



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

09 NOVEMBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La Buona Sanità

Trapianti di organi, per l'Ismett ottobre 2023 mese record

In media uno per ogni giorno del mese. Il prelievo è stato effettuato per metà in Sicilia e per l'altra metà fuori regione.

9 Novembre 2023 - di [Redazione](#)



PALERMO. Nel mese di ottobre 2023 **ISMETT-UPMC** ha realizzato **31 interventi di trapianto**, in media uno per ogni giorno del mese. Il prelievo degli organi è stato effettuato per metà nelle strutture di rianimazione in Sicilia e per l'altra metà da organi disponibili fuori regione che sono stati prelevati dal team di ISMETT, che si è recato nelle unità di terapia intensiva di altre regioni italiane, organizzando trasporti aerei e squadre dedicate, a dimostrazione dell'eccellente capacità operativa dell'istituto. Ad ottobre, presso ISMETT sono stati effettuati il 50 per cento di trapianti in più.

«Non era mai stato effettuato un numero così elevato di trapianti in un solo mese nella storia dell'ISMETT- dichiara **Angelo Luca**, Direttore di ISMETT- Nello specifico, abbiamo effettuato 15 trapianti di **fegato**, di cui uno da donatore vivente, 11 trapianti di **rene**, inclusi due da donatore vivente, due trapianti di **cuore**, due di **polmone** e un trapianto combinato di **rene e pancreas**. Le quattro sale operatorie di ISMETT sono state impiegate simultaneamente in più occasioni per questi trapianti. In questo contesto, grazie a tre équipe



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

chirurgiche altamente qualificate, un **modello organizzativo efficiente** e una stretta collaborazione con la Rete di Prelievo e Trapianti siciliana, composta da professionisti altamente motivati e qualificati, siamo riusciti con successo ad eseguire tre trapianti di fegato contemporaneamente, 2 pediatrici e un adulto».

Secondo i dati del CRT nel 2023 le donazioni d'organo sono cresciute del 30 per cento. «Non c'è trapianto senza donazione - sottolinea **Giorgio Battaglia**, Coordinatore Regionale del CRT Sicilia- Ancora una volta **la Sicilia dice Sì** mostrando il suo volto di generosità. Un grazie va alle rianimazioni che quotidianamente rendono possibile il Sì dei Siciliani, un grazie alla rete trapiantologica dell'Isola che dà significato di una sanità che funziona ed un grazie vero a tutti i siciliani». **Nel 2023 ISMETT** ha effettuato 166 trapianti dall'inizio dell'anno, compresi 89 trapianti di fegato, 51 di rene, 13 di cuore, 11 di polmone e 2 trapianti multiorgano. Si sono inoltre distinti 35 trapianti da donatore vivente e, tra questi, 25 trapianti di fegato pediatrici nei primi dieci mesi dell'anno.

Pensioni dei medici il governo pronto a ritirare la stretta

► I fondi potrebbero arrivare dal taglio delle rivalutazioni degli assegni di fascia più alta

Luca Cifoni

Il governo cerca risorse per ritirare la stretta sulle pensioni dei medici, l'obiettivo è tornare ai vecchi coefficienti di ricalcolo: si ipotizza il taglio alle rivalutazioni del settore pubblico, in particolare quelle per le fasce alte. Lo sciopero dei medici è sempre fissato per il 5 dicembre, ieri i sindacati di categoria hanno fatto sape-

re che non si accontenteranno delle aperture verbali: chiedono risposte anche su altri temi come assunzioni e retribuzioni.

A pag. 6



I nodi della Manovra

Il taglio alle rivalutazioni per alleggerire la stretta sulle pensioni dei medici

► Verso un depotenziamento della norma sul settore pubblico. Più difficile eliminarla
► Il governo cerca fondi alternativi all'interno del capitolo previdenza

LA TRATTATIVA

ROMA La volontà di innestare la retromarcia è chiara e ieri l'ha confermata anche il ministro della Salute. «C'è tutta l'intenzione e l'interesse a cercare di rivedere la norma, che non riguarda solo i medici ma anche altri dipendenti del settore pubblico e quindi il governo sta lavorando per trovare una soluzione» ha detto Orazio Schillaci riferendosi al controverso articolo 33 della legge di Bilan-

cio, che va a ridurre le future pensioni a medici ed altre categorie. «Sono in corso ulteriori verifiche» ha confermato il ministro per i rapporti con il Parlamento Luca Ciriani intervenendo alla Camera. La scelta a questo punto è tra uno stralcio completo della norma (come vorrebbe tra gli altri il sottosegretario leghista al Lavoro Claudio Durigon) e un alleggerimento della stretta sugli

interessati, che ad esempio potrebbe toccare solo coloro che accedono anticipatamente alla pensione, salvando invece i trattamenti di vecchiaia. In ogni caso ci sarebbero effetti finanziari e dun-



que coperture alternative da trovare; ovviamente più consistenti nella prima eventualità. Il problema è circoscritto per i primi anni di applicazione ma diventa via via più rilevante in quelli successivi. Per questo il governo sta valutando le varie ipotesi e al primo posto c'è quella di intervenire ancora sull'indicizzazione degli assegni di chi ha già lasciato il lavoro.

L'ADEGUAMENTO

Nella versione inviata al Parlamento, la legge di Bilancio conferma lo schema già adottato quest'anno che limita la rivalutazione per i trattamenti sopra i 2.270 euro lordi mensili; comprimendo però ulteriormente (dal 32 al 22 per cento del tasso di inflazione) l'adeguamento per coloro che percepiscono più di 5.680 euro lordi al mese (oltre dieci volte il minimo Inps, la fascia più elevata). Per reperire risorse aggiuntive

sarebbe necessario usare le forbici anche sulle restanti fasce medio-alte. Il governo si prenderà comunque ancora qualche giorno per decidere. Lo sciopero dei medici è fissato al 5 dicembre e ieri i sindacati di categoria hanno fatto sapere che non si accontenteranno

dell'apertura verbale del ministro: chiedono risposte legislative non

solo sul dossier previdenza ma anche su altri temi come assunzioni e retribuzioni. L'articolo 33 resta comunque il nodo più delicato all'interno di una legge di Bilancio che il governo avrebbe voluto far arrivare in porto senza emendamenti da parte dei parlamentari di maggioranza. Il "veicolo" per introdurre i correttivi dovrebbe essere un maxi-emendamento dello stesso esecutivo. Obiettivo, disinnescare un corto circuito che rischia di pesare politicamente. La tabella delle aliquote di rendimento che la manovra dovrebbe sostituire risale in effetti al 1965, quindi ad un'epoca completamente diversa nella quale, in uno scenario demografico opposto a quello attuale, le regole pensionistiche erano molto più favorevoli. Questo regime, che riconosce un buon corrispettivo anche a fronte di limitati versamenti nel periodo ante-1996, era poi sopravvissuto alle varie riforme previdenziali degli ultimi decenni. Già lo scorso anno l'apparente anomalia era stata portata all'attenzione del governo, ma poi si era scelto di soprassedere. Stavolta invece la norma, con il via libera di Palazzo Chigi, è

stata inserita nel testo. Ora rimuoverla non sarà facilissimo.

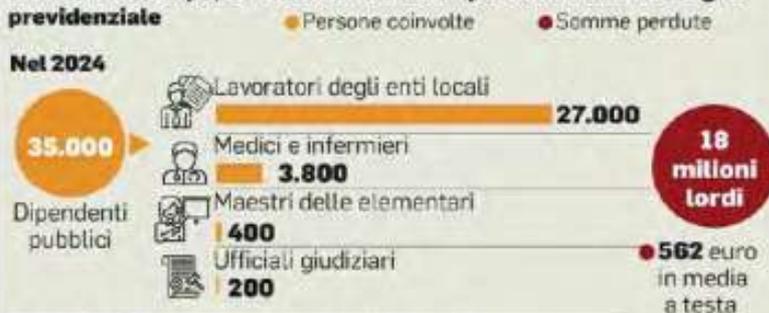
I MARGINI

Sono ancora più ridotti i margini di manovra su affitti brevi e superbonus, gli altri due dossier che sono stati al centro delle discussioni politiche nella fase preparatoria del provvedimento. In caso di locazioni che non superano i trenta giorni l'aliquota della cedolare secca salirà dal 21 al 26 per cento, per coloro che mettono a reddito tra due e quattro immobili. Con un solo immobile dato in affitto il prelievo resterà al 21, mentre dai cinque in poi scatta comunque (in base a norme già in vigore) l'assimilazione all'attività di impresa. Ci sarà solo una norma di chiarimento (anche in un provvedimento diverso) per precisare questo assetto che nella formulazione originale risultava ambiguo. Quanto alle ristrutturazioni edilizie, Forza Italia preme per permettere ai condomini che non hanno terminato il lavoro di fruire della detrazione piena, al 110 per cento, anche nei primi mesi di quest'anno. Il no del ministero dell'Economia potrebbe essere superato solo con una proroga limitata e vincolata.

Luca Cifoni

Il taglio alle pensioni

Quattro categorie, che avevano in passato Casse autonome poi confluite nell'Inps, si vedono ridurre l'importo del futuro assegno previdenziale



Fino al 2043 I tagli non sono tutti uguali
Euro persi all'anno a parità di condizioni (Fonte: Cgil)



Fonte: relazione tecnica al dl Bilancio

Withat

5

Confermato per il 5 dicembre lo sciopero dei medici contro i tagli delle pensioni

MOLTO PIÙ RISTRETTI GLI SPAZI DI INTERVENTO SU TASSAZIONE DEGLI AFFITTI BREVI E SUPERBONUS

LA RIDUZIONE DELL'ASSEGNO POTREBBE ESSERE CIRCOSCRITTA A CHI LASCIA IL LAVORO IN ANTICIPO



Medici, il governo fa retromarcia “Tagli alle pensioni da rivedere”

Il ripensamento per il timore di perdere consensi e di accelerare la fuga degli ospedalieri verso le strutture private. Un aggiustamento che potrebbe allargarsi al resto dei dipendenti pubblici. Ma c'è il problema delle coperture

di Giuseppe Colombo

ROMA – Il tormento sulla Finanziaria da correggere agita Palazzo Chigi con una traccia precisa: il taglio alle pensioni dei medici è stato un errore di sottovalutazione. E l'atto di pentimento recita grosso modo così: a furia di stringere la manovra per dare un segnale di responsabilità all'Europa e ai mercati, si è stretto troppo sui camici bianchi.

È la paura di sbattere contro il sentire comune del Paese, legato all'immagine dei medici eroi che ha preso forma durante la pandemia. Ma la pressione dentro al governo sale anche per la protesta che monta fuori dal Palazzo. Le categorie dei sanitari ribollono. Non bastano le parole del ministro della Salute Orazio Schillaci, che a Skytg24 prova a lanciare un messaggio rassicurante: «C'è tutta l'intenzione e l'interesse – promette – a cercare di rivedere la norma» che taglia le aliquote di rendimento dei contributi versati tra il 1981 e il 1995. Una scure che l'anno prossimo si abatterà sugli assegni pensionistici di 3.800 medici. E che spinge il sindacato dei medici ospedalieri Anaa-Assomed a confermare lo sciopero messo in programma per il 5 dicembre.

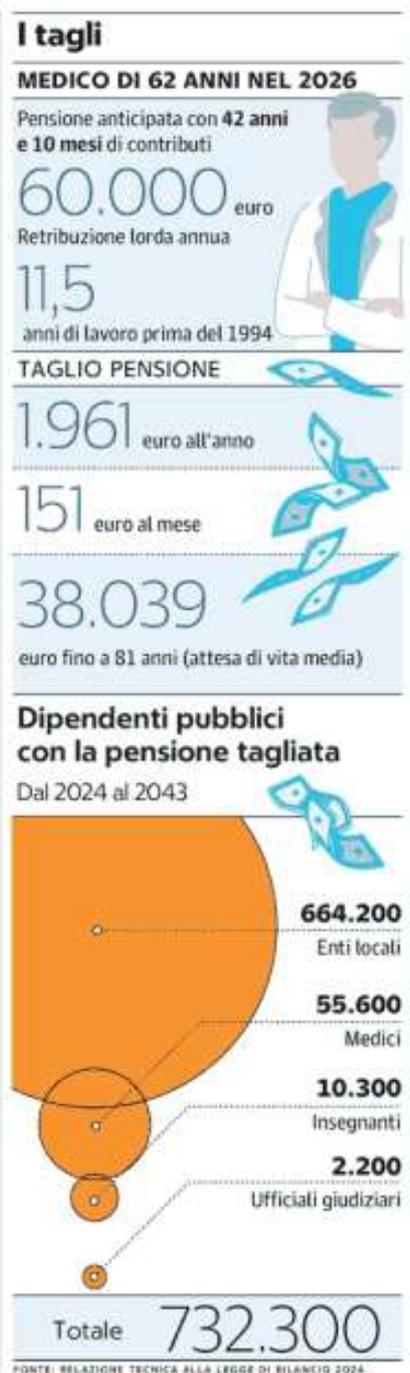
E poi la paura che corre velenosa nei ragionamenti del governo è quella di una grande fuga dagli ospedali. Per questo la correzione. Per questo il lavoro avviato al ministero dell'Economia per cercare una soluzione.

I problemi iniziano qui. A via XX settembre si lavora a quello che viene definito un «aggiustamento» della norma. Ma bisogna trovare le coperture. Una ricerca com-

plexa, che non prefigura una soluzione immediata. E che ieri sera si è fatta ancora più difficile perché a Palazzo Chigi si è preso atto anche dell'azzardo di un intervento parziale: tutelare solamente le pensioni dei medici significherebbe escludere gli altri 27.700 dipendenti pubblici che sono interessati dai tagli. Una discriminazione che spaccherebbe il mondo sanitario perché resterebbero fuori gli infermieri, ma che più in generale restituirebbe l'immagine di un salvataggio di favore. Ecco perché il ministro per i Rapporti con il Parlamento Luca Ciriani parla di «possibili soluzioni nell'ottica di un intervento complessivo».

