



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

6 Giugno 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



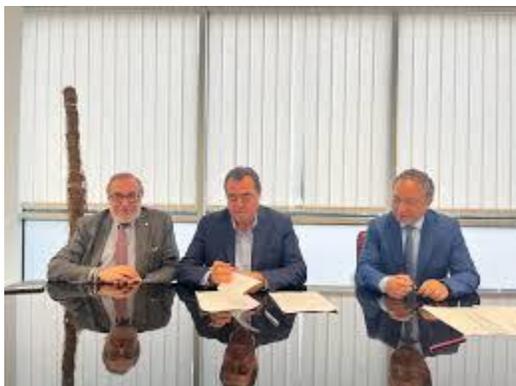
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Policlinico Giaccone, ecco i nuovi direttori sanitario e amministrativo

Il Commissario straordinario Maurizio Montalbano ha nominato rispettivamente Gaetano Cimo (riconfermato) e Arturo Caranna.



PALERMO. Si completa il vertice aziendale del **Policlinico “Paolo Giaccone”**. Il Commissario dell’Azienda ospedaliera universitaria Maurizio Montalbano ha, infatti, nominato **Arturo Caranna** (a destra nella foto) alla guida della Direzione amministrativa e **Gaetano Cimo** (a sinistra) della Direzione sanitaria. Entrambi si insedieranno domani e rimarranno in carica fino alla nomina del prossimo direttore generale. **Quello di Cimo è un ritorno**, in quanto, dal gennaio 2022, ha svolto lo stesso incarico al fianco dei due precedenti commissari dell’Azienda ospedaliera universitaria. Cimo, 64 anni, specializzato in Igiene e medicina preventiva, in chirurgia d’urgenza e pronto soccorso e in Medicina del lavoro, ha alle spalle una notevole esperienza come dirigente medico di Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica, competenze che l’hanno portato negli anni a dirigere diversi distretti dell’Asp di Palermo. **Caranna, 52 anni**, laurea in Economia e Commercio, master in Economia sanitaria, è stato per dieci anni direttore amministrativo dell’IRCCS Oasi di Troina, di cui è dipendente, e nell’ultimo anno è stato direttore dell’unità operativa Internal Auditing dell’Istituto di ricovero e cura a carattere



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

scientifico. «Con queste **due nomine** il Policlinico ha finalmente un vertice aziendale completo. Ci siamo già confrontati su diversi aspetti e siamo coesi sul metodo e linee da perseguire per garantire una gestione efficace, efficiente e trasparente- commenta **Montalbano** – Conosco il brillante curriculum e l'elevata professionalità del dottore Caranna, con il dottore Cimò, che sostanzialmente è stato confermato, abbiamo lavorato insieme all'ASP di Palermo. Sono certo che entrambi sapranno mettere a frutto la loro **professionalità** e la loro esperienza per la migliore gestione dell'Azienda ospedaliera universitaria. Abbiamo **importanti azioni** da portare avanti e dunque auguro loro il più caloroso benvenuto e buon lavoro». «Ringrazio il Dottore Montalbano per la **fiducia** accordatami - dichiara Caranna- Sono felice di essere qui e di avere l'occasione di potere lavorare al suo fianco al servizio delle Istituzioni». Per il neo direttore amministrativo prima importante riunione operativa giovedì prossimo: in Assessorato si discuterà l'assegnazione del budget. Cimò aggiunge: «Sono lieto del mio ritorno al Policlinico e di collaborare con il dottore Montalbano che conosco da tempo. Proseguirò il mio impegno per affrontare al meglio le sfide attuali per garantire le risposte di salute di cui i cittadini hanno bisogno».

06/06/2023

L'intervento

PER RINFORZARE IL SSN NON SERVONO PIÙ FONDI MA ORGANIZZAZIONE

di **Americo Cicchetti**

Ci troviamo in un momento certamente significativo per la vita del nostro Servizio sanitario nazionale sul quale si è riaperto il dibattito sulla sua sostenibilità.

A mio avviso i dati in proposito sono chiari. L'iniezione finanziaria garantita al Ssn tra il 2019 e il 2022 è stata inedita (+16 miliardi) e l'ulteriore incremento per il 2023 (+3,8%) non potrà che irrobustire l'azione delle Regioni che già possono contare sulla più ampia dotazione di alte tecnologie (Tac, Rmn, Pet, ecc.) di tutto il continente europeo. I sistemi sanitari regionali, inoltre, hanno ben sfruttato le opportunità date dai provvedimenti emergenziali durante il Covid-19 per riportare il personale ai livelli del 2012. L'Ssn è tornato a poter contare su 670.000 unità di personale, ben 21.000 in più rispetto al 2019.

In buona sostanza, non ci sono le condizioni né forse le motivazioni per un'ulteriore iniezione finanziaria se non dopo aver messo mano al sistema con alcuni interventi profondi.

A questo proposito lo stesso ministro della Salute, Orazio Schillaci, nell'intervento inaugurale ieri alla 28ª Conferenza Annuale dell'European health management association ospitata a Roma da Altems, Università Cattolica del Sacro Cuore, ha sostenuto che è necessario avere il «coraggio di attuare una riforma sanitaria che vada oltre singoli interventi tampone, a partire dalla revisione dei modelli assistenziali», suggerendo che l'attenzione non andrà posta sulla quantità di risorse, umane, tecnologiche o finanziarie, ma sul come queste saranno utilizzate. Le nuove tecnologie, il nuovo personale e la nuova finanza al momento sarebbero inserite in un modello assistenziale di fatto "obsoleto", che non ha ancora beneficiato delle innovazioni introdotte dal DM 77/2022 sul territorio e dell'auspicata trasformazione digitale legata agli investimenti del Pnrr.

In questo scenario sarà cruciale ri-progettare il Ssn su basi culturali totalmente nuove: smettendo di disegnare le nostre organizzazioni nella prospettiva di chi offre i servizi, ma mettendoci nei panni di chi ne usufruisce, pazienti e cittadini.

Infatti, quando entriamo in un ospedale non ci chiediamo se la Regione che governa la sanità è di destra o di sinistra o se la città è amministrata dallo stesso colore politico della Regione, e neppure se l'ospedale sia pubblico o privato (accreditato). Al paziente non interessa a quale sigla sindacale appartiene il medico che sta facendo l'anamnesi e la diagnosi; non interessa a quale associazione professionale infermieristica è iscritto, o il tipo di contratto che ha (Ssn, Aris,

Aiop...). Tutte queste cose sono rilevanti per il "sistema", non per i pazienti.

I pazienti si chiedono altre cose: si chiedono se quel medico e quell'infermiere hanno le competenze necessarie (sono aggiornati?), se in quella struttura ci sono le migliori tecnologie disponibili (è stato fatto un Hta?), se e chiaro chi è responsabile di cosa e chi comanda (sono ben organizzati?), se i medici tra loro si parlano su ciò che mi accade (lavorano insieme? Sono un team?) e se davvero sono interessati alle persone che hanno di fronte (si prendono in carico del mio problema?). In buona sostanza, il paziente si chiede se si trova nel posto giusto per il problema di salute che in quel momento sta affrontando (il "sistema" la chiamerebbe appropriatezza organizzativa).

