



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

8 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 Rodolico-San Marco, stabilizzati 86 precari

Tra personale sanitario, sociosanitario e amministrativo, appartenenti all'area del comparto.



CATANIA. Hanno firmato il contratto i nuovi “**ex precari**”, adesso **stabilizzati** dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “**Rodolico-San Marco**” sotto la direzione di Gaetano Sirna. Ad essere entrati di ruolo ufficialmente giorno 1 giugno, sono in 86, tra personale sanitario, sociosanitario e amministrativo, appartenenti all’area del comparto. **Si tratta, nel dettaglio**, di 9 assistenti amministrativi, 10 funzionari **amministrativi**, 4 tecnici di laboratorio biomedico, 2 fisioterapisti, 4 **operatori socio sanitari**, 1 tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, 1 Infermiere pediatrico, 1 assistente sociale, 1 tecnico di radiologia medica, 1 ostetrica, 1 audiometrista e 51 **infermieri**, reclutati attraverso la procedura della “stabilizzazione diretta” per il personale sanitario, sociosanitario e amministrativo che abbia maturato “*al 31 dicembre 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2022*”. Tutti gli stabilizzati hanno partecipato all’avviso pubblico di **ricognizione**, a seguito della deliberazione del direttore generale n. 840 del 14/04/2023, avente oggetto la “*stabilizzazione per il personale in possesso dei requisiti di cui all’art. 1, comma 268, lett. b) della Legge n. 234 del 30/12/2021, come modificata dal D.L. 29/12/2022 n. 198 (cosiddetto “decreto milleproroghe”), convertito con Legge 24/02/2023 n. 14*”, finalizzato al superamento del problema del precariato. Come prevede la legge, le stabilizzazioni procedono “*al fine di*



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

*rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da COVID-19". «Abbiamo seguito le disposizioni della normativa e dell'assessorato regionale alla Salute – spiega il direttore **Gaetano Sirna**– compiendo i passaggi previsti allo scopo di procedere alla stabilizzazione del personale precario che avesse maturato i requisiti. Procederemo man mano fino a quando le **direttive** ci daranno la possibilità di assorbire l'intero bacino dei lavoratori che si trovano in queste condizioni, sempre in conformità al tetto di spesa e all'equilibrio **economico-finanziario** aziendale. I nostri obiettivi sono quelli di valorizzare le **professionalità acquisite** da questa azienda, sulle quali, tra l'altro, la nostra amministrazione ha fortemente investito in termini di know-how. In particolare, durante il delicato e complesso periodo caratterizzato dall'emergenza pandemica, questi lavoratori si sono distinti per **competenza** nell'aiutare i sanitari a non fare collassare il sistema sanitario».*



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Ok dell'ARS alla qualifica di dirigente per i funzionari medici dei Policlinici Siciliani

Approvata in aula la proposta di legge della Lega. "E' stata rimossa una disparità! Con questa norma finisce un'anomalia" affermano i deputati leghisti

“I funzionari medici di elevata professionalità che prestano servizio presso le Aziende ospedaliere universitarie della Sicilia otterranno la qualifica di dirigente medico. Lo prevede la legge approvata oggi dall'Ars su iniziativa del gruppo della Lega”. Lo afferma **Marianna Caronia**, capogruppo della Lega all'Assemblea regionale siciliana, in una nota sottoscritta dai deputati Pippo Laccoto, Vincenzo Figuccia e dagli assessori Luca Sammartino e Mimmo Turano. “E' stata rimossa una disparità – continuano i parlamentari della Lega – che impediva a questo personale medico, i cosiddetti EP, di avere lo stesso status dei dirigenti medici nonostante svolgessero le stesse mansioni e ricevessero lo stesso trattamento economico. Del resto le funzioni esercitate riguardano numerose specializzazioni e branche della medicina, tanto che interi reparti – aggiungono i deputati – vengono retti da trent'anni da questi funzionari medici. Oggi – conclude il capogruppo Marianna Caronia – finisce un'anomalia grazie all'intervento normativo che insieme al presidente della Commissione Salute, Pippo Laccoto, abbiamo voluto fortemente per riordinare, su questo punto specifico, il Servizio sanitario regionale”.

08/06/2023

Anziani non autosufficienti, verso la riforma

Una valutazione positiva sul superamento della frammentazione del sistema di presa in carico delle persone anziane e un apprezzamento per la presenza di contenuti innovativi, con attenzione agli adulti con disabilità che invecchiano. Sono queste, in sintesi, le considerazioni contenute nel documento che Caritas italiana, il Servizio nazionale per la pastorale delle persone con disabilità e l'Ufficio nazionale per la pastorale della salute hanno presentato all'audizione, a Palazzo Chigi nei giorni scorsi, sui provvedimenti attuativi della Legge 33/2023. Con questa legge il governo italiano è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024, uno o più decreti legislativi finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo, la

promozione dell'autonomia, la prevenzione della fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti, con riferimento alla condizione di disabilità. Caritas, gli uffici Cei e molte realtà cattoliche (tra cui Acli, Aris, Uneba), hanno aderito da tempo al Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che riunisce 58 organizzazioni e associazioni impegnate con gli anziani non autosufficienti. Hanno lavorato insieme con un metodo partecipato, presentando una serie di proposte condivise ai governi. Molte sono state recepite. All'incontro hanno rilanciato con una valutazione dei provvedimenti adottati finora e consigli per fare in modo che «la legge delega contenga e renda effettivamente operative soluzioni adeguate alla situazione delle persone

non autosufficienti e delle loro famiglie, fenomeno crescente e di difficile gestione per famiglie, territori, comunità e istituzioni».

Dalle sigle è arrivata anche la richiesta di aumentare i finanziamenti, con lo stanziamento di 5-7 miliardi di euro annui già nella legge di bilancio per il 2024.

Apprezzata anche l'istituzione dello Snaa, un sistema unico per la presa in carico delle persone anziane, finora fortemente frammentato tra misure sociali, socio-sanitarie e sanitarie: Parere positivo viene dato anche alla definizione di nuovi modelli d'intervento che mirino ad uno sguardo complessivo sulla condizione dell'anziano non autosufficiente e sull'ampliamento dell'offerta di servizi.



ECCO GLI EFFETTI DEL «PIANO» Scuola e Sanità, i nodi irrisolti

■ I dirigenti scolastici denunciano gli effetti del Piano «Scuola 4.0» parte del Pnrr: «Un progetto calato dall'alto, gli istituti non ce la fanno, iper-digitalizzazione mentre le strutture restano fatiscenti». E il governo pensa di stralciare le «case di comunità». Rischia grosso il capitolo Sanità

CAPOCCI, CIMINO PAGINE 2,3

L'IPOTESI DI STRALCIARE LE CASE DI COMUNITÀ

Il paradosso di un Piano nato per la pandemia: rischia grosso il capitolo sanità

ANDREA CAPOCCI

■ Nel Pnrr che ogni giorno perde pezzi rischia di saltare il più prezioso, quello dedicato alla salute. È tra i capitoli più in ritardo e ora il governo vorrebbe stralciarne una parte dal Pnrr. In particolare, è in bilico la riforma della sanità territoriale, cioè la medicina di base, gli ambulatori per la diagnostica, l'assistenza domiciliare.

È stata la pandemia a mostrarne le fragilità e a rivelarne l'importanza, con una popolazione che invecchia e con il pronto soccorso oberato dai codici bianchi e verdi. Da quando si è insediato il nuovo governo, il tema sembra però uscito dai radar. Se ne parla solo per annunciare passi indietro. In aprile lo ha fatto il ministro Raffaele Fitto, che ha la regia del Pnrr: «Aver inserito gli ospedali di comunità all'interno del Pnrr è stato un errore», ha detto riferendosi alle piccole strutture di quartiere previste dal Piano per i ricoveri meno gravi. Il problema non è trovare i soldi per costruirli: nel Pnrr ce ne sono a sufficienza. Quando l'Ue ha approvato la ri-

forma della sanità territoriale, tuttavia, ha incassato anche l'impegno a reperire il personale necessario. Ma aumentare il fondo sanitario nazionale e rimuovere i tetti di spesa imposti alle Regioni è impossibile per un governo che in economia punta tutto sulla flat tax. Il ministro della salute Schillaci ha provato a imporre una narrazione diversa: «Nel 2025 il

Fondo sanitario nazionale crescerà di circa 9 miliardi di euro in più rispetto al 2021» (+7%) ha annunciato lunedì intervenendo all'Università Cattolica di Roma, «possiamo ritenere definitivamente conclusa l'era del defianziamento». È una mezza bugia perché l'aumento è solo nominale. In termini reali, basta un anno di inflazione (all'8% nel 2022) per assorbito. La spesa sanitaria pubblica crescerà più lentamente anche del Pil, di cui rappresenterà il 6,2% nel 2025 contro il 6,7% nel 2021.

