuto molto più del previsto.

Perché non c'è un allarme di altrettanto impatto?

Perché il Covid il giorno prima non c'era e il giorno dopo c'era e ha fatto il giro del pianeta in modo velocissimo, ha fermato l'economia, ci ha rinchiuso in casa. Invece la resistenza agli antibatterici cresce pian piano, e ci stiamo abituando. È come una marea che sale, ma finché non ci blocca il respiro non ci facciamo caso.

Quali malattie stanno avanzando in questo modo?

Ci sono ceppi del tifo ormai impossibili da curare, dal Pakistan stanno viaggiando nel mondo e non ci si può fare niente, l'unico modo per fermarli è un vaccino. Durante la mia precedente esperienza al GSK Vaccine Institute for Global Health di Siena ne abbiamo realizzato uno per il tifo oggi usato nel Nepal, per i bambini fino ai nove anni.

Quali sono i batteri più temibili?

Oms e Cdc (*Centers for Disease Control and Prevention*, ndr) hanno fatto una lista. Tra quelli che ci preoccupano, oltre al tifo, c'è il gonococco: negli anni Quaranta era sensibile a quasi tutto, ora è rimasto un solo antibiotico efficace, se anche quello non funziona più abbiamo finito le terapie possibili. Un altro batterio molto resistente è lo stafilococco, ci sono casi ovunque, anche in Italia. E poi la famiglia degli enterobatteri, come la klebsiella a Pisa ma un po' dappertutto, e lo pseudomonas.

Per i virus esistono tanti vaccini,



non altrettanto per i batteri, perché?

Vaccini contro batteri ne sono stati fatti, per il meningococco, lo pneumococco, il tetano, la difterite, malattie che causavano soprattutto mortalità infantile. Ma non ancora per batteri resistenti agli antibiotici. Non sono stati messi a punto anche per una questione economica: non c'era un sufficiente incentivo per le aziende, non vale la pena investire in un farmaco destinato solo a un certo gruppo di persone. E poi perché tanto c'erano già gli antibiotici. Solo che ora la loro efficacia è compromessa.

E come mai non si investe di più in questi farmaci?

Dal 1940 al 1970 c'è stata nelle aziende una grande innovazione, poi arrestatasi. Dagli anni Ottanta è mancata la scienza, che non è più riuscita a trovare qualcosa di nuovo. La sorgente di antibiotici si è prosciugata. Infine, quelli nuovi devono mostrare di essere migliori degli altri, e lo sviluppo clinico costa tantissimo a fronte di un mercato piccolo in termini di valore. L'industria così investe altrove, nelle terapie per tumore, malattie cardiovascolari, patologie autoimmuni.

Voi invece vi siete buttati in questa strada, perché?

Perché è un problema gigantesco e va affrontato. E poi, contrariamente agli antibiotici, per ora non esiste resistenza ai vaccini. Una volta sviluppato, un vaccino funziona e dura anche decenni.

Nel caso del Covid però non è così.

Il Covid è diverso, ha molte varianti. Però i vecchi vaccini batterici, come quello creato nel 1930 per la difterite, sono tuttora efficaci, e lo stesso vale per il tetano o per il meningococco,

per cui un vaccino esiste da dieci anni e non si è rilevata alcuna resistenza.

È più difficile immunizzare contro i batteri o contro i virus?

Sicuramente contro i batteri. Mentre i virus hanno una sola proteina, tutti oggi conoscono la Spike del Sars-CoV-2, i batteri hanno centinaia di possibili target, risulta difficile capire su quale concentrarsi, qual è la cosa giusta da mettere in un vaccino. Noi con il MAD Lab presso Toscana Life Sciences ci stiamo lavorando e anche il Biotecnopolo si concentrerà su questo.

Fate da soli o collaborate con altri?

La maggior parte delle cose le facciamo qui, ma non abbiamo mai lavorato del tutto da soli. Io vado sempre a cercare i migliori al mondo, in questo caso collaboriamo con inglesi e americani. E anche il Biotecnopolo attiverà una rete di collaborazioni internazionali.

Come vi muovete, nel concreto?

Prima isoliamo gli anticorpi monoclonali umani e scopriamo quali proteggono dall'infezione, in laboratorio o nei modelli animali; poi andiamo a capire che cosa riconoscono questi anticorpi, e sappiamo che quello sarà la componente potenziale del vaccino. Su alcuni, come il gonococco, stiamo lavorando da tre anni per individuare il target giusto.