Un auspicio, al momento, che prova tra l'altro a non sconfessare la narrazione della manovra da blindare in Parlamento e che invece è il governo a riaprire, a poco più di tre settimane dal via libera del Consiglio dei ministri. In attesa di capire se la caccia alle risorse andrà a buon fine, Giorgia Meloni deve prendere atto del consenso che sta raccogliendo la battaglia della Lega. È il Carroccio ad aver sollevato la necessità di un intervento, che vuole ampio, a tutela di tutti i 31.500 dipendenti pubblici coinvolti. Matteo Salvini vuole recuperare terreno sulle pensioni. E la premier, dal canto suo, non può farne una ragione di equilibri interni. L'impopolarità della misura travalica il perimetro del governo. E spalanca le porte a quel rischio di incostituzionalità che può rivelarsi un boomerang ancora più impopolare.

GRIPRODUZIONE



Pensioni: ipotesi taglio soft, ma per i medici non basta

La manovra. Il Governo studia l'allentamento della stretta per le categorie o il salvataggio solo per i sanitari fino allo slittamento. I camici bianchi: senza svolte sciopero confermato

Marzio Bartoloni
Marco Rogari

Si profila un muro contro muro tra i medici e il Governo. Con i primi che non mollano sullo sciopero previsto il prossimo 5 dicembre a meno che la norma contestatissima in manovra che taglia le pensioni (nella parte retributiva) non venga eliminata del tutto aggiungendo anche un «segnale» sulle buste paga e con l'Esecutivo che da giorni è a lavoro per ricalcolare la sforbiciata per renderla più morbida, come ha confermato ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci: «Ci stiamo lavorando. C'è tutta l'intenzione e l'interesse a cercare di rivedere la norma, che non riguarda solo i medici ma anche altri dipendenti del settore pubblico e quindi il governo sta lavorando per trovare una soluzione». Sul tavolo varie ipotesi, compreso lo slittamento del taglio che pesa su una platea di 40 mila tra medici e infermieri che proprio ieri con il sindacato Nursind hanno annunciato anche loro uno sciopero di 24 ore per il prossimo 17 novembre.

Per Schillaci questa è una partita non di poco conto, anche per far partire il suo piano sulle liste d'attesa, previsto sempre in manovra, che fa affidamento sui camici bianchi e gli infermieri che saranno "premiati" con straordinari pagati meglio per lavorare di più. Il rischio immediato con un taglio alle pensioni è quello di una fuga dal lavoro per chi è vicino ai requisiti per l'uscita: si stima che almeno 6 mila medici e 13 mila infermieri sarebbero pronti a dire addio agli ospe-

dali. «L'ultimo dei miei pensieri e delle mie volontà è che e i medici se ne vadano in pensione prima dei tempi previsti. Soprattutto in un momento come questo dove la gobba pensionistica è al massimo dello stress».

I camici bianchi ieri si sono detti soddisfatti «per l'apertura al dialogo» che si concretizzerà in un incontro molto presto, ma lo sciopero del 5 dicembre - spiegano i leader sindacali - resta confermato «senza segnali concreti». Le richieste sono appunto la cancellazione del taglio alle pensioni, ma anche la detassazione di parte dello stipendio (l'indennità specifica) oltre che una ripresa effettiva delle assunzioni.

La soluzione arriverà con il probabile maxi emendamento alla manovra che dovrebbe essere presentato al Senato dal governo a dicembre o direttamente con un emendamento del relatore in commissione Bilancio. A confermare che la misura sarà sicuramente modificata è stato ieri il ministro per i Rapporti con il Parlamento, Luca Ciriari, rispondendo al question time alla Camera: «Si sta lavorando e sono in corso verifiche ulteriori, per trovare possibili soluzioni nell'ottica di un intervento complessivo».

Già ieri ci sarebbero stati contatti tra i ministeri della Salute e del Lavoro oltre che con i tecnici del Mef. Tra le varie ipotesi esaminate ci sarebbe anche quella del "salvataggio pieno" dei soli medici con l'eliminazione della stretta, magari accompagnata soltanto da un allentamento per le al-

tre categorie interessate (maestri, dipendenti degli enti locali e ufficiali giudiziari), che però con il trascorrere delle ore avrebbe perso quota perché in questo caso il rischio di incostituzionalità, che già accompagna l'attuale misura, sarebbe diventato ancora più marcato. Più probabili appaiono altre due opzioni: l'ammorbidente del taglio per tutti gli "statali" coinvolti riducendo l'aumento dell'aliquota di rendimento sulla fetta retributiva della prestazione pensionistica o, in extremis, anche lo slittamento del taglio. Molto dipenderà da come potrà essere trovata la quadratura del cerchio sulle coperture. Anche perché il primo taglio il prossimo anno garantirà una minor spesa di soli 11,5 milioni, ma già nel 2030 si sale a 463 milioni per arrivare a 1,1 miliardi nel 2034 e a oltre 2,2 miliardi nel 2042. E per il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti il mantra è sempre quello di restare sui binari di una manovra «sostenibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le ragioni del malcontento

Stipendi bassi e turni da stress “Noi presi in giro tutti in piazza”

di **Michele Bocci**

Le ragioni del malcontento sono tante e la questione pensionamenti è solo l'ultimo schiaffo. I medici italiani sono in subbuglio da tempo, in particolare gli ospedalieri (ma ha problemi importanti anche la medicina di famiglia). «La manovra non ci piace comunque. Anche se dovessero ritirare la norma sulle pensioni lo sciopero resta», chiariscono da Anaaò, uno dei due sindacati, insieme a Cimo, che per il 5 dicembre hanno dichiarato l'astensione dal lavoro. Rappresentano oltre la metà dei 100 mila medici che lavorano nelle corsie italiane. Stando così le cose anche una semplice modifica dei tagli alle pensioni sarebbe ovviamente accolta molto male.

La manovra del gover-

no Meloni è arrivata quando la categoria già soffriva di problemi importanti. Intanto per i carichi di lavoro pesanti dovuti alle carenze di organico di alcuni reparti. Il problema non è tanto il numero totale di medici, che comunque sono almeno 15 mila in meno di quelli necessari, ma i vuoti si concentrano in strutture come il pronto soccorso o le rianimazioni e le chirurgie. Tutte specialità strettamente legate al servizio pubblico, con le quali quindi si fa ben poca attività privata. Un altro problema annoso è quello degli stipendi, che sono tra i più bassi d'Europa, anche quando si parla di specializzandi. E proprio quella dei medici in formazione è un'altra questione spinosa. Ormai vengono assegnate meno borse di quelle disponibili ed è mancata una programmazione per far uscire dalle scuole specialisti per aiutare i settori in crisi. Il tutto mentre l'età media dei camici bianchi è molto alta e quindi servirebbe un

ricambio importante.

In questa fase critica è arrivata una manovra che ha investito soprattutto nei contratti, circa 2,4 miliardi. «Sì – dicono sempre da Anaaò – ma poi abbiamo scoperto che quei soldi servono anche per gli accordi di infermieri, medici di famiglia e specialisti. Quindi sono pochi». Per le liste di attesa si è investito su aumento della remunerazione degli straordinari e innalzamento del tetto per i privati. «Ma i soldi per ridurre i tempi di attesa andavano messi sull'attività ordinaria».

ESPRESSO/MI BILIOVATA



Riccardo Brachet Contul, Aosta

“Mi sono svenato per riscattare la laurea tempo e soldi buttati”

AOSTA – «Sono proprio arrabbiato, demoralizzato». Riccardo Brachet Contul è chirurgo generale ad Aosta. Andrà in pensione tra tanto tempo. «Ma so già che ci rimetterò 14 mila euro lordi l'anno».

Quanto le manca per concludere la carriera?

«Ho 55 anni, davanti ci sono 12-13 anni di lavoro».

Come mai con la nuova riforma la pensione le sarà ridotta?

«Ho iniziato a lavorare nel 2000 ma ho deciso di riscattare gli anni di laurea per far risalire i primi contributi al 1990. Questo adesso si rivela un errore».

Perché?

«Ho riscattato per avere contributi versati prima del 31 dicembre '95 e entrare nel cosiddetto sistema misto, retributivo e contributivo. Anche se per soli 5 anni avevo una agevolazione, con una parte di pensione calcolata appunto col retributivo».

E invece?

«Con l'ultima manovra mi salta tutto il retributivo, quindi il riscatto degli anni di laurea è stato inutile, anzi per assurdo mi ha

danneggiato. Ci rimetto 14 mila euro lordi l'anno».

Lei ha sempre lavorato nel pubblico?

«Sì, anche se si guadagna meno che nel privato. Lo faccio perché ci credo e curo sia i ricchi che i poveri. Non è poco. Uno spera di arrivare in fondo dopo tanti anni con una pensione buona. E invece niente. Bel ringraziamento per quelli che quando c'era il Covid chiamavano eroi. Durante la prima ondata sono pure stato contagiato, con tanto di ricovero per la polmonite».

– **mi.bo.**



Chirurgo
Riccardo Brachet Contul, chirurgo generale ad Aosta

Matteo Giordano, Foggia

“A dicembre vado via Farò il volontario lavorando gratis”

BARI – Non ha perso tempo. Il dottor Matteo Giordano, 69enne, per scampare alla bufera sulle pensioni, una settimana fa aveva inviato una pec alla sua Asl e ha dato le dimissioni da direttore del dipartimento Dipendenze patologiche di Foggia e da primario del Serd di Manfredonia-Cerignola.

Dottore, ora s'è pentito?

«No, perché non mi fido di questo governo. Hanno promesso mari e monti e poi hanno ritrattato, vedi le accise. Il ministro Schillaci ha aperto al dialogo

con i sindacati, ma questo non significa che torneranno sicuramente indietro. E poi qui la questione è più ampia, lo sciopero affronta temi ben più importanti: le risorse per la sanità devono aumentare».

Scenderà comunque in piazza?

«Certo, non vedo perché rimanere a casa solo perché mi sono salvato».

Da quando andrà in pensione?

«Sarei potuto andar via subito, ma lo farò dal 1° dicembre. Con la

riforma avrei perso dai 10mila ai 12mila euro lordi all'anno circa, secondo le mie stime, e comunque con il pensionamento anticipato ho rinunciato a 8mila euro. Sarei dovuto andare obbligatoriamente in pensione il prossimo anno, a marzo, perché compirò 70 anni, ma avrei potuto farlo già ai 67. Ho chiesto di continuare in questi tre anni perché mi piace, è il mio lavoro e ce n'è bisogno: nel nostro settore non ci sono medici. Presenterò la richiesta per lavorare come volontario, gratuitamente».

– **Gennaro Totorizzo**



Primario
Matteo Giordano, direttore del Serd



Carlo Montaperto, Como

“Vittima di un furto ma preferisco rimanere ho il mutuo da saldare”

MILANO – «Ho iniziato a lavorare quattro anni prima del 1995: per questo con le nuove norme avrò una decurtazione di 13.887 euro lordi l'anno della mia pensione, secondo i calcoli della Uil Un furto». Carlo Montaperto, 64 anni, specializzato in Anatomia patologica, dopo una vita in strutture pubbliche milanesi, due anni fa ha deciso di fare il medico di famiglia a Lurate, in provincia di Como, ed è consigliere nazionale della Fmt. «Sono stato ospedaliero dal 1991 al 2021. E poi, dopo la

pandemia, ho scelto di continuare a esercitare per il servizio pubblico, come medico di medicina generale: ora mi sento preso in giro, perché viene meno quel patto sociale che pensavo di avere con lo Stato».

Perché allora non va via?

«Riscattando la laurea, potrei farlo. Ho deciso di no per due ragioni. La prima, inutile negarlo, è economica: ho degli impegni, tra i quali un mutuo, che altrimenti faticherei a onorare. La seconda è perché io questo lavoro lo amo: per me fare il medico

significa avere una coscienza sociale. Adesso, però, mi costerà quasi 14 mila euro l'anno. Un'assurdità: non a caso, in questi giorni tutti si stupiscono del fatto che voglio rimanere».

Per questo si sente tradito?

«Durante la pandemia noi medici eravamo gli eroi. Adesso, siamo diventati coloro che, quasi quasi, vanno cacciati via. Poi si stupiscono se i giovani non vogliono più fare questo mestiere e si fa fatica a trovare professionisti negli ospedali».

– **alessandra corica**

Vittorio Opinto, Catania

“Tradito due volte adesso per scappare pagherò una penale”

CATANIA – «Amo il mio lavoro e ho scelto di restare in corsia, anche se da due anni ho i requisiti per la pensione. Ma adesso sto valutando se pagare la penale e andarmene». È l'amaro sfogo di Vittorio Opinto, 64 anni, pediatra in servizio all'ospedale Cannizzaro di Catania.

Una vita di sacrifici e adesso il governo vuole tagliarle la pensione. Come l'ha presa?

«Male. Ho 39 anni di contributi e verso 557 euro al mese per il riscatto degli anni di laurea, che mi è costato quasi 60 mila euro rateizzati. Mi sento tradito e preso in giro».

Si sente tradito?

«Se la norma fosse approvata, per evitare il taglio dovrei andare in pensione entro la fine dell'anno. Ma non ci sono più i tempi per il preavviso di tre mesi e dovrei pagare 7 mila euro di penale. Quasi due stipendi. Mi sono già informato con un Caf e sto valutando se pagare la sanzione».

A quanto ammonterebbe il taglio della sua pensione?

«Un calcolo preciso non l'ho fatto ma sarebbero circa 4 mila euro l'anno per tutto il resto della vita. Questa norma è ingiusta, soprattutto perché non spiegata».