L'ultimo rapporto dell'Agens ha messo nero su bianco i ritardi quasi incalcolabili accumulati dal governo a partire dalle «case di comunità», i nuovi presidi di prossimità in cui riunire medicina di base e diagnostica per accorciare le liste d'attesa. E in cui i dottori sarebbero affiancati dagli assistenti sociali, perché patologie e dipendenze originano molto spesso dal disagio sociale ed economico. Secondo il rapporto, però, delle 1430 case di comunità previste dal Pnrr quelle attive sono 122, l'8%. Sono localizzate soprattutto in Emilia-Romagna e, soprattutto, esistono già da anni, sotto il nome di «Case della salute». Nel resto del paese in due anni non si è fatto nulla. Tra le grandi regioni, quella più in ritardo è il Lazio, che pure ha individuato da tempo le sedi fisiche delle sue 135 «Case», nessuna delle quali è attiva. Non è indietro solo l'edilizia sanitaria, ma anche la riorganizzazione del personale.

Entro il 2025 nelle case di comunità i medici di famiglia dovranno trasferire almeno parte della loro attività di studio. Ma il principale sindacato dei medici, la Fimmg, difende a spada tratta la natura libero-professionista della medicina generale e spalleggia la controriforma di Meloni. In alto mare anche la prevista integrazione tra servizi sociali in capo ai Comuni e quelli sanitari a gestione regionale. «Finora non è stato fatto alcun passo avanti» spiega al *manifesto* un dirigente dell'assessorato alle politiche sociali di Roma.

Senza la volontà politica di investire in sanità, molti degli impegni presi rischiano ora di saltare dopo la revisione del piano che il governo intende pre-

sentare a Bruxelles. Ieri il *Sole-24 Ore* ha rivelato l'intenzione del governo di depennare dal Pnrr 309 delle 1430 case di comunità: sono quelle previste in strutture ancora da costruire - le altre saranno ospitate da edifici già esistenti - e tutti sanno che non saranno consegnate nei tempi promessi all'Ue. Togliercle dal Pnrr vorrebbe dire risparmiarsi qualche sanzione ma anche rinunciare al finanziamento. Perciò, come la volpe con l'uva, Meloni in persona ha iniziato a bombardare la riforma della sanità territoria-



il manifesto

le definendo le case di comunità «cattedrali nel deserto». «Quelle del Presidente del Consiglio sono affermazioni che la medicina generale sottoscrive in pieno» ha garantito il segretario Fimmg Silvestro Scotti.

Il piano B è già pronto e per scoprirlo basta leggere tra le righe del curriculum di chi se ne sta occupando. Cioè il sottosegretario alla salute e responsabile sanità di Fdi Marcello Gemmato, farmacista di professione, e il responsabile sanità di

Fi Andrea Mandelli, casualmente anche presidente degli Ordini dei Farmacisti. Al loro settore di riferimento hanno già portato 150 milioni di «remunerazione aggiuntiva» per le farmacie infilati nell'ultima finanziaria. Ma adesso puntano a rimpiazzare le case di comunità proprio con le farmacie. «Possono essere un anello di congiunzione fra la sanità centrale e quella periferica» ha detto Gemmato alla recente fiera Cosmofarma di Bologna. L'obiettivo si chiama «farmacia dei servizi», che oltre ai

farmaci offra anche visite e esami sfruttando la capillarità di una rete composta da 19 mila punti vendita - al 90% privati - sul modello utilizzato per i tamponi Covid. Le prestazioni offerte dai farmacisti sarebbero a carico dal bilancio statale con un'ulteriore espansione della sanità privata convenzionata. Ma in questo modo la promessa di una medicina integrata, capace di farsi carico del paziente e del suo contesto sociale, si allontanerebbe definitivamente.

L'Agenas ha messo nero su bianco i punti critici delle regioni. Il Lazio arranca

Il piano B sembra già pronto: rimpiazzare i presidi territoriali con le farmacie



Medici di base a Roma foto LaPresse





LA DECISIONE DEL TRIBUNALE DEI MINISTRI DI BRESCIA

Covid, prosciolti Conte e Speranza: «Accuse infondate»

LUCA CAPPONI

Roma

Il fatto non sussiste. Con la migliore delle formule possibili, le posizioni di Giuseppe Conte e Roberto Speranza - rispettivamente premier e ministro della Salute ai tempi del Covid - sono state archiviate dal Tribunale dei ministri di Brescia, nell'ambito dell'inchiesta sulla gestione della prima fase della pandemia in Val Seriana. Il leader dei 5 stelle doveva rispondere della mancata istituzione di una zona rossa a Nembro e ad Alzano Lombardo, mentre a Speranza veniva contestata la mancata applicazione del piano pandemico vigente nel 2020. Ma il processo non è nemmeno partito. «La notizia di reato è totalmente infondata» scrivono i giudici del tribunale dei ministri, che hanno così accolto la richiesta di archiviazione della Procura e escluso ogni responsabilità ipotizzata: dalla impossibilità di configurare l'epidemia alla mancanza di prove per i 57 decessi contestati.

I reati ipotizzati erano di epidemia colposa e omicidio colposo plurimo. Conte e Speranza erano stati interrogati lo scorso 10 maggio dalla Procura di Brescia, che già aveva sollevato una serie di ragioni che avevano smontato l'ipotesi accusatoria dei colleghi di Bergamo. Uno dei nodi principali riguardava proprio il reato di epidemia colposa. Un reato che - si legge nel decreto di archiviazione - «non è configurabile in forma omissiva in quanto la norma in questione abbraccia la sola condotta di chi per dolo o per colpa diffonde germi patogeni». E quindi «la responsabilità per omesso impedimento risulta incompatibile con la natura giuridica del reato di epidemia». In altre parole, il reato di epidemia è previsto solo se commesso con dolo e questo scagiona Conte e Speranza. E per l'altro reato ipotizzato dai

pm di Bergamo (art. 452: delitti colposi contro la salute pubblica) è necessario una condotta attiva («la diffusione di germi patogeni»): non basta quindi una condotta omissiva, cioè il «non aver impedito» una diffusione già in atto.

Questioni che non sono di lana caprina né un mero appiglio giuridico che ha salvato in comer Conte e Speranza. Anche perché, relativamente alla mancata istituzione della zona rossa contestata all'ex premier «non risulta che il Presidente del Consiglio Conte, prima del 2 marzo 2020, fosse stato informato della situazione dei comuni di Nembro e Alzano Lombardo» e pertanto, secondo i giudici, «si tratta di ipotesi irragionevole». E, a supporto della loro conclusione, paragonano il Covid alla Spagnola del 1918. Quanto al piano pandemico (del 2006) che Speranza avrebbe dovuto attivare, «non era per nulla adeguato ad affrontare la pandemia da Sars-CoV-2» e gli stessi ideatori «si sono espressi in termini drastici circa l'inutilità di quel piano».

«La decisione dei giudici - commenta Conte - mi ripaga dell'impegno profuso e mi conforta». Gli fa eco Speranza: «Oggi è emersa la verità». Opposta la reazione dell'associazione dei parenti delle vittime: l'archiviazione è «uno schiaffo a noi e all'Italia intera, un vilipendio alla memoria dei nostri familiari».

3 RIPRODUZIONE INFORMATICA

I giudici hanno accolto la richiesta dei pm «perché il fatto non sussiste». L'ex premier e l'ex ministro: è emersa la verità



Giuseppe Conte e Roberto Speranza



RIMASUGLI



IL GREEN PASS GLOBALE: BREVI NOTE A MARGINE

PER CARITÀ, è solo un accordo di collaborazione tecnica, non ha (per ora) implicazioni legali, però... insomma... ecco... lunedì leggendo il comunicato congiunto di Commissione Ue e Organizzazione mondiale della sanità (Oms) il pensiero è corso a San Mario Draghi quando ci spiegò che "il green pass è garanzia di ritrovarsi tra persone non contagiose", anche se poi non era proprio vero... Dirà il lettore: ancora col green pass! Colpa del comunicato di cui sopra, che ci informa che l'Oms "nel giugno 2023 adotterà il sistema di certificazione digitale Covid-19 dell'Ue per istituire un sistema globale che contribuirà a facilitare la mobilità globale e a proteggere i cittadini di tutto il mondo dalle minacce sanitarie attuali e future" (sic). Il primo passo "della rete globale di certificazione della salute digitale dell'Oms" (sic), che "svilupperà un'ampia gam-

ma di prodotti digitali (sic) per offrire una salute migliore a tutti". Insomma, si va verso il green pass globale, gestito da quella nota casa di vetro che è l'Oms: l'eccezione alla regola, adottata con kantiana responsabilità morale dai cittadini europei, si fa normale strumento di controllo (sanitario, poi chissà). Va bene, non la butteremo sui "corpi docili" o sul "sogno politico della peste" del *Sorvegliare e punire* di Foucault; non parleremo della metafora del Panopticon, il carcere ideale di Bentham, in cui l'asimmetria visuale educa il controllato a introiettare lo sguardo del controllore e "ad esercitare sorveglianza su e contro di sé"; tralascieremo di citare la profezia sull'abolizione della folla, "luogo di molteplici scambi", a favore di "una collezione di individualità separate" che per il "guardiano" diventa "una molteplicità numerabile e controllabile". Non citeremo nemmeno padre

Ernesto Balducci quando, proprio riflettendo su questo (*L'uomo planetario*), parlava delle "ideologie di dominio nella fase di civiltà", che rigettano l'uso della forza bruta: "I dominati vivranno in uno stato di riconoscenza, una volta che arriveranno a guardare se stessi con lo stesso sguardo con cui li osservano i dominatori". No, niente roba da cene in piedi, niente critiche da intellettualini, però ci resta in testa una domanda: ma chi cazzo ve l'ha chiesto il green pass globale?

