



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**23 GENNAIO 2024**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**

# Bambino Gesù, è record di trapianti: «Grazie agli specialisti e alle famiglie»

## IL TRAGUARDO

La cultura della donazione fa miracoli e, al Bambino Gesù, è subito record di trapianti. Nel 2023 ne sono stati eseguiti complessivamente, tra fegato e rene, ben 74 con un aumento del 50% rispetto all'anno precedente quando ne furono effettuate solo 49. Si tratta del maggior numero di trapianti per anno mai realizzato nell'Ospedale della Santa Sede e tra i più alti in Europa. «Un importante risultato ottenuto grazie ai tanti specialisti del Bambino Gesù coinvolti nei programmi di trapianto di organi addominali ma, soprattutto, grazie alla generosità delle famiglie che decidono di donare gli organi» ha commentato il direttore sanitario Massimiliano Raponi. In particolare, nell'ospedale pediatrico, sono stati eseguiti 30 trapianti di fegato, di cui 27 da donatore deceduto e 3 da vivente. I trapianti di rene sono stati invece 44, dei quali 33 da donatore deceduto e 11 da vivente. In 3 casi i pazienti hanno ricevuto un trapianto combinato di fegato e rene.

## DONATORI VIVENTI

Per la realizzazione dei trapianti da donatore vivente gli specialisti hanno esaminato 49 potenziali donatori (13 di fegato e 36 di rene) per valutare le condizioni fisiche e psicologiche di idoneità alla donazione. Di queste disponibilità ne sono state poi utilizzate 14. Raponi ha spiegato che il potenziamento della donazione da vivente è uno dei fattori che facilita l'incremento dei trapianti in-

sieme alla diffusione della cultura della donazione post mortem che, da anni, registra un trend positivo come dimostrano anche i dati diffusi nei giorni scorsi dal Centro regionale e dal Centro nazionale trapianti. «Un altro elemento importante è l'utilizzo di nuove tecnologie come i sistemi di perfusione extracorporei degli organi destinati al trapianto che ne hanno migliorato la conservazione e quindi l'utilizzabilità», ha ricordato il direttore sanitario del Bambino Gesù. A far ben sperare sono anche i numeri della sopravvivenza post intervento. Infatti, nonostante la complessità e gravità delle malattie trattate, l'attività trapiantologica dello scorso anno ha ottenuto risultati molto positivi anche sotto il profilo degli esiti clinici con una sopravvivenza del paziente vicina al 100%. In due casi si è reso necessario un nuovo trapianto di fegato (so-

pravvivenza graft, cioè dell'organo trapiantato, 93%), mentre un paziente è deceduto (sopravvivenza paziente 97%). Per quanto riguarda il rene, invece, è stata registrata una sopravvivenza paziente del 100% e del graft del 98%. Questi risultati sono tra i migliori a livello internazionale. Si tratta comunque di interventi estremamente complessi che vedono il coinvolgimento delle Unità operative di Chirurgia Epatobiliopancreatica e di trapianto di Fegato e di Rene, di Malattie Metaboliche ed Epatologia, di Epatologia e Clinica dei Trapianti, di Nefrologia, Dialisi Pediatrica e Clinica del Trapianto di Rene e del Coordinamento Trapianti. Più in generale sono oltre 100 le diverse figure professionali coinvolte nei programmi di trapianto di fegato e rene. Una catena per la sopravvivenza resa possibile dalla generosità delle famiglie e dalla diffusione della cultura della donazione. Donare un organo vuol dire regalare la vita.

Barbara Carbone

**NEL CORSO DEL 2023  
NE SONO STATI  
EFFETTUATI 74  
CON UN AUMENTO  
DEL 50% RISPETTO  
ALL'ANNO PRECEDENTE**



Un'equipe chirurgica in sala operatoria al Bambino Gesù





## Salute 24

### Allarme costi

Asl, 400 milioni  
per medici in affitto

Marzio Bartoloni — a pag. 21

# Medici e infermieri in affitto: le Asl pagano oltre 400 milioni

**L'allarme.** Crescono in tre anni del 66% le esternalizzazioni (gettonisti e interinali) per coprire i buchi in corsia causati dalle carenze di organico mentre cala l'incidenza dei costi del personale sul totale della spesa del Ssn

**Marzio Bartoloni**

**A**sl e ospedali hanno fame di medici e infermieri ma invece di farli entrare dalla porta principale - quella dell'assunzione dopo regolare concorso - continuano ad aprirgli la porta sul retro e così rischiano di spendere di più impiegando personale di "passaggio" destinato spesso a coprire solo un pugno di turni in corsia per poi sparire. È il fenomeno dei medici e degli infermieri in "affitto" e cioè dei camici bianchi e degli operatori che lavorano con altri contratti come esterni: si tratta in particolare di tutta l'area del lavoro in somministrazione (i cosiddetti interinali) e del ricorso alle cooperative con l'ormai allarmante presenza dei medici "gettonisti" che per coprire un turno vengono pagati fino a 1500 euro lordi. Una deriva che negli ultimi anni è talmente cresciuta che oggi capita di trovare ospedali che comprano all'esterno il servizio chiavi in mani di un intero pronto soccorso o di un reparto di neonatologia.

