



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

28 MARZO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Cardiologia, il “Giovanni Paolo II” di Ragusa tra gli “Ospedali d’Eccellenza 2024”

Un importante riconoscimento per il team del reparto diretto dal dottore Antonino Nicosia e per l'ospedale guidato da Giuseppe Drago

28 Marzo 2024 - di [Redazione](#)



Un importante riconoscimento per il team di **Cardiologia** diretto dal dottore **Antonino Nicosia** (*nella foto in alto*) e per l'ospedale “Giovanni Paolo II” di Ragusa. **L’Istituto Tedesco di Qualità e Finanza**, infatti, ha rilasciato all’U.O.C. Unità Coronarica-Cardiologia-Emodinamica il marchio “**Ospedali d’Eccellenza 2024**”, inserendo la struttura nell’omonima guida pubblicata nella rubrica Salute, l’inserito dei quotidiani la Repubblica e la Stampa e di altre testate del gruppo Gedi. Il marchio “Ospedali d’Eccellenza”, registrato presso il Ministero delle Imprese e del Made in Italy, è **sinonimo di qualità** a livello nazionale e premia il lavoro di squadra portato avanti in questi anni per una costante implementazione dei servizi a beneficio dei pazienti. La guida sarà consultabile online per tutto il 2024. «L’Istituto Tedesco di Qualità e Finanza- dice il dottore **Antonino Nicosia**– si avvale di un team



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

specializzato di ricercatori e partner qualificati come centri statistici, istituti di ricerca e università per realizzare classifiche con i più alti standard scientifici. Ottenere un riconoscimento così qualificato da un **organismo indipendente** è per me motivo di grande soddisfazione e **orgoglio** e rappresenta di certo un incentivo per mantenere elevati standard assistenziali. Sento però il dovere di condividere questo prestigioso risultato sia con la Direzione Strategica, che ha condiviso e supportato le strategie di sviluppo della Cardiologia, che con il **personale medico e infermieristico** della Cardiologia: è certamente grazie alla loro professionalità e dedizione che abbiamo raggiunto questo successo». **I criteri adottati per la ricerca**, per i quali si è distinta l'Unità di Cardiologia del "Giovanni Paolo II", sono trattamento medico, igiene, assistenza medica e infermieristica, iniziative sulla qualità, reputazione e servizi al paziente. "Il riconoscimento da parte dell'Istituto Tedesco di Qualità e Finanza – dice il Commissario straordinario dell'ASP, **Giuseppe Drago**– è il suggello di un percorso che ha consentito al team di Cardiologia di raggiungere straordinari riconoscimenti, anche nel campo della telemedicina. E per questo rappresenta un incentivo, per tutte le strutture aziendali, a compiere ogni sforzo orientato al miglioramento dell'assistenza sanitaria e al **soddisfacimento** dei bisogni di salute. Ringrazio il dott. Nicosia e tutta la sua équipe per aver dato **pregio e prestigio** alla nostra Azienda". Anche il Direttore Sanitario aziendale, **Raffaele Elia**, esprime «un plauso al reparto di Cardiologia dell'ospedale "Giovanni Paolo II" per aver saputo interpretare lo spirito del tempo, fornendo un supporto di qualità e umanizzazione alle cure. Questo premio è un riconoscimento ai professionisti ma anche alle persone. La Direzione Strategica è sempre stata al loro fianco e continuerà ad esserlo».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

GIORNALE DI SICILIA



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Laboratori di analisi e Rsa in Sicilia, da Roma stop a 35 milioni: niente assunzioni negli ospedali per i precari Covid

I convenzionati adesso rischiano di dover restituire alla Regione ben 17 milioni. Saltano i corposi aumenti per le Residenze. È l'effetto delle 5 norme bocciate che la Regione aveva provato ad approvare con l'ultima Finanziaria

MARZO 2024



Il no del governo nazionale a 5 norme che la Regione aveva provato ad approvare con l'ultima Finanziaria riapre partite milionarie nella sanità. Ai laboratori di analisi e agli specialisti convenzionati potrebbe essere chiesta la restituzione di 13 milioni mentre le Rsa (residenze sanitarie assistite) perdono 22 milioni di aumenti. Cade, infine, la speranza dei cosiddetti precari Covid di essere assunti nei mini ospedali che verranno realizzati con i fondi del Pnrr. La mannaia del Consiglio dei ministri si è abbattuta soprattutto sull'articolo che avrebbe introdotto una sanatoria per i soldi extra che erano stati erogati ai laboratori di analisi fra il 2020 e il 2022. Si tratta degli anni della pandemia, quando a queste



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

strutture la Regione chiese di non chiudere tenendo in servizio anche il personale (che altrimenti sarebbe stato messo in cassa integrazione). Tuttavia secondo l'assessorato alla Sanità queste somme extra non furono mai giustificate da una reale erogazione di prestazioni e dunque l'ex dirigente Mario La Rocca ne aveva chiesto la restituzione la scorsa estate.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

quotidiano**sanità**.it



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La ricerca scientifica si racconta. On line il bollettino IRCCSinME

Il primo bollettino dell'Irccs Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" invita ricercatori e personale dell'assistenza a raccontare il proprio lavoro facendo della comunicazione/divulgazione uno strumento essenziale per la conoscenza e per diffondere tra gli utenti la consapevolezza del valore del pensiero scientifico medico e della ricerca scientifica



Valorizzare e accrescere la massa critica di conoscenze, stimolando l'interesse e l'attenzione dei pazienti sulla ricerca scientifica. È questa la "mission" di **IRCCSinME**, il primo bollettino di informazione e divulgazione scientifica dell'Irccs Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" da oggi on line. Non solo, bollettino vuol essere un canale di comunicazione anche per gli operatori sanitari, orientati a promuovere e proteggere la salute in base alle evidenze scientifiche disponibili. IRCCSinME invita i ricercatori e il personale dell'assistenza a raccontare il proprio lavoro facendo della comunicazione/divulgazione uno strumento essenziale per la conoscenza e per diffondere la consapevolezza del valore del pensiero scientifico medico e della ricerca scientifica nel miglioramento degli standard sanitari.

Questi i principali obiettivi:

- creazione di uno spazio dedicato ai lavori dei ricercatori e degli operatori dell'Irccs;
- promozione dei nuovi approcci tecnologici e terapeutici anche in forza all'Istituto;
- divulgazione del pensiero scientifico ai pazienti.

Il coordinamento delle attività è affidato al Direttore Scientifico Prof. **Angelo Quartarone**, coadiuvato da un Comitato Scientifico composto dai tre responsabili delle Linee di Ricerca dell'Istituto, ovvero il Dott. **Rocco Salvatore Calabrò**, la Dott.ssa **Silvia Marino** e la Dott.ssa **Emanuela Mazzon**. Stesura, pubblicazione e divulgazione del bollettino scientifico saranno curati da **Antonio Vadalà**, Collaboratore Professionale di Ricerca Sanitaria, assegnato all'area "*attività di documentazione, comunicazione e divulgazione scientifica*". Grande soddisfazione è stata espressa dal Commissario Straordinario del "Bonino Pulejo"



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Dott. **Maurizio Lanza**, che a margine della prima pubblicazione ha dichiarato: “Continuiamo ad andare avanti con forza e determinazione, nell’ambizioso progetto di crescita del nostro Istituto. Con il lancio del primo numero di IRCCSinME è stato tracciato un nuovo percorso di comunicazione interna ed esterna, consegnando uno spazio dedicato non solo a Ricercatori e Operatori Sanitari, ma anche e soprattutto ai nostri utenti”.