MARCO PALOMBI

**IL DUBBIO
L'ACCORDO
TRA UE E OMS
LASCIA INEVASA
UNA DOMANDA**





Dir. Resp. Marco Girardo

L'EPIDEMIA SILENZIOSA

Depressione, l'Europa si scopre fragile

Il disagio mentale esploso con l'emergenza Covid. Varato piano da 1,23 miliardi di euro

PAOLO VIANA

Dopo il Covid i problemi di salute mentale sono esplosi e l'Unione Europea corre ai ripari con un piano da 1,23 miliardi di euro, annunciato ieri. Prima della pandemia l'emergenza riguardava una persona su sei nell'Unione Europea: la Commissione Europea rileva che «il costo dell'inazione è significativo, pari a 600 miliardi di euro ogni anno, una cifra che vale più del 4% del Pil Ue». Ma non è solo una questione di soldi: nel 2020 dieci decessi ogni 100mila abitanti Ue sono stati causati dal suicidio e tra i giovani il suicidio è la seconda causa di morte. Il problema riguarda anche gli italiani, come dimostrano le ricerche avviate già nel 2021 dall'Irccs Fatebenefratelli di Brescia e dai centri di riabilitazione psichiatrica gestiti dai religiosi.

Nella città lombarda il 3 aprile si è riunito il primo tavolo interistituzionale sulla salute mentale. Una survey su un campione di 7mila studenti ha evidenziato sintomi depressivi e ansiosi nel 43% e nel 47% degli intervistati al di sopra della soglia di interesse clinico, con la

presenza di comportamenti impulsivi e maldattivi (autolesionismo, abbuffate di cibo, utilizzo di alcol e sostanze). Un progetto della fondazione Cariplo ("Attenta-mente") monitora la sofferenza psicologica dei giovani e mette a punto una serie di azioni rivolte a studenti, insegnanti e genitori, mentre i Fatebenefratelli hanno già avviato nei loro centri un servizio per gli adolescenti (zero-17), e i primi dati dicono che almeno il 30% dei casi trattati derivano dal lockdown e dalla Dad. Non a caso, la Commissione Europea ha pensato a una re-

te dedicata ai minori e ad un kit di strumenti di prevenzione per i bambini, oltre ad una migliore protezione online e sui social media. Secondo il vicepresidente della Commissione

Europea, Margaritis Schinas «la salute mentale è l'epidemia silenziosa dell'Europa», anche perché «almeno un quarto della popolazione vive una condizione di solitudine». Guardando proprio alla popolazione adulta e anziana, si stima che la depressione ai tempi del Covid sia aumentata del 25% (dato Oms). «La condizione depressiva colpisce gli stessi operatori - spiega lo psichiatra Danilo Rigamonti del Centro Sacro Cuore di Gesù di San Colombano al Lambro -. Si parla di esiti di long covid: dopo la pandemia c'è stato un aumento di depressione, ansia, panico e disturbi del sonno. È stata descritta una categoria diagnostica denominata Neurocovid, che si manifesta con prevalenti disturbi neurologici. Si descrive anche la cosiddetta "brain fog", cioè nebbia mentale o cognitiva». La nuova strategia europea cerca di correre ai ripari con 20 iniziative faro, finanziate con i fondi di coesione Fse+ e Fesr e Horizon Europe.

Si lavorerà soprattutto su prevenzione e diagnosi precoce, focalizzandosi su depressione e suicidio. Ci saranno investimenti per sostenere le politiche dei Paesi membri, allo scopo di migliorare l'accesso a terapie e cure di qualità, compresi programmi di formazione e scambio per professionisti. Bruxelles evidenzia poi l'importanza di «garantire una buona salute mentale sul lavoro sensibilizzando e migliorando la prevenzione».





Maternità surrogata: come si dice «no»

Le tesi più diffuse a sostegno della pratica e gli argomenti giuridici e culturali che le smentiscono. Il reato universale strumento per scoraggiare il mercato

Il 19 giugno alla Camera va in aula la proposta di legge, sostenuta dal centro-destra, che vuole fare dell'utero in affitto un reato universale, cioè punibile anche quando i cittadini italiani lo commettono all'estero. Molte le obiezioni a questa proposta. Ad alcune di queste proviamo a rispondere, con l'aiuto del giurista Marcello Palmieri, della saggista Marina Terragni e di Francesca Marinaro, membro della Coalizione internazionale per l'abolizione della maternità surrogata (Ciams). *(A cura di Antonella Mariani)*

Rendere la Gestazione per altri (Gpa) "reato universale" è irrealistico. Queste decisioni possono essere prese solo da un organismo sovranazionale.

Risponde Marcello Palmieri. Il Codice penale italiano già ora prevede che possa essere punito un cittadino che commette all'estero alcune categorie di reato, tra cui figura la surrogazione di maternità. Il meccanismo è però abbastanza complesso: serve la richiesta del Ministro della Giustizia, oppure la querela o l'istanza della persona offesa. Non si tratterebbe dunque di chiamare in causa tutta la comunità internazionale, ma di semplificare una procedura già esistente.

Se una coppia italiana ha un figlio con la surrogata in un Paese in cui è possibile farlo perché deve essere punito in Italia? In fondo, là non ha violato alcuna legge.

Risponde Marcello Palmieri. Il diritto penale è più che mai espressione del sentire di una nazione. E la nazione è formata da persone che si riconoscono in un medesimo vissuto storico e culturale. Non importa dunque se, da un punto di vista materiale, la surrogazione di maternità è avvenuta all'estero: la condotta in sé risulta incompatibile con i valori di cui l'Italia è portatrice.

Questa legge, se approvata, penalizzerebbe i bambini. I genitori potranno andare in carcere.

Risponde Marcello Palmieri. La legge non penalizzerebbe ma tutelerebbe i bambini. Lo hanno affermato in anni diversi sia la Corte Costituzionale che la Corte di Cassazione, sancendo che la surrogazione di maternità, oltre a offendere la dignità della donna, mina nel profondo le relazioni umane. Dunque anche il rapporto genitori-figli. In ogni caso, i "genitori d'intenzione" finora incensurati, se condannati per questo reato, potrebbero beneficiare della sospensione condizionale della pena.

La legge attacca le "famiglie arcobaleno" e i loro figli.

Risponde Marina Terragni. La legge vale per tutti. Vero che le coppie omosessuali sono più immediatamente intercettabili delle coppie eterosessuali, che pure costituiscono la maggioranza dei com-



mittenti. In ogni caso il divieto di ricorrere alla Gestazione per altri all'estero ridurrebbe considerevolmente la platea dei committenti, quanto meno per il fatto che oltre alle spese già importanti per la "procedura" si rischierebbe di dover sostenere una sanzione tra i 600 mila e il milione di euro.

La maternità surrogata consente a coppie sterili di avere un figlio. Non è giusto impedirglielo.

Risponde Marina Terragni. Non si può rivendicare il diritto di costruire la propria felicità sull'infelicità altrui: della gestante, che affronta un'esperienza fisicamente e psicologicamente rischiosa (è costretta a "cedere" ai committenti non soltanto la disponibilità del proprio corpo ma anche buona parte dei propri diritti) e che comunque si è risolta ad affrontare questa difficile esperienza per difficoltà economiche. E qui stiamo parlando dei contratti californiani e canadesi che pure offrono qualche minima "garanzia", non del *low cost* selvaggio di alcuni Paesi dell'Est Europa, per non dire delle *baby farm* della Nigeria dove le gestanti sono letteralmente detenute. Allo stesso modo - se non di più - la propria felicità non si può costruire a spese di un bambino che è stato brutalmente separato dalla propria madre e che nella stragrande maggioranza dei casi non potrà mai ricostruire le proprie origini. Ogni paragone con l'adozione non sta in piedi: l'adozione sana una ferita, la Gpa la produce, e in cambio di soldi.

In alcuni Paesi le donne considerano la Gpa un lavoro come un altro. Non bisognerebbe impedire una libera scelta.

Risponde Marina Terragni. Fatta salva la libertà di ciascuna di disporre del proprio corpo, e perfino di esercitare un bio-lavoro, libertà che tuttavia è limitata dal principio dell'indisponibilità (non si può per esempio vendere un rene ma solo donarlo, così come non si può fare commercio del proprio sangue), nella Gpa questa "libertà" si esercita ai danni di un terzo, il bambino, del quale si determini unilateralmente il destino. Nessuno può disporre della vita di nessun altro, vendendolo o "donandolo".