Per il Covid in un anno c'era già il vaccino...

È stato trovato rapidamente anche perché, al di là degli investimenti enormi, si è usato l'Rna, che nei batteri è invece molto difficile da utilizzare. Per i vaccini batterici procediamo con tecnologie più convenzionali, che però richiedono più tempo.

E poi i virus sono la forma più semplice di vita, anzi non si sa neanche se sono vivi o morti...

I virus non hanno una vita autonoma, sono un sistema di informazione genetica che quando entra nelle cellule umane genera altre particelle virali. Hanno bisogno di noi per sopravvivere e propagarsi. Mentre i batteri vivono da soli, non hanno bisogno di nessuno.

In prospettiva, chi dovrebbe proteggersi contro i batteri in una popolazione ormai poco disposta, dopo tre anni, a farsi continuamente vaccinare?

Dipende. In alcuni casi, come nei Paesi in via di sviluppo dove ci sono epidemie di batteri super resistenti, si vaccinano i bambini. Da noi essenzialmente bisognerebbe proteggere le persone a rischio.

E quali sarebbero?

Noi abbiamo una popolazione che invecchia, dopo i 60 anni si diventa più suscettibili alle infezioni, e spesso quando si finisce in ospedale è facile prendersi qualche virus nosocomiale che poi diventa un problema. Allora si potrebbe pensare che, da una certa età in poi, chi prevede di essere ricoverato od operato può proteggersi vaccinandosi contro i batteri resistenti che circolano in quell'ambiente.

E gli effetti collaterali?

I soliti già riscontrati nei vaccini in uso, febbre, indolenzimento localizzato... Anche perché sono creati partendo da tecnologie che usiamo da un secolo, e che hanno ormai dimostrato di essere sicure.

5 MILIONI L'ANNO

nel mondo, oggi, i morti per infezioni resistenti agli antibiotici

100 TRILIONI DI DOLLARI

L'impatto economico delle morti per superbatteri tra il 2014 e il 2050. Per allora le vittime potrebbero arrivare a 10 milioni l'anno.



Rino Rappuoli, microbiologo di fama internazionale, direttore scientifico del Biotecnopolo di Siena e coordinatore del Lab di Fondazione Toscana Life Sciences.



Ricerca sui vaccini al MAD (Monoclonal Antibody Discovery), il Lab della Fondazione Toscana Life Sciences di Siena.





Un nuovo studio americano fa il punto sull'intelligenza artificiale utilizzata in campo cardiologico per analizzare, tra le altre patologie, il rischio coronarico

Un algoritmo potrà prevedere anche l'infarto

IL FENOMENO

L'intelligenza artificiale, così come avviene in altri campi, sta acquistando anche in cardiologia una notevole importanza. In particolare riguardo ad alcune metodiche di utilizzo sempre più frequente quali sono l'ecografia, la tomografia computerizzata (TAC) o la risonanza magnetica, la possibilità di acquisire e ricostruire o processare le immagini rappresenta un notevole passo in avanti nella previsione del rischio cardiovascolare e forse anche della prognosi dei nostri pazienti. Tra i vari vantaggi dell'uso dell'intelligenza artificiale vi è infatti, oltre a quello di velocizzare i processi, quello di ridurre l'errore umano e la variabilità tra i vari operatori, incrementando l'accuratezza della diagnosi.

LA RICERCA

Sull'ultimo numero della rivista *European Heart Journal*, Mary van Assen ed i suoi collaboratori del Dipartimento di Radiologia dell'*Emory University* di Atlanta (Usa) hanno pubblicato un interessante articolo sul ruolo dell'intelligenza artificiale nella diagnostica cardiovascolare. Nell'ecocardiografia l'evoluzione è stata evidente. Siamo passati da apparecchi che ci consentivano di valutare il movimento delle valvole e delle pareti cardiache ad

altri che ci consentono rapidamente di analizzare a fondo la vitalità dei vari segmenti cardiaci, i flussi e le pressioni permettendoci di ottimizzare la stratificazione del rischio.