UN RENE A BOSTON, UN FEGATO IN CINA: PARLA L'IMMUNOLOGO EMANUELE COZZI

Trapianti da maiali, la frontiera è qui. Ma non a rischio zero

ENRICO NEGROTTI

«**C**ertamente non possiamo dire che il rischio sia zero, ma gli studi e la tecnologia sono progrediti molto negli ultimi anni. E lo xenotrapianto è una soluzione per le necessità dei malati in attesa di trapianto, molto più numerosi degli organi disponibili». Emanuele Cozzi, professore ordinario di Immunologia dei trapianti all'Università di Padova e responsabile dell'Unità operativa di Immunologia dei trapianti dell'Azienda-Ospedale di Padova, è referente immunologo del Centro nazionale trapianti (Cnt), nonché già presidente della Società mondiale dello xenotrapianto. La settimana scorsa sono stati resi noti due trapianti sull'uomo con organi provenienti da maiali geneticamente modificati: uno di rene al Massachusetts General

Hospital di Boston (Stati Uniti) e uno di fegato su un paziente clinicamente morto all'ospedale Xijing.

A Boston hanno eseguito il trapianto di un rene bioingegnerizzato: «Si tratta di un paziente sveglio che poteva esprimere un consenso informato - puntualizza Cozzi -. L'autorità federale americana Fda ha consentito di trapiantare per uso compassionevole il rene del maiale geneticamente modificato e di utilizzare un farmaco nuovo come immunosoppressore. Un'altra cautela è che, trattandosi di un rene, si può ipotizzare che, in caso di fallimento, si possa trasferire il paziente in dialisi». Oltre a questo di Boston «negli ultimi 18 mesi negli Stati Uniti sono stati eseguiti a Baltimora, Università del Maryland, due trapianti di cuore - riferisce Cozzi - provenienti da maiali ingegnerizzati, su due pazienti adulti, anch'essi capaci di dare un consen-

so informato. In entrambi i casi si trattava di uso compassionevole, per pazienti con patologie ormai fatali. Uno è morto dopo 60 giorni e l'altro dopo 42, entrambi per rigetto, e per uno dei due si ha la certezza che la terapia immunosoppressiva non sia stata adeguata».

Quanto al caso cinese, «non ne so abbastanza ma in diversi centri nordamericani si stanno eseguendo interventi di questo tipo. Si tratta di xenotrapianti di cuore o di rene su soggetti in morte cerebrale, che avevano espresso in vita la volontà di essere donatori di organi ma che quando sono morti non erano più in condizioni di poterlo fare». A questo punto «con l'accordo della famiglia - continua Cozzi - hanno donato il corpo alla scienza: sono stati tenuti ventilati in terapia intensiva, con cuore battente, anche se cerebralmente morti, e sono diventati oggetto di trapianto

di organi, rene o cuore, per verificare che l'organo animale potesse funzionare».

Allo xenotrapianto si sta guardando, da decenni, per rispondere alla carenza di organi, ma sono sempre stati molti gli ostacoli da superare. Intanto «sono molto migliorate le terapie immunosoppressive ma - spiega Cozzi - ma è chiaro che nel passare all'uomo resta sempre qualche incognita».

Il testo completo dell'intervista su Avvenire.it/Vita, sezione Salute.



I chirurghi di Boston all'opera



IL TEMPO

28/03/2024

SOS LISTE D'ATTESA

Ospedali sovraffollati Dimissioni veloci ancora ferme al palo

Sbraga a pagina 29

CAOS SANITÀ

Nelle astanterie del Lazio i tempi per vedere un medico sono i più lunghi d'Italia. C'è chi passa giorni in barella prima del ricovero

La maglia nera del codice rosso

Ferme al palo le dimissioni veloci. E il trasferimento nelle Residenze sanitarie deve attendere

ANTONIO SBRAGA

••• Lazio doppia maglia nera per i codici rossi. Risulta, infatti, la Regione col più alto numero di accessi al Pronto Soccorso col triage medico più grave (72 mila, pari al 45% in più dei 49 mila registrati in Lombardia, che pure ha avuto quasi il doppio degli accessi laziali). E nei Ps del Lazio i pazienti hanno passato anche i più lunghi tempi medi di permanenza nelle astanterie (oltre un terzo in più che nel resto d'Italia). Sono le cifre che emergono dalla «Terza indagine nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti», stilata ora dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) sui risultati del monitoraggio 2022. Nel Lazio «la percentuale di abbandono del Ps appare al di sopra della media indipendentemente dal codice triage», sottolinea Agenas alla Regione, che risulta la quinta per percentua-

le d'abbandono dei Ps con l'8,38% a fronte del 6,29% nazionale. Ma anche «la percentuale di ricoveri sul totale degli accessi è elevata nettamente al di sopra della media con particolare prevalenza dei codici gialli. Si nota un tempo di permanenza in Ps elevato». A partire dal «tempo mediano di permanenza in Ps per triage medico rosso»: la media del Lazio, che è di 305 minuti, ha avuto una durata del 47% più lunga dei 208 minuti medi dell'intera penisola. Una differenza dovuta anche alla carenza di posti letto nei reparti di degenza laziali, che da tempo causa il cosiddetto effetto-imbuto davanti alle tante richieste di trasferimento dei pazienti bisognosi di ricovero, lasciati per ore (ma in molti casi anche per giorni) a stazionare sulle barelle dei Ps in attesa di un letto in corsia. Per contrastare questo sovraffollamento nei Pronto Soccorso dallo scorso an-

no in ogni ospedale si effettua un «monitoraggio dei posti letto attivi e disponibili di ogni reparto» in tempo reale, gestito dai cosiddetti «bed manager», che hanno anche il compito di facilitare le dimissioni dei degenti non più in fase acuta, ossia quelli che possono essere trasferiti anche nei reparti di lungodegenza o nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Su quest'ultimo passaggio, però, registrano diverse criticità

Unindustria, l'associazione religiosa degli Istituti sanitari (Aris) Lazio e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop). In una lettera inviata al presidente della Regione, Francesco Rocca, le tre sigle segnalano problemi proprio in merito alla «facilitazione dei trasferimenti dagli ospedali al territorio dei pazienti acuti e post-acuti, con particolare riferimento alle Rsa». Perché, sottolineano Unindustria, Aris Lazio e Aiop, «dai

nostri associati viene riferito che non risultano essere ancora attivati i trasferimenti diretti dagli ospedali presso le strutture territoriali in quanto le aziende sanitarie riferiscono di non avere chiare indicazioni o regolamentazioni in merito» da parte della Regione, nonostante siano stati previsti da una delibera risalente al 2022. Ma le 118 Rsa private accreditate del Lazio chiedono anche gli adegua-

menti delle varie tariffe, ferme da un minimo di 8 a un massimo di 17 anni, perché stanno «determinando una situazione oramai insostenibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bed manager
Facilitano le uscite dei degenti non più in fase acuta contro l'intasamento dei Ps