Pensa che i giovani medici siano più incentivati ad andare nel privato, dove almeno gli stipendi sono più alti?

«Non so se accadrà ma mi dispiacerebbe molto, perché ho investito tutta la mia vita nella sanità pubblica».

– **Giusi Spica**



Medico di base
Carlo Montaperto, medico di famiglia



Pediatra
Vittorio Opinto, in servizio all'ospedale Cannizzaro



Scontro sulla Sanità

Schillaci: «Le regioni hanno le risorse ma non assumono»

ROMA Se negli ospedali mancano medici e infermieri, non sarebbe solo per una questione economica. Le risorse ci sarebbero, ma non verrebbero utilizzate. Ne è convinto il ministro della Salute Orazio Schillaci.

Andreoli e Melina a pag. 6

Schillaci: le Regioni hanno i soldi ma non assumono nella sanità

LA POLEMICA

ROMA Se negli ospedali mancano medici e infermieri, non sarebbe solo per una questione economica. Le risorse ci sarebbero, ma non verrebbero utilizzate. Ne è convinto il ministro della Salute Orazio Schillaci, che respinge al mittente le critiche alla Manovra mosse dai camici bianchi. I medici, però, protestano contro il definanziamento della sanità pubblica e il taglio alle pensioni future dal 5% al 25% (per chi ha iniziato a lavorare dal 1981 al 1995).

«Più della metà delle Regioni il tetto di spesa per il personale non lo hanno raggiunto. Perché non assumono?», ha chiesto il ministro rivolgendosi ieri a Roma a centinaia di direttori generali di aziende ospedaliere presenti alla Convention della loro Federazione. Era stato proprio il presidente di Fiaso, Giovanni Migliore, a chiedere di togliere il tetto di spesa ai costi per il personale, che risale al 2004. «Due decenni in cui le aziende sanitarie si sono confrontate con l'impossibilità di assumere nuovi professionisti» ha denunciato. Mentre «servirebbero subito 30mila assunzioni tra medici e infer-

mieri».

L'ALLARME

Nessuna preclusione a fare a meno del tetto, assicura Schillaci. Ma prima bisogna capire dov'è che si inceppa il sistema delle assunzioni, senza le quali diventa impossibile accorciare anche le liste di attesa. «Le Regioni - precisa il ministro -

hanno utilizzato il 69% delle risorse stanziata per far fronte al problema. Quando leggo che ci vogliono due anni per una mammografia raddridisco, ma i numeri sono basati su rilevazioni sporadiche». La priorità, secondo Schillaci, è avere i dati corretti. «Senza un registro dei tempi di attesa - conclude - siamo bloccati. Stiamo creando un sistema con Agenas per controllare, ma i dati ce li devono dare le Regioni. Così come dev'esserci un Cup unico per le prenotazioni, che metta insieme sistema pubblico e privato convenzionato».

Ma tra i sindacati e le associazioni di categoria l'allarme è forte per il rischio fuga dalle corsie degli ospedali o dalle pubbliche amministrazioni. Se la norma in Manovra non cambia come auspicato da Schillaci, da qui al 2043 la platea massima delle persone coinvolte dal taglio alle pensioni future può arrivare a cir-

ca 730mila. Per Carlo Palermo, di Anaa Assomed, «già entro la fine dell'anno, oltre alle 7mila uscite già previste, rischiano di lasciare altri 3mila medici: hanno i requisiti per la pensione e possono trattenerci fino a 70 anni, ma ora non gli conviene più». Potrebbero uscire dal lavoro prima, secondo il sindacato, altri 3-4mila medici nel 2024, senza considerare chi non ha ancora i requisiti, ma «sfiduciato dalle nuove regole potrebbe scegliere di andare a lavorare nel privato». Nei prossimi 10-15 anni, per Palermo «sono 50mila i medici coinvolti dal taglio». La sforbiciata sulle pensioni future, sempre per chi ha iniziato a lavorare dal 1981 al 1995, riguarda anche i dipendenti sanitari non medici, gli ufficiali giudiziari e i lavoratori di Regioni e Comuni. Secondo Fp Cgil tra di loro in decine di migliaia potrebbero «scappare» nel privato nei prossimi anni o anticipare la pensione.

**Giacomo Andreoli
Graziella Melina**

**SECONDO I SINDACATI
DEI CAMICI BIANCHI
IN DIECIMILA RISCHIANO
DI LASCIARE LE CORSIE
DEGLI OSPEDALI
ENTRO FINE ANNO**



SALUTE

Sanità territoriale, solo una Asl su dieci è pronta

Marzio Bartoloni — a pag. 3

36%

IN RITARDO

Il 18% delle aziende sanitarie è ancora solo in fase di sperimentazione e un altro 18% è addirittura alla fase di programmazione

Sanità territoriale, solo una Asl su dieci è pronta sulle nuove cure

Lo studio della Fiaso
Oltre un terzo delle aziende sanitarie è ancora in una fase embrionale dei progetti

Marzio Bartoloni

La nuova Sanità territoriale - fatta di Case e ospedali di comunità, infermieri di famiglia e telemedicina - è ancora lontana. Al momento solo un'azienda sanitaria su dieci (l'11%) dichiara di essere in fase di «avanzata realizzazione» sull'operatività delle nuove strutture, mentre il 27% è in fase di avvio e un altro 27% sta trasformando strutture precedenti. Ma ben il 18% è ancora solo in fase di sperimentazione e un altro 18% è addirittura alla programmazione. Come dire che oltre un terzo delle Asl è ancora in una fase embrionale dei programmi. A guidare il drappello delle Regioni che sono più avanti con i progetti ci sono Toscana, Lombardia, Toscana e Lazio.

L'ultimissima foto sullo stato dell'arte di quella che deve diventare la seconda gamba della Sanità a fianco all'ospedale è stata scattata dalla Fiaso (la Federazione che riunisce i manager che guidano gli ospedali) in una indagine su 74 Asl di tutta Italia sull'applicazione dei progetti del Pnrr che sulle nuove cure territoriali - quelle più vicine ai cittadini mancate in modo drammatico durante la pandemia - investe circa 7 miliardi, quasi metà del budget della missione Salute. Con l'obiettivo ambizioso di averla a regime tra due anni e mezzo

e cioè a giugno 2026.

L'indagine che sarà presentata oggi durante la tre giorni a Roma che Fiaso dedica ai 25 anni dell'associazione dei manager sanitari racconta anche che in almeno sei aziende su dieci sono state attivate le prime Case di comunità, le strutture che forniranno prime cure oltre a visite ed esami per far riflettere il pronto soccorso: i numeri a livello territoriale dicono però che la presenza di queste nuove strutture per ora è concentrata soprattutto al Nord (81% delle Asl) e al Centro (50%) e molto meno al Sud (26% delle Asl). Situazione simile per gli ospedali di comunità (strutture per le cure non urgenti ai pazienti cronici): ne sono stati attivati finora 90 in 38 Asl, con Bolzano, Lazio, Calabria e Sicilia ancora a zero, mentre Emilia, Lombardia e Toscana «sembrano più avanti». Grande variabilità anche per l'infermiere di famiglia, la figura che sul territorio dovrebbe aiutare i pazienti a casa: il 70% delle aziende sanitarie monitorate dichiara di averli, con differenze tra Nord (95%), Centro (70%) e Sud (30%). In ritardo anche la telemedicina: solo in 10 Asl si registrano progetti a supporto dell'assistenza territoriale. In particolare nel 32% dei casi la telemedicina si è concretizzata in visite virtuali del paziente dall'ospedale mentre solo nel 16% del

casi è stato possibile realizzare il telemonitoraggio del paziente a domicilio da parte del medico di famiglia.

«Quello che emerge dall'indagine è un quadro composito, che rende conto di un lavoro avviato ma, ovviamente, ancora in progress», avverte il presidente Fiaso, Giovanni Migliore che ieri nella giornata inaugurale ha avanzato alcune proposte per la Sanità e cioè «30mila medici e infermieri da assumere subito, l'eliminazione del tetto di spesa sul personale e una flat tax per le prestazioni extra». Dal canto suo il ministro della Salute Orazio Schillaci ieri ha ricordato che sulle «tempistiche siamo in linea con tutti i target» del Pnrr e che in legge di bilancio «ci sono i fondi per le assunzioni per il personale sanitario che dovrà lavorare nelle case di comunità, con 250 milioni per il 2025 e 350 milioni per il 2026».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA SANITÀ SUL TERRITORIO

CASE DI COMUNITÀ? SÌ, MA "SPOKE" LA PROPOSTA ENPAM: I MEDICI DI BASE INSIEME

MARCO BARBIERI

Il presidio territoriale del Sistema sanitario nazionale è la frontiera che decide la qualità del servizio. È uno dei punti deboli che la pandemia ha evidenziato: tra Pronto Soccorso aggredito senza motivi di urgenza e medico di base snobbato, a favore degli specialisti, il cittadino si è trovato (e si trova) sperduto nell'incertezza della prestazione e nella rarefazione dei luoghi dove toccare con mano la cura, e prima l'esame e la diagnosi.

Sembrava che la parola magica fosse "Case di comunità": hub progettati a tavolino per ricompattare servizi sanitari essenziali sul territorio, per colmare buchi e per assicurare servizi. Avrebbero dovuto essere 1.350 strutture, realizzate con i fondi del Pnrr. Si è presto ridimensionato l'obiettivo, e sono state ridotte a poco più di 900. Una ogni 300 chilometri quadrati, secondo la media del pollo di Trilussa. Vuol dire che in molte aree del Paese – sulle isole, nei comuni montani, nelle aree interne – la densità sarebbe quasi dimezzata, una Casa di comunità ogni 400-500 chilometri quadrati. A questo punto meglio cercare il Pronto Soccorso dell'ospedale rimasto aperto.

Ma sta andando anche peggio delle peggiori previsioni. Secondo l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) sono appena il 13% le Case di Comunità Hub già in funzione rispetto a quelle previste dal piano con scadenza 2026, in appena 6 regioni.

In questo orizzonte critico si inserisce la proposta di Enpam, l'ente di previdenza dei medici: favorire la nascita di Case di comunità periferiche ("spoke", secondo una terminologia dove l'hub centrale viene integrato da una rete periferica). Progetto che suggerisce ai medici di base di mettersi insieme, secondo un criterio libero-professionale, non secondo un disegno centralizzato: «Dove lo Stato non arriva, può lo spirito d'impre-

sa di questi medici liberi professionisti convenzionati», commenta Alberto Oliveti, presidente Enpam.

I medici di base costituiscono un presidio insostituibile, attualmente non funzionale per la polverizzazione della rete, che rende impossibile l'erogazione di molti servizi di medicina di base, proprio per la dispersiva organizzazione degli studi. Enpam offre mutui e finanziamenti per consentire ai medici di base (e pediatri di libera scelta) di mettersi insieme, in immobili da affittare o acquistare, per dare vita a presidi sanitari articolati in ogni periferia del Paese. Se i 40mila medici di base si consorziassero in cinque unità, avremmo una Casa di comunità spoke almeno in ogni Comune italiano.

Con l'integrazione funzionale di almeno 5-6 professionisti (uniti in cooperativa o società di professionisti) sarebbe possibile effettuare la diagnostica di base che oggi non si può eseguire per la mole delle visite ai pazienti. L'integrazione dei servizi dei medici di base potrebbe finalmente consentire di svolgere diagnosi con la strumentazione tecnologica più avanzata. Nelle Case di comunità spoke i medici potranno restringere il campo dei possibili percorsi diagnostici specialistici indirizzando il paziente verso la



Il Messaggero

strada da seguire; monitorare patologie croniche come per esempio diabete, ipertensione, problemi cardiaci, patologie respiratorie croniche; escludere patologie gravi. «Oggi stiamo vivendo un maxi-esodo dei medici di medicina generale che si stanno pensionando, ma le nuove leve sono adatte, motivate e formate per lavorare in team – commenta Oliveti – e in strutture più moderne, accessibili, connesse, integrate e sicure».

Oltre alle risorse che mette a disposizione Enpam, ci sono i soldi del Fondo di garanzia per i liberi professionisti, promosso dallo Stato, che dispone già di 280 milioni di euro. Settemila euro per medico di base, vuol dire 35-40mila euro per attrezzare una Casa di comunità spoke composta da 5-6 medici di

base.

E qui è ancora Enpam a fornire una nuova opportunità, con la piattaforma Tech2Doc (che diventerà App entro fine mese), che ha l'obiettivo di aiutare i professionisti di medicina di base a gestire le nuove tecnologie nella pratica quotidiana. Il progetto Tech2Doc dell'Enpam sarà oggetto di studio oggi, 9 novembre, alla conferenza Frontiers Health, evento globale sulla sanità digitale che quest'anno si tiene a Roma, all'Auditorium della Tecnica. L'iniziativa di formazione e aggiornamento promossa da Enpam ha peraltro già ottenuto il "Premio Forum Sanità 2023".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FONDI STATALI
E RISORSE DELL'ENTE
DI PREVIDENZA DEI DOTTORI
PER OTTIMIZZARE
COMPETENZE E TECNOLOGIE
CON L'AIUTO DI TECH2DOC



Gli inglesi possono staccare i macchinari alle 15: pressing italiano

Corsa contro il tempo per salvare Indi

Claire Staniforth e Dean Gregory con la piccola Indi

Bruschi e Palmi a pag. 9



Ancora un giorno per Indi pressing sui dottori inglesi

► L'Alta corte britannica autorizza a staccare la spina dalle 15 di oggi. Ricorso della famiglia ► Il padre: l'ospedale ci minaccia. Il console italiano autorizza il trasferimento a Roma

LA GIORNATA

LONDRA «Ho dovuto affrontare ripetute minacce da parte dell'ospedale, dove cercavano di intimidirmi e di accelerare la morte di Indi, anche in presenza di ordini del tribunale in sospeso. Non sembra esserci alcuna cura o compassione, solo crudeltà verso la nostra famiglia». Diventa sempre più dura la battaglia di Dean Gregory, che ha rilasciato queste dichiarazioni ieri pome-

riggio, e della moglie Claire, con cui sta lottando per poter portare la figlia Indi di otto mesi in Italia, dove l'Ospedale Bambino Gesù è pronto ad accoglierla. «È vergognoso che l'ospedale e i tribunali del Regno Unito ignorino semplicemente l'offerta del governo italiano - ha continuato il padre della piccola -. Faccio appello al governo britannico affinché permetta a Indi di venire in Italia prima che sia troppo tardi. Come padre non ho mai chiesto o implorato nulla in vita mia, ma ora prego il governo britannico di aiutarmi a prevenire che la vita di nostra figlia sia portata via».