SITUAZIONI

Per ciò che riguarda la Tac cardiaca, si stanno sviluppando molti algoritmi per una più veloce e precisa valutazione dell'intero albero coronarico. Vi sono infatti situazioni (che sono spesso presenti in pazienti diabetici o con insufficienza renale) in cui la predittività dell'angioTac coronarica si riduce in maniera significativa. A ciò si sta cercando di ovviare sia con nuovi programmi che limitino le distorsioni del segnale dovute al calcio, sia con algoritmi che permettono di valutare oltre all'anatomia del vaso coronarico, anche il

flusso del sangue all'interno dello stesso. Una specie di integrazione tra due metodiche diverse che dovrebbe migliorare in maniera significativa l'accuratezza diagnostica dell'esame. In futuro è molto probabile lo sviluppo di algoritmi che possano permettere di identificare, attraverso un'angioTac, non solo l'entità della placca coronarica, ma anche la pericolosità, cioè la probabilità che queste placche

si possano rompere causando un infarto miocardico. La risonanza magnetica solo recentemente è entrata a far parte del bagaglio diagnostico del cardiologo. In realtà attualmente ci può fornire una grossa quantità di dati sulla fun-

zione cardiaca, sulle malattie valvolari, sulla irrorazione del muscolo e sul flusso ematico. Attualmente la risonanza richiede un operatore esperto per poter trattare le immagini che la macchina ci fornisce. Sono però già in fase di prova macchine che possono svolgere tale delicato lavoro.

IL FUTURO

Cosa ci aspettiamo dal futuro? Che le varie informazioni ottenute attraverso metodiche differenti si possano sempre più integrare tra di loro in un unico modello cardiaco. La medicina personalizzata è dietro l'angolo.

L'intelligenza artificiale sta insomma cambiando la nostra visione della cardiologia, svolgendo un ruolo sempre più importante nel processo diagnostico. Il vero futuro sarà però non farci entusiasmare troppo dalla tecnica, ma sfruttarla intelligentemente per il bene dei nostri pazienti.

Antonio G. Rebuzzi
Professore di Cardiologia
Università Cattolica Roma



La ricerca

Il sonno cattivo favorisce l'aterosclerosi

Avere abitudini del sonno irregolari favorisce lo sviluppo dell'aterosclerosi, una condizione che può dare luogo a ictus o infarto, secondo uno studio coordinato dal Vanderbilt University Medical Center di Nashville (Usa) e pubblicato sul Journal of the American Heart Association. Da tempo è noto il legame tra cattiva qualità del sonno e malattie

cardiovascolari. Nello studio, i ricercatori hanno voluto approfondire questo rapporto concentrandosi soprattutto sugli effetti dell'irregolarità del

sonno, vale a dire l'alternarsi di diverse durate del riposo notturno durante la settimana. Il team ha analizzato i dati di oltre 2mila

persone tra i 45 e gli 84 anni e ha scoperto che le persone la cui durata del sonno subiva variazioni

settimanali maggiori di due ore avevano un rischio fino al 40% più alto di avere

calcificazioni alle arterie coronarie, del 12% in più di avere placche alle carotidi e quasi doppio (+91%) di avere occlusioni alle arterie degli arti inferiori.



LA CRONACA**Si alla pillola abortiva
nei consultori liguri
Maggioranza divisa****Emanuele Rossi**

La maggioranza di centrodestra in consiglio regionale si spacca ancora sul tema dell'aborto in Liguria. L'ordine del giorno presentato dal Pd sulla possibilità di somministrare la

pillola abortiva Ru486 negli ambulatori è stato approvato con i voti contrari di Fratelli d'Italia, Forza Italia e alcuni consiglieri totiani. **L'ARTICOLO / PAGINA 11**



L'assessore Gratarola d'accordo con l'opposizione in consiglio regionale
Anche i totiani votano divisi. Gianni Pastorino: «La destra ha perso»

Pillola abortiva nei consultori Approvata la proposta Dem ma si spacca la maggioranza

IL CASO

GENOVA

Ancora una volta il centrodestra in consiglio regionale si spacca sull'aborto. E passa l'ordine del giorno proposto dal Pd sulla possibilità di somministrare la pillola abortiva Ru486 anche nei consultori, oltre alla disponibilità nelle strutture ospedaliere. La giunta, con l'assessore Angelo Gratarola, si mostra possibilista «nella misura in cui i consultori abbiano le caratteristiche idonee stabilite dalla norma». Ma dal punto di vista politico la notizia è la spaccatura della maggioranza di Giovanni Toti, che non vive il suo momento di maggiore tranquillità, viste anche le tensioni sulle candidature alle prossime elezioni amministrative.