Ci sono donne che "prestano" il pro-

prio utero a fini solidaristici. Almeno questa pratica andrebbe ammessa.

Risponde Francesca Marinaro. Il netto "no" a ogni forma di maternità surrogata - commerciale o altruista - pone al centro la difesa della libertà femminile e del primato della donna nella procreazione, come garanzia della sua libertà e della sua libera scelta di diventare madre, se lo vuole; contro ogni forma di sfruttamento del suo corpo e contro l'er-

rata presupposizione di poter trattare i neonati come fossero degli oggetti. Nell'idea della maternità surrogata cosiddetta altruista ciò di cui si fa dono è un bambino, un essere umano che da soggetto di diritto e titolare di diritti diventa mero oggetto per soddisfare i desideri degli adulti. Il dono porta con sé la negazione del diritto al bambino a conoscere le proprie origini con tutte le conseguenze che tutto ciò comporta dal punto di vista sanitario e psicologico.

Se anziché proibire, si legalizzasse la Gpa, si potrebbe evitare lo sfruttamento delle donne.

Risponde Francesca Marinaro. Se la pratica della maternità surrogata lede l'integrità e la dignità della donna e del minore, come da più parti espresso, non può esserci legalizzazione di nessun tipo. L'unica via, come già sperimentato con l'infezione, è l'abolizione universale. Sulla dignità della donna e del bambino urge creare un "cordone sanitario": perché il mondo è davvero cambiato e il nuovo che avanza non sempre è amico delle donne e dei bambini.



La nursery di un'azienda specializzata dell'Est europeo



DONNE E BAMBINI NON SONO OGGETTI: PROIBIAMO L'UTERO IN AFFITTO

La maternità surrogata non è un atto di altruismo,
ma sfruttamento di chi vive in condizioni di miseria

Il 19 giugno approderà nell'aula della Camera dei Deputati il progetto di legge - in linea con quanto richiesto nella scorsa legislatura da settanta associazioni facenti capo al network *Ditelo sui tetti* - che vuole rendere l'utero in affitto reato universale, perseguibile anche se commesso all'estero da cittadini italiani. Stiamo parlando di un sistema per il quale donne che vivono in condizioni di miseria vengono usate, dietro pagamento, per portare avanti una gravidanza su commissione di "aspiranti genitori" (detti anche "genitori intenzionali") ai quali il neonato viene poi consegnato.

Uno sfruttamento mercatile, un grande giro di soldi i cui beneficiari sono soprattutto le cliniche, le agenzie di intermediazione, i consulenti legali. Una logica produttivistica che riduce a oggetti le donne e i bambini. Contratti che prevedono l'aborto in caso di malformazioni o gravidanze gemellari. Per neutralizzare il carico di negatività di questa pratica - l'articolo 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, vieta di fare del corpo umano e delle sue parti una fonte di lucro - sono invalse espressioni che la ammantano di "altruismo": "gestazione per altri", "gestazione solidale", "gestazione di sostegno".

Ma è risaputo che dietro i "rimborsi spese" ci sono lautissimi compensi e in ogni caso restano

la distorsione della maternità, della paternità e della filiazione, perché i figli non sono "diritti"

da pretendere, ma titolari di diritti da rispettare. Per questo, giustamente, la legge n. 40 del 2004 vieta la maternità surrogata. Si è reso tuttavia necessario mettere mano al progetto di legge in questione per disincentivare il turismo procreativo di coloro che, per aggirare l'ostacolo, si recano all'estero. La proposta è supportata da autorevoli documenti giuridici.

La maternità surrogata è condannata dal Parlamento europeo (risoluzione del 17 dicembre 2015) perché «compromette la dignità della donna, dal momento che il suo corpo e le sue funzioni riproduttive sono usati come una merce», e secondo la Corte costituzionale (sentenza n. 272/2017, confermata dalla n. 33/2021) «offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel profondo le relazioni umane».

La Convenzione sui diritti del bambino (ratificata dall'Italia) in base al "principio del prevalente interesse del minore" riconosce per ogni bambino, nella misura del possibile, il diritto a conoscere i propri genitori, ad essere da loro allevato, a preservare la propria identità comprensiva delle relazioni familiari. L'auspicio è che la proposta diventi legge a tutti gli effetti, ma ancor più forte è la speranza che si avvii una nuova complessiva riflessione sul senso del figlio, tale dal concepimento, della maternità e della paternità.





Dir. Resp. Marco Girardo

L'INTERVISTA In vigore la norma che istituisce 40 Comitati etici territoriali. All'Università Cattolica di Roma summit mondiale sull'etica clinica

Decisioni su terapie e vita, la bioetica si sposta al letto del paziente

ENRICO NEGROTTI

«**P**ortiamo la bioetica al letto del paziente. Anche questa è medicina personalizzata». Presenta così Antonio G. Spagnolo, direttore del Centro di ricerca in Bioetica clinica e *Medical humanities* (Cribcemh) dell'Università Cattolica, l'appuntamento con la 17esima edizione della Conferenza internazionale sull'etica e sulla consulenza cliniche (Iccec: nella sigla inglese) in corso a Roma fino a sabato. E proprio ieri è entrata in vigore la norma (secondo il decreto del ministro della Salute, Orazio Schillaci pubblicato il 7 febbraio scorso in Gazzetta Ufficiale) che istituisce i nuovi 40 Comitati etici territoriali, con compiti che si annunciano rinnovati rispetto al passato.

«Etica clinica: consulenza e/o educazione». Perché questo titolo ai lavori della Conferenza?

La Conferenza internazionale si svolge dal 2003 ad anni alterni in tutto il mondo. Quest'anno abbiamo voluto prospettare la consulenza etica sia sotto l'aspetto operativo, per migliorare la pratica clinica, la qualità di vita e le terapie dei pazienti, sia sotto quello educativo, perché attraverso l'etica clinica si può prospettare un nuovo modo di porsi nei confronti dei pazienti, tenendoli al centro del processo di cura.

Come si svolge la consulenza etica clinica?

Al Policlinico Gemelli e in poche altre istituzioni sanitarie in Italia, ma in tantissime nel mondo, esiste un servizio di consulenza etica clinica. Di fronte a casi che presentano complessità dal punto di vista della decisione, perché si tratta di fare interventi molto invasivi o gravosi, i medici hanno la possibilità di chiedere al nostro Centro di ricerca una consulenza etica, allo stesso modo in cui si chiede una consulenza al cardiologo o al neurologo. E noi andiamo al letto del paziente, quindi portiamo la riflessione bioetica, fatta di principi e

teorie, nel concreto della pratica medica. L'etica clinica non prende le decisioni ma facilita quelle che è chiamato a prendere il medico che ha in cura il paziente.

Come si intreccia la consulenza etica clinica con il ruolo dei Comitati etici in Italia?

La Conferenza internazionale arriva in un momento particolare. In conseguenza del decreto Schillaci, dal 6 giugno sono decaduti tutti i comitati etici e da ieri è iniziata una nuova organizzazione di quelli territoriali, istituiti in base alla legge Lorenzin (3/2018). A questi comitati etici è affidato anche un ruolo nell'ambito dei problemi di etica clinica. Ovviamente sorgono anche alcuni problemi, a partire dalla possibile sovrapposizione con servizi già esistenti, come il nostro, o al fatto che la consulenza etica si svolge al letto del paziente, ed è difficile che si sposti in ospedale un intero comitato.

Ai Comitati etici la Consulta affida compiti di valutazione dei casi di aiuto al suicidio. Saranno adeguati?

Anche il Comitato nazionale per la bioetica ha ripetuto che ai 40 Comitati etici territoriali spetti la valutazione di questi casi. Anche se già i Comitati etici si erano appellati proprio per sottrarsi a questo compito. Del resto, prima della legge Lorenzin, già il decreto Balduzzi del 2012 aveva previsto la possibilità che, ove non vi fossero altri organismi, spettassero ai comitati etici anche compiti di etica clinica. Faremo una sessione a cura del Gruppo interdisciplinare di bioetica clinica e consulenza etica in ambito sanitario (Gibce) per mettere a fuoco i problemi, presenti le istituzioni.

Antonio G. Spagnolo: affrontare i processi di cura a partire dalla persona



Antonio G. Spagnolo





Dir. Resp. Marco Girardo

Famiglie e fine vita, l'hospice è accanto

Al Centro «Insieme per la cura» del Campus Bio-Medico di Roma l'accompagnamento dei pazienti e dei loro cari nel percorso più sofferto

PAOLO VIANA
Roma

Quel giorno non è cambiato nulla, se non le parole. Non la casetta sulle colline della Laurentina, a Roma, il mutuo da pagare e due bambine di otto anni da portare a scuola... «Da quando siamo usciti dallo studio del primario, al Policlinico Gemelli, io e mia moglie abbiamo smesso di parlare del futuro». Fino a quel giorno del 2019, Antonio e Ilaria non avevano parlato d'altro. Ma il cancro cambia. «Ci siamo sposati quando mia moglie stava già molto male - racconta il giovane vedovo nell'hospice dal Campus Biomedico di Roma da cui non riesce ancora a staccarsi -. Non è stato come ce lo immaginavamo, cioè con la chiesa, l'abito bianco e gli invitati... La malattia di mia moglie imponeva che io avessi un ruolo giuridico, e ci hanno consigliato di sposarci civilmente. Lo abbiamo fatto, ma è stato un momento freddo e formale. In un certo senso, il nostro matrimonio religioso l'abbiamo celebrato dopo, qui dentro, grazie alla flessibilità dell'hospice».