Un fenomeno questo delle "esternalizzazioni selvagge" che alla fine presenta un conto piuttosto salato: nel 2021 in base ai dati sui bilanci delle Asl (Conti economici delle aziende del Ssn) elaborati dal sindacato Cimo Fesmed i medici e gli infermieri in affitto sono costati circa 435 milioni, con una crescita del 66% dal 2019. Un boom su cui sicuramente ha pesato anche lo scoppio dell'emergenza del Covid, ma che mostra la malattia di un Ssn che non riesce più ad assumere con le procedure ordinarie, ma de-

ve ricorrere a queste scorciatoie spesso più costose.

Se si guardano i dati dell'ultimo Conto annuale relativo al 2021 si scopre infatti che le assunzioni nel Servizio sanitario sono cresciute, ma troppo poco rispetto ai bisogni: i medici dal 2019 sono aumentati solo di 1165 unità (+1%), un po' meglio l'area del comparto sanitario (infermieri&co) cresciuti in due anni di 14772 unità (+4,4%). Sempre secondo le elaborazioni Cimo-Fesmed emerge che se nell'ultimo decennio è cresciuto il finanziamento complessivo alla Sanità non è successo altrettanto per la voce del costo del personale che se nel 2010 valeva il 32% della torta totale, nel 2021 è scesa a circa il 27 per cento.

Ma perché spendere oltre 400 milioni per affittare medici e infermieri invece di assumerli? In certi casi gli "esterni" sono inevitabili perché sono l'unica soluzione d'urgenza per evitare di interrompere un servizio (si pensi a un pronto soccorso), ma nel tempo è diventata una scorciatoia per evitare le complicazioni di un concorso e della gestione del personale. E soprattutto così si può evitare la tagliola dell'attuale odiato tetto di spesa sul costo del personale (oggi non si può spendere per assumere più di quanto è stato speso nel 2004 diminuito dell'1,4%) visto che con l'appalto dei gettonisti il costo rientra nella voce della spesa per beni e servizi che infatti negli ultimi anni è esplosa. «Con i soli 430 milioni spesi nel 2021 si sarebbero potuti assumere circa 5500 medici in grado di fare 25 milioni di prestazioni ambulatoriali utili per abbattere le li-

ste d'attesa», avverte Guido Quici presidente Cimo Fesmed. Che mette nel mirino «innanzitutto il tetto di spesa sul personale che è diventato un alibi, ma anche il fatto che nella pratica pesa la maggiore facilità a chiamare le cooperative rispetto al mettere in piedi complicate e lunghe procedure concorsuali per assumere personale che poi va gestito per 30 anni».

A confermare lo spreco di risorse è anche Stefano Simonetti ex direttore amministrativo di Asl ed esperto di Sanità del Sole 24 ore: «Un appalto di tre anni per garantire la guardia medica nei pronto soccorso di tre ospedali di media piccola grandezza ha avuto un costo di 4,4 milioni di euro: con questo importo di possono assumere 16 medici». Simonetti sottolinea come la scelta di ricorrere agli esterni è anche legata al fatto che «l'appalto, qualora fosse anche a parità di costo, elimina molti problemi gestionali, in quanto trasferisce sull'appaltatore tutti i rischi di impresa e cioè la gestione delle ferie, dei permessi, delle malattie, le relazioni sindacali e qualsiasi altro aspetto del rapporto di lavoro ordinario».

FOTOGRAFIA RISERVATA



**GUIDO QUICI**  
Presidente  
sindacato medici  
della Federazione  
Cimo-Fesmed



OGGI LA FIRMA DEL CONTRATTO

## Medici, in busta paga aumenti medi di 290 euro

Potrebbero arrivare già da febbraio o al massimo a marzo gli aumenti in busta paga per i medici dopo la firma finale del contratto della dirigenza medica e sanitaria 2019-2021 prevista oggi all'Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, con i sindacati. Il contratto riguarda circa 135 mila professionisti del Servizio sanitario nazionale. L'aumento medio comprendendo tutte le voci (mobili e fisse) è di 289 euro lordi al mese e gli arretrati ammontano a circa 11 mila euro lordi. Tra le novità del nuovo contratto, sono previsti percorsi di carriera ed un netto miglioramento delle condizioni di lavoro. È stata introdotta per la prima volta una nuova indennità di specificità sanitaria per i profili diversi da quello medico e veterinario, finalizzata al progressivo allineamento alla indennità già in godimento per medici e veterinari.