I sindacati alla Regione
In una lettera inviata al governatore Rocca si sollecita l'avvio delle procedure

Sanità e liste d'attesa, si cambia

►Meloni: «Piano per ridurre le attese ed evitare la mobilità tra regioni per curarsi»
Il governo lavora ad un provvedimento per avere ambulatori aperti la sera e più medici

ROMA Sanità, ambulatori aperti anche di sera: il piano del premier Meloni contro le liste d'attesa. Evangelisti a pag. 5

Più medici (e più esami) Ambulatori aperti di sera

►Il provvedimento allo studio: stop ai tetti ▶Visite possibili anche nel weekend o nei di spesa per le assunzioni, sì agli incentivi festivi. Faro sulle prescrizioni non necessarie

LE MISURE

ROMA Il piano del governo per le liste di attesa punta ad aumentare il numero dei medici e degli infermieri presenti nelle strutture sanitarie in modo da offrire più visite, più analisi, più esami. E tagliare i tempi. «Presto sarà pronto e rappresenterà una svolta» ha detto ieri la premier Giorgia Meloni. E su questo il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha spiegato: «Se non mettiamo forze nuove dentro il Servizio sanitario nazionale e non assumiamo medici e personale è difficile pensare che possa continuare a offrire ciò che offre, come fa tra mille problemi. Ciò si collega a un punto che mi sta molto a cuore: il vincolo assunzionale sui tetti di spesa. Entro l'anno andremo al supe-

ramento».

STRATEGIA

Il provvedimento sulle liste di attesa punta anche ad aumentare l'offerta grazie ad ambulatori e laboratori aperti, nel migliore dei mondi possibile, nei giorni festivi e di sera, convincendo i medici ad aumentare il loro impegno, in cambio di incentivi economici. «I medici sono pronti a fare la propria parte, ma devono essere create le condizioni per un maggiore coinvolgimento» osserva Filippo Anelli, presidente della Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri). La commissione sulle liste d'attesa creata dal Ministero della Salute dovrebbe completare il suo lavoro entro la fine di aprile. Nella lotta alle liste di attesa saranno utilizzati gli specializzandi e si tenterà di risolvere un problema storico: la mancanza di informazioni e l'appropriatezza. Cosa significa? Quando dovete prenotare un esame o delle analisi che il medico vi ha prescritto e chiamate il Cup della vostra regione, non è detto che l'operatore abbia il quadro preciso degli appuntamenti disponibili nelle

strutture pubbliche e in quelle convenzionate. Di più: non ce l'ha neppure il Ministero della Salute che non è in grado di monitorare, a causa della frammentazione di una sanità che è su base regionale, l'andamento delle liste di attesa in tempo reale. Con un paragone grossolano, immaginate una grande catena alberghiera che nel sito in cui prenotate una stanza non sa se c'è posto nell'hotel di Madrid o in quello di Venezia. Per questo il ministro Orazio Schillaci ha spiegato: «Le liste d'attesa sono il peggior biglietto da visita del Servizio sanitario nazionale. Oggi però non abbiamo dati precisi. Un anno e mezzo per un esame è inammissibile, ma non abbiamo un monitoraggio regione per regione delle prestazioni che mancano. Bisogna mettere



insieme nei Cup, nei sistemi di prenotazioni, le prestazioni del pubblico e del privato convenzionato. Non c'è solo il tema delle risorse, ma anche di come vengono spese». Inoltre, a causa di un ricorso massiccio alla cosiddetta sanità difensiva, non sempre esami e analisi prescritti sono realmente necessari. Il medico, di fronte al rischio poi di essere denunciato dal paziente, si cautela e a volte prescrive esami, analisi o visite specialistiche anche quando non sono realmente necessarie. E il sistema s'ingolfa.

NUMERI

La sanità oggi non è uguale per tutti. In alcune regioni, le fasce più povere della popolazione devono aspettare anche un anno e mezzo per un esame. Le liste d'attesa, sia pure con picchi differenti da regione a regione, dopo la pandemia sono peggiorate e lo sforzo per ridurre il fenomeno sta andando a rilento. I dati più recenti mostrano una Italia

divisa in due, la mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto un valore di 4,25 miliardi euro all'anno, con le regioni del Sud che portano risorse a quelle del Nord (dati Fondazione Gimbe). Parte da questo quadro l'annuncio di ieri della presidente del Consiglio, Giorgia Meloni: «Stiamo lavorando su un provvedimento che arriverà nelle prossime settimane che riguarda le liste d'attesa, con un'attenzione particolare alle regioni che hanno un'alta mobilità passiva, ovvero con un alto numero di cittadini che si devono trasferire altrove per curarsi. Così, la tua regione paga l'altra regione». Giorgia Meloni ne ha parlato in un'intervista a "Fuori dal coro" su Rete4. Ancora: «Voglio rivendicare che nonostante la situazione di bilancio abbastanza complessa, il Fondo Sanitario nel 2024 arriva al suo massimo storico. Noi ci abbiamo messo tre miliardi in più rispetto all'anno precedente e su che cosa ci siamo concentrati? Su quello

che impatta di più sui cittadini: le liste d'attesa». In sintesi: se nella tua regione trovi una risposta sanitaria tempestiva, non sei costretto a viaggiare in un'altra area del Paese e questo, almeno in parte, dovrebbe limitare il fenomeno dei "viaggi della speranza". Ieri sono stati diffusi i dati di uno studio realizzato da Aiop (sanità privata) e Censis: il 42 per cento dei cittadini meno abbienti è costretto a rinunciare alle cure poiché non le ottiene nell'ambito del sistema pubblico e non può pagare una prestazione nel settore privato.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**ANELLI (FNOMCCO):
-PRONTI A FARE
LA NOSTRA PARTE-
ENTRO APRILE
ARRIVA LA RELAZIONE
DEL MINISTERO
SI INTERVERRÀ ANCHE
SULLA MEDICINA
DIFENSIVA: TROPPI
ESAMI PRESCRITTI
SOLO PER EVITARE
DENUNCE DEI PAZIENTI**



Il pronto soccorso del Cardarelli di Napoli



SALUTE

Schillaci: entro l'anno superamento del tetto di spesa per le assunzioni

«Se non mettiamo forze nuove dentro il Servizio sanitario nazionale e non assumiamo medici e personale è difficile pensare che l'Ssn possa continuare a offrire ciò che offre, come fa tra mille problemi. Ciò si collega a un punto che mi sta molto a cuore: il vincolo assunzionale sui tetti di spesa. Ci sto lavorando dal primo giorno che sono diventato ministro. L'ho dichiarato e sono fortemente convinto che entro l'anno dopo 17 anni - perché il tetto di spesa risale al 2007 - riusciremo a superarlo e questo è il risultato più importante». Lo ha detto

il ministro della Salute Orazio Schillaci, in audizione alla Commissione Affari sociali della Camera sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e del pronto soccorso in Italia. Per Schillaci, contro la carenza dei medici, che sarà acuita nei prossimi 3-4 anni da molti pensionamenti, occorre da un lato fronteggiare il fenomeno dei gettonisti e dall'altro lavorare per l'inserimento a pieno titolo nell'Ssn degli specializzandi. Il ministro ha inoltre sottolineato la necessità di rivedere le "regole di ingag-

gio" dei medici di base, affinché questi «diano un effettivo contributo orario all'interno del servizio sanitario regionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Entro l'anno via al tetto assunzioni nel Ssn