IL GIUDICE

Proprio ieri, infatti, nel pomeriggio, il giudice dell'Alta Corte Robert Peel ha stabilito che l'interruzione del sostegno vitale a Indi de-



ve avvenire in ospedale o in un istituto per malati terminali, ma non può essere organizzata a casa, come richiesto dai genitori. Pertanto, l'interruzione delle cure che la tengono in vita dovrà avvenire in qualsiasi momento dalle 15 di questo pomeriggio. Una decisione alla quale la famiglia, sostenuta dai legali del Christian Legal Centre, si è opposta ricorrendo in appello. La tensione ieri era altissima. Ancora prima della sentenza, lamentano i genitori, i vertici del servizio sanitario nazionale hanno «minacciato di rimuovere il supporto vitale senza la presenza dei familiari». Il padre, Dean Gregory, non era in ospedale in quel momento e ha raccontato di essersi sentito come se stesse per avere un infarto quando è stato informato. La sentenza dell'Alta Corte, inoltre, è stata emessa in parallelo e nonostante le autorità italiane abbiano compiuto altri importanti passaggi dopo la concessione della cittadinanza decisa d'urgenza - e all'unanimità - dal governo Meloni lunedì pomeriggio.

Il console italiano a Manchester Matteo Corradini, fanno sapere i legali, in qualità di giudice tutelare della bimba, ha emesso un provvedimento d'urgenza che autorizza il trasferimento immediato di Indi all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Qui i medici si sono detti disposti prendersi cura della bambina, il tutto sostenuto economicamente dal servizio sanitario nazionale italiano. Con il provvedimento del console, inoltre, il direttore generale dell'ospedale Antonio Perno è stato nominato tutore di Indi: «Secondo la legge italiana, il console italiano a Manchester ha il potere di operare come giudice e può emanare provvedimenti di emergenza - spiegano i legali - L'ordinanza della Corte è stata comunicata dal nuovo tutore all'amministratore delegato del Queen's Medical Center di Nottingham per facilitare una collaborazione co-

struttiva tra le autorità sanitarie italiane e inglesi al fine di evitare questioni legali su conflitti di giurisdizione. Il dottor Perno chiederà di incontrare urgentemente i medici del Queen's Medical Center». Ed è quindi in questo accordo tra le due strutture - rigorosa-

mente a porte chiuse - che si concentrano tutte le speranze dei genitori di Indi. «È la prima volta che una misura del genere viene emessa in un caso di fine vita nel Regno Unito», spiegano i legali dei Gregory. Ma questo potrebbe non bastare. I medici britannici però hanno ribadito più volte e in più sedi che l'interesse di Indi è quello di interrompere i trattamenti che la tengono in vita, essendo affetta da una malattia giudicata incurabile. Proseguire con interventi e terapie significherebbe procurarle sofferenze inutili: «Questo è un momento incredibilmente difficile per Indi e la sua famiglia e i nostri pensieri sono con loro oggi - ha dichiarato il direttore medico dell'NHS Trust degli ospedali universitari di Nottingham Keith Girling - A seguito della decisione odierna dell'Alta Corte, la nostra priorità rimarrà quella di fornire a Indi cure specialistiche adeguate alle sue condizioni e in linea con la direzione della Corte, sostenendo la sua famiglia in ogni modo possibile».

LE RICHIESTE

Andrea Williams, amministratore delegato del Christian Legal Centre, ha chiamato in causa anche il primo ministro Rishi Sunak: «Che buon motivo può esserci per trattenere Indi qui contro la volontà dei suoi genitori quando a Roma vengono offerte cure? Gli sviluppi mettono a nudo la differenza di approccio tra le due nazioni, quando il Primo Ministro italiano ha espresso apertamente il suo sostegno a Indi Gregory e al diritto dei suoi genitori di accedere alle cure a Roma e il Primo Ministro britannico è rimasto in silenzio. Siamo preoccupati che non ci siano state notizie da parte delle autorità britanniche da quando a Indi è stata concessa la cittadinanza italiana. Chiediamo un intervento urgente per consentire che si compiano le scelte giuste».

Chiara Bruschi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL DIPLOMATICO
DI MANCHESTER
NOMINATO GIUDICE
TUTELARE DELLA PICCOLA
AVVIATI CONTATTI
TRA I DUE NOSOCOMI**

? Le domande al giurista

La piccola Indi è (anche) cittadina italiana: come può muoversi ora il nostro Paese? Lo abbiamo chiesto all'avvocato Alessandro Maria Tirelli, presidente delle Camere penali internazionali

CHE SIGNIFICATO HA LA NOMINA DEL CONSOLE COME GIUDICE TUTELARE?

«La nomina di un console in veste di giudice tutelare - spiega Tirelli - è una procedura standard, quando ci sono da prendere decisioni che riguardano minori italiani all'estero i cui interessi non possono essere difesi da altri tutori. Può avvenire nel caso di controversie relative al passaporto, oppure se il minore ha bisogno di cure e deve essere riportato in Italia velocemente. E proprio a quest'ultima possibilità viene ricondotto il caso della piccola Indi».

IN CASO DI STOP ALLE CURE, I MEDICI INGLESI SARANNO PERSEGUITI IN ITALIA?

«Nonostante Indi sia una cittadina italiana, questo non è possibile», osserva l'esperto. «Da un punto di vista legale, qualora staccassero il respiratore i medici inglesi avrebbero dalla propria parte un pronunciamento dell'autorità giudiziaria inglese che li autorizza farlo. In più esistono precedenti, come il caso di Alie, e in un sistema di common law il precedente può avere effetti vincolanti. Un intervento dei pm italiani, in pratica, rappresenterebbe una sorta di intrusione nella sovranità di un altro Stato».

IL GOVERNO ITALIANO PUÒ FARE QUALCOSA ALTRO PER PROVARE A SALVARE INDI?

«È difficile, ma si potrebbe tentare la via della mediazione internazionale: di fatto una conciliazione politica per chiedere una "concessione" al Regno Unito per fini umanitari, affinché permetta di curare la bimba in Italia». E i genitori, invece? «In caso di stop alle cure, potrebbero ricorrere contro il Regno Unito alla Corte, la Corte europea dei diritti dell'uomo, ravvisando una mancata tutela del diritto alla salute. In ogni caso si tratterebbe soltanto di un risarcimento».





Dir. Resp. Marco Girardo

L'INIZIATIVA La proposta di legge di iniziativa popolare sostenuta da una rete di associazioni

«Un cuore che batte», firme per cambiare

FRANCESCO OGNIBENE

È presto per stilare un bilancio della raccolta di firme sulla proposta di legge di iniziativa popolare «Un cuore che batte» lanciata da una rete di una cinquantina di associazioni e realtà territoriali impegnate nella promozione della vita umana (tra le più note, Pro Vita & Famiglia, Verità e vita, Ora et labora in difesa della vita, CitizenGo, Generazione Voglio Vivere). Ma quel che i promotori possono già dire, all'indomani della chiusura dei termini per le 50mila firme prescritte, è che si è raggiunto l'obiettivo prioritario: sensibilizzare le persone incontrate e aprire un confronto su un tema purtroppo diventato un tabù del dibattito pubblico come l'aborto. Nessuno si nasconde che l'eventuale percorso parlamentare sarebbe assai proble-

matico, ma al network associativo che ha messo in cam-

po i suoi volontari in tutta Italia premeva far incontrare la realtà della vita nel grembo materno attraverso l'idea al centro del progetto di legge. La proposta, depositata in Cassazione il 16 maggio, vuole infatti introdurre nell'articolo 14 della 194 il comma 1-bis: «Il medico che effettua la visita che precede l'interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della presente legge è obbligato a far vedere, tramite esami strumentali, alla donna intenzionata ad abortire, il nascituro che porta nel grembo e a farle ascoltare il battito cardiaco dello stesso». «Il battito del cuore - spiega Jacopo Coghe, leader di Pro Vita - restituisce al bambino quell'umanità che gli è stata sottratta dalla legge e dalla mentalità che la difende». Un approccio che ha convinto molte persone, tra loro anche i vescovi di Terni, Lecce, Mileto, Sanremo e Vibo. Ma quale risultato può conseguire in termini culturali un'iniziativa come questa? «Può rimettere al centro del dibattito culturale l'aborto ed entrambi i soggetti coinvolti - risponde Maria Rachele Ruju, portavoce di Pro Vita -: le

mamme che meritano un *counselling* onesto su cosa sia l'aborto e aiuti concreti quando sono in difficoltà, e soprattutto il troppo dimenticato figlio, quel piccolo essere umano nel grembo della mamma che è innegabilmente vivo e uno di noi. È violento, nel 2023, all'epoca delle ecografie raccontare che quello è un grumo di cellule». Una proposta di legge così congegnata mette radicalmente in discussione la 194: portarla avanti serve ad «aprire un dibattito franco sull'aborto - prosegue Ruju -. Oggi sembra quasi che aborto e nascita, morte e vita, siano scelte equivalenti. Non possiamo arrenderci a un mondo che abbandona le donne all'aborto, alle sue conseguenze fisiche e psicologiche, e indica loro i figli come un problema da eliminare. Una donna oggi è aiutata solo ad abortire, ed è vergognoso. Nessuna condizione personale può essere motivo di discriminazione, né può determinare il valore di un essere umano». Raccogliere firme in banchetti per strada, sedi associative e Comuni (cul erano stati inviati documentazione e mo-

duli), è servito a «riconoscere che ciascuno di noi, sin dal primo istante dopo il concepimento, con la nostra unicità irripetibile, corredati da un Dna straordinariamente inedito, diverso da quello di mamma e papà, abbiamo iniziato un viaggio con uno sviluppo continuo e prodigioso che ci ha portati fino a qui», oltre che ad «affiancare le mamme per sostenerle anche nelle difficoltà e nelle paure di questo misterioso viaggio che è la vita».





Strategia dell'eccezione, via di morte

Dai casi umani drammatici allo scardinamento del diritto alla vita che lo Stato deve garantire: come si costruisce il percorso verso il suicidio assistito per legge

ENRICO NEGROTTI

Da bambini giocando ripetevamo "l'eccezione non fa la regola"; da tempo sembra diventata un'abitudine, talvolta nel legiferare, spesso nelle aule di giustizia, la volontà di "tutelare" l'eccezione. Salvo poi cercare, per successivi aggiustamenti, di allargare il varco creato con una eccezione a un numero di casi sempre maggiore. O addirittura, sulla base del principio di uguaglianza sancito dall'articolo 3 della Costituzione, buttare letteralmente all'aria ogni limite imposto dalle norme, anche costituzionali. E capovolgere i principi della legge originaria. Questa "strategia dell'eccezione" viene utilizzata soprattutto nei casi di fine vita: da un caso pietoso, estremo, si finisce con lo scardinare il diritto alla vita, che è preciso dovere dello Stato e principio di garanzia per tutti i cittadini. Dietro alla difesa del diritto all'autodeterminazione di ogni essere umano si cela un atteggiamento orientato a favorire la morte. Negli ultimi tempi, le "battaglie" in tema di diritti dei malati e di fine vita a suon di casi utilizzati mediaticamente si stanno moltiplicando, con un innalzamento del livello dello scontro giuridico e delle pretese dell'Associazione Luca Coscioni, che quasi sempre sostiene questi malati e cerca di affermare un inesistente diritto all'eutanasia. Eccone un breve catalogo.

A metà settembre la Procura di Milano ha chiesto al giudice per le indagini preliminari (gip) di archiviare la posizione di Marco Cappato, che portò a uccidersi in Svizzera due persone malate nel 2022. Nessuna delle due aveva le condizioni stabilite dalla Corte Costituzionale, nella sentenza 242/2019, per considerare non punibile l'aiuto al suicidio. Ricordiamole: la Consulta aveva deciso non di cancellare il reato dell'aiuto al suicidio (art. 580 del Codice penale) ma di considerare non punibile il comportamento di chi «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

Quindi la Corte costituzionale aveva stabilito che si potesse fare eccezione alla regola di punire l'aiuto al suicidio in ben determinati e ristretti casi. Una sentenza "tagliata su misura" sul caso di Fabiano Antoniani (dj Fabo) anch'egli, nel 2017, portato in Svizzera da Cappato per uc-

cidarsi: tuttavia, proprio perché riconosceva che la materia è delicatissima e che devono essere evitati abusi (irrimediabili) a danno delle persone più vulnerabili, la Corte circoscriveva a pochissime circostanze la possibilità di non punire chi favorisce un suicida. Invece i due casi di cui dovrà occuparsi il gip del Tribunale di Milano non corrispondono ai limiti posti dalla Consulta per almeno un parametro: nessuno dei due malati dipendeva da mezzi di sostentamento vitale, quali respiratore meccanico o alimentazione artificiale. Senza trascurare il fatto che un malato che, nel 2022 (cioè tre anni dopo la sentenza della Consulta), cercasse un aiuto per uccidersi senza mettere nei guai chi questo aiuto gli avesse prestato avrebbe dovuto ottemperare anche alle altre due indicazioni della stessa sentenza della Corte costituzionale: cioè che le «condizioni (del paziente) e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente». Attività che né i malati che si sono poi tolti la vita, né Cappato stesso si sono premurati di fare.