Nel testo ha trovato spazio anche la disciplina del lavoro agile e del lavoro da remoto nonché l'assunzione dei dirigenti specializzandi a tempo determinato. Inoltre sono state introdotte le nuove indennità di pronto soccorso e di specificità sanitaria, in precedenza non previste. Il contratto riguarda in totale 135 mila camici bianchi del Servizio sanitario nazionale: 120.063 medici e 14.573 dirigenti sanitari non medici, e le risorse ammontano a 618 milioni di euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# Statali, risorse sbloccate Aumenti legati ai risultati

► Sì del Tesoro alla direttiva Zangrillo: ► Destinata alla produttività una parte 9,95 miliardi per avviare i negoziati «cospicua» dei fondi. Stop scatti a pioggia

## IL DOCUMENTO

**ROMA** Una parte «cospicua» dei fondi stanziati dal governo per il rinnovo dei contratti dei pubblici dipendenti dovrà essere riservata agli «istituti collegati alla produttività». Detto in altri termini, i prossimi aumenti di stipendio degli statali dovranno tenere maggiormente conto dei risultati raggiunti da ciascun dipendente. Dunque le risorse stanziare dal governo non dovranno finire tutte sul cosiddetto «tabellare», la parte della retribuzione erogata indistintamente a tutti i dipendenti. La novità emerge dalla cosiddetta «direttiva madre», l'atto firmato dal ministro della Pubblica amministrazione Paolo Zangrillo e che costituisce il primo passo verso la convocazione dei tavoli tra l'Aran, l'Agenzia che tratta per il governo, e i sindacati. La direttiva madre, che detta le linee guida del governo che dovranno essere seguite dal presidente dell'Aran Antonio Nadeo, ha appena ottenuto il bollino del ministero dell'Economia. Un passaggio necessario per «certificare» le risorse disponibili per rinnovare i contratti e per gli aumenti di stipendio. Per l'intero settore pubblico, i fondi stanziati ammontano complessivamente a 9,95 miliardi di euro. Di questi 5,5 miliardi sono destinati al «settore Stato», che comprende i ministeri, le agenzie fiscali e gli enti non economici come Inps e Inail. Poi ci sono altri 4,45 miliardi riservati ai settori non statali, come la Sanità (che dipende dalle Regioni) e gli enti locali che dovranno finanziare gli aumenti con risorse proprie. La direttiva firmata

da Zangrillo punta molto sulla valutazione dei dipendenti sia per il pagamento del salario accessorio (i premi per esempio), sia per le progressioni economiche (gli scatti). L'intenzione è quella di valorizzare il più possibile il merito. Soprattutto quello individuale, da sempre il più trascurato all'interno della Pubblica amministrazione.

Ma il cruccio, se così si può dire, che emerge dalla direttiva, è quello di evitare che tutti i dipendenti ottengano il massimo dei voti e che quindi i premi siano poi distribuiti a pioggia. Più o meno quello che accade oggi nella maggior parte delle amministrazioni. Dunque, spiega la direttiva, «sarà necessario garantire che alla differenziazione dei giudizi valutativi corrisponda una effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati». Se non si riuscirà nell'intento di premiare effettivamente i migliori, ci saranno, secondo Zangrillo, dei «seri rischi da un punto di vista organizzativo», con un «impatto negativo sulla motivazione dei dipendenti». Premiare i migliori non significa soltanto gratificarli con il salario accessorio legato ai risultati. Chi avrà voti più alti, dovrà avere una corsia preferenziale anche nelle progressioni economiche, quegli scatti di stipendio che fino ad oggi hanno più spesso premiato l'anzianità che il merito.

## I MANAGER

Per i dirigenti poi, come previsto dalla legge, la quota di stipendio legata ai risultati dovrà arrivare fino al 30 per cento.

Non solo. Nella direttiva madre viene ribadito quanto già previsto nel decreto legge 13 del 2023, ossia che tra gli obiettivi assegnati ai dirigenti responsabili del pagamento delle fatture della Pubblica amministrazione, dovranno essere inseriti quelli legati al rispetto dei tempi: 30 giorni per le amministrazioni statali e locali e 60 giorni per la sanità. Viene poi rafforzata, per tutti i dipendenti, la formazione. Le ore minime annuali non potranno essere inferiori a 24 e dovranno essere fruite durante il normale orario di lavoro.