DI MICHELE DAMIANI

Abolizione entro l'anno del vincolo di spesa per le assunzioni nella sanità. Sì alla presenza in pronto soccorso di specialisti di altri reparti, per scongiurare la carenza di personale in questa area. Per quanto riguarda la mancanza di medici, il fenomeno peggiorerà nei prossimi per 3-4 anni e una via per scongiurarlo è quella di puntare sugli specializzandi. Presto un piano per l'abbattimento delle liste d'attesa. La flat tax per i medici a 85 mila euro? Interessata. Sono le parole del ministro della salute **Orazio Schillaci**, intervenuto ieri in commissione affari sociali alla Camera durante i lavori conclusivi dell'indagine sull'emergenza e urgenza, che si è chiusa appunto ieri. Un'occasione per annunciare le principali novità per il Ssn del 2024 che, a sentire il ministro, saranno molte.

Uno dei punti cardine della strategia di Schillaci riguarda il già citato vincolo di spesa per le assunzioni: «ci sto lavorando dal primo giorno che sono diventato ministro. L'ho dichiarato e sono fortemente convinto che entro l'anno, dopo 17 anni visto che il tetto di spesa risale al 2007, riusciremo a superarlo. Questo è il risultato più importante».

Un tema, quello del tetto di spesa per le assunzioni, strettamente legato alla carenza di personale sanitario, problema cronico del Ssn. Secondo Schillaci, una soluzione è quella di attingere dagli specializzandi. «I medici ce li abbiamo: quando leggiamo che ne mancano 20/30.000 dobbiamo sapere che abbiamo nel sistema circa 45.000 medici, perché gli specializzandi sono medici a tutti gli effetti», spiega Schillaci. «Quindi in armonia con le scuole di specializzazione, magari non dal primo anno

ma dal secondo, magari non in tutte le discipline... Non possiamo fare a meno del contributo qualificato dei medici specializzandi, che vanno assolutamente inseriti a pieno titolo nei prossimi anni del sistema sanitario nazionale in forme da valutare». Gli specializzandi dovranno poi essere distribuiti in tutta Italia: «non possono lavorare solo nell'ospedale universitario di riferimento, perché abbiamo bisogno di avere medici su tutto il territorio nazionale». Comunque «la carenza dei medici c'è e ci sarà ancora di più nei prossimi 3-4 anni, a causa della gobba pensionistica». Però «poi vediamo che le cooperative non fanno fatica a trovare medici gettonisti».

Tra le possibili soluzioni anche la revisione delle regole di ingaggio dei medici di base: «nessuna riforma sanitaria può avere speranza se non si rivede il lavoro dei medici di base, elementi fondamentali e primo baluardo per i cittadini. Non ne facciamo un problema di contratto, ma è necessario rivedere le regole di ingaggio. Mi appassiona poco il fatto che diventino dipendenti del sistema sanitario regionale o rimangano liberi professionisti», ha proseguito Schillaci, «mi interessa molto però che diano un effettivo contributo orario all'interno del servizio sanitario regionale e all'interno delle strutture che saranno deputate ad assicurare la medicina territoriale».

Per quanto riguarda, infine, la flat tax a 85 mila euro per i medici «è una cosa che ovviamente abbiamo preso in considerazione, che ci interessa e che adesso valuteremo, almeno per quello che riguarda la componente legata alla indennità di specificità medica e le indennità di specificità degli altri professionisti», il pensiero del ministro.

— © Riproduzione riservata — ■



Orazio Schillaci





Dir. Resp. Marco Girardo

CENSIS Liste d'attesa infinite e servizi privati cari: il 42% dei pazienti rinuncia alle cure

La sanità? Sarà un lusso per ricchi

L'Italia rischia una sanità "per censo", dove chi ha i mezzi economici potrà sempre di più garantirsi le cure mentre chi non dispone di un reddito adeguato non potrà curarsi: già attualmente il

42% dei cittadini meno abbienti è costretto a rinunciare alle cure poiché, non riuscendo ad ottenerle nell'ambito del sistema pubblico, non ha i mezzi per

rivolgersi alla sanità a pagamento.

Servizio
a pagina 11



IL RAPPORTO AIOP

Liste d'attesa infinite e sanità privata troppo cara: non è un Paese per pazienti poveri

L'Italia rischia una sanità "per censo", dove chi ha i mezzi economici potrà sempre di più garantirsi le cure mentre chi non dispone di un reddito adeguato non potrà curarsi: già attualmente, il 42% dei cittadini meno abbienti è costretto a rinunciare alle cure poiché, non riuscendo ad ottenerle nell'ambito del sistema pubblico, non ha i mezzi per rivolgersi alla sanità a pagamento. Il 21esimo Rapporto "Ospedali e salute" redatto da Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) e Censis lancia un segnale allarmante: anche le fasce più deboli sono spinte verso il privato non avendo accesso al Ssn a causa, spesso, delle

lunghe liste di attesa, e questo provoca un ulteriore impoverimento di alcune categorie.

Il primo dato che emerge, raccolto sulla base di un sondaggio Censis su 2mila cittadini, è che il 47,7% degli utenti ha una percezione positiva del Servizio sanitario della propria regione (Ssr): l'8,7% e il 39% ritiene che la sanità locale sia di un livello qualitativo ottimo o buono. Il 28,1% esprime invece un giudizio di sufficienza e il 22,4% ritiene che il Ssr sia "insufficiente". Ma se più di un cittadino su 5 esprime un giudizio negativo, l'insufficienza del proprio Ssr è tuttavia riportata solo dal 9,4% dei residenti nel Nord-Est contro addirittura il 35,2%

degli utenti che vivono nelle aree del Mezzogiorno.

Uno dei problemi maggiori resta quello delle lunghe liste di attesa. La conseguenza è che negli ultimi 12 mesi, rileva il Rapporto, il 16,3% del-





le persone che hanno avuto bisogno di rivolgersi ai servizi sanitari si è recato in un'altra regione, nell'ambito delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario. La motivazione più ricorrente della mobilità sono appunto le lunghe liste di attesa nella regione di appartenenza, afferma il 31% dei migranti sanitari. Ma c'è anche una quota del 34,9% che rinuncia e si rivolge alla sanità a pagamento (intesa come privato puro e intramoenia).

Nel 2023, il dato più grave riguarda però quel 42% di pazienti con redditi più bassi, fino a 15mila euro, che è stato costretto a

procrastinare o a rinunciare alle cure sanitarie perché nell'impossibilità di accedere al Ssn e non potendo sostenere i costi della sanità a pagamento. Il 36,9% degli italiani ha invece rinunciato ad altre spese per sostenere quelle sanitarie: è il 50,4% tra i red-

diti bassi e il 22,6% tra quelli alti. Un fenomeno ormai intollerabile, ha commentato il ministro della salute Orazio Schillaci alla presentazione del Rapporto: «Già i dati Istat del 2017 indicano che in Italia chi ha un titolo di studio superiore, e quindi guadagna di più, vive di più di chi ha un titolo di studio inferiore.