Così con 17 voti a favore (Le-

ga Liguria Salvini, Pd-articolo Uno, Movimento 5 Stelle, Lista Sansa, Linea Condivisa, Gruppo misto, Daniela Menini e Edoardo Bozzano del gruppo Cambiamo con Toti presidente) e 9 contrari (Fratelli d'Italia, Forza Italia, e Giovanni Boitano, Lilli Lauro, Chiara Cerri, Domenico Cianci e Angelo Vaccarezza del gruppo Cambiamo con Toti presidente), è stato approvato l'ordine del giorno 695 presentato dal consigliere Pd Roberto Arboscello, che chiede alla giunta di attivarsi per permettere la distribuzione della pillola Ru486 presso i consultori territoriali già adeguati. E a impegnarsi ad adeguare, dopo monitoraggio, un numero congruo di consultori in modo omogeneo sul territorio regionale. Nel documento si rileva che in altre Regioni la pillola Ru486 è già o verrà resa disponibile anche nei consultori garantendo alle donne assisten-

za, protezione grazie a strutture e persone qualificate e che in Lazio, grazie all'adozione di un protocollo operativo, la somministrazione della Ru486 viene effettuata anche a domicilio. La possibilità di dare la pillola abortiva (ovviamente dopo l'indicazione del medico) anche nei consultori e senza l'obbligo di ricovero per la donna era stata introdotta con le nuove linee guida nel 2020 dall'allora ministro della salute Roberto Speranza. Sino ad oggi però in Liguria questa possibilità non era stata introdotta. Oggi in Liguria il 54,8%



delle donne che ricorre all'aborto ottiene l'interruzione farmacologica. Media decisamente sfasata perché a fronte di realtà ospedaliere che non utilizzano la pillola abortiva, ci sono ospedali come il Villa Scassi di Genova che raggiunge percentuali che lo pongono ai vertici delle classifiche nazionali con oltre il 90% di aborti per via farmacologica. «In Liguria le interruzioni volontarie di gravidanza negli ultimi 6 anni (periodo dal 2016 al 2021) sono diminuite del 24% e nel mentre è aumentato il ricorso all'aborto farmacologico, sempre per il 24%, rispetto a quello chirurgico», ricorda la consigliera regionale Selena Candia.

Il nuovo caso politico arriva a qualche mese di distanza da

quello sollevato dal non voto dei consiglieri di FdI su un altro testo, in cui si chiedeva di garantire alle donne «in modo libero e gratuito l'accesso all'interruzione di gravidanza». Proprio in quell'occasione i consiglieri di FdI avevano ricordato la loro proposta di legge regionale sulla «tutela della salute della donna e del concepito». Proposta che crea più di un problema alla maggioranza e infatti non è nemmeno mai arrivata in commissione per la discussione, nonostante sia stata presentata quasi due anni

fa. Il punto più controverso nella proposta di legge è la previsione di concedere gratuitamente spazi, con priorità nelle assegnazioni alle associazioni «pro vita», negli ospedali dove

si praticano le interruzioni di gravidanza, con lo scopo di «superare le cause che potrebbero indurre la donna».

Il voto di ieri è stato commentato solo dai consiglieri del centrosinistra. Gianni Pastorino di Linea condivisa ha detto che «oggi la destra paternalistica ha perso. La Destra che attacca e mette in discussione l'autodeterminazione delle donne, puntando al depotenziamento, diretto o indiretto, dei consultori ha perso». Mentre il capogruppo Pd Luca Garibaldi e il consigliere Arboscello ringraziano l'assessore Gratarola: «Ringraziamo l'assessore Gratarola e i consiglieri della maggioranza che hanno capito l'importanza di questa misura e non ne hanno fat-

to una questione ideologica. In questo modo la nostra Regione garantisce alle donne un'ulteriore possibilità nell'effettuare, in sicurezza e con l'assistenza adeguata, l'interruzione volontaria di gravidanza farmacologica».—

M.D.F./E.ROS.

La vicenda arriva a pochi mesi dalle polemiche sulla stretta suggerita da FdI



Il consiglio regionale della Liguria si divide sulla pillola abortiva



«Esplodono» i Pronto soccorso: mille pazienti in attesa

••• Pronto soccorso sovraffollati. Ieri erano 1.107 i pazienti ammassati nelle astanterie degli ospedali di Roma in attesa di ricovero. Dal policlinico Umberto I al Pertini, dal Sant'Andrea al Gemelli, la situazione è stata difficile per tutti. Per i malati, costretti ad estenuanti attese. Per medici e infermieri, alle prese con gravi carenze di personale. Tanto che, per far fronte alle emergenze, sono stati «presi» dalle corsie decine di sanitari per «tappare i buchi» nei Pronto soccorso. Centinaia di pazienti hanno

dovuto attendere ore sulle barelle prima di essere visitati. E cinquanta ambulanze sono rimaste ferme proprio perché non sono riuscite a scaricare subito i pazienti dalle barelle e, senza di quelle, non sono potute ripartire per effettuare nuove corse. Le aziende sanitarie stanno cercando (da ottobre) nuovo personale ma, a quanto pare, non lo trovano.