Quali saranno i prossimi passaggi? Dopo la «direttiva madre» dovranno essere scritti e trasmessi gli atti per ognuno dei quattro comparti (più la difesa e la sicurezza) in cui è divisa la pubblica amministrazione: funzioni centrali, funzioni locali, sanità e istruzione. Generalmente le trattative partono dal comparto dei ministeri, le funzioni centrali. Ma questa volta, come ha già annunciato il ministro Zangrillo, l'ordine sarà invertito. Il primo a partire sarà il comparto della Sanità che, tra l'altro, proprio oggi firmerà definitivamente il contratto del 2019-2021 che porterà aumenti medi di 250 euro e arretrati fino a 1 mila euro. Dunque i negoziati con infermieri e medici proseguiranno senza soluzione di continuità tra un contratto e l'altro. Parallelamente dovrebbero essere avviate le trattative per il comparto degli enti locali e, a febbraio, quelle per la sicurezza e la difesa.

**Andrea Bassi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il dossier

## Ecco la riforma targata Lega Una frattura tra Nord e Sud

Tempi stretti per una normativa che prevede da subito maggiori risorse per le Regioni: avranno più autonomia senza alcuna garanzia di riequilibrio tra le aree del Paese sul fronte dei servizi essenziali  
Nel testo sostenuto dalla maggioranza guidata da Giorgia Meloni non c'è alcun riferimento agli investimenti per restringere il divario Nord-Sud

*a cura di* **Antonio Frascilla**





Il percorso parlamentare

## Tempi brevi alle Camere no alla doppia lettura

L'autonomia differenziata voluta dal governo Meloni è fortemente sostenuta dalla Lega prevede tempi brevi. Non si tratta di una legge costituzionale, quindi non è necessaria la doppia lettura. Votata oggi al Senato, potrebbe passare alla Camera già tra febbraio e marzo con un iter accelerato dovuto ai numeri forti



della maggioranza nelle commissioni e anche in aula, come accaduto per altro a Palazzo Madama. L'unico "paletto" se così si può definire sono i 24 mesi di tempi che ha il

governo per fissare i Livelli essenziali delle prestazioni con relative copertura finanziaria. Dopo questo passaggio, i tempi saranno ancora più celeri: la procedura per l'intesa fra lo Stato e la Regione che chiederà l'autonomia dovrà durare 5 mesi, ma inclusi i 60 giorni concessi alle Camere per l'esame delle richieste. Le intese potranno durare fino a 10 anni e poi essere rinnovate.

Le risorse

## Così lo Stato perderà nove miliardi di Irpef e Iva

Il ministro Calderoli ha sempre detto che questa è una riforma a costo zero. Ma non è così. L'Autonomia differenziata prevede anche la possibilità, da parte delle stesse regioni, di trattenere il gettito fiscale legato alle erogazioni dei servizi per l'utilizzo di quelle risorse sul proprio territorio. Svinex ha condotto un



esercizio di quantificazione dell'impatto sulle finanze pubbliche. Solo il gettito Irpef e Iva che sarebbe trattenuto dalle tre regioni Lombardia, Veneto ed

Emilia Romagna pronte all'intesa risulterebbe pari a circa il 30% del gettito nazionale: una cifra intorno ai 9 miliardi di euro. Il rischio concreto è che il meccanismo di finanziamento basato su quote di compartecipazione dei tributi riscossi sul territorio possa determinare un extra-finanziamento per le regioni ad autonomia differenziata. E lo Stato perderebbe qualsiasi leva per garantire servizi nelle altre aree del Paese.

Le materie

## Sanità, giustizia, trasporti ora si cambia sui territori

Sono 23 le materie che potranno essere gestite in autonomia dalle Regioni, ma per 15 di queste come stabilito dalla commissione guidata da Sabino Cassese si dovranno avere certezze sulla fissazione del Lep. Tra le materie che potranno gestire le Regioni ci sono



«organizzazione della giustizia di pace; norme generali sull'istruzione; tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i

settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali».

I favorevoli

## Pronte a dire sì 3 Regioni Le città chiedono poteri

Già dal 2017 attraverso referendum consultivi e iniziative delle giunte regionali tre Regioni chiedono maggiore autonomia e di poter gestire più materie in base alla riforma dell'articolo 116 della Costituzione. Pronte a chiedere intese su questo fronte sono Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna: le prime due oggi guidate da



governatori della Lega, in terza governata da un esponente del Partito democratico. Ma nel frattempo, anche in base a un passaggio del del Calderoli che apre a più competenze alle città, pure i

sindaci chiedono più poteri: «Sull'autonomia differenziata - ha detto proprio ieri il sindaco di Milano Beppe Sala - il mio giudizio rimane sempre quello che ho espresso dall'inizio: è sbagliato dare spazio e più potere e più autonomia e più soldi solo alle Regioni. Le città in questo momento sono assolutamente importanti. Se si vuole dare l'autonomia, dev'essere autonomia vera a chi governa i territori».