Tuttavia i pubblici ministeri sembrano non accontentarsi dello spiraglio aperto dalla Consulta nel 2019 e hanno argomentato che l'indagato andrebbe assolto per non violare l'uguaglianza tra le persone, cioè - traduciamo - per non discriminare i malati che non dipendono da sostegni vitali. Addirittura hanno sostenuto che questi sostegni vitali sarebbero stati rifiutati dai malati in questione, sulla base del principio - tutelato dalla Costituzione all'art. 32 e ribadito dalla legge 217/2019 sul consenso informato - che nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario contro la sua volontà. E hanno già prefigurato di ricorrere di nuovo alla Corte costituzionale se il gip chiederà l'imputazione coatta dell'indagato.

Un secondo tentativo di "allargamento" delle regole è quanto deciso a fine settembre a Trieste per permettere ad "Anna", affetta da sclerosi multipla, di togliersi la vita. In questo caso l'azienda sanitaria ha verificato preventivamente il sussistere delle condizioni per non punire l'aiuto al suicidio, e le ha riconosciute ancora una volta senza che risulti che la malata dipenda da tratta-





menti di sostegno vitale. Ma l'associazione Luca Coscioni non si accontenta e parla di requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito che addirittura vorrebbe fosse realizzato dal Servizio sanitario nazionale, travalicando il perimetro della sentenza 242/2019, che aveva esplicitamente sottolineato che «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici», e quindi tanto meno in capo alle strutture del Servizio sanitario, che tra i suoi compiti (legge 833/1978 art. 2) non ha quello di uccidere le persone.

Un terzo caso è l'archiviazione chiesta a metà ottobre dalla Procura di Firenze per un caso analogo, sempre a carico di Marco Cappato. Anche questo paziente, affetto da sclerosi multipla, non era sostenuto da "trattamenti di sostegno vitale". E ancora una volta i pm hanno prefigurato un ricorso alla Consulta per far dichiarare incostituzio-

nale questa condizione, sempre sulla base del principio di uguaglianza dell'art. 3 della Costituzione. Infine il caso di questi giorni: la Asl Roma 1 ha verificato che la signora Sibilla Barbieri non aveva trattamenti di sostegno vitale. E allora è stata accompagnata in Svizzera per togliersi la vita. Ora il mondo radicale protesta e accusa addirittura di "tortura" la Asl romana. Dando forse per scontato quello che scontato non è: il "diritto" al suicidio. Ma la Corte costituzionale - proprio nella sentenza 242/2019 - ricorda che dall'articolo 2 della Costituzione («La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo») «discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello - diametralmente opposto - di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire». E ribadisce che anche la giurisprudenza della Corte europea dei diritti umani (Cedu), che già nel 2002 ("caso Pretty") aveva stabilito che non esiste «un vero e proprio diritto a morire».

Vale la pena di ricordare che nei Paesi in cui è stata approvata una legge sull'eutanasia, que-

sta pratica si è progressivamente allargata, da poche e limitate condizioni, a un numero sempre maggiore di fattispecie, fino alle sofferenze psichiche e persino - è stato proposto - per impossibilità a pagarsi le cure. Fino a chi sostiene il "diritto a chiedere la morte" da parte di ogni paziente, grave o no. Gli "alfieri della morte" sono sempre in azione, infaticabili, ma le civiltà si costruiscono sulla difesa del diritto alla vita. Per tutti.

Nei Paesi in cui è stata varata una legge sull'eutanasia questa pratica si è progressivamente allargata



FARMACI

Redistribuzione delle scorte su base volontaria, proroga delle scadenze e agevolazione delle preparazioni galeniche nelle farmacie: ecco il piano Ue per evitare la penuria di medicinali come avvenne l'inverno scorso

GABRIELE ROSANA

A

ntibiotici, antinfiammatori, antidolorifici: mai più senza. È la promessa dell'Europa che si prepara ad adottare entro fine anno, per la prima volta, una lista di medicinali critici, cioè un elenco di farmaci «tra i 100 e i 350», stima la commissaria Ue alla Salute Stella Kyriakides - che non dovranno in nessun caso mancare sugli scaffali del Vecchio continente. E come paracadute per evitare il peggio, Bruxelles mette da subito in pista, a disposizione degli Stati, un meccanismo di redistribuzione delle scorte su base volontaria da attivare in caso di crisi. Una mossa inedita, aspettando gli appalti congiunti Ue di medicinali, come avvenuto con i vaccini nelle fasi più acute della pandemia da Covid-19.

IL FINE

L'imponente riforma farmaceutica Ue, la prima in oltre vent'anni, è ancora ai nastri di partenza dell'articolato procedimento legislativo Ue, ostaggio del proposito di trovare un equilibrio tra l'ampliamento dell'accesso alle cure, da una parte, e la tutela della proprietà intellettuale per i produttori, dall'altra. Per dire la federazione Ue delle aziende farmaceutiche ha pubblicato un report per sottolineare come con la riforma perderanno 2 miliardi di investimenti all'anno. Ci vorranno mesi, se non anni, per raggiungere l'intesa nei negoziati tra europarlamentari e governi - e nel mezzo ci sono pure le elezioni Ue del giugno prossimo -, la Commissione ha deciso di pigiare sull'accele-

ratore per anticipare alcuni aspetti, in particolare quelli necessari a prevenire le carenze di medicinali.

Sono le mancanze viste un anno fa, quando le farmacie si trovarono sguarnite anche dei più comuni prodotti da banco e di uso pediatrico, toccando picchi di oltre 3mila tipologie mancanti solo nel nostro Paese, dal paracetamolo all'ibuprofene, fino all'amoxicillina. Ora, il nuovo inverno alle porte, che porta con sé quella che, nel racconto della direttrice dell'Agenzia europea del farmaco Emer Cooke, è la «tripla epidemia di influenza, Covid-19 e virus respiratorio sinciziale», ricorda che è tempo di alzare il livello di guardia. E di ripetere con i medicinali il piano d'azione industriale già messo in campo con chip e materie prime, con l'obiettivo di rafforzare l'indipendenza

delle filiere Ue e la loro autonomia strategica in un'economia interdipendente.

«Non possiamo pensare di risolvere tutte le questioni da un giorno all'altro, visto che siamo davanti a cause di lunga data e multifattoriali», ha messo le mani avanti Kyriakides, prima di illustrare la decisione di «anticipare l'esecuzione di alcuni profili della riforma farmaceutica», contenuti in una comunicazione che la Commissione ha approvato a fine ottobre.

L'ITER

Bruxelles individua azioni di breve, medio e lungo termine, così inaugurando «il



lavoro per identificare i nostri punti più deboli e trovare insieme le soluzioni più appropriate. È impensabile che nell'Europa del 2023 i pazienti non abbiano accesso ai farmaci di cui hanno bisogno». Il primo passo è l'avvio dello schema di solidarietà volontaria, per la prima volta in maniera strutturale in ambito sanitario: consentirà ai Paesi membri di segnalare agli altri le temute penurie di un determinato medicinale sul territorio nazionale, sollecitando l'intervento delle altre capitali le quali, nel caso in cui abbiano disponibilità a sufficienza, potranno condividere le proprie scorte e alleviare l'emergenza carenza. Agli Stati è, inoltre, riconosciuta la possibilità, in caso di pericolo per la reperibilità sugli scaffali, di prorogare temporaneamente la durata di conservazione (e quindi la scadenza) dei farmaci, di agevolare la commercializzare delle preparazioni galeniche delle farmacie o di autorizzare alternative in tempi rapidi. Nel piano Ue trova posto pure la possibilità che già in vista dell'inverno 2024-25 la Commissione faccia ricorso agli appalti congiunti europei per antibiotici e trattamenti contro le patologie respiratorie.

Accanto a queste misure, arriverà il "Critical Medicines Act", cioè l'elenco dei farmaci critici «la cui fornitura insufficiente comporta un danno grave o il ri-

schio di un danno grave per i pazienti», chiesto a gran voce in primavera da una ventina di governi.

A rendere immediatamente operativa la lista sarà la creazione di una piattaforma di esperti europei e nazionali, con il coinvolgimento di operatori del settore e di rappresentanti della società civile - l'esecutivo Ue la chiama "Alleanza per i medicinali critici" -, che sarà funzionante già nei primi mesi del 2024. È il tassello, finora mancante, per coordinare a livello continentale gli interventi necessari a parare i colpi in caso di vulnerabilità e a sopperire alle carenze. Entro aprile, poi, i tecnici Ue esamineranno in dettaglio le filiere di alcuni farmaci selezionati, «un'analisi che indicherà gli ambiti in cui sono necessarie ulteriori misure», spiegano dalla Commissione. Tutte le opzioni per il futuro restano sul tavolo, compresi gli incentivi al "made in Europe", invocati tra gli altri dal leader francese Emmanuel Macron, per riportare nell'Ue la fabbricazione dei principi attivi che oggi avviene in Paesi terzi, dalla Cina all'India.

PRIMO PASSO: IL CRITICAL MEDICINE ACT, LISTA DI TERAPIE IRRINUNCIABILI OVVERO ANTIBIOTICI, ANTINFIAMMATORI E ANTIDOLORIFICI

I PUNTI

SI

LA COMMISSIONE ANTICIPA LA RIFORMA DEL SETTORE

L'approvazione di alcune norme della riforma farmaceutica della Ue offre rapide soluzioni in caso di penuria di farmaci. Come una piattaforma per rendere operativa la lista dei medicinali necessari

NO

I TEMPI LUNGI PER L'ASSETTO NORMATIVO DEFINITIVO

L'imponente riforma farmaceutica Ue, la prima in 20 anni, è ferma alla partenza: si cerca l'equilibrio tra l'ampliamento dell'accesso alle cure e la tutela della proprietà intellettuale per i produttori



Il Nobel lombardo agli scienziati anti cancro

In memoria di Umberto Veronesi
il premio a June e Rosenberg,
pionieri dell'immunoterapia

di **Simona Buscaglia**

Dalle note della rockstar David Bowie alla premiazione di due «rockstar» della scienza: inizio e fine della cerimonia al Teatro alla Scala di Milano per la sesta edizione della «Giornata della ricerca», inaugurata dalle note del brano *Life on Mars?* (suonato da Paolo Fresu e da Frida Bollani Magoni) e conclusasi con la consegna del premio «Lombardia è ricerca» a Steven A. Rosenberg e Carl H. June, padri della rivoluzionaria immunoterapia anti cancro. Il premio è anche un'occasione per valorizzare la ricerca lombarda: il regolamento del riconoscimento da un milione di euro prevede che il 70% della cifra venga investito dai vincitori per sostenere studi sul territorio. Il professor June ha

deciso di destinare questa parte di fondi alla collaborazione tra il suo polo di eccellenza a Philadelphia e un network di centri di ricerca pubblici e privati che proprio in Lombardia stanno investendo sulle terapie con le Car-T, cellule immunitarie modificate che riescono a uccidere solo le cellule tumorali.

Entrambi gli scienziati (June in presenza e Rosenberg in video) hanno ripercorso soddisfazioni e difficoltà incontrate. E se il primo racconta, dopo gli studi in cui credevano in pochi, il momento della svolta grazie al trattamento con le Car-T andato a buon fine su Emily Whitehead, bimba di 7 anni all'epoca affetta da leucemia recidivante e oggi studentessa all'Università della Pennsylvania (la stessa dove lui insegna), il secondo parla delle «montagne russe» emotive che ancora oggi lo scuotono quando vede alcuni pazienti guarire grazie ai suoi

studi e altri no: «Il nostro obiettivo è migliorare il trattamento in modo che quelli che reagiscono positivamente siano la maggioranza».

Dal 2017 questa giornata è dedicata alla memoria di Umberto Veronesi e quest'anno il tema scelto («Modelli di cura, terapia, prevenzione») è risultato «particolarmente vicino a ciò che stava a cuore a mio papà — sottolinea il figlio Paolo, presidente della Fondazione Veronesi —, che ha dedicato 60 anni di carriera alla cura dei tumori».

In platea ieri alla Scala anche molti ragazzi delle scuole lombarde. Tre gli istituti che hanno ritirato il premio «Lombardia è ricerca» nella sezione studenti, consegnato da Gerry Scotti. Primo classificato l'Istituto Tecnico «Cipriano Facchinetti» di Castellanza (Varese), per il prototipo di un calcio balilla che permette a un compagno con disabilità di giocare comunque

al biliardino, grazie a una fotocamera che rileva la posizione del piede e attiva poi la stecca. Medaglia d'argento per l'Iss «Vigano» di Merate (Lecco), con il loro «Smartwear», un guanto e degli occhiali speciali per far interagire con il mondo esterno Claudio, un bimbo di 4 anni che dopo una paralisi cerebrale non può muoversi e parlare. Al terzo posto il liceo «Vittorio Veneto» di Milano, con il progetto «Healthy rooms: live, treat and be well», che ha creato nel metaverso un centro dedicato alla salute mentale.

Al premio hanno partecipato, tra gli altri, il governatore della Lombardia Attilio Fontana, l'assessore regionale alla Ricerca Alessandro Fermi, l'architetto Carlo Ratti, l'ex senatrice Maria Alessandra Gallone, consigliera delegata per l'occasione dal ministro dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini, e il direttore del *Corriere* Luciano Fontana.