Antonio, 44 anni e due bambine da crescere, considera queste stanze popolate di medici e infermieri come una seconda casa e non come un ospedale. «Da noi l'organizzazione viene disegnata giornalmente sulla base delle necessità di ciascun paziente. Flessibile negli orari e anche nelle modalità - ci spiega Maria Grazia De Marinis, infermiera e responsabile del Centro di Cure Palliative "Insieme nella Cura" dal 18 dicembre 2020, ma anche professore ordinario e presidente del corso di laurea in Infermieristica del Campus Bio-Medico di Roma, oltre che componente del Comitato nazionale per la Bioetica -. Il nostro personale non si limita a controllare i sintomi con terapie farmacologiche, ma è soprattutto impegnato ad accompagnare con dedizione e competenza i pazienti e le famiglie nei percorsi più difficili della loro esistenza».

Tiziano Terzani lo chiamava l'ultimo giro di giostra. Non tutti trovano le parole per raccontarlo. «Ilaria ha capito fin dall'inizio - racconta il vedovo - e non mi ha mai confidato cosa provasse; uscendo dallo studio del Gemelli ha chie-

sto ai dottori "quanto mi resta?". Il tumore era al quarto stadio e mia moglie aveva fatto studi sanitari». Da quel giorno, sono passati quattro anni. Di lotta. Contro i dolori, le emorragie. «Ha lottato come una tigre, sapeva che le terapie non facevano effetto, eppure è stata fin troppo forte. Io

non avrei resistito mentalmente, così».

Un palliativista di lungo corso come Giuseppe Casale, responsabile medico in questo Centro (che dispone di 12 posti letto e segue 48 pazienti a domicilio) e presidente di Antea, la prima Fondazione che ha portato le cure palliative domiciliari nella Capitale, sa dosare speranze e verità con pazienti e familiari. «Qui non curiamo la malattia, bensì la sofferenza - spiega -, per fare questo mestiere bisogna possedere una solida formazione alle spalle che permette di aiutare a vivere la vita in condizioni accettabili per il paziente senza ricorrere a forme di accanimento terapeutico; oppure, addirittura, scoprire che un tumore al pancreas è in realtà una pancreatite cronica, e rimandare in ospedale il paziente. Succede una volta su un milione, ma è successo».

In questo mondo, che resta invisibile finché non ne varchi la porta, la medicina esprime la sua sintesi più alta: «Non so spiegarvelo scientificamente - testimonia Antonio - ma, transitando dagli ospedali al servizio di cure palliative domiciliari e poi al ricovero nell'hospice, abbiamo colto un modo di assisterci diverso. Non mi riferisco solo al fatto che qui - diversamente da ciò che mi è successo in un ospedale pubblico - nessuno mi ha chiesto soldi per visitare mia moglie. Dico che abbiamo avuto la sensazione di venire curati con un'attenzione a tutti gli aspetti della malattia.





E poi, accadono cose impensabili - aggiunge con un sorriso -: come quando il capitano della Roma, Lorenzo Pellegrini, è venuto in visita e ha abbracciato Ilaria, sua grande tifosa». Casale annuisce. Non esiste una linea così netta che separi le passioni terrene dalla terapia. Poco prima di incontrarci, il medico stava cercando un'estetista per una giovanissima paziente: «Era allettata e l'abbiamo rimessa in carrozzina, ma a quel punto si è vista imbruttita. Beh, l'autostima aiuta molto in questo percorso». Quando, nel 1987, fondò Antea, la cultura intorno al fine vita era molto diversa, anche nel mondo medico. Alla Usl lo convocavano spesso, insospettiti dal numero "incredibile" di dosi di morfina che prescriveva. «La nostra è una disciplina giovane e ancora circondata da ignoranza - spiega oggi il professionista -. La Chiesa, curiosamente, si è dimostrata più avanti dello Stato perché ha sdoganato i narcotici nella terapia del dolore nel 1957, mentre per avere la prima legge sull'uso degli oppiacei abbiamo dovuto attendere il 2010».

Antonio ha gestito da solo la fase domiciliare della terapia del dolore; finché ce l'ha fatta, e con il supporto della moglie. Sempre senza darsi una sola parola sul futuro. «Ilaria - racconta - ha affrontato le terapie medicandosi autonomamente, anche quand'era stomatizzata. Sapeva che un tumore al quarto stadio alla cervice uterina, inoperabile secondo i medici, non le dava scampo, ma non ne parlava. Pensava e decideva». Aveva deciso lei che Antonio sarebbe stato il suo fidanzato, quando l'aveva incontrato, vent'anni fa, a una festa di amici. Ha deciso lei di allontanare pian piano le figlie, nei momenti duri della malattia, perché non soffrissero troppo. Ha deciso lei quali terapie accettare, percorrendo rassegnata il calvario scandito da chemioterapia, immunoterapia, radioterapia, colostomia... in mezzo, una sequenza infinita di emorragie e febbri. Fino a questa primavera: «Mi trovavo al parco con una delle figlie quando l'altra mi telefonò di correre a casa - rievoca Antonio - perché la mamma tremava tutta nel letto. Aveva un attacco, il dolore era ormai ingestibile. L'indoma-

ni siamo usciti col trolley per venire qui, come se partisse per una vacanza. Non è tornata». Ilaria lo sapeva, ma il suo cuore continuava a decidere. Una volta all'hospice, si è concentrato sulle bomboniere della Prima Comunione delle figlie. Era fissata per il 13 maggio. Se lo sentiva che non ci sarebbe mai arrivata. «Grazie alla flessibilità dell'hospice - racconta Antonio - siamo riusciti a celebrarla nella struttura, che ha messo a disposizione il cappellano. Ilaria era felice, voleva vederle ricevere la Comunione. C'erano parenti e amici. Per noi due, quella cerimonia religiosa è stata il matrimonio che non avevamo potuto celebrare».

Percorsi di fine vita

5



Il nostro viaggio nei luoghi di cura italiani dove si umanizza il morire arriva nel centro più "giovane" specializzato nelle cure palliative, dopo le tappe di Milano (Istituto dei tumori), Chieri, Larino e Minervino Murge



Un interno dell'hospice «Insieme nella cura» attivo al Campus Bio-Medico di Roma





Dir. Resp. Marco Girardo

SUL CAMPO «Una mano alla Vita»

«Il dolore si vince il nostro impegno per le cure palliative»

GRAZIELLA MELINA

La diagnosi di una malattia inguaribile, la cura in ospedale finché possibile, e poi il dolore sempre più forte, incontrollato. «Circa 40 anni fa, per le persone dimesse non c'era alcun supporto, venivano abbandonate a sé stesse. Due fondatori dell'associazione "Una mano alla Vita", colpiti dal dolore di vedere morire loro familiari, decisero che occorreva fare qualcosa». Pier Giorgio Molinari, presidente della realtà nata nel 1986 per consentire una morte dignitosa, spiega che «queste persone vengono considerate soltanto come malati, non si tiene più conto della professione, della loro storia: sono persone che stanno morendo. Quando è stata costituita "Una mano alla Vita" i fondatori hanno pensato di rivolgersi a medici ospedalieri e anestesisti: finito il turno, erano pagati da noi per andare a casa di chi stava male e davano i medicinali più utili per gestire il dolore e permettere una vita dignitosa». Definirli antesignani nelle cure palliative non è eccessivo. Per una legge si sarebbe dovuto attendere il 2010. «In quel periodo il dolore in Italia nemmeno era studiato - ricorda Molinari -, lo si considerava un effetto collaterale del tumore. Col tempo ci siamo resi conto che oltre a un'assistenza clinica era necessaria anche quella psicologica». Di anni ne sono passati tanti, e di sto-

rie di malati che hanno potuto alleviare la sofferenza i volontari ne hanno viste mi-

gliaia: dalla sua nascita "Una mano alla Vita" ha contribuito ad assistere oltre 17mila con l'Ospedale Niguarda di Milano e il Bassini di Cinisello Balsamo. Fino a oggi ha erogato oltre 4 milioni e 500mila euro per i servizi di Unità di Cure palliative. Di recente ha investito 60mila euro per 3 ecografi portatili: negli ultimi sei mesi 180 persone hanno potuto beneficiare di controlli medici grazie a essi. Fondamentale la sinergia con le strutture pubbliche: in collaborazione con équipe mediche specializzate sono state fornite duemila consulenze presso 5 reparti del Niguarda e mille visite in ambulatorio di cure precoci. Il totale dei ricoveri all'Hospice Il Tulipano, che ospita anche la sede dell'associazione, ammonta a 3.800 dalla sua apertura. «Ora c'è grande consapevolezza del percorso da attraversare - dice Molinari -. Utilizziamo pet therapy, musicoterapia, riflessologia plantare; facciamo raccontare ai pazienti la loro esperienza registrando video da lasciare alle persone care. Ma li aiutiamo anche a prendersi cura del proprio aspetto fisico, perché ogni persona si senta tale fino in fondo. Nessuno di loro in questi anni ci ha chiesto di abbreviare la sua vita».