Questo è inaccettabile», ha detto. Ma il ministro ha puntato i riflettori anche su un altro dato: «Il 51% degli italiani si rivolge alla sanità privata direttamente, senza prima richiedere la prestazione necessaria alla sanità pubblica: questa è una criticità e tale atteggiamento di sfiducia, pur senza aver prima provato il Ssn, può essere conseguenza anche di una rappresentazione di una sanità in crisi, ma non è sempre così. Dobbiamo recuperare questa parte di italiani». Schillaci ha quindi ricordato che «siamo avanti in Europa per vari ambiti e pre-

stazioni, ed è necessaria una narrazione diversa del nostro Ssn». Quindi ha indicato proprio l'abbattimento delle liste di attesa come «una priorità del governo», ricordando che sarà presto operativo «un piano accurato su questo». Altro nodo è quello del personale. Sempre ieri, in audizione alla Camera, Schillaci ha assicurato che «entro l'anno, dopo 17 anni, riu"sciremo a superare il tetto di spesa sulle assunzioni». Il rischio di una sanità "per censo, però, incombe ed il segretario generale del Censis Giorgio De Rita invita ad una rapida risposta: «E' necessaria un'accelerazione perché le tensioni sociali si stanno accumulando e questo non è un lusso che ci possiamo permettere». Segnali positivi, conclude la presidente Aiop Barbara Cittadini, arrivano però dall'ultima legge di Bilancio, «grazie alle risorse ulteriori previste per le liste di attesa e anche alla possibilità di acquistare prestazioni dal privato per ridurre le stesse».

Anche i cittadini meno abbienti sono spinti a rivolgersi alle cliniche per accelerare l'accesso a esami e visite. Ma tanti non possono permetterselo e rinviando, oppure vanno in altre regioni



RAPPORTO AIOP

Per 6 italiani su 10 fondamentale la sanità accreditata

••• Per l'89% degli italiani il Servizio sanitario nazionale è un pilastro della nostra società, ma il 51,6% degli italiani sceglie direttamente la sanità a pagamento. Sono alcuni dei dati emersi dal 21° Rapporto Ospedali&Salute «Reinventiamo il Servizio Sanitario. Come evitare la deriva di una Sanità per Censo», promosso da Aiop (Associazione italiana delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e delle aziende sociosanitarie residenziali e territoriali di diritto privato) in collaborazione con il Censis. L'89% degli italiani ritiene che il Ssn sia un pilastro della nostra società e per il 90,5% è positiva o comunque sufficiente la qualità delle prestazioni ricevute. Tuttavia il vulnus del sistema è proprio la sua impermeabilità, in termini di barriere all'ingresso. Il 53,5% degli italiani si trova ad affrontare tempi di attesa eccessivamente lunghi; il 37,4% segnala la presenza di liste bloccate o chiuse. Così il 39,4% rinuncia e si rivolge alla sanità a pagamento (il 12% ricorre alla sanità privata nelle strutture pubbliche; il 18% al privato pu-

ro; il 51,6% senza neanche provare a prenotare nel Ssn). «Dal Rapporto emerge che i cittadini italiani sono interessati alla qualità e non se la struttura che eroga le prestazioni sia di diritto pubblico o se privata convenzionata e occorre rimuovere gli ostacoli che incontrano soprattutto le persone meno abbienti: questa è la nostra priorità per realizzare una sanità universalistica ed equa», ha commentato Orazio Schillaci, ministro della Salute. Per Barbara Cittadini, presidente nazionale Aiop: «Per più di un italiano su due la presenza delle strutture accreditate rappresenta una necessità, in considerazione della difficoltà degli ospedali di diritto pubblico nel rispondere in tempi appropriati ai bisogni di cura delle persone». Hanno preso parte all'evento Giorgio De Rita, segretario generale Censis; Beatrice Lorenzin, 5ª Comm.ne programmazione economica, bilancio del Senato; Davide Faraone, capogruppo XII Comm.ne affari sociali della Camera; Ylenia Lucaselli, presidente collegio d'appello, capogruppo V Comm.ne bilan-

cio, tesoro e programmazione della Camera; Elena Murelli, 10ª Comm.ne affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato; Domenico Mantovan, dg Agenas; Angela Adduce, ispettore generale capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria generale dello Stato (Mef); Americo Cicchetti, dg, ex direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute.

LEO. VEN.



Presenti Barbara Cittadini (Aiop) e il ministro della Salute Orazio Schillaci



La premier nel salotto tv di Giordano: "Senza consenso mi farò da parte"
Parte la missione in Libano: "Occorre abbassare la tensione al confine"

Su vaccini e migranti l'offensiva di Meloni "I giudici ci frenano"

LA GIORNATA

FRANCESCO OLIVO
ROMA

Vaccini, borseggiatori, case occupate, migranti. Nel grande salotto dell'orgoglio populista Giorgia Meloni si sente a casa e, senza mai nominarlo, sfida Matteo Salvini sul suo terreno. Siamo a *Fuori dal Coro*, Rete 4, il padrone di casa, a Mario Giordano evita di porre le domande sui temi più stringenti dell'attualità politica e lo rivendica: «Ha visto, presidente, che non le ho chiesto niente di Salvini, non le ho chiesto se si candida o no alle Europee». Meloni apprezza: «Lei è una persona interessata ai problemi reali, Mario, e la ringrazio per avermi fatto parlare dei problemi dei cittadini perché è abbastanza raro». L'intervista parte dall'attentato in Russia, «la rivendicazione è chiara» e dall'ipotesi di inviare soldati della Nato in

Ucraina, «non ho condiviso le parole di Macron, l'ho detto anche a lui, sono convinta che si debba fare attenzione ai toni che si usano». Di fatto si tratta di un'ammissione: sulla guerra è a rischio il consenso. Meloni un problema lo ha avuto anche con un altro tema: l'immigrazione. È lei stessa a riconoscerlo: «Quando lo scorso anno gli sbarchi aumentavano, io ho detto che preferivo a risultati immediati, ma effimeri risultati strutturali, anche se nel breve termine avrei dovuto pagare un prezzo in termini di consenso». Ora, secondo la premier le ricette funzionano: «Rispetto allo stesso periodo dello scorso anno gli sbarchi diminuiscono del 60%, particolarmente dalla Tunisia». Il tutto, aggiunge Meloni, «nonostante la sinistra, anche europea». Tra chi rema contro ci sono anche alcuni giudici: «Quando abbiamo fatto il

decreto Cutro e abbiamo modificato la normativa sui rimpatri lei sa meglio di me quello che è successo. Sulla norma si è mobilitata una certa magistratura politicizzata, che ha cominciato a non applicarla, la questione è finita in Cassazione, la Cassazione l'ha inviata alla Corte europea di giustizia e chiaramente questo ti fa perdere un sacco di tempo».