Le scuole

I GIOVANI

Tre le scuole superiori che hanno ricevuto da Gerry Scotti il premio «Lombardia è ricerca» nella sezione studenti. Primo classificato l'Istituto



Tecnico «Cipriano Facchinetti» di Castellanza (Varese), per il prototipo di un calcetto che permette a un compagno con disabilità di giocare comunque al biliardino

La ricerca nelle scuole

Tre gli istituti superiori che hanno ricevuto un riconoscimento per i progetti presentati

Chi sono



Steven Rosenberg (in video-collegamento), 83 anni, dei National Institutes of Health, Maryland, primo a usare cellule immunitarie contro il melanoma. Carl June, 70 anni, della Scuola di Medicina Perelman, Pennsylvania, noto per la ricerca con cellule Car-T



I Giorni della ricerca di Airc

Investimenti e bandi È nei laboratori che nasce la speranza

137 milioni di euro per 816 progetti e programmi di formazione. Questi i numeri che danno la misura dell'impegno della fondazione in prima linea nella cura del cancro. Puntando su giovani e Sud

di Tiziana Moriconi

La messa a punto di un nuovo protocollo di cura, il primo senza chemioterapia, per la leucemia linfoblastica acuta nei pazienti adulti. La dimostrazione che è possibile ricorrere alla biopsia liquida tramite un semplice prelievo di sangue per personalizzare le cure in chi ha un tumore del colon. Ancora, la scoperta che un ceppo di batteri intestinali, *Lactobacillus paracasei*, è in grado di potenziare l'effetto dell'immunoterapia. E poi: la prima terapia genica con cellule CAR-T che ha buone probabilità di successo contro il neuroblastoma, la forma più grave e frequente di cancro cerebrale nei bambini. Quelli appena citati sono solo alcuni esempi dei risultati raggiunti da ricerche italiane d'avanguardia a livello internazionale, portate avanti grazie ai finanziamenti della Fondazione Airc. Risultati che hanno cambiato, o stanno per farlo, la pratica clinica per diverse malattie oncologiche.

Importanti progressi, come ci ricordano le molte iniziative in corso per i Giorni della ricerca Airc (fino al 17 novembre): basti pensare che oggi, nel nostro Paese, circa 3,6 milioni di persone sono vive a

oltre 5 anni dalla diagnosi, un numero più alto del 37 per cento rispetto a quello di appena dieci anni fa. Università e laboratori italiani hanno sempre contribuito in modo significativo, nonostante da noi si investa molto meno di quanto non accada nelle principali economie dell'Unione europea. Tra i finanziatori privati, Fondazione Airc gioca un ruolo di primo piano: l'85 per cento delle donazioni è investito in ricerca oncologica, cosa che ne fa il secondo finanziatore in Europa dopo il Cancer Research UK: «Nel 2023 abbiamo erogato oltre 137 milioni di euro destinati a 816 progetti e programmi di formazione, che coinvolgono complessivamente circa 6mila ricercatrici e ricercatori, soprattutto di enti pubblici», dice il presidente Andrea Sironi. «Il cancro è un'emergenza sociale, con oltre mille diagnosi al giorno. Non sono numeri, ma persone, storie, famiglie, e l'unica arma che abbiamo è la ricerca, insieme a prevenzione e diagnosi precoce».

Oltre alla ricerca di base, da due anni Fondazione Airc sostiene anche quella traslazionale e clinica con un bando ad hoc, il *Next Gen Clinician Scientist Grant*, dedicato ai giovani medici ricercatori. Per gli under 45 c'è anche un altro nuo-

vo bando, il *Southern Italy Scholars*, che come dice il nome è riservato a chi lavora nei laboratori del Sud Italia. «I ricercatori senior sono normalmente avvantaggiati nella selezione, perché hanno più esperienza. Per questo abbiamo deciso di riservare dei grant ai giovani, perché pensiamo che da loro possano arrivare le idee più innovative e di frontiera», spiega Sironi. «Quello dedicato alla ricerca nel Mezzogiorno vuole aiutare chi, per ragioni geografiche, può risentire di svantaggi strutturali. L'obiettivo è soprattutto facilitare la cooperazione tra scienziati d'eccellenza e nuove generazioni di ricercatori del Meridione». Tra gli altri bandi dedicati ai junior ci sono, per esempio, il *My first grant* per aiutare chi, dopo un dottorato, vuole diventare indipendente, e il *grant Start up*, per reintegrare nel nostro Paese chi sta lavorando all'estero.

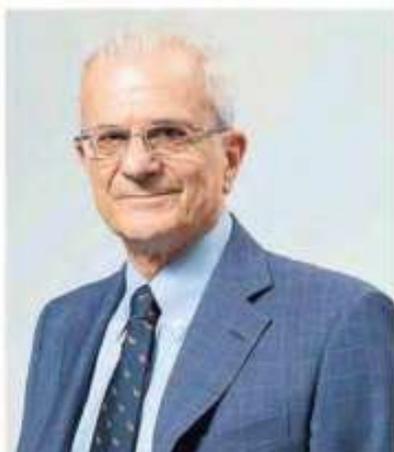
«Quest'anno sono arrivate, complessivamente, più di 1.200 richieste di partecipazione ai bandi, che sono pubblici e si dividono in



grant (per grandi progetti di almeno 5 anni, ndr) e borse di ricerca, per progetti sia in Italia, sia all'estero», dice Federico Caligaris Cappio, direttore scientifico di Fondazione Airc. Con l'aiuto del Comitato tecnico scientifico, tutte le domande sono valutate da una commissione internazionale di scienziati (per evitare campanilismi). Un rigore che dà i suoi risultati: «Nel 2022 sono stati pubblicati su riviste scientifiche di rilievo più di 2mila 200 studi portati avanti con il nostro contributo: il 30 per cento in più rispetto al 2015».

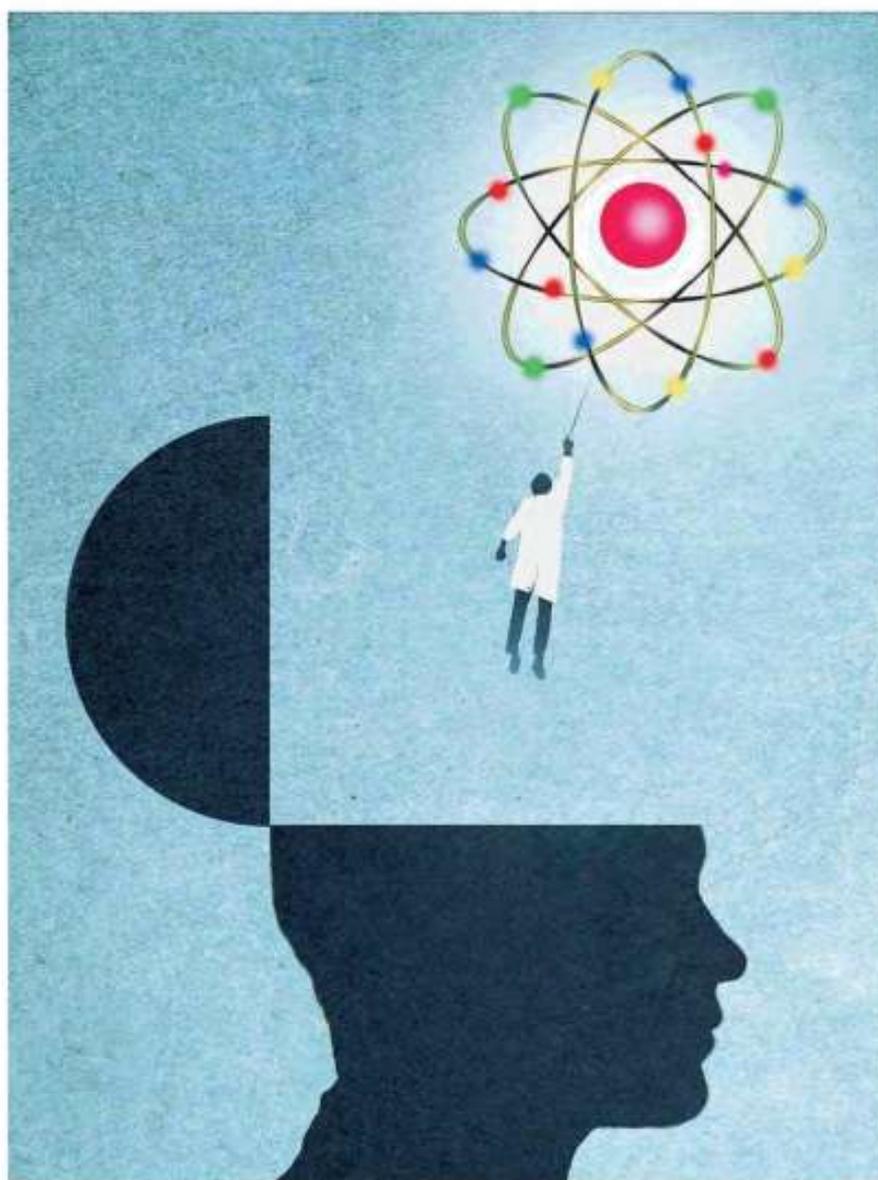
Difficile dire dove ci sia bisogno di più ricerca. Da una parte ci sono tumori, come il carcinoma mammario o la leucemia acuta nei bambini, che oggi riusciamo a curare nella stragrande maggioranza dei casi. Eppure resta una percentuale, seppur piccola, dove qualsiasi cosa fai non funziona. Dall'altra, ci sono i tumori più difficili: quelli cerebrali, ovarici, o del pancreas, per citare solo la punta dell'iceberg. «Oggi abbiamo tecnologie in grado di fornirci moltissimi dati in cui

cercare delle risposte» conclude Caligaris Cappio. «La sfida sarà porsi le domande giuste».



▲ Alla guida

Dall'alto, Andrea Sironi e Federico Caligaris Cappio, presidente e direttore scientifico della Fondazione Airc



MEDICINA DALLO SCREENING ALLA PILLOLA È LA NUOVA SANITÀ

La rivoluzione dell'intelligenza artificiale in corsia è realtà, tanto che l'Oms ha già stilato tre documenti per normarne l'uso. Giorgio Sesti, presidente Simi:

«Prematuro pensare possa sostituire un internista nella diagnosi e nella terapia ma la sua applicazione può accelerare anche la scoperta di molecole farmacologiche»

CARLA MASSI



Il tempo, breve, di mettere insieme le ricerche sparse nel mondo, verificare le prime sperimentazioni, analizzare i benefici accanto ai possibili danni e l'intelligenza artificiale in medicina è già realtà. Quello che ci circonda è molto più concreto e fattivo di quanto si potesse immaginare solo poco più di un anno fa.

La disponibilità di dati in ambito medico è cresciuta enormemente così come le fonti da cui essi provengono. Accanto ai dati tradizionali, dalle cartelle cliniche ai database genetici, sono sempre più disponibili quelli che arrivano da testi, immagini, suoni, sensori. «Gli algoritmi in ambito medico - spiegano gli esperti dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano - sono usati per interpretare questa enorme mole di dati e per identificare possibili relazioni di

causa-effetto tra i dati e le patologie di cui un paziente soffre. Il campo nel quale si sono fatti più progressi in termini di utilizzo dell'intelligenza artificiale come supporto per i medici è quello diagnostico. Un'altra area sulla quale si sta lavorando molto è quella legata ai sistemi di predizione, in grado di identificare possibili patologie ancora prima che queste si manifestino».

La codificazione dell'uso della AI nel campo della salute, dunque, ha subito una brusca accelerazione. Dai laboratori, dagli spazi della sperimentazione è praticamente arrivata al letto del paziente. Tanto che l'Oms, in pochi mesi, da gennaio a ottobre, si è espressa oltre tre volte sulla materia. L'ultima, un paio di settimane fa: una nuova pubblicazione elenca le principali considerazioni normative sull'intelligenza artificiale per la salute. La pubblicazione mira a delineare i principi chiave che i governi possono seguire per sviluppare nuove linee guida o adattare quelle esistenti. Viene sottolineato che con la crescente disponibilità di dati sanitari



e il rapido progresso delle tecniche analitiche gli strumenti di intelligenza artificiale potrebbero trasformare il settore sanitario.

L'EVOLUZIONE

Nuovi percorsi diagnostici, terapie e ricadute economiche vanno, ovviamente, di pari passo. La ricerca tenta di "armonizzarle" e noi speriamo lo faccia tenendo presente la tutela del paziente. Certo è che volano sia le sperimentazioni che il giro d'affari. In campo sanitario si stima che il settore dell'AI passerà dai 15 miliardi di dollari del 2023 a 103 miliardi di dollari entro il 2028. All'attivo, tra i successi, abbiamo, per esempio, progressi nella diagnostica predittiva, compre-

sa quella precoce di un tumore come quello del pancreas. Ma anche la creazione di un antibiotico (la molecola è stata battezzata Halicin) efficace contro l'antibiotico-resistenza.

Nonostante i risultati positivi tra i camici bianchi non si nasconde il timore che questa rivoluzione possa essere mal interpretata. Imboccata come scorciatoia sia diagnostica che terapeutica. Da qui la profonda discussione che ha voluto affrontare la Società italiana di Medicina interna (Simi), circa 5 mila iscritti, durante il recente congresso a Rimini. «L'AI - spiega il professor Giorgio Sesti, presidente della Simi - sta entrando prepotentemente nel campo della medicina. Ritengo però prematuro pensare che possa sostituire il medico internista nel porre diagnosi e consigliare la terapia più appropriata, ma potrà contribuire a perfezionare gli strumenti a disposizione per l'apprendimento, l'aggiornamento, la formazione sul campo tramite le simulazioni, la diagnostica avanzata. Le sue applicazioni possono accelerare la scoperta di nuove molecole farmacologiche e lo sviluppo di indagini per la diagnosi precoce di patologie croniche».