Per fare questo dobbiamo assolutamente «cambiare verso al Ssn: da verticale a orizzontale». Dobbiamo costruire le organizzazioni assegnando le responsabilità sui processi e non sulle strutture; promuovendo i talenti che lavorano in team e non gli specialisti solitari; distribuendo le risorse in relazione all'intensità delle cure, ai volumi e agli esiti e non più pagando le singole prestazioni.

Per fare questo dobbiamo cancellare il Dm 70/2015 sull'ospedale, lavorando su nuovi standard che leghino le piattaforme dedicate alle cure primarie del Dm 77/2022 (territorio, domicilio, telemedicina), con quelle che assistono i pazienti sugli altri livelli di intensità (acuzie, area critica, riabilitazione, assistenza a lungo termine e cure palliative) e con la prevenzione.

Appare evidente che nei prossimi anni non potremo contare su risorse significativamente superiori rispetto a quelle che oggi già investiamo per la salute pubblica. Sono convinto che ci sia spazio per utilizzarle ancora meglio, e che i tre giorni che ci aspettano alla Conferenza annuale Ehma 2023 saranno preziosi per comprendere quali traiettorie di innovazione organizzativa dovremo intraprendere per garantirci la sostenibilità del Ssn.

Direttore Alia scuola di economia

e management dei sistemi sanitari Università Cattolica Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dir. Resp.: Marco Girardo

**SANITÀ
IN AFFANNO**

Medici reclutati dall'Albania all'India

Negrotti a pagina 12



India, Giordania, Albania La carica dei medici stranieri

ENRICO NEGROTTI

Ultimi in ordine di tempo sono i medici dalla Giordania, che sarebbero pronti a venire a lavorare in Italia. Pochi giorni fa è stato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, a evocare il possibile arrivo di infermieri dall'India per colmare le carenze di personale del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn). Il ricorso a operatori sanitari provenienti da altre nazioni non è una novità. La legislazione d'emergenza durante la pandemia ha permesso alle Regioni di fare reclutamenti temporanei in alcuni Paesi come Cuba o il Venezuela. Ma il problema strutturale resta sul tavolo. E se il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), Filippo Anelli, mette in guardia dall'abuso di una facilitazione che ignori il vaglio dell'equipollenza dei titoli accademici, d'altro canto le associazioni dei medici di origine straniera nel nostro Paese plaudono alle aperture del ministro Schillaci.

Ma quanti sono i medici stranieri in Italia? Secondo l'Associazione medici stranieri in Italia (Amsi), comprendendo cittadini sia europei sia extraeuropei, si tratta di 77.500 persone, di cui 22mila medici, 38mila infermieri e 5mila farmacisti, 5mila fisioterapisti e il resto distribuito tra psicologi, podologi, logopedisti e altre figure. Il 20 per cento di questi professionisti - segnala l'Amsi - ha già la cittadinanza italiana.

Nei giorni scorsi, il ministro Schillaci aveva riferito che è allo studio un accordo per far arrivare nel nostro Paese infermieri dall'India. Infatti, secondo le stime della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) in Italia mancano circa 70mila infermieri. E commentando l'arrivo degli infermieri indiani, il presidente dell'Amsi, Foad Aodi, riferiva di aver saputo dal «rappresentante dell'Unione medica euro mediterranea (Umem) che in Giordania ci sono già 150 medici giordani disponibili a venire qui».

A maggio la Regione Sardegna ha avviato la ricerca di medici e infermieri con titolo di studio conseguito all'estero, disponibili a esercitare la professione sul territorio regionale, purché in possesso dei requisiti secondo le direttive dell'Unione Europea. A gennaio, in Molise, è stata lanciata la ricerca di medici specializzati in Anestesia e rianimazione. Fece rumore, a dicembre 2022, l'arrivo in Calabria di medici provenienti da Cuba. Mentre ancora prima, la Regione Puglia ha puntato su medici dall'Albania e la Regione Sicilia dall'Argentina. Dissipa i dubbi sulla professionalità dei colleghi stranieri Foad Aodi (Amsi): «Sono molto preparati. E lo dimostrano le molte richieste - più di 10mila negli ultimi 5 anni - arrivate all'Amsi da strutture pubbliche e private di tutte le Regioni italiane». E se i vertici della Fnopi sono pronti al dialogo con il ministro per l'inserimento di infermieri dall'India, dal territorio emerge qualche perplessità: «In tempi di magra ogni aiuto è ben accetto, ma non risolverà il problema. Sicuramente non nel breve termine - puntualizza Aurelio Filippini, presidente dell'Ordine degli infermieri di Varese -. Basti pensare che in Lombardia mancano 9mila infermieri, carenza in aumento».

Ieri il ministro Schillaci ha sparso ottimismo: «Nel 2026



disporremo di 61.760 infermieri in più di oggi». E se i medici, secondo i dati Ocse, sono 4 ogni 100mila abitanti, più della media europea, «la vera emergenza è la capacità attrattiva del nostro Ssn che deve offrire ai medici e agli infermieri prospettive di carriera e incentivi economici per arrestarne la fuga». Il ministro ha infine snoccolato i meriti della sua azione: misure per migliorare le retribuzioni (specie negli operatori di Pronto soccorso), abolizione del vincolo di esclusività per gli infermieri, e contenimento del ricorso ai

“gettonisti”. Occorre, ha ammesso, superare «il blocco del turnover, che negli ultimi 15 anni non ha consentito alle Regioni di assumere personale».

IL CASO

È scattata la ricerca di personale sanitario: non solo camici bianchi, ma anche infermieri. L'apertura di Schillaci e le richieste degli ordini professionali. Amsi: già 77.500 persone dall'estero in corsia



IL FATTO

Il personale sanitario che manca

La fuga di oltre 10mila medici tra il 2005 e il 2015 e il fabbisogno crescente di personale negli ospedali e sul territorio: è questa la dinamica che il Paese sta affrontando,

secondo il governo. Per questo, reperire medici e infermieri è cruciale.