Il Lep

## Equiparare le prestazioni decreti entro due anni

Il vero tema, e il grande timore soprattutto delle Regioni meridionali, è che con questa riforma si cristallizzi l'enorme divario che esiste già oggi nei servizi essenziali rispetto al Nord: soprattutto su scuola, sanità, trasporti, solo per citare i tre principali settori coinvolti dalla legge Calderoli. Un timore che è una certezza considerando che



la legge in votazione oggi al Senato non prevede alcun investimento per ridurre questi divari. Uno degli elementi di trattativa interna alla maggioranza è stata quella di prendere almeno tempo: così è

passata la proposta di Fdi di una legge-delega «per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (Lep)». Il governo entro 24 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, dovrà varare «uno o più decreti legislativi» per stabilire livelli e importi per raggiungerli nelle regioni sotto soglia.

Il Sud

## Già prosciugato il fondo per aiutare il Mezzogiorno

Il progetto dell'autonomia differenziata, che ha ricevuto una grande accelerazione con il governo di "destra" di Giorgio Meloni, è iniziato già nel 2009 con il governo Berlusconi ma è con l'esecutivo Conte II che è stata varata la prima legge quadro sull'autonomia: legge che prevedeva solo



poche materie da cedere alle Regioni (trasporto pubblico locale, sanità, scuola e assistenza) e nell'attesa di definire i Livelli essenziali delle prestazioni era stato creato un

fondo cosiddetto "perequativo". Un fondo da 4,6 miliardi per investire nelle regioni che non hanno servizi minimi, in gran parte al Sud chiaramente. Un passaggio economico e anche politico per riequilibrare gli evidenti effetti dell'autonomia. Nella manovra di bilancio appena approvata dalla maggioranza, la stessa che sta accelerando sull'autonomia, il fondo è stato prosciugato.





Dir. Resp. Marco Girardo

**IL RINVIO** Un giudice di Firenze solleva la questione di costituzionalità

# Il fine vita torna alla Consulta Flick: «Una legge nazionale»

Toccherà nuovamente alla Corte costituzionale decidere sul fine vita. La gip di Firenze Agnese Di Girolamo ha sollevato eccezione di costituzionalità dell'articolo 580 del codice penale, che punisce il reato di aiuto al suicidio. La giudice è stata chiamata a decidere sulla richiesta di archiviazione dell'inchiesta su Marco Cappato, Felicetta Maltese e Chiara Lalli per aver aiutato Massimiliano, 44enne di San Vincenzo (Livorno), a raggiungere una clinica in

Svizzera dove è morto l'8 dicembre 2022 col suicidio assistito. Per il presidente emerito della Consulta, Giovanni Maria Flick, sul tema «è assolutamente necessaria una legge nazionale».

**D'Angelo e Picariello** a pagina 7

## Fine vita, si ritorna alla Consulta

*Una gip di Firenze solleva la questione di costituzionalità sulla morte nel 2022 di Massimiliano che non necessitava del sostegno vitale, uno dei 4 requisiti per il suicidio assistito fissati dalla stessa Corte nella sentenza sulla vicenda di Dj Fabo*

**ROBERTA D'ANGELO**

**A**ncora fine vita e ancora la Consulta chiamata in causa, tra leggi regionali che spuntano e legge nazionale che stenta ad arrivare. Dopo il Veneto, anche la Lombardia prova a riprendere il testo dell'associazione Luca Coscioni, mentre a Firenze viene sollevata una nuova eccezione di costituzionalità da parte della gip Agnese Di Girolamo, chiamata a decidere sulla richiesta di archiviazione dell'accusa a Marco Cappato che due anni fa, con due attiviste - Felicetta Maltese e Chiara Lalli -, aveva accompagnato a morire in Svizzera Massimiliano, malato di sclerosi multipla, per il quale sussistevano solo tre delle quattro condizioni stabilite dalla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale sul caso di dj Fabo per

essere aiutato a morire in Italia. Se l'aiuto fornito allora è stato considerato non «penalmente rilevante», la richiesta ai giudici costituzionali riguarda la questione di costituzionalità del requisito del sostegno vitale (quello che mancava a Massimiliano, appunto) per violazione degli articoli 3, 13 e 32 della Costituzione: «Discrimina irragionevolmente tra situazioni per il resto identiche» e «discende da circostanze del tutto accidentali», e «senza che tale differenza rifletta un bisogno di protezione più accentuato», secondo la procura fiorentina.

Di certo l'esigenza di approvare la legge nazionale secondo le indicazioni della Corte viene sollevata da più parti. Nello stesso Veneto dove il governatore Zula si è visto respingere la pdl regionale, il coordinatore di Fi Flavio Tosi chiede al Parlamento di riprendere «il percorso già tracciato dalla Consulta», per evitare che ci sia un proliferare di leggi regionali su un te-

ma che andrebbe affrontato, dice, a livello nazionale.