Per la prima volta da quando è premier, Meloni interviene anche sulla questione delle reazioni avverse ai vaccini, oggetto di una forte campagna della destra mediatica: «Ci deve essere la massima disponibilità da parte del governo, per andare in fondo, capire e assumersi per lo Stato italiano le responsabilità che si deve assumere. Sono contenta che la commissione d'inchiesta stia andando avanti, chi sostiene di aver saputo gestire la pandemia non la voleva».

Dopo la registrazione dell'intervista, Meloni è salita sull'aereo diretta a Beirut. In serata l'incontro con il primo ministro libanese Najib Mikati, al quale la premier ha chiesto di «evitare l'escalation al confine con Israele». In quest'area Meloni arriverà stamattina per un incontro con i militari italiani della missione Unifil. La presidente del Consiglio arriva in Libano in una delle giornate più sanguinose da quando si è riaperto il conflitto: almeno 14 vittime, incluse le sei uccise nel raid israeliano nel sud del Libano, non lontano dalla base militare di Naqura, sede del quartiere generale di Unifil. —



Giorgia Meloni incontra il primo ministro libanese Najib Mikati a Beirut



Di Giuseppe (Fdi): «Garantiremo servizi, ma non ai furbetti»

Italiani all'estero: la sanità si paga

FABIO RUBINI

■ Fornire un servizio in più ai nostri connazionali all'estero, evitare che alcuni di loro facciano i furbetti e nel contempo dare una boccata d'ossigeno alla nostra Sanità. Sono gli obiettivi del progetto di legge a firma Andrea Di Giuseppe - deputato di Fdi eletto nella circoscrizione estero Centro e Nord America - che ieri, durante una riunione al Mef, ha avuto il via libera del governo.

L'obiettivo principale è quello di ovviare a una situazione piuttosto spiacevole: gli italiani che sono iscritti all'Aire (Anagrafe italiani residenti all'estero) oggi sono circa 6 milioni e non hanno diritto alla tessera sanitaria. Il progetto di legge prevede che pagando una cifra attorno al 1500 euro l'anno essi possano maturare il diritto di curarsi attraverso il nostro sistema sanitario. Una cosa fondamentale soprattutto per i connazionali che vivono in Paesi nei quali la Sanità non è esattamente un'eccezione. La cifra da versare è di fatto l'unico nodo che resta da sciogliere. Per questo ieri si è tenuta una riunione al Mef con i dirigenti del ministero e della Ragioneria di Stato. Presente Di Giuseppe: «Fra tre settimane i tecnici ci diranno la cifra da chiedere, che comunque dovrebbe oscillare tra i 1.500 e i 1.800 euro». L'importo verrà calcolato tenendo conto della spesa medica media degli italiani che è di circa 3mila euro l'anno. Considerando che chi vive all'estero uti-

lizzerà meno la nostra sanità, si arriva alla cifra di cui sopra.

Questa norma, poi, permetterà la caccia ai furbetti. Chi sono? Sono tutti quegli italiani (che di Giuseppe stima in almeno 6 o 7 milioni) che lavorano all'estero, pagano le tasse nel Paese nel quale vivono, ma non sono iscritti all'Aire in modo da poter mantenere la residenza in Italia e dunque poter usufruire gratuitamente del sistema sanitario nazionale. Un punto sul quale si sta muovendo anche la Guardia di Finanza che intensificherà i controlli. «Facendo due conti, tra quelli iscritti all'Aire e quelli che si iscriveranno per non incorrere in sanzioni (in finanziaria, infatti, è prevista una multa di 1.500 euro l'anno per chi venisse trovato a lavorare all'estero senza essere iscritto all'Anagrafe estera) lo Stato potrà incassare circa 20 miliardi l'anno che equivale a una vera e propria mini finanziaria». Soldi che potranno aiutare la nostra Sanità, che resta una delle priorità di questo governo che infatti rispetto allo scorso anno ha investito tre miliardi in più sul Fondo sanitario.

C'è poi un'ultimo effetto della legge in fase di approvazione, forse la più delicata da un punto di vista sociale. Per questo a raccontarla è lo stesso Di Giuseppe: «Riguarda quei pensionati che hanno scelto di vivere all'estero, ma percepiscono la pensione italiana e dunque subiscono detrazioni alla fonte, cioè nel no-

stro Paese. Oggi queste persone non hanno diritto alla tessera sanitaria. Con questo provvedimento, invece l'avranno gratuitamente e potranno venirsi a curare in Italia, come è giusto che sia».

Chiude il deputato di Fratelli d'Italia: «Nel complesso si tratta di una legge etica che ridà giustizia agli italiani nel mondo, che non sono italiani di serie B».

Questo provvedimento si incardina nella linea che fin da subito Andrea Di Giuseppe ha voluto dare al suo mandato, ovvero quello di portare le istanze vere degli italiani nel mondo all'attenzione del dibattito politico nazionale. Lo ha fatto con la battaglia sui visti d'ingresso - che gli è costata la scorta -, così come quella per i diritti degli italiani detenuti all'estero. Sempre battendosi in prima persona. Per questo nei prossimi giorni anche la battaglia sulla sanità verrà raccontata nella sua newsletter che diffonderà nel suo vastissimo collegio elettorale. Insieme agli auguri di Pasqua, Di Giuseppe spiegherà quella che, si legge nel testo «sarà una novità che metterà fine a un lungo periodo di ingiustizie e disservizi, rispondendo a una richiesta inascoltata da molti esecutivi e che oggi, grazie al governo Meloni, sta per diventare realtà».



AIFA HA AMMESSO ALLA RIMBORSABILITÀ CON NUOVE INDICAZIONI LE TERAPIE GENICHE AXCIBTAGENE CILOLEUCEL E BREXUCABTAGENE AUTOLEUCEL DI GILEAD

La rivoluzione nella cura del cancro passa dalle Car-T

NOEMI PENNA

Insegnare al proprio sistema immunitario a combattere il tumore. È questa la rivoluzionaria frontiera della terapia Car-T, un trattamento innovativo che sta rivoluzionando il paradigma terapeutico per i pazienti affetti da alcuni tumori oncoematologici. È infatti recente la notizia dell'ampliamento delle indicazioni delle cellule Car-T, che stanno dimostrando risultati senza precedenti, rappresentando una vera svolta nel trattamento dei tumori oncoematologici e offrono un'opportunità per un numero sempre maggiore di pazienti. Si utilizzano specifiche cellule immunitarie, i linfociti T, che vengono estratti da un campione di sangue del malato, modificati geneticamente e coltivati in laboratorio, quindi ingegnerizzati per essere poi re-infusi nel paziente e attivare così una efficace risposta del sistema immunitario contro la patologia. «Con un aumento dei tassi di remissione e una durata della risposta clinicamente significativa, rappresentano un beneficio clinico importante in una popolazione con esiti scarsi e bassi tassi di sopravvivenza, come i pazienti adulti con leucemia linfoblastica acuta recidivante o refrattaria», spiega il professor Alessandro Ram-

baldi, ordinario di Ematologia all'Università Statale di Milano, commentando i risultati dei trial clinici condotti dalla Kite, società del gruppo Gilead focalizzata sulla terapia cellulare.