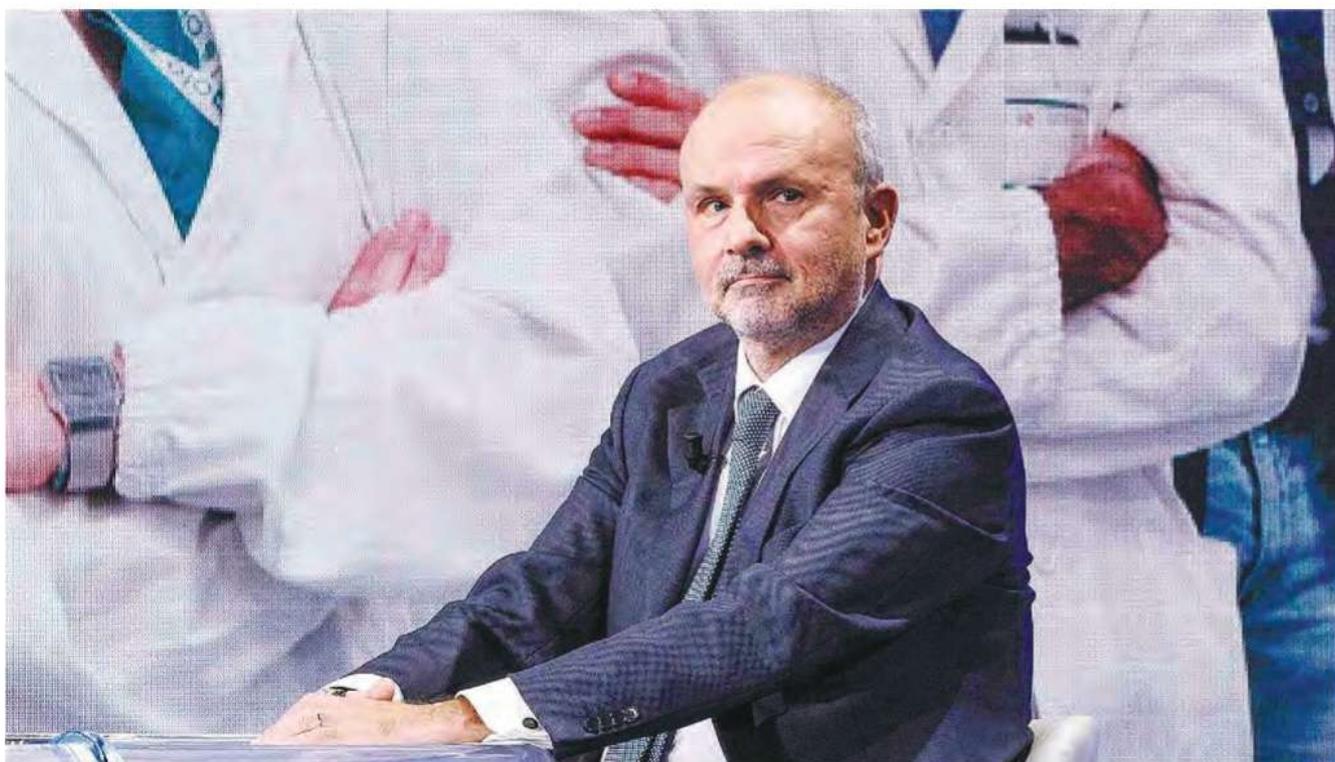


CARENZA CRONICA DI PERSONALE NEGLI OSPEDALI

Schillaci: 60mila infermieri in più entro il 2026

■ Di infermieri ce ne sono pochi in Italia. E molti se ne vanno pure all'estero, attratti da stipendi più alti. Ma la «buona notizia», fa sapere il ministro della Salute Orazio Schillaci, «è che negli anni successivi al Covid vi è stato un incremento di iscritti alle Facoltà di scienze infermieristiche che ci consentirà nel 2026, termine di scadenza del Pnrr, di disporre di circa 61.760 unità aggiuntive». Alla Cattolica, ospite per l'annuale Conferenza Ehma (European Health Management Association), sul personale medico il ministro ha ricordato che «l'Italia oggi secondo i dati Ocse conta 4 medici ogni 100 mila abitanti, dato che ci porta leggermente sopra la media europea... ma in un'ottica di

sostenibilità del nostro Ssn e di capacità di programmazione non possiamo ignorare che la vera emergenza è la capacità di attrattività del nostro servizio sanitario che deve offrire ai medici e agli infermieri prospettive di carriera e incentivi economici per arrestarne la fuga». (*LaPresse*)



Schillaci: "Nel 2026 avremo oltre 61mila infermieri in più"

di Luciana Delli Colli

La fase dei tagli alla sanità si può ritenere "definitivamente conclusa". A dirlo è stato il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, facendo il punto sui finanziamenti stanziati fin qui dal governo e sulle prospettive di crescita dell'organico del personale sanitario, tanto medico quanto infermieristico.



SCHILLACI: "FINITA LA FASE DEI TAGLI ALLA SANITÀ"

di Luciana Delli Colli

La fase dei tagli alla sanità si può ritenere "definitivamente conclusa". A dirlo è stato il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, facendo il punto sui finanziamenti stanziati fin qui dal governo e sulle prospettive di crescita dell'organico del personale sanitario, tanto medico quanto infermieristico. "L'Italia condivide con molti Paesi europei il problema della carenza di infermieri, che svolgono un ruolo cruciale nel funzionamento delle strutture per l'assistenza territoriale. La buona notizia, nel nostro contesto, è che negli anni immediatamente successivi al Covid vi è stato un importante incremento di iscritti alle Facoltà di scienze infermieristiche che ci consentirà nel 2026, termine di scadenza del Pnrr, di disporre di circa 61.760 unità aggiuntive rispetto al livello attuale", ha detto Schillaci, facendo riferimento alle stime del Rapporto Agenas sul personale del Servizio sanitario nazionale di marzo

nel corso del suo intervento intervenendo alla 28esima edizione della Conferenza annuale Ehma, l'European Health Management Association (Ehma), che si è aperta oggi all'Università Cattolica di Roma. Per quanto riguarda il personale medico, poi, il ministro ha ricordato che "l'Italia oggi secondo i dati Ocse conta 4 medici ogni 100mila abitanti, un dato che ci porta leggermente sopra la media europea". "Ma in un'ottica di sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale e di capacità di programmazione - ha chiarito Schillaci - non possiamo ignorare che la vera emergenza è la capacità di attrattività del nostro servizio sanitario che deve offrire ai medici e agli infermieri prospettive di carriera e incentivi economici per arrestarne la fuga". Il titolare della Salute ha quindi ricordato che "abbiamo iniziato a muovere primi e importanti passi per arginare quest'esodo: adottando misure dirette al miglioramento delle retribuzioni degli operatori sanitari,

con particolare attenzione a coloro che operano nei pronto soccorso: aumentando le retribuzioni per il lavoro straordinario di medici e infermieri impegnati nei servizi di emergenza e urgenza; abolendo il vincolo di esclusività per gli infermieri e contenendo il ricorso a personale medico temporaneo", i cosiddetti "gettonisti". "Un fenomeno quest'ultimo - ha avvertito Schillaci - che non riusciremo a lasciarci del tutto alle spalle se non supereremo il blocco del turn over, che negli ultimi 15 anni non ha consentito alle Regioni di assumere personale".



SECONDO SCHILLACI va superato il blocco del turnover nelle Regioni Sanità, anche il ministero lancia allarme organici

La sanità pubblica resta in piena emergenza organici. E lo stesso ministro della Sanità, Orazio Schillaci, ammette che il problema resta di difficile soluzione nel medio periodo, nonostante alcuni progressi degli ultimi anni. Progressi che, secondo il titolare del dicastero, sono in arrivo almeno sul fronte della carenza di infermieri. “La buona notizia - sottolinea il ministro - è che negli anni immediatamente successivi al Covid vi è stato un importante incremento di iscritti alle facoltà di scienze infermieristiche che ci consentirà nel 2026, termine di scaden-

za del Pnrr, di disporre di circa 61.760 unità aggiuntive rispetto al livello attuale”.