© SIMBOLIZIONE RENDATA



Il logo



Il colosso Usa lancia il programma destinato alle startup tecnologiche del settore

L'AI di Google per la sanità

Per sopperire all'assenza di personale medico sul campo

DI FILIPPO MERLI

Per Google l'intelligenza artificiale non è dannosa. Anzi: può essere salutare. Alla fine di maggio il colosso di Mountain View ha lanciato il programma «AI for health» destinato alle startup del settore sanitario. L'obiettivo del progetto è fornire tecnologia sicura ai partner che possano aiutare gli operatori del comparto a condurre ricerche e migliorare l'assistenza medica.

Google sta costruendo e testando modelli di intelligenza artificiale per affrontare la carenza globale di medici e per sostenere l'accesso limitato ai moderni strumenti diagnostici tra Europa, Africa e Medio Oriente. Il gruppo americano intende creare nuovi strumenti di apprendimento automatico e identificare le opportunità per migliorare la disponibilità e l'accu-

rezza dell'assistenza sanitaria a livello globale.

Secondo Google, il sistema è stato creato per «recuperare conoscenze mediche, rispondere accuratamente a domande mediche e fornire ragiona-

menti in materia». L'azienda fondata da **Larry Page**, inoltre, ha collaborato con organizzazioni di tutto il mondo per condurre ricerche sul miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Google sta implementando strumenti di intelligenza artificiale per offrire diagnostica medica di alta qualità a basso costo a livello globale. I dispositivi a ultrasuoni con Google AI, per esempio, vengono utilizzati per rilevare il cancro al seno a Taiwan e per determinare l'età gestazionale delle future mamme in Kenya. Il motto della società è «efficacia, equità, disponibilità e sicurezza». «AI for health» durerà tre mesi. E si concluderà il 10 luglio. Il programma prevede un supporto equity-free con accesso a prodotti e risorse di Google, consulenza tecnica e supporto individuale dei manager del gruppo ed esperti di intelligenza artificiale, supporto strategico su azienda e strategia di prodotto, formazione e pratica sulla leadership per migliorare le capacità di gestione, supporto dal team di Google su nuove opportunità internazionali per espandere l'attività in nuovi mercati e opportunità di networking

per entrare in contatto con i leader del settore.

Le startup, per avere i requisiti richiesti, devono concentrarsi sullo sfruttamento dell'intelligenza artificiale per affrontare le sfide della salute o del benessere e devono disporre di un prodotto da valorizzare sul mercato e di un modello di crescita dimostrabile.

I fondatori delle giovani imprese selezionate, nella fase successiva, sosterranno un colloquio col team di Google. Il programma entrerà nel vivo a settembre e si concluderà a dicembre, quando la società americana consegnerà le lauree e i finanziamenti alle startup che avranno presentato i progetti migliori.

«Promuovendo l'adozione dell'AI, dotando le startup delle competenze necessarie e promuovendo la collaborazione, il programma AI for health svolge un ruolo fondamentale nel nutrire un ecosistema di tecnologia sanitaria vivace e fiorente», ha sottolineato Google.

«Apra la strada a soluzioni innovative, promuove lo scambio di conoscenze e incoraggia partenariati che possono portare a progressi significativi nell'erogazione e nei risultati dell'assistenza sanitaria in tutto il mondo».



Un intervento chirurgico in Sudan





Dir. Resp. Marco Girardo

SALUTE Verso congedi scolastici?

Epidemia emicrania «I ragazzi soffrono, vigiliamo su di loro»

LAURA BADARACCHI

Circa il 10 per cento dei ragazzi in età adolescenziale e puberale soffre di emicrania, una forma comune di cefalea primaria e «la più disabilitante», avverte il professor Piero Barbanti, neurologo e direttore dell'Unità per la cura e la ricerca su cefalee e dolore presso l'Irccs San Raffaele Pisana a Roma, dove ogni anno vengono seguiti fra i 600 e i 700 giovanissimi pazienti. Ma si tratta di un'emergenza sottaciuta con percentuali di casi «in tendenziale aumento per un miglioramento della consapevolezza su questa epidemia silenziosa».

A parte una predisposizione biologica, i fattori scatenanti che si sommano sono «la riduzione netta di ore di sonno, circa 7 quando dovrebbero essere almeno 9, e la pessima abitudine soprattutto italiana della mancanza di una prima colazione. Inoltre i due pasti principali, pranzo e cena, vengono concentrati nell'arco di 5-6 ore», sottolinea

Barbanti, che è anche presidente dell'Associazione italiana per la lotta contro le cefalee. Quindi è urgente «sensibilizzare i genitori e la scuola, su pasti e sonno regolari. La settimana corta per avere il sabato libero non aiuta i ragazzi». Non solo: «Gli alunni che soffrono di emicrania non vengono spesso creduti da professori e dirigenti scolastici. A volte, per via della severità sulle assenze si vedono abbattere la media. Bisogna poter garantire congedi scolastici per mal di testa in casi selezionati e documentati, non diversamente dal "congedo mestruale" appena introdotto in alcune scuole italiane», propone il neurologo, che con i suoi collaboratori sta pianificando per il prossimo ottobre «un itinerario del nostro Centro cefalee presso le scuole che mescoli presentazioni e dibattiti con materiale audiovisivo per informare su cos'è l'emicrania e come affrontarla, per favorire la diagnosi precoce della patologia».

I dati del Registro italiano dell'emicrania, coordinato dal San Raffaele, dimostrano che

l'emicrania insorge in media tra i 10 e i 17 anni. Solo nell'8% dei casi i pazienti si rivolgono al medico di medicina generale, e nell'80% fanno esami diagnostici inutili. «Presso il nostro Centro, leader internazionale in questa ricerca, stiamo sperimentando l'efficacia di alcuni farmaci per adulti assunti in età pediatrica», informa il professore. Si potrebbero evitare le medicine vigilando anzitutto sugli «stili di vita, determinanti per la salute dei ragazzi. Essere sempre connessi a cellulare e pc accentua direttamente l'emicrania, mantenendo il cervello sotto sforzo senza pausa, e indirettamente creando una scarsa qualità del sonno. Alle 22 i dispositivi andrebbero spenti: l'esempio lo danno gli adulti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Luce sulle malattie reumatiche con il nuovo centro di ricerca

Si tratta di patologie che coinvolgono solo in Italia sette milioni di persone. Sono in prevalenza donne, alle quali è dedicato il primo progetto del polo scientifico di Pisa di recente inaugurato

L'apertura di un nuovo polo per la ricerca scientifica è sempre una buona notizia. E quindi lo è che il 28 marzo scorso, presso la Fondazione Pisana per la scienza Onlus (Fps) a Pisa, la Fondazione italiana per la ricerca sull'artrite (Fira) abbia aperto un nuovo centro ricerche dedicato alla ricerca scientifica in ambito reumatologico. **Un luogo che permette agli scienziati di usufruire di strumentazioni moderne e sofisticate** per ricerche avanzate di genomica, trascrittomiche eccetera.

Soltanto attraverso lo studio di meccanismi molecolari e cellulari complessi, infatti, è possibile comprendere i malfunzionamenti associati alle patologie e individuare nuovi *markers* (sostanze presenti nel sangue) utili alle diagnosi e allo sviluppo di terapie.

Le malattie reumatologiche - che includono osteoartrosi, artrite reumatoide, fibromialgia, gotta, lupus eritematoso sistemico, sclerosi sistemica, spondilite anchilosante e le connettiviti - coinvolgono solo in Italia 7 milioni di persone. Pos-

sono colpire a tutte le età, dagli anziani fino ai bambini, condizionando la salute generale dell'organismo e peggiorando la qualità di vita: per questo un centro di ricerca di alto livello può generare grande valore per i pazienti, permettendo sperimentazioni continue per il trattamento di patologie croniche complesse.

«Le malattie reumatiche, oltre a essere numerose e a volte poco conosciute, sono difficili da definire, in quanto non hanno un solo organo bersaglio e determinano condizioni autoimmuni e autoinfiammatorie che colpiscono vari organi», spiega Carlomaurizio Montecucco, presidente di Fira. «Soltanto la ricerca può permettere di raggiungere ambiziosi traguardi scientifici e, oltre alle buone idee, servono gli strumenti per svolgere test sul campo».

Tra gli aspetti più interessanti studiati nel nuovo centro Fira spicca il legame tra la composizione batterica intestinale e lo sviluppo di varie malattie, tra cui la spondilartrite: anche se la connessione tra i tendini dei muscoli e il microbiota non è una novità, molti aspetti reumatologici restano ancora da indagare. Per questo l'approccio non può che essere multicentrico e basato sul supporto di professionisti provenienti da varie branche della medicina, per permettere ai reumatologi di avere un quadro generale il più completo possibi-

le. Tra le finalità di Fira c'è anche favorire una ricerca uniforme e distribuita a livello nazionale, così che i talenti dei ricercatori italiani possano essere messi assieme.