Sbraga a pagina 16



CAOS SANITÀ

Presi d'assalto i presidi di prima emergenza della Capitale ma mancano medici e infermieri e si allungano le code

Pronto soccorso «esauriti»

Martedì nero per 1.107 pazienti ammassati nelle corsie degli ospedali in attesa di cure
Il blocco barella dovuto alla mancanza di posti letto ha tenuto ferme 50 ambulanze

ANTONIO SBRAGA

••• Anche nei Pronto soccorso si è vissuto ieri un martedì talmente «grasso» che le astanterie già scoppiavano per il sovraffollamento sin dalle 11, con il record di ben 1.107 pazienti ammassati nelle sale in attesa di ricovero: 97 all'Umberto I, 91 al Gemelli, 70 al Sant'Andrea e 68 sia al Pertini che al San Camillo. E per molte ore sono rimasti a quattro cifre i bollettini degli stazionanti in barella, sulle lettighe e nei letti dei 50 Ps del Lazio: 1.034 alle 13 e 30 e mille tondi tre ore più tardi.

Con le sfilate non dei carri allegorici, ma dei mezzi di soccorso «sequestrati» nei parcheggi in attesa della restituzione delle barelle. «Oltre cinquanta ambulanze ferme a causa del blocco-barella e numerosi soccorsi in attesa di essere gestiti dalla Centrale operativa. Questo è lo scenario attuale che quotidianamente vivono i cittadini bisognosi di cure e gli operatori del 118 vittime anche loro, è bene ribadirlo, di questa vergognosa situazione. Come organizzazione sindacale - denuncia il Nursind Ares 118 - continuiamo a chiedere a gran voce discontinuità e cure urgenti per Ares 118». Proprio ieri l'azienda regionale ha scritto per l'ennesima volta che «per garantire i servizi di emergenza riconducibili all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e assicurare sull'intero territorio regionale il servizio di soccorso sanitario in emergenza, data la carenza di personale e di automezzi propri, si rende necessario per Ares 118 dover integrare il proprio assetto organizzativo con risorse umane e tecnologiche facendo ricorso all'apporto di soggetti terzi».

Per questi motivi Ares ha deliberato «una procedura selettiva tra gli enti e le associazioni e istituzioni di volontariato» per l'affida-

mento «di durata annuale eventualmente rinnovabile per un ulteriore anno, nei limiti del tetto complessivo di costo massimo rimborsabile annuo di 10 milioni e 446 mila euro». Si tratta di 22 mezzi, più le relative équipe di soccorso, fra automediche e ambulanze per andare a ricoprire altrettante postazioni del 118.

Ma gli organici sguarniti sono anche nei principali ospedali romani. Pure il Sant'Andrea è alla ricerca di medici «in sostituzione di personale assente per le esigenze del Pronto soccorso». Stessa situazione al San Camillo-Forlanini, dove «l'azienda si trova in grave carenza di personale medico di Pronto soccorso per cui si riscontano evidenti problemi di impossibilità a garantire la turnazione minima nel Ps con gravi ripercussioni sull'utenza».

Sin dall'ottobre scorso «è stato indetto un avviso di disponibilità per il conferimento di incarichi libero-professionali a medici da destinare alla Medicina d'urgenza-Ps-Osservazione breve, con il quale ancora non è stato possibile coprire il fabbisogno». Ma l'ospedale ha ancora la «necessità di dotarsi con urgenza di un idoneo strumento atto a garantire la possibilità di far fronte con tempestività alle esigenze aziendali in caso di situazioni contingibili e urgenti» per affidare incarichi della durata di 6 mesi da 36 ore settimanali con una remunerazione pari a sessanta euro l'ora.

I sindacati

«Al San Camillo e al Sant'Andrea sanitari dirottati dalle corsie alle urgenze nei Ps»

Emergenza 118

Mancano personale e automezzi e occorre fare ricorso a risorse esterne per garantire il servizio

97

Personale
In attesa di ricovero al policlinico Umberto I

Estenuante

Devono attendere ore, a volte giorni, negli stanzoni del pronto soccorso prima di essere ricoverati