Per quel che riguarda il personale medico, spiega ancora il ministro, secondo i dati Ocse, l'Italia “conta 4 medici ogni 100 mila abitanti, dato che ci porta leggermente sopra la media europea”. “Ma in un'ottica di sostenibilità del nostro servizio sanitario nazionale e di capacità di programmazione - aggiunge Orazio Schillaci - non possiamo ignorare che la vera emergenza è la capacità di attrattività del nostro servizio sanitario che deve offrire ai medici e agli infermieri prospettive di carriera e incentivi

economici per arrestarne la fuga”.

Il problema degli organici, ammette però il ministro della Sanità, non si risolverà se non sarà superato “il blocco del turnover che negli ultimi 15 anni non ha consentito alle Regioni di assumere personale”.

I. S.



La nostra inchiesta sulla sanità

Liste d'attesa, tempi biblici

Servizi alle pagine 8 e 9



Sanità, la grande malata

Liste d'attesa choc

«La mammografia? Ripassi tra due anni»

Dopo il Covid è sempre più difficile accedere alle prestazioni gratuite
In calo la quota di persone che ha effettuato visite e accertamenti

di **Giulia Prosperetti**

Gli enormi sforzi fatti durante la pandemia pesano ancora sul Servizio sanitario nazionale aggravando spesso disfunzioni preesistenti. Se già prima del 2020 la questione liste d'attesa rappresentava una nota dolente dell'assistenza ospedaliera, la forte contrazione delle visite specialistiche durante il Covid non ha fatto che peggiorare il quadro: accedere gratuitamente e nei tempi giusti alle prestazioni sanitarie del Ssn risulta sempre più difficile. Due anni per una mammografia di screening; tre mesi per un intervento per tumore all'utero che andava effettuato entro un mese; due mesi per una visita specialistica ginecologica urgente da fissare entro 72 ore; due mesi per una visita di controllo cardiologica da effettuare entro 10 giorni.

Per le prime visite specialistiche - stando al "Rapporto civico sulla salute 2023" di Cittadinanzattiva - risulta che nessuna visita con classe U (da svolgersi entro 72 ore) sia stata fissata rispettando i tempi previsti. I cittadini hanno atteso anche 60 giorni per la prima visita cardiologica, endocrinologica, oncologica e pneumologica con priorità classe B (entro 10 giorni). Senza codice di priorità, ci vogliono anche 360 giorni per una visita endocrinologica e 300 per una cardiologica. Sessanta giorni per visite specialistiche di controllo urgenti o categoria B, mentre per la classe D (differibile da fissare entro 30 giorni) si possono attendere 181 giorni per una prima visita neurologica, 159 endocrinologica, 90 oculistica e ginecologica. Sen-

za priorità si può arrivare fino a 455 giorni. Ritardi sul fronte delle prestazioni diagnostiche dove spiccano i 150 giorni per una mammografia con classe B. Segnalati mesi di attesa anche per interventi chirurgici, con pazienti operati da 60 a 90 giorni oltre il tempo previsto.

Ogni numero su quelle liste ha la sua, drammatica, storia. C'è il

padre di un bimbo di 4 anni affetto da patologia cardiaca congenita che non riesce a prenotare le visite di controllo semestrali per il figlio, tramite il servizio



pubblico: le liste d'attesa sistematicamente vanno oltre l'anno. E così è costretto a rivolgersi all'intramoenia. «Ho contattato il Cup della mia Regione perché dovevo fissare una prima visita cardiologica urgente – segnala un cittadino –. Non hanno

trovato strutture presso cui potessi effettuare la visita entro 72 ore, mi hanno consigliato di rivolgermi a una struttura privata». Per molti l'unica alternativa è appunto il privato e chi non può permetterselo rinuncia alle cure. Una tendenza confermata dall'Istat: nel 2022 si è ridotta la quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32%) e, parallela-

mente, un aumento di chi dichiara di aver pagato interamente a sue spese visite (dal 37% al 41,8% nel 2022) e accertamenti (dal 23% al 27,6% nel 2022).

«Le liste di attesa non sono un problema nuovo, ma con la pandemia i tempi si sono allungati – spiega Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva –. È stato speso dalle Regioni solo il 69% dei fondi, 500 milioni totali, messi a disposizione per recuperare le prestazioni perse. Occorre superarle in maniera definitiva: se c'è un'oggettiva carenza di risorse umane e tecniche, c'è anche un sistema confuso e oscuro, nel quale si mescolano le prime visite con i controlli, si chiudono le agende di prenotazione senza darne motivazione, si creano rapporti poco chiari con i privati, i siste-

mi informatici non comunicano, i centralini non rispondono. Stando al Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa le Regioni e i Comuni avrebbero dovuto definire i Piani locali con la partecipazione dei cittadini, ma la previsione è rimasta lettera morta. È urgente che la norma sia rapidamente attuata».

2 - continua

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il rapporto di Cittadinanzattiva: «Mancano risorse umane e tecniche, ma ci sono anche problemi informatici e ai centralini»

L'Ordine dei medici

«**Condividiamo** appieno il pensiero del ministro della Salute Schillaci: la vera emergenza, la vera minaccia per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale è la mancanza di attrattività. Occorre offrire ai medici e agli altri professionisti prospettive di carriera e incentivi economici

per arrestarne la fuga. È necessario valorizzare la risorsa del personale sanitario che è strategica per la qualità delle cure erogate». Così il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli.

- SISTEMA POCO ATTRATTIVO -



Filippo Anelli
Presidente Fnomceo





Utero in affitto, sostegno internazionale alla legge italiana sul «reato universale»

ANTONELLA MARIANI

«I deputati italiani hanno oggi una opportunità storica»: dichiarare fuorilegge la pratica della gestazione per altri (Gpa), «nuova forma di tratta», dovunque sia realizzata. «Attendiamo il loro voto con speranza e fiducia». Un potente sostegno alla proposta di legge che approderà in Aula il 19 giugno e che rende la maternità surrogata reato universale, cioè anche se commesso all'estero (da cittadini italiani, s'intende) arriva dalle più importanti organizzazioni abolizioniste di tutto il mondo e da un drappello di femministe dai nomi altisonanti, dalla francese Agacinski all'americana Corea. Pochi giorni fa oltre 500 intellettuali e politici italiani di area progressista hanno avviato una petizione contro la maternità surrogata, vista come lesiva della dignità delle donne e dei bambini, ma senza nominare espressamente la proposta di legge, sostenuta da tutto il centro destra. Ragioni politiche, evidentemente. Preoccupazioni di casacca che non toccano chi in questi anni ha imbastito una articolata rete per l'abolizione universale della maternità surrogata. La coalizione Ciams, che raggruppa 40 sigle in 14 Paesi, nel suo comunicato promette di «sostenere il lavoro dei parlamentari italiani», ricordando che la surrogata «genera un mercato in piena espansione, che utilizza come materia prima le donne e tratta il bambino come una cosa di cui si può commerciare» e infine ricorda i nomi («Iryna, Brooke, Premila...») di sei madri surrogate morte durante la gestazione su commissione. L'attivi-