La maggior parte di queste applicazioni sperimentali riguarda la radiologia (avanzate sono le applicazioni dell'AI alla mammografia, per lo screening oncologico), ma anche in medicina interna, oftalmologia e in ambito gastro-enterologico. «È necessario -

aggiunge Sesti - formare una generazione di "medici cyborg", cioè medici con competenze informatiche avanzate, per facilitare e avvicinare le nuove generazioni all'uso di certi strumenti. Negli Usa li chiamano "information specialist". Sono questi i colleghi del futuro specialisti in AI in grado di dialogare con gli sviluppatori, di guidarli dando loro delle specifiche».

L'intelligenza artificiale potrebbe, in tempi brevi, entrare in uso anche per prevedere chi è a rischio di arresto cardiaco improvviso: è stato sviluppato un prototipo da ricercatori francesi usando le cartelle cliniche elettroniche di 25.000 persone morte improvvisamente e di 70.000 persone ricoverate per arresto cardiaco che non sono morte a Parigi, in Francia, e a Seattle, a Washington.

«La morte cardiaca improvvisa rappresenta dal 10% al 20% delle morti complessive. Prevederla è difficile e gli approcci usuali non riescono a identificare le persone ad alto rischio» spiega Xavier Jouven del Centro di Ricerca Cardiovascolare di Parigi.

L'AI sta, inoltre, rivoluzionando molti campi dell'odontoiatria. «Si aprono nuovi scenari - fa sapere il professor Stefano Scavia, docente all'Università Bicocca di Milano - Arriveremo al punto in cui sarà possibile far leggere e interpretare a un algoritmo delicati esami diagnostici con una visione multi-disciplinare. Una diagnosi che non analizzerà più solamente il cavo orale ma lo stato di salute fisico complessivo del paziente».

Attraverso complessi software, è possibile valutare con modelli virtuali e scansioni. «Vi saranno - aggiunge Scavia - prevedibili evoluzioni dalla diagnostica per immagini alla progettazione di ponti e corone o ancora ai trattamenti rigenerativi e alla cura della parodontite».

«SERVE FORMARE
UNA GENERAZIONE
DI "MEDICI CYBORG"
CON COMPETENZE
INFORMATICHE
AVANZATE»





Dir. Resp. Marco Girardo

Humanity 2.0

IA promettente ma i medici già diffidano

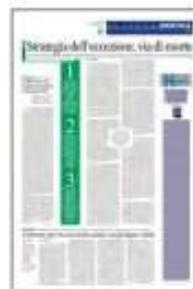


PALO BENANTI

Negli scorsi giorni il presidente americano Biden e il primo ministro inglese Sunak hanno fatto importanti passi nella regolazione delle intelligenze artificiali (IA): il primo emanando un ordine esecutivo destinato ad avere una grande influenza su come questi sistemi saranno sviluppati; il secondo radunando i leader del mondo in un incontro che ha visto la storica firma su un documento di intesa internazionale in un incontro sulla sicurezza delle IA. Tuttavia, se queste sono le intenzioni politiche, la prassi che oggi abbiamo nell'uso di queste tecnologie è piuttosto diversa. In particolare nella cura della salute. Ad investigare la distanza tra la frontiera internazionale e la vita in corsia è stato un articolo del *New York Times* in cui emerge come i medici si scontrino con l'IA nell'assistenza ai pazienti, a loro dire per una scarsa supervisione sull'uso e gli effetti di questi strumenti. La Food

and Drug Administration, l'agenzia Usa sui farmaci, ha dato il via libera a molti nuovi programmi che utilizzano l'IA, ma i medici sono scettici sul fatto che gli strumenti migliorino l'assistenza o siano supportati da una solida ricerca. Ci sono stati numerosi incidenti di percorso: il programma destinato a prevedere quando i pazienti avrebbero sviluppato la sepsi ha innescato una valanga di falsi allarmi, un altro, destinato a migliorare le cure di follow-up per i casi più seri, che sembra aver aggravato le già preoccupanti disparità sanitarie. Tutto questo sembra si sia tradotto in una tendenza del personale medico a mantenere l'IA in disparte: come assistente, scriba, secondo parere casuale, organizzatore di back-office. Tuttavia l'AI è un argomento caldo: sta aiutando a scoprire nuovi farmaci, potrebbe individuare effetti collaterali inattesi, può aiutare il personale oberato da compiti routinari. Nell'inchiesta del *New York Times* il ruolo della Fda è però stato oggetto di aspre critiche sul modo in cui esamina e descrive i programmi che approva per aiutare i medici a individuare qualsiasi cosa, dai tumori ai coaguli di sangue, ai

polmoni collassati. Jesse Ehrenfeld, presidente dell'American Medical Association, ha dichiarato che la condizione per cui i medici incorporino queste cose nel loro flusso di lavoro è avere la certezza che gli strumenti funzionino. Questo elemento è lo stesso che compare nell'ordine esecutivo di Biden: «È importante supervisionare lo sviluppo e la sicurezza dell'IA e costruire sistemi di cui le persone possano fidarsi». Il problema più grande al momento è che nessuna agenzia statunitense governa l'intero panorama delle IA. Emerge che i medici stanno sollevando altre domande mentre cercano di utilizzare i circa 350 strumenti software che la Fda, trovando poche risposte alle domande di base: come è stato costruito il programma? Su quante persone è stato testato? È probabile che identifichi qualcosa che sfugge a un normale medico? E così i medici si tirano indietro, diffidando di una tecnologia che sembra così promettente. L'algoritmica ci chiede di superare questo impasse.





Dir. Resp.: Marco Girardo

«Contro i tumori, da scienziato e papà»

L'oncologo Luca Boldrini, testimonial dei «Giorni della ricerca» Airc: tanto tempo sottratto alla famiglia, ma a mio figlio vorrei lasciare un mondo migliore

ELISABETTA GRAMOLINI

Senza cuore non si va avanti, nemmeno nella ricerca oncologica. Lontano dal microscopio, nelle stanze dei reparti, il dato scientifico si inserisce nei piani che attraversano la patologia, tocca la dimensione umana del paziente, coloro che gli ruotano attorno, e torna in mano al clinico, arricchito dall'esperienza. «In corsia nascono i dubbi e le necessità che il ricercatore in laboratorio non avrebbe l'opportunità di scoprire. In prima linea vediamo i problemi che paiono insormontabili, pensiamo come poterli tradurre in approcci sperimentali che ci aiutano a fare medicina traslazionale, cioè a generare evidenze nella pratica clinica», spiega Luca Boldrini, ricercatore e oncologo radioterapista del Policlinico Universitario Gemelli di Roma, titolare di un progetto nell'ambito del nuovo bando Next Gen Clinician Scientist sostenuto dalla Fondazione Airc per la ricerca sul cancro. Per parlare della sua ricerca, Boldrini è stato invitato al Quirinale il 30 ottobre dal presidente della Repubblica Sergio Mattarella per la cerimonia inaugurale della campagna di sensibilizzazione Airc «I Giorni della ricerca». «Il mio progetto, chiamato "Mo-reover" - dice Boldrini - va ad arricchire un'esperienza precedente, lo studio Thunder II, di ulteriori due variabili nella ricerca oncologica: la genomica e il microbiota. Si tratta di

un lavoro complesso, che vede al centro la possibilità di trovare nuove strategie di ottimizzazione del trattamento radiochemioterapico del tumore del retto localmente avanzato, utilizzando l'analisi quantitativa delle bio-immagini, la cosiddetta radiomica». Volto della campagna di quest'anno, Boldrini appare sia con suo figlio Edoardo, due anni, sia con Marta, una giovane paziente oncologica. «Abbiamo cercato di dare l'immagine delle diverse anime di chi fa la ricerca - commenta -: quelle del ricercatore e del padre. A volte dobbiamo fare i conti con il lavoro in laboratorio, che toglie tanto tempo alla famiglia, ma spesso dico che voglio lavorare per mio figlio, per fare in modo che in futuro sia fiero del mio lavoro e felice di ricevere un mondo migliore di come l'ho trovato io».

E grazie anche agli sforzi delle donne e degli uomini in laboratorio i passi compiuti dalla ricerca oncologica consentono oggi di raggiungere risultati fino a ieri impensabili. Secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione italiana registri tumori (Airtum), circa 3,6 milioni di persone hanno superato una diagnosi di cancro, con un incremento del 37% nella sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi rispetto a solo dieci anni fa.

Il cancro però resta un'emergenza. In Italia lo scorso anno sono stati diagnosticati 390mila nuovi tumori, più di mille al giorno: si stima che il cancro abbia colpito solo nel nostro Paese 205mila uomini e 185mila donne, con un incremento in due anni di circa 14mila casi.

«Il mio desiderio da ragazzo era capire i tumori per riuscire a curarli. Oggi questo sogno si sta realizzando - ricorda il direttore scientifico della Fondazione, Federico Caligaris Cappio -. Ci sono tumori che possono essere guariti, anche se oggettivamente rappresentano la minoranza. Per altri ci può essere una cronicizzazione facendo diventare il tumore come uno sgradevole "compagno di viaggio" con cui convivere,

facendo una vita normale». Per quelli ancora non curabili la ricerca è indispensabile e ha bisogno di essere sostenuta, in Italia più che mai. «Mancano - sottolinea Caligaris Cappio - un importante investimento e la convinzione che la ricerca sia il passaporto verso un futuro migliore.

La parte di Pil che l'Italia dedica alla ricerca è inferiore rispetto ad altri Paesi che hanno risultati migliori. Airc ha sempre creduto nella scienza: quest'anno abbiamo erogato

nei progetti di ricerca oncologica 137 milioni di euro destinati a 6mila ricercatori. Cerchiamo di dare il buon esempio, e i risultati non fanno altro che confermare l'atteggiamento di fondo». Negli ultimissimi anni sono anche cambiate le tattiche per attaccare il cancro: «I tumori sono di 200 tipi diversi - rammenta il direttore scientifico -, non è possibile avere un'unica strategia. Per certi tumori, come quelli intestinali, l'indagine del microbioma è fondamentale. L'approccio genetico per dare una carta d'identità e conoscere le caratteristiche della neoplasia per attaccarla in maniera efficace, invece, vale per tutti. Un altro orientamento è rappresentato dalla immunologia, ovvero da come il nostro sistema immunitario reagisce o può essere convinto a reagire contro il cancro. Anche in questo caso si aprono diverse possibilità, ognuna delle quali può essere adattata al tipo specifico di tumore. Il vaccino terapeutico infine è un'ulteriore strada, e fa sempre parte del capitolo dell'immunologia, ovvero capire come usare il nostro sistema immunitario. Ma ne vedremo gli sviluppi nei prossimi anni».





Dir. Resp. Marco Girardo

La lunga marcia delle cure palliative

Sempre più conosciute tra i medici, che però sferziano a proporle ai loro pazienti. E i due terzi dei cittadini non sa se ci sono sul loro territorio. La ricerca Vidas-Ipsos

ANTONELLA GALLI

Le cure palliative: quanto le conoscono i cittadini? E quanto i medici? La risposta arriva da una ricerca condotta da Ipsos per Vidas – associazione di volontariato che da 40 anni è impegnata nell'assistenza socio-sanitaria gratuita ai malati con patologie inguaribili e ai loro familiari – in occasione della Giornata nazionale delle Cure palliative, che si celebra l'11 novembre. Lo studio, realizzato in collaborazione con la Federazione Cure palliative e grazie al contributo della Fondazione Giulio e Giovanna Sacchetti, ha coinvolto quasi 2.500 persone – fra cittadini, medici del territorio e ospedalieri – ed evidenzia che negli ultimi anni molto è cambiato. Dal confronto con una ricerca del 2011, emerge come oggi si sia quasi azzerata la quota di chi non ha mai sentito parlare delle cure palliative, passata dal 41 al 6%. La conoscenza non è solo più ampia, ma anche più approfondita: il 54% degli intervistati infatti dichiara di sapere «bene o abbastanza bene di che cosa si tratta».

E seppure ancora il 18% le ritiene sinonimo di terapie inutili, "naturali" o alternative alla medicina tradizionale, è sempre più diffusa la consapevolezza (86%) che permettono di migliorare la qualità della vita di persone malate e delle loro famiglie. Otto cittadini su dieci sanno che sono un diritto (sancto dalla legge 38 del 2010) e che devono essere garantite gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale. Il 60% ha chiaro che possono essere erogate a casa, in ospedale o negli hospice. Il 57 però non sa se sono attive o meno sul proprio territorio.

«La ricerca ci dice che c'è ancora molto da fare ma che molto è stato fatto – sottolinea Gino Gobber, presidente della Società italiana cure palliative (Sicp) –. C'è una conoscenza più profonda, che porta a richieste concrete. C'è consapevolezza che le cure palliative servono e sono irrinunciabili per tutti coloro che ne hanno bisogno: sono un diritto che deve essere erogato in tutti i luoghi deputati alla cura. La normativa in Italia è coerente ed è completa, e quello che serve è un'applicazione. In un panorama nazionale che è talmente frammentato da avere al suo interno sia l'eccellenza che l'assenza assoluta, l'eccellenza dimostra che l'obiettivo è raggiungibile».