Le Car-T aprono prospettive di cura finora precluse per alcuni pazienti. È una terapia innovativa che sta portando risultati sorprendenti, soprattutto se si considera che per quasi 30 anni il trattamento standard per il linfoma diffuso a grandi cellule B è stato un regime multi-step che inizia con la chemioterapia a base di platino, seguita, nei pazienti rispondenti, da chemioterapia ad alte dosi e trapianto autologo di cellule staminali. Con questo approccio, solo il 10% dei pazienti con linfoma refrattario o recidivato alla prima linea poteva essere curato. Ora invece Aifa ha ammesso alla rimborsabilità con due nuove indicazioni la terapia Car-T axicabtagene ciloleucel di Gilead Sciences per il trattamento per pazienti adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B alla prima recidiva o refrattario e con linfoma follicolare altamente pretrattato. Dai risultati del trial clinico Zuma-7, «Axi-cel ha dimostrato una riduzione del 27% del rischio di morte rispetto allo standard di cura attuale. A

quattro anni, il 54,6% dei pazienti che hanno ricevuto questa terapia Car-T sono vivi rispetto al 46% del braccio di confronto», spiega il professor Paolo Corradini dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e presidente della Società Italiana di Ematologia. «Si tratta di dati che non hanno precedenti negli ultimi trent'anni nella cura dei linfomi aggressivi refrattari, una notizia di grande rilievo per i pazienti e per noi ematologi. Si consolida così ulteriormente il ruolo delle terapie Car-T nella cura dei linfomi che diventano una importante opportunità di cura già dalla seconda linea nei pazienti affetti da linfoma a grandi cellule B».

Un'ottima notizia, seguita da una nuova indicazione rimborsata in Italia anche per la terapia Car-T brexucabtagene autoleucel di Gilead Sciences per il trattamento di pazienti adulti, di età pari o superiore a 26 anni, con leucemia linfoblastica acuta a precursori di cellule B recidivante o refrattaria. «Si tratta di una patologia rara, aggressiva e a prognosi estremamente infu- sta per la quale, ad oggi, non sono disponibili terapie adeguate - aggiunge il professor Rambaldi -. Brexu-cel

rappresenta quindi una terapia che, con un'unica somministrazione, ha dimostrato un beneficio clinico significativo e duraturo nel tempo, con un tasso di remissione fra il 56 e il 71%».

«Gilead è impegnata nell'area dell'oncoematologia ormai da diversi anni. Siamo stati tra i pionieri nella ricerca in ambito Car-T e i risultati che stiamo raggiungendo sono senza precedenti», ha affermato Carmen Piccolo, direttore medico di Gilead Italia. «Con queste nuove indicazioni - prosegue - le terapie Car-T rappresentano una reale opportunità per sempre più pazienti, che, affetti da patologia molto gravi, vedono oggi confermati il valore e l'efficacia dei trattamenti innovativi che la nostra ricerca mette a loro disposizione. Questo ci rende particolarmente orgogliosi e ci stimola a proseguire nel nostro impegno cercando di esplorare con successo le frontiere più avanzate della ricerca medica, portando ai pazienti benefici impensabili fino a pochi anni fa in termini di cura e miglioramento di qualità della vita». —

**Si utilizzano
specifiche cellule
immunitarie,
i linfociti T**

**Al momento luce
verde per alcuni
tumori
oncoematologici**



Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche
"Mario Negri", Milano — letteroggi@oggi.it



Flavonoli, i cibi amici della prevenzione

MENO RISCHI ONCOLOGICI E CARDIACI PER CHI MANGIA PIÙ FRUTTA E VERDURA

I flavonoli sono una sostanza presente nei cibi e nelle bevande e tra i più diffusi bisogna citare anche la isorammetina, il kaempferolo, la miricetina e la quercetina. Nel tempo sono state identificate oltre 4 mila diverse tipologie di flavonoidi. I cibi più ricchi di flavonolo sono i capperi, il tè, la cipolla, la camomilla, tutti i vegetali di differenti colori e i frutti con particolare riferimento alle bacche rosse.

Uno studio recentissimo (Z. Zong e altri, 2024) ha studiato il consumo di flavonolo da parte di 11.679 cittadini americani con età superiore ai 20 anni, rappresentanti per varie caratteristiche 44 milioni di americani non ospedalizzati. I consumi erano diversi, ma potevano essere catalogati in 5 gruppi dal consumo minimo di 5,81 mg al giorno al consumo massimo di 288 mg al giorno, con un intermedio di circa 24 mg. Seguendo nel tempo si è potuto stabilire, dopo aver fatto una serie di aggiustamenti per un numero di

variabili, il grado di mortalità totale che oscillava dal 9,68% per chi non si alimentava con prodotti contenenti flavonolo al 6,16% per chi utilizzava il più alto consumo, con un intermedio al 7,85%. È stato anche possibile analizzare l'effetto sulle varie cause di mortalità. Per esempio, quella dovuta a tumori era del 2,60% per chi non assumeva flavonolo e dell'1,38% per il gruppo che ne assumeva il massimo. La mortalità per cause cardiovascolari era del 3,04% per chi si alimentava senza flavonolo, ma dell'1,96% per chi si alimentava con la quantità massima. In ogni caso esiste una linearità inversa fra consumo di flavonolo e mortalità. Questi dati identificano un importante componente dei vegetali, il flavonolo, che conferma il vantaggio di utilizzare un'alimentazione in cui predomini verdura e frutta, fresca o secca.

GRAN BRETAGNA E TUMORI

Un recente studio riportato sul *British Medical Journal* (J. Shelton e altri, 2024) dimostra che l'incidenza dei tumori è aumentata nel Regno Unito negli ultimi 25 anni. Infatti, per i maschi nel 1993 furono registrati 55.014 casi di tumore, mentre nel 2018 furono 86.297. Analogamente, per le donne i casi aumen-



OGGI

tarono da 60.187 nel 1993 a 88.970 casi nel 2018, con un incremento per ambo i sessi di circa lo 0,8% per anno. Se non fossero aumentati i tumori della prostata e della mammella gli altri tumori sarebbero rimasti relativamente stabili nel tempo. Al contrario, la mortalità per tumori nello stesso periodo di tempo (1993-2018) è invece diminuita. Per i maschi è diminuita del 20% (da 32.878 casi a 26.322) e per le femmine del 17% (da 28.516 a 23.719 casi). La più importante diminuzione di mortalità era nel caso dei maschi

per il tumore gastrico, il mesotelioma, la vescica, mentre per la femmina riguardava il tumore gastrico e il linfoma non-Hodgkins.