sta americana Jennifer Lahl, fondatrice della campagna internazionale Stop Surrogacy Now, afferma di «supportare la legge italiana»: se passerà, «sarà un passo positivo verso l'abolizione di questo commercio globale di bambini e darà un esempio per il mondo che le donne non si affittano e i bambini non si vendono». Il network femminista australiano Resistenza alla ingegneria riproduttiva e genetica (Finrrage) ricorda che «la surrogazione è una violazione dei diritti umani e uno sfruttamento della gestante, della donatrice di ovuli e del neonato che non ha mai chiesto di essere un bambino take-away. Essa viola la Convenzione dell'Onu sui diritti dei bambini e deve essere abolita a livello internazionale». Yoshie Yanagihara, a capo della Coalizione giapponese contro le pratiche di surrogazione, ricorda che le donne asiatiche sono le più vulnerabili e richieste dalle coppie ricche di tutto il mondo: la legge italiana, sostiene, potrà «contribuire allo stop di questa nuova forma di sfruttamento delle donne». A questo forse inaspettato sostegno alla proposta di legge del centrodestra, a cui si oppone il centrosinistra pur con molti distinguo al suo interno, si aggiungono firme di peso del femminismo internazionale, dalla francese Sylviane Agacinski, alle americane Gena Corea e Phyllis Chesler. «Se approverà questa legge - scrive quest'ultima - l'Italia sarà in prima linea negli sforzi per abolire la surrogazione».

La Gpa è permessa in 20 Paesi del mondo su 212, in alcuni casi con limitazioni. Ad esempio in Gran Bretagna e in Canada è consentita solo quella cosiddetta "solidale", anche se in realtà c'è uno scambio rilevante di

denaro tra la coppia committente e la gestante. In una manciata di Stati americani è possibile affittare una madre, ma il conto è salato e quindi riservato solo a chi ha portafogli ragguardevoli: si arriva anche a superare i 100 mila dollari. In altri Paesi, come la Georgia, la procedura è più economica. In ogni caso è evidente che esiste sempre una grande differenza di status sociale tra chi paga e chi riceve, con documentati casi di sfruttamento di donne disoccupate, poco istruite e in situazione economiche precarie. Le diverse Coalizioni che hanno espresso il loro sostegno alla proposta di legge italiana sull'utero in affitto come reato universale condividono queste preoccupazioni e vi aggiungono considerazioni etiche sulla predominanza della tecnica nella riproduzione umana. La strada verso l'abolizione universale è lunga e impervia, soprattutto perché gli interessi economici sono enormi. L'attivista inglese Gary Powell, omosessuale, suggerisce un paragone con la vendita di organi tra persone viventi, con l'"aggravante" che chi affitta l'utero non sceglie tra la vita e la morte. Powell considera che se la legge italiana fosse approvata, sarebbe un «rinforzo alle nostre campagne contro il turismo procreativo».

MOBILITAZIONE

Le più importanti associazioni abolizioniste e leader femministe da tutto il mondo si schierano per la proposta: «È un'opportunità storica contro la nuova tratta, attendiamo con speranza il voto»



Parte la corsa alle terapie digitali ma l'Italia rischia di restare fuori

Medicina. Avanzano le cure basate su algoritmi e software: entro il 2028 il mercato crescerà a 10 miliardi Usa e Germania apripista con decine di prodotti autorizzati, il nostro Paese senza regole è ancora al palo

Marzio Bartoloni

Solo negli Usa dove i primi prodotti sono stati autorizzati dalla Fda nel 2017 il mercato già vale oltre 2 miliardi. Ma le stime parlano di una continua crescita che vedrà il giro d'affari salire a 10 miliardi entro il 2028. È il vento delle terapie digitali - le cure che si basano su algoritmi e software - che soffia sempre più forte e sta arrivando impetuoso anche in Europa: se Oltreoceano si contano già 148 studi clinici su queste nuove terapie (quasi la metà dei 295 mappati a livello globale) il Vecchio Continente è subito dietro con 105, con Germania e Inghilterra a fare da capofila.

A livello europeo il Paese guida è appunto la Germania, con 51 terapie già sul mercato e 39 studi clinici in corso; segue il Regno Unito, con 14 terapie in valutazione. In Italia sono due gli studi clinici in corso (su disturbi psicomotori nei bambini e sull'obesità), ma il rischio è che finiscano in un vicolo cieco perché nel nostro Paese mancano regole precise su sperimentazioni, autorizzazioni e rimborsabilità di queste terapie digitali al contrario a esempio della Germania che se ne è dotata dal 2019 con una procedura di approvazione rapida («fast track») per le soluzioni di salute digitale e della Francia che entro fine anno avrà la sua normativa ad hoc. Proprio per provare a colmare questo gap a inizio maggio è stato lanciato alla Camera il primo intergruppo parlamentare su Sanità e terapie digitali guidato da Simona Loizzo (Lega) che punta ad arrivare ad una legge nel giro di 18 mesi mentre anche Farmindustria ha acceso i riflettori su questa materia con un «working paper» che fa il punto sulle prospettive

e i nodi da sciogliere in Italia. «Dopo gli Stati Uniti, in Europa alcuni Paesi, come Germania, Belgio e Francia, hanno creato percorsi di accesso specifici per questo tipo di trattamenti - spiega il presidente di Farmindustria Marcello Cattani -. Anche l'Italia può essere protagonista. Abbiamo le qualità e le competenze per progettare, sperimentare e produrre le terapie digitali direttamente nel nostro Paese, come dimostrano tante esperienze in corso. Sono però necessari processi di approvazione più veloci e la diffusione di una cultura digitale per garantire un accesso più semplice ai medici e ai pazienti».

Ma come funzionano queste *Digital therapeutics* (Dtx)? Si tratta di terapie in cui il principio attivo non è una molecola chimica come in un tradizionale farmaco, ma un software o un algoritmo e si somministrano attraverso app, sensori o dispositivi indossabili per aiutare i pazienti a gestire patologie croniche come diabete, malattie mentali o dipendenze (si veda in particolare il pezzo in basso).

Il primo nodo come detto è quello regolatorio: al momento queste terapie digitali rientrano nella categoria dei dispositivi medici e quindi sono soggetti al Regolamento Ue 745/2017 entrato in vigore nel 2021 dove queste cure vengono trattate e classificate come semplici software: in pratica non viene «approfondita la possibilità - spiega il documento di Farmindustria - che il software eserciti un atto terapeutico» magari impiegando i dati e le informazioni raccolte «per prendere decisioni cliniche». Una classificazione questa che mischia prodotti molto diversi e che li rende anche meno sicuri in quanto evita nel processo di certificazione il passaggio attraverso un ente di controllo che lo deve certificare.

Mancano poi indicazioni chiare sulle sperimentazioni a cui devono essere sottoposte le terapie digitali per dimostrare la loro efficacia e finora per «logica e affinità, le aziende impegnate nello sviluppo delle Dtx hanno utilizzato la metodologia applicata ai medicinali» anche se nel caso di queste terapie digitali è cruciale tenere «in considerazione - aggiunge il documento - la *user experience*» del paziente «come parametro centrale».