Da Azione-Per, Ettore Rosato ricorda il percorso delle scorse legislature per evitare di lasciare «alla burocrazia» le decisioni sul un tema tanto sensibile. «Ricordo quando ero capogruppo del Pd nel 2017 e abbiamo approvato la legge sul testamento biologico, legge eticamente sensibile. Tutti i 300 deputati votarono a favore, dall'ex presidente dell'Azione cattolica agli esponenti della sinistra più radicale, perché trovammo un punto di equilibrio».

E per la ripresa del testo Bazoli si dice anche l'ex ministra Beatrice Lorenzin (Pd). Concorde l'ex deputato dem Ernesto Preziosi, per il quale il tema deve essere risolto con un compromesso ampio, salvaguardando







la libertà di coscienza. Intanto in Lombardia l'ufficio di presidenza del Consiglio regionale dovrà decidere entro il 2 febbraio sull'ammissibilità o meno della proposta di legge già bocciata in Veneto, su cui l'Associazione Coscioni ha già depositato le firme anche al Pirellone.

Il governatore Attilio Fontana assicura che saranno fatte «tut-

te le valutazioni che è necessario fare, partendo dal presupposto che sono temi etici estremamente delicati e che quindi si dovrà dare a ciascun consigliere la libertà di esprimere quello che è il proprio punto di vista».

Intanto la Lombardia dovrà decidere entro il 2 febbraio se discutere la proposta regionale dell'Associazione Coscioni già bocciata in Veneto

## IL RICORSO

Anche in questo caso si parte da un procedimento penale a carico di Marco Cappato, che due anni fa aveva accompagnato a morire in Svizzera un uomo malato di sclerosi multipla

**Politica e  
frontiera etica**



Palazzo della Consulta a Roma, sede della Corte costituzionale



# L'hi tech riflette la disparità di genere

**Oms.** Le lacune nella diagnosi e nella terapia per le donne non sono una novità, ma possono essere esacerbate dall'uso dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario, tema su cui si focalizza anche la nona edizione del Libro bianco di Fondazione Onda

**Francesca Cerati**

**S**erve tenere d'occhio i danni che i sistemi di intelligenza artificiale (Ai) possono causare in contesti di discriminazione. È questo in sintesi il richiamo che viene sia dalle ultime linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sia dalla nona edizione del Libro bianco sulla salute della donna, realizzato da Fondazione Onda con il contributo incondizionato di Farindustria, presentato la scorsa settimana in Senato. Le caratteristiche biologiche, comportamentali e ambientali uniche di ciascun individuo, inclusi sesso e genere possono infatti influenzare gli esiti di salute e lo sviluppo di malattie.

«Piattaforme quali ChatGpt, Bard e Bert - molto usate anche in ambito sanitario - hanno il potenziale di migliorare l'assistenza a patto che chi le sviluppa, ne regolamenti l'impiego e le utilizzi tenendo conto anche dei possibili rischi associati - sottolinea Jeremy Farrar, chief scientist dell'Oms -. Abbiamo bisogno di informazioni e politiche trasparenti per gestire la progettazione, lo sviluppo e l'uso dei grandi

modelli multimodali. Soltanto così sarà possibile ottenere risultati migliori e superare le persistenti disuguaglianze sanitarie».

Le lacune nella diagnosi e nella terapia medica nelle donne non sono certo una novità, e possono essere esacerbate dall'AI sanitaria. Sto-

ricamente, infatti, la ricerca biomedica è stata condotta e si è focalizzata sugli uomini. Come riporta il Libro bianco di Onda, la variabile "sesso e genere" non viene sempre adeguatamente considerata nella ricerca epidemiologica: le analisi spesso riportano un dato complessivo, che non fa emergere le eventuali differenze fra uomini e donne. Cellule maschili e femminili reagiscono in modo diverso a stimoli chimici e ambientali, eppure nella maggioranza degli studi preclinici non viene riportato il sesso dell'organismo da cui le cellule derivano. L'identificazione e caratterizzazione dei fattori determinanti le differenze di sesso/genere consentirà interventi mirati e lo sviluppo di percorsi di prevenzione, diagnosi e cura sesso e genere specifici. Ma per procedere verso uno sviluppo equo di questi algoritmi, non basta includere la diversità di sesso e di genere nelle pratiche di ricerca, è essenziale farlo anche sul posto di lavoro, promuovendo l'equità di genere tra i professionisti della salute. La partecipazione femminile alla categoria medica - in crescita costante considerando che dal 1995 le studentesse studiano Medicina in misura uguale o maggiore rispetto agli studenti maschi - evidenzia una netta disparità considerando che la presenza di donne medico è inferiore al 30% nella chirurgia e solo l'8,3% delle donne medico riveste un incarico dirigenziale, a fronte del 20,6% dei colleghi maschi.