La maggior parte dei medici di medicina generale e degli specialisti ospedalieri si ritiene informata. Tra i pediatri, però, solo uno su tre si sente sufficientemente aggiornato sulle cure palliative pediatriche e solo il 20% ne ha avuto esperienza diretta con i propri pazienti. Interessante notare che, pensando ai destinatari, per i cittadini intervistati è più facile immaginare adulti o anziani (87 e 88%) ma molto meno bambini, e solo quattro persone su dieci pensano che le cure palliative possano riguardare anche i più pic-





coli. «Eppure, solo in Lombardia, sono 1.600 i bambini che ogni anno ne avrebbero bisogno» evidenzia Giada Lonati, medico palliativista e direttrice socio-sanitaria di Vidas. Tornando ai medici, oltre l'80% è a conoscenza del diritto riconosciuto per legge, ma resiste ancora una percentuale che lo ignora: il 21% dei pediatri, il 17 degli specialisti ospedalieri, il 15 dei medici di medicina generale. La quasi totalità dei clinici si dimostra propensa a proporle indipendentemente dalle patologie, ma nella pratica le suggerisce soprattutto a pazienti oncologici; oltre il 60% inoltre è orientato a prospertarle quando i trattamenti non incidono più sul decorso della malattia, prima di arrivare alla fase terminale. Dal punto d'osservazione dei medici, la percezione è che la popolazione sia poco informata sulle cure palliative (solo il 25% secondo i medici di famiglia, il 16 per gli specialisti ospedalieri, il 7 per i pediatri). Quando le propongono, però, i clinici devono rivedere la loro opinione, perché si trovano di fronte a una conoscenza più ampia del previsto. Questo aspetto si lega a un altro dato significativo: l'esperienza di assistere una persona con una malattia inguaribile in fase avanzata, sia diretta che riferita a familiari e conoscenti, riguarda due italiani su tre. E un quarto degli intervistati che ha avuto accesso alle cure palliative ne ha fatto richiesta spontaneamente.

«Secondo la ricerca, la pianificazione condivisa delle cure è un bene per oltre il 50% dei medici. E in quest'ottica allora credo sia fondamentale fare informazione per i cittadini, per accrescere la loro consapevolezza e renderli promotori della tutela dei loro diritti - riprende Lonati -. Lo studio però evidenzia anche un grande ostacolo che i clinici devono affrontare in relazione alla prescrizio-

ne delle cure palliative: parlare ai propri pazienti di malattia grave, prognosi infausta, morte. I medici sanno, in astratto, che cosa dovrebbero dire, ma per loro spesso è difficile trovare le parole giuste. Perché le cure palliative affrontano un dolore globale, che ha una dimensione fisica ma anche psicolo-

gica, sociale e spirituale. Per questo, a mio parere, è necessaria una formazione ad hoc, che deve essere non solo tecnica ma anche filosofica, umanistica e, soprattutto, comunicativa. Il palliativista sa lavorare sulle capacità specialistiche, per rispondere alle paure più concrete dei malati legate al dolore, alla perdita della dignità, dell'autosufficienza... Fra le sue competenze, però, deve esserci anche quella di vivere senza timore la dimensione relazionale con il paziente nel momento in cui si devono affrontare insieme temi difficili. Il nostro lavoro si fonda molto sulla dialettica, ma spesso si muove in un terreno di incertezza: per questo dobbiamo essere educati ad avere un linguaggio adatto alla comunicazione con i malati e i loro familiari. Per saper trasmettere la consapevolezza di quanto si può fare, di quanto è giusto fare, dei limiti, delle possibilità e di quanto le cure siano proporzionate rispetto al bisogno del paziente. Per sostenerlo, e sostenere chi gli è accanto, nella scelta migliore per dare qualità alla sua vita».



La sanità**Infermieri dall'estero
il no di Ordine e sindacati**

Un coro di no. Dall'Ordine ai sindacati, l'ipotesi lanciata dall'assessore al Welfare Guido Bertolaso di reclutare all'estero infermieri da "importare" in Lombardia, con una sorta di flusso migratorio organizzato dalla Regione a trazione Lega-Fdl, fa storcere il naso alle associazioni di categoria. Che da tempo chiedono un intervento affinché si colmi la carenza di personale – oltre 9.500 sarebbero gli operatori che mancano all'appello negli ospedali regionali – e si ponga un argine all'emorragia di professionisti sanitari.

di **Alessandra Corica** ● a pagina 4

LA SANITÀ**Infermieri contro il piano Bertolaso
“È sbagliato reclutarli all'estero”**

Ordine e sindacati
sull'assessore: "Lavori
invece per ridare
valore alla professione"

di **Alessandra Corica**

Un coro di no. Dall'Ordine ai sindacati, l'ipotesi lanciata dall'assessore al Welfare Guido Bertolaso di reclutare all'estero infermieri da "importare" in Lombardia, con una sorta di flusso migratorio organizzato dalla Regione a trazione Lega-Fdl, fa storcere il naso alle associazioni di categoria. Che da tempo chiedono un intervento affinché si colmi la carenza di personale – oltre 9.500 sarebbero gli operatori che mancano all'appello negli ospedali regionali – e si ponga un argine all'emorragia di professionisti sanitari. Tanti infatti scelgono di lasciare, soprattutto nel caso delle strutture pubbliche, a favore del privato o dell'estero, andando in Inghilterra o Svizzera, dove ogni giorno lavorano circa 4 mila frontaliere "sanitari" in arrivo dall'Italia.

«Ci si chiede quanto sia etico fare una campagna di reclutamento di questo tipo, in Paesi in cui il sistema sanitario versa in condizioni critiche», attacca allora il coordinamento degli Ordini delle professioni infermieristiche della Lombardia (la

Fnopi). «Abbiamo gli stipendi più bassi d'Europa e un rapporto tra numero di infermieri e pazienti che è di uno a 12, contro l'uno a sei che dovrebbe essere: bisognerebbe lavorare su questo», rincara Monica Trombetta, segretaria regionale del sindacato Nursing Up. «È giusto concentrarsi sul reclutamento, ma è altrettanto importante occuparsi di motivare e trattenere chi già lavora nel sistema sanitario lombardo. Negli ultimi anni, il numero di dimissionari è più che triplicato, un segnale evidente dello stato di malessere che questi operatori stanno vivendo», chiosa Salvatore Monteduro, segretario della Uil.

L'idea della Regione è quella di reclutare (e formare dal punto di vista linguistico) personale straniero, tramite convenzioni siglate dalle ambasciate e con il placet del ministero della Salute (che starebbe lavorando a un piano analogo). Dove? Nei Paesi del Sud America ("vicini" dal punto di vista linguistico all'Italia) o nell'area del Mediterraneo, anche sulla scorta di quanto avviato da alcune holding private: il Gruppo San

Donato, per esempio, ha siglato un accordo per far arrivare 300 professionisti sanitari dalla Tunisia. «Ma una soluzione del genere – tuonano ancora dalla Fnopi, che denuncia anche di non essere stato convocato dalla Regione per parlare della questione – richiede il coinvolgimento attivo degli ordini professionali, enti sussidiari dello Stato in relazione all'esercizio della professione per la tutela della salute dei cittadini».

Perplessa anche la Sidmi, la Società italiana per la direzione e il management delle professioni infermieristiche: «Il rischio è che si tratti di soluzioni temporanee, dato che i colleghi stranieri non è detto che qui restino a tempo "indeterminato" – riflette il presidente lombardo, Giuseppe Negrini -. Bisognerebbe ragionare in modo complessivo, capire perché la professione non è più attrattiva». Tagliente Carmela Rozza, consigliera regionale Pd e lei stessa infermiera: «In Lombardia gli infermieri mancano da più di 40 anni e la destra non ha mai fatto nulla per sostenere o rendere più stimolante questa professione, anzi».





Dir. Resp. Marco Girardo

L'INTERVISTA

«Il Bambino Gesù a servizio della vita»

Il presidente dell'ospedale Onesti: nessun giudizio sui medici inglesi, noi qui accogliamo e curiamo

ALESSIA GUERRIERI
Roma

Tiziano Onesti, tra le mission della Fondazione e dell'ospedale, due realtà di cui è presidente, c'è quella dell'accoglienza dei bambini più bisognosi e dei progetti umanitari. La disponibilità del Bambino Gesù ad accettare Indi Gregory rientra in questa vocazione?

Certo. Come già capitato in passato, abbiamo dato una disponibilità umanitaria e istituzionale, perché ci è stata chiesta dalla famiglia e dal governo italiano. Ma non c'è nessun giudizio sulla sanità o sui medici inglesi, per i quali c'è massimo rispetto e totale apprezzamento per il lavoro che svolgono, pur esprimendo sensibilità diverse. Il Bambino Gesù è un ospedale che accoglie e che cura, e non possiamo esimerci dall'accogliere l'appello dei genitori raccolto dalle nostre Istituzioni ai massimi livelli. La nostra è una disponibilità totale a servizio della vita, è questo il messaggio culturale ed educativo che deve passare, al di là della vicenda delicatissima. In un momento storico in cui c'è la guerra, noi ci sentiamo ancora di più per la vita.

Ecco è proprio questo il punto, prendersi cura della vita anche quando si hanno poche speranze...

Io comprendo la speranza dei genitori nel portare la bimba qui in Italia, magari per salvarla, però noi siamo molto cauti e molto obiettivi. Il percorso clinico fatto in Inghilterra è pienamente condivisibile. Cerchiamo di assicurare un finale diverso coinvolgendo i genitori, anche grazie al supporto di una funzione bioetica dedicata. Il dolore, la malattia fanno parte della nostra vita. Nel nostro centro di cure palliative, a Passoscuro, proviamo a lenire il dolore e a curare tutta la famiglia, non solo il bambino. Ci prendiamo cura del noi, insomma. Questo facciamo in questi casi.

Scienza, carità, eccellenza clinica e accoglienza. All'epoca della nomina a presidente dell'ospedale, a marzo scorso, disse che il suo sarebbe stato un mandato in continuità con il suo predecessore Mariella Enoc, da qual-

che giorno è anche presidente della Fondazione Bambino Gesù, per cui ha parlato di sfide importanti che si hanno davanti. A cosa pensa?

La fondazione è una onlus destinata ad essere il braccio strumentale per le attività a supporto dell'ospedale o, meglio, del sistema Bambino Gesù, che è un sistema di attività e di valori che porta avanti da sempre: clinica, ricerca, accoglienza, volontariato, missioni internazionali. Il Bambino Gesù è tutto questo e deve essere supportato non solo con risorse umane, ma anche finanziarie. La finalità della fondazione è proprio quella di trovare progetti e risorse che siano strumentali al perseguimento della missione e della finalità dell'ospedale, in una logica di sostenibilità.

Mariella Enoc e io siamo due persone diverse per cultura ed estrazione e per esperienze vissute, però la condivisione dei valori è totale. Lei è inimitabile e rappresenta un punto di riferimento fondamentale per me che ne ho raccolto il testimone e tutte le persone nelle varie aree dell'ospedale. Sono importantissimi per noi tutti i progetti internazionali già avviati e non solo. Penso alla Giordania, all'America Latina, alle molte attività divulgative e di scambio, tra cui quella recente con l'Istituto italo-latino americano, con giovani medici che vengono in ospedale per uno scambio di conoscenze. In Giappone, abbiamo avviato un progetto sulla formazione etica degli operatori sanitari, in collaborazione con la famiglia Ide, che gestisce alcuni ospedali cattolici sempre in Giappone e collabora con noi nella missione in Cambogia. Nelle iniziative internazionali, il Bambino Gesù vuole far crescere il livello delle conoscenze e delle competenze delle persone nei contesti in cui opera.

Senza andare troppo lontano, anche in ambito regionale o nazionale italiano ci sono tante disuguaglianze in sanità, così abbiamo progetti a livello locale per condividere conoscenze e crescere insieme. È una partita in cui vinciamo tutti, soprattutto i pazienti e le

famiglie. Noi, voglio ricordarlo, non facciamo profitto, abbiamo però il vincolo del bene comune e della sostenibilità che guida le nostre scelte.

Che ospedale vorrebbe?

L'ospedale è un'organizzazione molto complessa, perché fa servizi di elevato livello per la salute umana nei confronti di un paziente particolare, che è un bambino con la sua famiglia. È un bambino ed è il nostro futuro e ti prende al cuore. Qui ho visto la sofferenza vera: per arrivare nel mio ufficio passo di fronte al reparto di oncematologia pediatrica, e tante volte vedo i genitori piangere lì fuori. Vorrei fermarmi e parlare con loro per dare un conforto, poi mi fermo per rispetto sapendo quanto lavoro e dedizione c'è verso quel giovane paziente e la sua famiglia da parte di tutti in ospedale.

Il Bambino Gesù continuerà a fare quello che ha sempre fatto, senza dimenticare il tema delle risorse, perché senza risorse adeguate non fai nulla. E questo significa evocare la donazione, perché noi viviamo anche di questo. Il Bambino Gesù deve sviluppare, anche grazie alla Fondazione, un maggior ricorso alle donazioni per avere più risorse da dedicare alla nostra attività di ricerca, assistenza, accoglienza e le iniziative internazionali, che sono i pilastri della nostra missione.

Sono servizi molto costosi, certamente in maniera diversa. Non immagina quante autorizzazioni per uso di car-
t anche fuori budget ho firmato, ma di fronte alla possibilità di salvare una vita autorizzo in coscienza, nel pieno rispetto delle procedure. È importante poi che si sappia che qui a Roma, nel





nostro polo in zona San Paolo-Ostiese, si fa ricerca di altissimo livello. La Fondazione, perciò, farà ancor più comunicazione, *fundraising*, *advocacy* per sensibilizzare in maniera concreta le persone a donare.

Il prossimo anno ci sarà il centenario della donazione dell'ospedale alla Santa Sede, da parte della famiglia Salviati. Cosa si sta organizzando?

Vogliamo fare un anno dedicato alla donazione nel senso più ampio pos-

sibile: donazione di beni e risorse, senz'altro, ma anche di tempo (il lavoro prezioso del volontariato), di competenze. Insomma, ricordare e attualizzare il dono che fu della famiglia Salviati nel 1924. Abbiamo in programma convegni e conferenze, un programma Rai e un'udienza dedicata del Santo Padre che ci rende particolarmente felici.

La vocazione del nosocomio a rispondere all'appello dei più bisognosi, da ogni parte del mondo, in continuità col mandato di Mariella Enoc: «Lei resta un punto di riferimento fondamentale, come molti dei progetti internazionali avviati dalla Giordania all'America Latina. La sfida per il futuro? Più risorse dalle donazioni»



Tiziano Onesti, presidente del Bambin Gesù