C'è infine il terzo nodo: quello della rimborsabilità di queste terapie digitali che come i farmaci tradizionali dovrebbero rientrare all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali delle patologie. «In tal senso - conclude il documento di Farmindustria - è fondamentale garantire un finanziamento, anche di natura sperimentale, attraverso l'istituzione di un fondo ad hoc, che non incida sugli attuali tetti di spesa e non sottragga risorse alle allocazioni già previste per le altre prestazioni sanitarie (ad es. la farmaceutica ed i dispositivi medici)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Oggi sono classificati come dispositivi medici, ma va studiato un percorso autorizzativo e per la rimborsabilità come in altri Paesi



Dal diabete all'ansia: ecco dove si usano già

Le cure autorizzate Stili di vita nel mirino

Dalle malattie croniche come il diabete all'asma o all'ipertensione, dalle malattie mentali - come alzheimer, ansia o depressione - alle dipendenze (fumo, alcol, droghe) che sono state il primo terreno di prova fino alla possibilità di incidere in modo determinante anche nei percorsi riabilitativi come quelli dopo l'ictus.

Ecco alcune delle patologie su cui si sono concentrate finora le terapie digitali già autorizzate che hanno avuto finora più successo lì dove si può incidere sui comportamenti e gli stili di vita dei pazienti. Le terapie digitali possono funzionare da sole oppure in combinazione con i farmaci tradizionali. Due esempi tra tutti: nella prima categoria ci sono le app che a esempio sono in grado di ridurre i livelli di emoglobina glicata nei diabetici favorendo una migliore alimentazione e un esercizio fisico più costante. Nella seconda categoria - quella che prevede la combinazione tra terapia digitale e farmaco - rientrano a esempio gli inalatori intelligenti che, grazie all'ausilio di sen-

sori collegati a un software, aiutano chi soffre di malattie respiratorie, come l'asma, ad assumere la giusta quantità di farmaco.

In particolare - come ricorda il «working paper» di Farindustria sulle terapie digitali - il Laboratorio di Informatica Medica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri ha effettuato una revisione sistematica degli studi clinici condotti nel campo delle terapie digitali negli ultimi anni. Tra i 136 studi effettivamente definibili come terapie digitali le patologie per le quali tali strumenti sono studiati (e ancor prima sviluppati) riguardano per il 35% l'area della salute mentale (tra cui Alzheimer, demenza, epilessia, depressione e ansia), per il 19% le malattie croniche (come diabete, asma, BPCO e le patologie ortopediche) e per il 13% le dipendenze da fumo, consumo di alcol, abuso di sostanze. Seguono i problemi legati al sonno, quelli riguardanti l'obesità, l'alimentazione e l'esercizio fisico e le malattie cardiovascolari rispettivamente con il 9%, 8% e 7%. Percentuali più basse, ma in cresci-

ta, riguardano altre patologie, ad esempio l'oncologia.

Le terapie digitali - come ricorda sempre lo stesso documento - producono anche risparmi come a esempio per i pazienti affetti da diabete di tipo II e da ipertensione dove secondo uno studio Usa durato tre anni il risparmio è stato tra il 22% e il 29% dei costi totali stimati per il normale trattamento "analogico" di queste patologie. Stime in linea con i risultati di studi simili sull'uso di terapie digitali nei pazienti con insufficienza cardiaca e nei pazienti con diabete di tipo I e II, con risparmi sui costi sanitari rispettivamente del 33% e del 21,9%.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La salute mentale è l'area con più terapie digitali approvate, seguita dalle malattie croniche e dalle dipendenze



Venture capital AA Vantgarde Bio, finanziatori record

Francesca Cerati — a pag. 23

Terapia genica italiana da record: 61 milioni da venture internazionali

Cecità ereditaria. È il maggior finanziamento di Serie A nel biotech mai registrato in Italia. Il via agli studi clinici è previsto per la fine dell'anno

Francesca Cerati

Una sfida riuscita. La ricerca d'eccellenza italiana attrae capitali esteri per il valore di 61 milioni di euro. Si tratta del maggior finanziamento di Serie A nel biotech mai registrato in Italia, che segna il ritorno dopo oltre 20 anni nel nostro paese della statunitense Atlas Venture, venture capital leader nel settore biotech, e il primo ingresso dell'europea Forbion, focalizzata sulle scienze della vita e un patrimonio di 3 miliardi di euro. Il terzo investitore è Longwood Fund, che ha co-fondato 24 società con oltre 20 farmaci e terapie lanciate o commercializzate. A orchestrare il tutto Soffinova Partners, una delle principali società di venture capital in Europa, specializzata nel settore delle scienze della vita, che gestisce 2,5 miliardi di euro e sostiene più di 500 aziende.

«Il precedente record di investimento in Italia per una Serie A biotech è stata di 35 milioni di euro (Enthera, anch'essa accelerata da Soffinova, ndr) - precisa Paola Pozzi, partner del fondo Sofinnova Telethon - Ora continuiamo questo nostro racconto - cioè di creare impresa da quella che noi riteniamo la migliore ricerca scientifica italiana - e lo stiamo facendo con la collaborazione strategica di Telethon».

La società protagonista del nuovo finanziamento si chiama AAVantgarde Bio, spin-off dell'Istituto Telethon di Genetica e Medicina (Tigem) di Pozzuoli, dedicata allo sviluppo di terapie geniche per le malattie ereditarie della retina. «È una società che abbiamo creato da zero nel 2021 con Alberto Auricchio, professore di Genetica medica del dipartimento di Biomedicina avanzata all'Università "Federico II" di Napoli, e coordinatore del programma di Terapia molecolare del Tigem - continua Pozzi - E in meno di due anni la società è diventata molto attrattiva per altri venture. Uno dei nostri scopi è infatti quello di creare un team che possa portare avanti la società. Per questo abbiamo attratto talenti internazionali come Natalia Misciattelli - con più di 25 anni di esperienza come dirigente nel settore delle scienze della vita, che dallo scorso settembre è amministratore delegato di AAVantgarde Bio, e Ram Palanki, presidente del consiglio di amministrazione. Costituito il team di competenze sono arrivati gli investitori internazionali confermando il ruolo che Soffinova sta giocando nell'ecosistema italiano. Ma conferma anche la nostra strategia di investire in malattie genetiche rare: l'obiettivo è di creare, fondare e far crescere società capaci di diventare competitive a li-

vello internazionale».

La startup biotecnologica, con sede a Milano, possiede due piattaforme proprietarie di vettori virali adeno-associati (AAV) che consentono di trasferire geni di grosse dimensioni "frammentati", assicurando però che una volta all'interno della cellula venga poi prodotta correttamente la proteina terapeutica completa. AAVantgarde Bio sta convalidando le piattaforme in due patologie: la retinite pigmentosa associata alla sindrome di Usher di tipo 1B (Usher1B) e la malattia di Stargardt, entrambe malattie rare che portano alla cecità.