Il primo progetto di ricerca del nuovo centro riguarda la medicina di genere, attraverso lo studio del microbioma uterino nelle pazienti affette da artrite reumatoide. «Analizziamo i motivi che rendono l'artrite reumatoide una malattia in grande prevalenza femminile», continua Montecucco. «Attraverso analisi istologiche e microbiologiche dei genitali femminili si potrebbe, per esempio, trovare una chiave per comprendere quanto la microbiologia vaginale e uterina possa condizionare l'insorgenza e lo sviluppo di questa e altre malattie reumatologiche».

A testimonianza dell'impegno verso la sensibilizzazione pubblica, dopo una collaborazione di dodici anni con Carla Fracci i nuovi testimonial della Fondazione sono i primi ballerini del Teatro alla Scala Nicoletta Manni e Timofej Andriashenko, appena annunciati.

«Il beneficio per il paziente si concretizza non solo nel progresso della ricerca in sé, ma anche a livello psicologico: sapere che si sta facendo ricerca, e che i centri italiani hanno a cuore la propria malattia, dà maggiore ottimismo e più fiducia nel sistema salute», conclude Montecuccoli. ■



di **Gianluca Dotti**
giornalista
scientifico



CARLOMAURIZIO MONTECUCCO
69 ANNI, REUMATOLOGO



Farmaci e diagnosi, la rivoluzione verrà dall'algoritmo

Dal sequenziamento del genoma alla cura delle malattie rare, l'intelligenza artificiale sarà una svolta per lo sviluppo di colossi dell'healthcare come Nvidia, Illumina, Thermo Fisher o Medtech

**ROBERTA
AMORUSO**

L

a diagnosi di una malattia rara e mutante passerà prima o poi da un algoritmo. Ma anche il sequenziamento del genoma per arrivare a farmaci che curano le malattie del secolo passerà prima o poi dai costi proibitivi attuali a 100 euro o poco più. Sarà questo il frutto del potere dell'Intelligenza artificiale, dicono gli esperti, che quando avrà espresso il suo potenziale avrà letteralmente rivoluzionato il settore dell'healthcare. Uno scenario di cui, secondo Oddo Bhf Asset Management, dovrebbero tenere bene in conto gli investitori a caccia dei protagonisti di domani.

UNA NUOVA ETÀ DELL'ORO

L'healthcare rappresenta, infatti, uno dei settori ad alta intensità di dati, ma è anche uno dei comparti più inefficienti. Basta pensare che ogni anno vengono spesi 8.000 miliardi di dollari, e che un buon 40% viene perso per inefficienza. E questo non è che il risultato, fanno notare gli esperti, di decenni di funzionamento analogico rispetto a quello digitale, ben più efficiente. «Ecco come l'intelligenza artificiale, in particolare attraverso la sua istanza generativa, potrà aprire la strada a un progresso esponenziale per questo settore»,

spiega Brice Prunas.

Partiamo dalle potenzialità nello sviluppo dei farmaci o nell'industrializzazione delle correlazioni non lineari. Solo il 12% dei farmaci che entrano in sperimentazione clinica si traduce in un lancio commerciale: il tempo medio di sviluppo di un farmaco in tutti i suoi cicli è 8 anni. L'industria farmaceutica è quindi sempre stata strutturata su cicli lunghi e i ritorni sul capitale impiegato sono limitati dai bassi tassi di successo nelle fasi di sviluppo: è proprio qui che possono avere un ruolo cruciale gli algoritmi. L'intelligenza artificiale è destinata a modernizzare e rivoluzionare questo approccio, portando a tempi di sviluppo più brevi e a scoperte relative alle malattie ancora difficilmente ipotizzabili.

È in gioco, dice l'esperto, il passaggio alla fase "industriale" della correlazione non lineare (il principio stesso dell'IA), tenendo conto che la correlazione non lineare è stata all'origine di numerose scoperte nella storia della medicina. «Finora è stata una felice eccezione e domani diventerà una fonte di scoperta più diffusa grazie alle forti capacità di simulazio-

ne offerte dall'intelligenza artificiale», puntualizza Prunas.

Quali sono le principali potenzialità? In prima linea c'è la prospettiva di forte riduzione del costo del sequenziamento del genoma che ci fornisce tutte le informazioni sulla nostra biologia. Si tratta di aprire una formidabi-



le scorciatoia verso le piattaforme più innovative per lo sviluppo di farmaci: Rna-Messaggero, terapia cellulare (Car-T), Sirna, Crispr/Cas9, per citare solo alcune delle più promettenti per malattie di massa come il cancro, il diabete o l'Alzheimer.

Il colosso Usa Nvidia ha già annunciato che le sue tecnologie ridurranno il costo di questo sequenziamento da costi proibitivi a soli 100 dollari. Ma sarà un po' tutto il modello di business del settore del sequenziamento a trasformarsi, da Oxford Nanopore Technologies a Pacific Biosciences fino a Illumina. Senza contare lo scenario per i protagonisti della genomica spaziale, da Nano String a 10XGenomics. Se c'è un settore poi che è considerato davvero cruciale per lo sviluppo di nuove terapie e la diagnosi di malattie nuove e mutanti, è quello delle scienze della vita e della diagnostica. E dunque anche queste diventeranno "AI Powered" con vantaggi evidenti per campioni come Thermo Fisher, Danaher e Avantor negli Stati Uniti, Roche e Qiagen in Europa e Wuxi Biologics e Samsung Biologics

in Asia. Le scienze della vita «sono pienamente integrate nelle catene di ricerca, sviluppo e produzione di tutte le principali aziende farmaceutiche e di centinaia di aziende biotecnologiche in tutto il mondo». Ecco perché «riteniamo», aggiunge Prunas, «che questo settore si trasformerà gradualmente per diventare in gran parte alimentato dall'intelligenza artificiale». Nvidia ha compreso perfettamente questa evoluzione secolare e la sta strutturando fornendo all'industria farmaceutica la sua piattaforma di calcolo HoloScan e la libreria di software associata, al fine di diventare l'ecosistema digitale di questo settore.

Rivoluzione analogica investirà anche il settore Medtech. E non a caso uno dei leader mondiali del settore, Medtronic, ha appena annunciato lo sviluppo di prodotti innovativi basati su Nvidia HoloScan.

**Il settore spende
8 mila miliardi l'anno
ma solo il 12% delle
sperimentazioni
arriva in farmacia**



TRIBUNALE DI BRESCIA

Covid, archiviati Conte e Speranza «Reato infondato»

Manti a pagina 8

INCHIESTA COVID

Brescia archivia Conte e Speranza Ira dei familiari: schiaffo a vittime

Felice Manti

■ Non è reato aver gestito coi piedi l'emergenza Covid. Non è reato essersi fatti trovare impreparati, senza un piano pandemico, senza retrovirali, senza mascherine, senza dispositivi di protezione e senza un protocollo (che l'Italia aveva detto all'Oms di avere). Non è colpa di Giuseppe Conte e Roberto Speranza se il Cts ci ha capito poco o nulla di come stavano esplodendo i contagi a gennaio e febbraio 2020, tanto che l'Italia ha uno dei più alti rapporti tra popolazione e morti di Covid nonostante due lockdown, il green pass e l'obbligo

vaccinale. Il Tribunale dei ministri di Brescia, composto da tre giudici civilisti guidati dalla presidente della sezione Lavoro Maria Rosa Pipponzi, ha archiviato la posizione dell'ex premier e dell'ex ministro della Salute rispetto all'accusa di aver cagionato la morte di almeno 4mila persone nella Zona rossa tra Alzano e Nembro: Conte l'ha capito tardi che la situazione precipitava. E Speranza non aveva gli strumenti adeguati, è la giustificazione in sintesi della corte. Un quadro desolante sull'operato di esecutivo, ministero della Salute e Cts che lascia moltissimi interrogativi senza risposta. Siccome per la Cassazione in caso di pandemia colposa la condotta deve essere attiva e non omissiva ha torto Andrea Crisanti, che ha

attribuito ai ritardi del governo una parte dei morti in Val Seriana. Ma è altrettanto vero che la lunga catena di errori, bugie conclamate e omissioni nella filiera di comando tra Palazzo Chigi, Sanità e Cts resterà di fatto impunita, a partire dall'importanza che secondo i giudici bresciani ha giocato il mancato aggiornamento del piano pandemico. Per colpa di chi?