«Nel complesso, le misure legali a

livello globale non sono ancora sufficientemente avanzate per combattere i bias algoritmici su larga scala - ha scritto sul sito dell'Università di Oxford Anamika Kundu, esperta in diritto e tecnologia all'Università di Tilburg e ricercatrice esterna per il progetto Global Freedom of Expression, presso la Columbia University -. Le legislazioni in tutto il mondo tentano di proteggere alcune variabili che porterebbero a giudizi ingiusti, come il genere, tuttavia, questi fattori non esistono negli algoritmi sanitari per ricevere cure e attenzioni adeguate. Oltre alla legislazione, vanno riconosciuti i cambiamenti sistemici che devono essere apportati alle politiche riguardanti le donne nella tecnologia. Gli spazi digitali, compreso quello dell'intelligenza artificiale, sono strettamente intrecciati con il mondo reale sia come continuum che come specchio. Da qui, è fondamentale affrontare in modo efficiente le disuguaglianze di genere nel mondo reale per evitare che si perpetuino nel regno digitale. Pertanto, se i dati raccolti e utilizzati per lo sviluppo dell'AI sono distorti, anche il risultato sarà distorto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Serve affrontare le disuguaglianze nel mondo reale per evitare che si perpetuino nel regno digitale**

## RACCOMANDAZIONI CHIAVE PER GLI SVILUPPATORI

### Le indicazioni Oms

1 I grandi modelli multimodali sono progettati non solo da scienziati e ingegneri. I potenziali utenti e tutte le parti interessate dirette e indirette (operatori sanitari, ricercatori scientifici, operatori sanitari e pazienti) dovrebbero essere coinvolti fin dalle prime fasi dello sviluppo dell'intelligenza artificiale in una progettazione strutturata, inclusiva e trasparente e dovrebbero avere l'opportunità di sollevare

questioni etiche, esprimere preoccupazioni e fornire input per l'applicazione in esame;

2 I grandi modelli multimodali sono progettati per svolgere compiti ben definiti con la precisione e l'affidabilità necessarie per migliorare la capacità dei sistemi sanitari e promuovere gli interessi dei pazienti. Gli sviluppatori dovrebbero anche essere in grado di prevedere e comprendere i potenziali risultati secondari.





# Nel microbiota scoperta la tossina che agisce come palestra per i tumori

**Team italiano**

Studio su Cell Reports

**U**n team di ricercatori italiani, uniti da una collaborazione tra Ifom e l'Università di Torino, ha trovato una nuova strategia per selezionare il trattamento dei pazienti di cancro del colon-retto, adottando un cambio di prospettiva innovativo. Anziché concentrarsi solo sul tumore per predire la possibile risposta alla chemioterapia, i ricercatori hanno studiato ciò che lo circonda, ovvero l'insieme dei batteri che popolano l'intestino: il cosiddetto microbiota. Lo studio, pubblicato sull'autorevole rivista scientifica Cell Reports Medicine, ha avuto il sostegno di Fondazione Airc e di un grant Erc dell'Unione Europea.

«Il microbiota svolge molte funzioni importanti e positive per il nostro organismo, ma ci sono alcuni batteri che promuovono lo sviluppo del cancro - spiega il coordinatore dello studio Alberto Bardelli, direttore Scientifico di Ifom e professore ordinario dell'Università di Torino - In particolare, è noto che alcune specie di Escherichia coli e altri batteri intestinali siano in grado di produrre una

specifico tossina, chiamata colibactina, che è stata trovata arricchita in una frazione di tumori colorettali. Questa tossina è in grado di provocare la trasformazione delle normali cellule intestinali in tumorali indu-

cendo delle mutazioni che sono lo stesso bersaglio dei chemioterapici usati in clinica. Ci siamo dunque chiesti se ci potesse essere una correlazione, cioè se l'esposizione alla tossina potesse così influenzare il modo in cui i tumori rispondono al trattamento». E, in effetti, grazie a tecnologie di sequenziamento e analisi bioinformatiche all'avanguardia, il team ha scoperto che la colibactina funziona come una sorta di "palestra per i tumori": «questa tossina allena le cellule tumorali a sopportare un carico costante di mutazioni al Dna, abituandole - prosegue Alberto Sogari, ricercatore Airc del dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino e primo autore dello studio - Così, quando iniziamo il trattamento con un farmaco chemioterapico con un meccanismo simile molto usato in clinica, l'irinotecano, il tumore è

già "allenato": imparando a sopportare le mutazioni causate dalla colibactina, il tumore impara anche a tollerare il danno dato dalla chemioterapia, diventando così resistente».