«Nel panorama delle malattie rare non sono poi così rare, perché la Stargardt ha una prevalenza di uno su 10mila, la Usher1B uno su 60mila - premette Auricchio - Queste due patologie, oltre a essere delle forme di cecità ereditaria, hanno in comune quello di avere il gene mutato di



grosse dimensioni. Possiamo immaginarlo come una parola composta da tante lettere, circa 7mila. Ma il vettore virale che si usa normalmente nella terapia genica riesce a trasportare fino a un massimo di 5mila lettere. La nostra strategia è stata quindi quella di rompere il gene in due pezzi. In questo caso la nostra terapia genica è costituita da due elementi: il primo vettore contiene una mezza parola di 3500 lettere, il secondo l'altra mezza parola. Quando la miscela delle due particelle entra all'interno delle cellule della retina attraverso dei segnali specifici le due mezza parole si riconoscono e si riuniscono dando origine al gene sano».

L'avvio della sperimentazione clinica per la cecità ereditaria di fase 1/2 è prevista prima della fine dell'anno ma, in prospettiva, queste piattaforme a due vettori virali potranno essere impiegate anche in altri tessuti e altre malattie genetiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La piattaforma della startup AAVantgarde Bio permette di trasportare geni di grandi dimensioni



PIATTAFORME COMPLEMENTARI

Alberto Auricchio (group leader del Tigem): AAVantgarde dispone di due piattaforme proprietarie per la somministrazione di geni di grandi di-

mensioni basate su vettori virali: una sfrutta la ricombinazione del Dna (denominata dual hybrid) e una in cui è la proteina che si ricombina (denominata AAV intein)

La malattia.

Le cecità ereditarie, in Europa, colpiscono oltre 200mila persone e sono dovute nella maggior parte dei casi ad alterazioni genetiche



Melanoma, vaccino riduce le recidive del 65 per cento

mRna e immunoterapia

Positivi i nuovi risultati del vaccino a mRNA di Moderna contro il melanoma, in combinazione con il farmaco immunoterapico pembrolizumab di Msd: l'associazione ha ridotto il rischio di metastasi o morte del 65% nei pazienti con melanoma in stadio III/IV avanzato sottoposti a intervento chirurgico. Lo evidenzia uno studio di fase 2 su 157 pazienti presentato al congresso della Società americana di oncologia clinica (Asco) in corso a Chicago. Le aziende prevedono ora di avviare entro il 2023 lo studio di fase 3 e di iniziare gli studi sul vaccino anche per altri tipi di tumore, a partire dal polmone. «La stra-

tegia del vaccino a mRNA apre alla speranza sulla possibilità di avere nuove terapie per arrivare ad aumentare il numero di pazienti che possono guarire dalla malattia - commenta Paolo Ascierto, direttore del dipartimento di Melanoma e Terapia Innovative dell'Istituto Pascale di Napoli - Tuttavia serve cautela poiché si tratta di dati importanti ma preliminari che devono essere confermati. Se la fase 3 confermerà i risultati, avremo una nuova concreta arma in più». Come funziona? Dopo la biopsia sul tumore, un algoritmo identifica le mutazioni tumorali. A questo punto si crea

una molecola di mRNA che, attraverso il vaccino, porta le istruzioni per produrre gli antigeni che attivano la risposta immunitaria.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'allarme mondiale in uno studio Colon e reni: boom di tumori per chi ha meno di 50 anni

Aumentano le neoplasie legate soprattutto all'apparato digerente: tra le cause alcol e fumo in adolescenza, alimentazione di scarsa qualità. E il sonno perso

MELANIA RIZZOLI

■ Fino a qualche decennio fa il cancro era considerato una malattia legata all'invecchiamento, poiché per sviluppatosi richiedeva più tempo e più mutazioni genomiche e genetiche da accumulare per fare proliferare le cellule maligne e la massa tumorale.

Oggi invece si sta assistendo in tutto il mondo ad un aumento drammatico delle neoplasie negli under 50, come evidenziato da uno studio del Brigham and Women's Hospital (Il secondo ospedale più grande dopo l'Harvard Medical School) pubblicato su *Nature Reviews Clinical Oncology*, nel quale si sottolinea l'allarme dell'esordio precoce di tumori alla mammella, colon, esofago, reni, fegato, pancreas, testa e collo, prostata, stomaco, tiroide, cistifellea e midollo osseo, nelle persone che non hanno ancora compiuto i 50anni, una tendenza soprannominata "effetto coorte di nascita", ovvero il rischio di sviluppare un cancro che aumenta in ogni generazione rispetto alla precedente, lo stesso rischio che continuerà a salire nelle generazioni successive.

I ricercatori hanno evidenziato che la maggiore incidenza in alcuni tipi di cancro è certamente dovuta alla diagnosi precoce attraverso i programmi di screening, ma questo non può essere il solo e principale motivo dei tumori in aumento tra i giovani adulti rispetto a quelli in esordio

nell'età avanzata.

Dei 14 tipi di tumore presi in considerazione nello studio succitato, 8 sono quelli legati al sistema digestivo, elemento che ha fatto spostare l'attenzione sul microbiota intestinale, ovvero sulle diete moderne che influiscono direttamente sulla sua composizione, interagendo con la suscettibilità dei genomi e quelle genetiche, ed influenzando, insieme ai cambiamenti nello stile di vita, l'esordio e l'esito della malattia.

L'evidenza scientifica ha suggerito che una delle principali cause potrebbe essere l'esplosione a fattori di rischio nella prima infanzia e nell'adolescenza, associate al consumo successivo di alcol, al fumo, all'obesità ed all'assunzione di determinati cibi, ma anche al molto tempo in meno dedicato al riposo notturno, visto che i bambini dormono molto meno rispetto a decenni fa.

Escludendo quindi che la maggiore incidenza dei tumori ad esordio precoce sia collegata all'aumento delle diagnosi durante gli esami di prevenzione, gli scienziati internazionali stanno incrociando i dati di moltissimi Paesi per verificare le tendenze di incidenza del cancro di questo decennio e di quelli futuri, monitorandoli a livello globale, anche perché i tumori delle persone under 50 risultano spesso essere più aggressivi che negli anziani, ed in Italia è stimato che un italiano su tre si ammalerà di cancro nel corso della sua vita.

Nel 2022 sono stati registrati nel nostro Paese oltre 400mila nuovi casi di tumore maligno ed oltre il 90% dei nuovi casi ha riguardato cittadini over 50, ma quel 10% delle persone non ancora arrivate alla mezza età rivela una curva di ascesa ed un picco che non accenna a fermarsi, poiché è accertato che le persone che nasceranno nel prossimo decennio hanno un rischio maggiore di ammalarsi in giovane età.

Lo studio di coorte mira quindi a raccogliere dati sanitari e campioni biologici per fornire informazioni cliniche più accurate sul rischio di cancro per le generazioni a venire, senza interferire né fermare la ricerca scientifica e terapeutica, la quale sta facendo passi da gigante sul trattamento e cura dei tumori maligni, moltissimi dei quali riescono, come dimostrato, a guarire definitivamente.