Nella sentenza non si parla del balletto sulle autopsie (perché vietarle?), del pasticcio sui soggetti da tamponare anche se asintomatici, sul tardivo blocco dei voli da e per la Cina, della scellerata decisione di insistere su tachipirina e vigile attesa come terapia domiciliare. A questo ci penserà la commissione parlamentare d'inchiesta, i cui lavori si annunciano

in salita (strano, no?) per le barricate alzate da Pd e M5s. E le vittime? I parenti sono giustamente furibondi e sperano nella causa civile: «È uno schiaffo, un vilipendio alla memoria, l'ennesimo bavaglio in un'Italia corrosa dall'omertà contro cui ci siamo sempre battuti», dice il pool di legali bergamaschi dell'associazione *#Sereniesempreuniti*. Il rischio che i risarcimenti finiscano in una beffa c'è. E pensare che Fdi aveva proposto di da subito un Fondo (da finanziare coi soldi del Reddito M5s) per un risarcimento una tantum da 10mila euro per ogni familiare di un morto Covid. E se rifacesse capolino?



I conti (malmessi) della salute

La sanità pubblica laziale eredita due miliardi di buco

La Corte dei Conti certifica la colossale perdita 2015-2020 dovuta agli ospedali, colmata coi soldi dei cittadini. Mentre le strutture accreditate restano all'asciutto

CLAUDIA OSMETTI

■ Il sacrosanto diritto alla salute e i conti che non tornano. Prendi il Lazio. Dove le perdite, in fatto di bilancio consolidato sanitario dal 2015 al 2020, sono state quantificate per un totale che supera i due miliardi di euro (2.075.808.227: precisi al centesimo e riportati, nero su bianco, in un documento della sezione regionale di controllo della Corte dei Conti del novembre dell'anno scorso). Mica bruscolini. Al contrario, sono soldi sonanti che "mancano", che tocca ripianare per avere i servizi e le corsie funzionanti e le tac disponibili. Altrimenti è il caos. Vaghielo a chiedere: ai romani, ai viterbesi, ai reatini. Vaghielo a spiegare, che l'origine di quelle perdite «risiede tutta presso le aziende ospedaliere che hanno l'obbligo di prestare servizi sulla base delle tariffe nazionali, non aggiornate e quindi non più adeguate alla copertura dei costi». Vaghielo a raccontare, che per questo, ogni anno, le stesse aziende della salute del Lazio hanno i conti in rosso, perché «i costi superano i ricavi» e che quindi serve ripianarli, questi benedetti ammanchi, portandoli "a nuovo", come si dice in gergo.

D'accordo, viene fatto con erogazioni che provengono comunque dal fondo sanitario regionale: però, signori, parliamo di un buco che, tanto per fare un esempio, solo per il polo clinico San Camillo Forlanini tocca il 143% dei costi in più

rispetto agli incassi. Di tutte le aziende ospedaliere laziali, infatti, solo l'istituto Spallanzani di Roma, che abbiamo imparato a conoscere col Covid, presenta numeri virtuosi. Gli altri han tutti il segno meno davanti. E allora succede che, continua la Corte dei Conti, «il sistema contabile di assegnare ulteriori risorse, in sostanza extra-tariffa, per poi procedere a considerarle quali ripiano perdite, comporti un'assegnazione a copertura senza, tra l'altro, una previa valutazione del fabbisogno e del relativo costo». Una sorta di giochetto delle tre carte: per carità, da un certo punto di vista pure giustificabile, visto che il tema è quello della salute e con la salute si scherza no.

Però il punto è che vale solo per gli ospedali. Per gli ospedali pubblici. I soggetti accreditati al Ssn (al secolo il Servizio sanitario nazionale) restano all'asciutto. Eppure anche loro contribuiscono a quella macchina importantissima che ci salva la pelle quando ne abbiamo bisogno. E non è neanche il caso di tirare in ballo la pandemia che (per fortuna) abbiamo appena archiviato. «I soggetti accreditati», spiega ancora la Corte contabile del Lazio, «sono rimborsati in base alla tariffa applicata in modo rigoroso, mentre le aziende ospedaliere, che offrono i medesimi servizi, ricevono risorse aggiuntive».

Vediamo di essere chiari: che lo Stato (in questo caso la Regione, tra l'altro una Regio-

ne a guida Pd al momento della compilazione di questi dati: ma è puramente incidentale) faccia i salti mortali per tenere in piedi le sue cliniche e i suoi nosocomi è anche nella natura delle cose. Ci mancherebbe il contrario. Ma non siamo più nel secolo scorso, dove c'era solo quello. Oggi le alternative esistono, e valide, curano migliaia di cittadini all'anno, sono in convenzione e quindi "parificate" al servizio pubblico: il vecchio metodo dei due pesi e due misure lascia il tempo che trova. Ché non è (più) la soppassata contrapposizione tra statale e privato, è un modello oramai consolidato e che va a vantaggio di tutti. Dei contribuenti, tanto per cominciare: perché i soldi pubblici non esistono, esistono i soldi nostri. E dei malati, dei pazienti, dei cittadini che hanno necessità di una visita (e, magari, non possono aspettare i tempi infiniti delle liste d'attesa).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SQUILIBRIO

Solo per il polo clinico San Camillo Forlanini si registra il 143% dei costi in più rispetto agli incassi

TARIFE DIVERSE

I soggetti accreditati sono rimborsati in base a tariffe applicate in modo rigoroso, mentre le aziende ospedaliere, che offrono i medesimi servizi, ricevono risorse aggiuntive



Direttore sanitario indagato, l'Umberto I cerca il sostituto

Arriverà entro domani il nome del temporaneo direttore sanitario "facente funzioni" del policlinico Umberto I, la più grande struttura ospedaliera della Capitale. L'attuale dirigente Matteo Galletta, da poco arrivato nella Capitale dall'Asp di Vibo Valentia (dove ricopriva il medesimo incarico) è stato interdetto per un anno dall'esercizio di pubblici uffici e dalle cariche pubbliche dal tribunale di Catanzaro, nell'ambito di un'inchiesta coordinata dalla locale procura della Repubblica su vicende che riguardano il periodo in cui era direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini", in Calabria: è indagato per un presunto falso ideologico commesso da pubblico ufficiale in atti pubblici. Prima

di ogni nuova decisione si attende però la pronuncia del tribunale del Riesame, a cui Gal-

letta si rivolgerà, chiedendo di annullare il provvedimento della magistratura calabrese e, quindi, di poter tornare al suo attuale incarico. Nel frattempo, però l'Azienda ospedaliero-universitaria della Città eterna lo ha sospeso, e a stretto giro sceglierà il temporaneo sostituto, non potendo lasciare scoperto un incarico così delicato neanche per un breve periodo.

L'ITER

Nel caso venisse accolto il ricorso al Riesame, e quindi annullata l'interdizione, Galletta verrebbe immediatamente reintegrato nelle sue funzioni. Altrimenti il Policlinico punterebbe alla rescissione del contratto del dirigente che ha con l'Umberto I un accordo della durata di tre anni. E, in quel caso, si dovrebbe nominare a stretto giro un nuovo direttore sanitario con pieni poteri, per assicurare la guida, la supervisione e la qualità dell'Umberto I - il più grande ospedale d'Europa per

area occupata e del terzo ospedale italiano per capienza, con un totale di 1.200 posti letto - che ospita anche le facoltà di Medicina e Farmacia dell'università "Sapienza".

LA SITUAZIONE

Con il dirigente risultano indagati nella stessa inchiesta l'ex commissario dell'Azienda ospedaliera universitaria "Mater Domini" (e attuale commissario straordinario dell'Asp di Vibo Valentia), Giuseppe Giuliano, e anche, ma senza alcuna misura interdittiva, il rettore dell'università Magna Graecia Giovanbattista De Sarro e il direttore sanitario del Policlinico Mater Domini, Caterina De Filippo.

Fa.Ro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL DIRIGENTE È STATO INTERDETTO PER UN ANNO DAL TRIBUNALE DI CATANZARO: PRONTO IL RICORSO AL RIESAME

ENTRO DOMANI IL NOME DEL TEMPORANEO DS, SE LA MISURA SARÀ CONFERMATA L'AZIENDA PUNTA A RESCINDERE IL CONTRATTO TRIENNALE



SOSPESI DUE DIRIGENTI OSPEDALIERI A CATANZARO

Numeri di posti letto falsati per evitare la zona rossa

■ Pesanti accuse a carico di quattro indagati, due dei quali raggiunti dal provvedimento interdittivo, nell'abito dell'operazione condotta ieri dalla Guardia di finanza di Catanzaro. Nel mirino, due dirigenti già in servizio presso l'azienda ospedaliera universitaria Mater Domini di Catanzaro, indagati per falso ideologico commesso dal pubblico ufficiale in atti pubblici. I due dirigenti sono accusati di aver comunicato in due circostanze alla Regione Calabria un numero non rispondente al vero di posti letto Covid-19 attivabili in 48 ore in area medica presso il campus universitario di Germaneto e presso il presidio ex Villa Bianca di Catan-

zaro. Tale dato, successivamente comunicato al ministero della Salute, integrato con altri valori, costituiva il parametro di riferimento per l'attribuzione del «colore di rischio» alla regione finalizzato a contenere la diffusione del virus. Il numero dei posti letto segnalato era superiore a quello materialmente ed effettivamente realizzabile nel termine previsto, a causa della carenza di personale sanitario e delle relative dotazioni strumentali e logistiche.