Lo studio apre dunque nuove prospettive nell'ambito della medicina di precisione e nella scoperta di biomarcatori per selezionare il farmaco giusto per il paziente giusto. I ricercatori hanno infatti osservato che anche tumori allenati dalla colibactina possono rispondere ad altri approcci chemioterapici che agiscono con un meccanismo diverso. La colibactina, quindi, può costituire la chiave per selezionare la strategia terapeutica adeguata per colpire questi tumori con più efficacia. L'obiettivo dei ricercatori è adesso quello di validare questo approccio su coorti più grandi e rappresentative di pazienti di cancro al colon.

—Fr.Cc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il tumore, allenato dalla  
tossina, impara anche  
a tollerare la chemio,  
diventando così  
resistente**





Dir. Resp. Marco Girardo

AL VIA OGGI LA CAMPAGNA SANITARIA

# Lotta alla malaria, anche in Camerun il nuovo vaccino

DANIELE ZAPPALÀ

Parigi

**D**opo oltre 30 anni di sforzi, ricerche e sperimentazioni, le speranze di vincere la malaria in Africa riprendono quota. In Camerun, parte oggi la prima campagna d'immunizzazione di routine che utilizza l'innovativo vaccino di GSK (GlaxoSmithKline), sviluppato con il sostegno dell'Ong internazionale Path. Si tratta della prima tappa di un piano di prevenzione che abbraccerà lungo il 2024 tutta l'Africa, sotto il coordinamento dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms). Ben 20 Paesi introdurranno il vaccino nei protocolli vaccinali per l'infanzia.

Ad avviare il piano è stata l'organizzazione internazionale Gavi, impegnata dal 2.000 per assicurare ai bambini dei Paesi in via di sviluppo un miglior accesso ai vaccini. Nella cordata, anche altri fondi e organismi internazionali. Dal 2019, un programma sperimentale in tre Paesi, Ghana, Ke-

nya e Malawi, ha già permesso di vaccinare 2 milioni di bambini a rischio, con risultati ritenuti incoraggianti: le morti infantili, nel complesso, sono calate del 13%. Negli ospedali, inoltre, si è osservato un riflusso sostanziale dei ricoveri gravi per malaria. I test clinici hanno dimostrato che il nuovo vaccino è sicuro anche per i bambini

malnutriti e per quelli portatori dell'Hiv.

L'Oms raccomanda la somministrazione di 4 dosi all'anno a tutti i bambini a partire dai 5 mesi. Nelle zone più a rischio, può essere prescritta pure una quinta dose. Malattia antica, la malaria continua a falciarsi l'infanzia in Africa, con circa mezzo milione di decessi all'anno fra i bambi-

ni sotto i 5 anni. A livello planetario, soffrono della patologia circa 247 milioni di persone, ma il 95% dei decessi riguarda l'Africa. A inoculare i protozoi parassiti patogeni (del genere *Plasmodium*) sono le zanzare anofele.

Il vaccino restava il principale anello mancante nelle strategie nazionali di prevenzione che hanno fin qui previsto pure la diffusione di zanzariere e altri mezzi di lotta contro gli insetti vettori dei microbi patogeni.

Gavi e i suoi partner lavorano attualmente per permettere una massima diffusione del vaccino nei prossimi anni, dopo un primo lotto di 18 milioni di dosi già disponibili e destinate alle aree più colpite in 12 Paesi. Secondo l'organizzazione, la portata auspicabile del programma dovrebbe raggiungere livelli molto più elevati: almeno 40 milioni di dosi all'anno entro il 2026, per poi accelerare fino a 100 milioni di dosi negli anni successivi.

L'Oms vuole introdurre l'innovativo antidoto Gsk in 20 Paesi africani. Buoni risultati già sperimentati in Ghana, Kenya e Malawi: l'obiettivo, entro il 2026, è di 40 milioni di dosi l'anno







Dir. Resp. Marco Girardo

## **Testamento biologico: a Torino si potrà fare a domicilio**

A Torino si potrà fare il testamento biologico anche a domicilio. È quanto prevede una mozione approvata ieri dal Consiglio comunale - prima firmataria Ludovica Cioria del Pd - che impegna il sindaco e l'assessore competente a introdurre il servizio per le persone impossibilitate ad allontanarsi dalla propria abitazione per

raggiungere l'ufficio di stato civile. «In questo modo - spiega Cioria - nessuna persona sarà esclusa da questo importantissimo diritto di autodeterminazione e di libertà». Il Comune ha individuato un "ufficio viaggiante" che si recherà a casa dei cittadini a ritirare il testamento biologico. In alternativa, sarà possibile anche

inviare il biotestamento in formato videoregistrato.