PREVENZIONE

Le diagnosi precoci sono dovute anche all'aumento degli screening. Ora gli esperti incroceranno i dati dei vari Paesi per verificare l'incidenza che il cancro avrà sulle popolazioni nei prossimi decenni a livello globale



Sanità, ultimatum di Rocca ai privati: «Recup unico o via dalle convenzioni»

«Non mi farò scrupolo a revocare accreditamenti a chi non si metterà a disposizione del Recup», il centro per prenotare visite ed esami. Francesco Rocca, presidente della Regione Lazio - all'Ansa prima e poi a margine dell'inaugurazione del nuovo blocco operatorio high tech dell'azienda ospedaliera San Camillo- Forlanini all'interno del padiglione Lancis - è molto chiaro: dal primo gennaio 2024 «l'unico punto di accesso alle prestazioni sanitarie sarà quello del Recup. Abbiamo chiamato tutta la parte della sanità privata che non era stata chiamata a rispondere e gli abbiamo dato con termine ultimo dicembre 2023. Parliamo di centinaia di prestazioni specialistiche ambulatoriali che oggi non entravano nel Recup. Grandi strutture private davano lo 0,3 per cento al nostro Recup».

EFFETTO SULLE LISTE D'ATTESA

In pratica, nel ricevere l'accreditamento al servizio sanitario regionale, le strutture come cliniche, laboratori analisi e altro, in cambio

devono "fornire" prestazioni pubbliche. Fino a oggi, però, chiamando il Recup per prenotare visite o esami, il calendario disponibile era quello basato solo sul pubblico. Quindi, dice Rocca: «da gennaio 2024 ci sarà un solo numero, unico ed anche digitale. Ad oggi nel Recup si trovano solo le strutture pubbliche e non i privati accreditati. Abbiamo già chiamato tutti gli accreditati, che avrebbero dovuto svolgere il 70% delle prestazioni nel Recup. Entro il 31 dicembre dobbiamo recuperare questo gap. Tutte le strutture private accreditate che sono sul territorio, inoltre, dovranno fornire le prestazioni al 100%, senza autonomia». L'effetto Rocca sul problema liste «mi auguro si possa vedere entro il 31 dicembre» di quest'anno: Ci sono i tecnici a lavoro per fare in modo che la transizione sia completa», ha aggiunto. Mentre, l'inserimento a pieni giri anche del settore privato «ci consentirà di individuare in quali prestazioni specialistiche dover

andare a investire in maniera puntuale perché oggi il 70/75 per cento delle prestazioni specialistiche non è dentro il Recup. È importante governare tutto ciò che la Regione Lazio, e ognuno di noi, paga. Dispiace peraltro che i contratti che sono stati fatti prima di me con i privati prevedevano già che il 70 per cento delle prestazioni dovesse andare con il Recup. Quindi quando non si vigila succede quello che è accaduto».

Fernando M. Magliaro

«GRANDI STRUTTURE PRIVATE DAVANO LO 0,3% AL NOSTRO CENTRO PRENOTAZIONI INVECE DEL 70% PREVISTO»





Dir. Resp. Marco Girardo

GLI ORGANIZZATORI CONTRO IL GOVERNATORE DEL LAZIO ROCCA: PAVIDO, MA NON TOGLIEREMO IL LOGO

Roma Pride, la Regione dà e revoca il patrocinio «Promuove la surrogata». Scoppia la polemica

ALESSIA GUERRIERI

Roma

Tutto nel giro di mezza giornata. Il sostegno convinto della Regione Lazio dato al Roma Pride del 10 giugno, con tanto di patrocinio istituzionale, viene ritirato nel giro di poche ore anche se la giunta del Lazio «ribadisce il proprio impegno per i diritti civili». Una scelta, quella del governatore del Lazio Francesco Rocca, motivata dal fatto che l'*imprimatur* della Regione Lazio «non può, né potrà mai, essere utilizzato a sostegno di manifestazioni volte a promuovere comportamenti illegali, con specifico riferimento alla pratica del cosiddetto utero in affitto». In particolare dalla Pisana si esprime rammarico per il fatto che il patrocinio, «concesso in buona fede, sia stato strumentalizzato. Quanto avvenuto rappresenta un'occasione persa per costruire un dialogo maturo e scevro da ogni ideologia per promuovere una reale inclusione e combattere ogni forma di stigma e discriminazione». I toni e le affermazioni contenute nel manifesto dell'evento "Queeresistenza" e «quanto dichiarato da Mario Colamarino, presidente del Circolo Mario Mieli e portavoce del Roma pride» - secondo la Regione Lazio - violano «le condizioni esplicitamente richieste per la concessione del patrocinio precedentemente accordato in buona fede».

Il riferimento è appunto alle parole con cui il portavoce della manifestazione aveva, poche ore prima, salutato il sostegno regionale. «Apprezziamo che la Regione abbia deciso di sottrarsi alla trappola dei pregiudizi ideologici, prendendo di fatto le distanze politiche da quanti in Parlamento in questi giorni vorrebbero rendere la nascita delle nostre figlie e dei nostri figli reato universale, perseguendo la gestazione per altri anche se realizzata all'estero», aveva detto infatti Mario Colamarino. Ma a caldo, dopo il passo indietro della Regione, gli organizzatori vanno all'attacco: «Regione pavidata, non ritireremo il logo». E sul fatto che l'evento del 10 giugno sia una manifestazio-

ne pro utero in affitto per Colamarino è «una strumentalizzazione: il fenomeno della gestazione per altri riguarda il 90% coppie eterosessuali e come al solito la parte dell'ultradestra, dei talebani cattolici utilizza il tema, come un'arma, per attaccare la nostra comunità».

La decisione della Regione in realtà è arrivata dopo un appello di Pro Vita e Famiglia onlus che chiedeva appunto a Rocca di ritirare il patrocinio. E il portavoce Jacopo Coghe è il primo ad esprimere soddisfazione, perché «supportare i Pride significa infatti dare man forte a chi vuole legalizzare l'utero in affitto, il matrimonio egualitario, le adozioni per coppie dello stesso sesso, le trascrizioni anagrafiche per i "figli" delle coppie gay, ma anche legittimare l'identità di genere». Ma il *dietrofront* della giunta Rocca non piace alle opposizioni, a cominciare da Pd e +Europa per cui è «un'occasione sprecata», «un passo indietro sui diritti». E molti, a partire dal sindaco dem Roberto Gualtieri (Roma Capitale ha confermato il proprio patrocinio) e dall'ex governatore Nicola Zingaretti annunciano la loro presenza in piazza sabato. Ma c'è chi ci va ancora più pesante. Come il deputato Pd Alessandro Zan, che la considera «una schizofrenia di odio e discriminazione che la destra vuole diffondere usando le istituzioni». Invece secondo il segretario di + Europa, Riccardo Magi, non c'entra nulla l'utero in affitto, non c'entrano nulla i presunti comportamenti illegali cui fa riferimento la giunta. «La revoca del patrocinio - dice - dimostra ancora una volta che con Fratelli d'Italia al governo l'omofobia è istituzionalizzata, è una omofobia di Stato». Arrivare a definire l'evento illegale, secondo il senatore di Azione-Italia Viva Ivan Scalfarotto, «sancisce la propria uscita dal mondo civile». Anche per i Radicali Roma il passo è «il primo atto ufficiale di attacco ai diritti e alle libertà da parte della destra che governa la Regione». Mentre per Fdi, il governatore Rocca «ha solo rispettato la legge».



Il governatore del Lazio, Francesco Rocca