Questi risultati vengono ascritti prevalentemente alle misure di prevenzione come la diminuzione di fumo, l'aumento della partecipazione agli screening per la diagnosi precoce dei tumori e, anche, all'utilizzazione dei farmaci antitumorali. Tuttavia, se la prevenzione fosse molto più diffusa dovrebbe diminuire anche l'incidenza dei tumori e non solo la mortalità. **OG**



Sonia Diab



FINE VITA

Farmaco mortale Assolto il medico

Di Capua a pagina 6

LA SENTENZA SUL FINE VITA

Cancellata la condanna a 15 anni per Marzia Corini: somministrò un sedativo al fratello malato di cancro

Il farmaco poi la morte Assolta l'anestesista

GIANNI DI CAPUA

*** Assolta perché il fatto non sussiste dall'accusa di aver ucciso il fratello con una overdose di sedativo. La Corte d'Assise d'Appello di Milano conferma la decisione dei giudici di Genova: Marzia Corini, medico anestesista, difesa dagli avvocati Vittorio Manes e Giacomo Frazzitta, non somministrò il Midazolam al fratello Marco Valerio Corini, malato

terminale di cancro, per ucciderlo. «Dopo nove anni posso pensare a mio fratello, a elaborare il lutto», ha commentato la 59enne, subito dopo la lettura della sentenza. Lui, avvocato di vip e calciatori di 51 anni, morì il 25 settembre del 2015 nella sua casa di Ameglia, in provincia di La Spezia. La tesi dell'accusa era che la morte dell'uomo, malato terminale di cancro, era stata causata da una overdose di Midazolam, un sedativo che era stato iniettato al 51enne dalla sorella, medico anestesista che per anni ha lavorato anche con Medi-

ci Senza Frontiere. Corini, 59 anni, è stata assolta anche dalle accuse di falso in testamento e furto di medicinali. Il processo d'appello bis è iniziato dopo la decisione della Cassazione, dell'aprile dello

scorso anno, di annullare l'assoluzione stabilita dalla Corte d'Appello di Genova nel maggio 2022. In primo grado, a La Spezia, Marzia Corini era stata condannata a 15 anni di carcere per omicidio, furto di medicinali e falso in testamento. I giudici avevano rimesso in discussione la ricostruzione fatta in primo grado, affermando che il movente era «umanitario», non economico né da rintracciare in rapporti familiari travagliati: Marzia Corini - è la tesi della Corte d'Appello di Genova - «non voleva più vedere soffrire il fratello, non ci sono ragioni economiche legate all'eredità». La Procura generale di Genova, contro la decisione della Corte d'appello del capoluogo ligure, aveva presentato ricorso in Cassazione.

Secondo le accuse mosse a Corini, all'origine dell'omicidio vi erano diversi moventi: economico, personale e familiare. Con la morte del fratello, come ha ricordato nel corso della requisitoria, la procuratrice generale di Milano, Francesca Nanni, «la quota ereditaria» di Marzia Corini sarebbe stata di «oltre un milione di euro». «Certamente le mire economiche - ha sottolineato la pg di Milano - però c'era anche altro, ossia la storia di una donna a lungo allontanata dalla famiglia, che poi riprende contatti con il fratello quando sta male e alla fine agisce in quel modo». Nan-

ni aveva chiesto una condanna a 14 anni e 2 mesi. In una telefonata, intercettata il 26 gennaio 2016, Marzia

Corini aveva detto di aver fatto per suo fratello «l'unica cosa» che poteva: «non fargli sapere» quando sarebbe giunto il momento della morte.

«Gli ho fatto un regalo, ho interrotto la sua vita in un momento in cui non era consapevole di avere la morte vicino», è stato ricordato in aula. Una «mancanza di coscienza» del fratello che la morte fosse a un passo, secondo l'accusa. Ma quelle frasi - secondo la tesi della difesa - erano «deliri degli abissi interiori» di Marzia Corini, come ha proseguito l'avvocato Manes: «Non si può dire che quella iniezione abbia determinato colposamente una dinamica letale».

La Cassazione

Aveva annullato l'assoluzione stabilita dalla Corte d'Appello. L'accusa all'origine dell'omicidio: motivi economici e personali

Il medico

«Dopo nove anni ora posso elaborare il lutto. Gli ho fatto un regalo: ho interrotto la sua vita quando non era consapevole»



L'INTERVISTA

Paola Binetti: Schlein non si è mai schierata a favore della vita

«Non dovrebbe mai succedere I cattolici dem si facciano sentire»

EDOARDO SIRIGNANO

«Vorrei che i cattolici nel Pd facessero sentire la loro voce in modo chiaro e non lasciassero occupare lo spazio alla Schlein, che non si è mai schierata pubblicamente a favore della vita». A dirlo Paola Binetti, ex parlamentare ed esperta di temi etici.

Marzia Corini assolta dall'accusa di aver ucciso il fratello. Che idea si è fatta rispetto a tale vicenda?

«In una relazione tra fratelli in cui c'è davvero amore, che ti consente di assorbire la sofferenza dell'altro, non dovrebbe accadere quanto successo nel caso citato».

Perché?

«Evidentemente il dolore era troppo da sopportare e dunque si è creduto che la morte lo alleviasse. Mentre, invece, anche se non c'è stata una condanna, la ferita è e resta profonda. Il problema, infatti, non è il reato, ma la sofferenza. Marzia penserà sempre di essere stata la causa della morte del fratello».

Ciò deve indurci a una riflessione?

«Occorrono tutti i mezzi possibili per venire incontro al dolore di chi sta male, ma anche a quello di chi accompagna chi sta male. Ricordo che la legge 38 non parla solo di cure palliative, ma piuttosto di creare tutte quelle forme possibili di contrasto al dolore, centri che realmente possano curarlo e non mi riferisco solo a quello fisico, ma anche a quello dell'anima, che molte volte provoca uno strazio molto più

profondo. I Corini sono due fratelli che hanno una ferita al cuore».

Forza Italia, intanto, cambia il testamento biologico...

«Non conosco il ddl presenta-

to. Non sono, pertanto, in grado di valutarlo. Sono, però, tra coloro che ha votato contro l'attuale disegno di legge sul testamento biologico. La stessa Corte Costituzionale ha dichiarato che apre indirettamente all'eutanasia. Nel momento in cui ti dico che in libertà, puoi rifiutare certi trattamenti salvavita, nei fatti, ti incammini su una strada di non ritorno. Su tale aspetto ha fatto leva la sentenza della Consulta, quella che si riferisce a Marco Cappato, che in qualche modo depenalizza il reato dell'assistenza al suicidio».

Sedazione palliativa profonda. È eticamente lecita?

«Prima di far partire il dibattito sul testamento biologico, feci un quesito al Cnb (Comitato Nazionale per la Bioetica) e questo rispose che era lecita, ponendo determinate condizioni. La sedazione palliativa profonda non causa la morte. Anche in condizioni estreme interviene per sedare, che non vuol dire ammazzare».

Favorevole, invece, all'obiezione di coscienza?

«Ci mancherebbe altro. Il medico deve essere libero di agire in scienza e coscienza».

Nel Pd qualcuno parla di dieci anni indietro sul fine vita. È d'accordo?

«Ovviamente no! Il Pd è stato quello che ha voluto la legge sul testamento biologico. Nel momento in cui consideri il rifiuto dei trattamenti vitali aperti all'eutanasia».

Certe posizioni su temi etici, all'interno del Nazareno, ormai sono all'ordine del giorno. Ciò è dovuto a un ruolo sempre più marginale dei cattolici?

«È purtroppo la realtà, ma bisogna aggiungere anche la necessità di ridare formazione ai cattolici. Devono tornare a essere consapevoli del valore della vita e dunque della coerenza con cui tale principio deve essere difeso, non solo attraverso un bilancio positivo e concreto delle cure palliative, ma anche mediante l'attivazione di centri per la terapia contro il dolore. Sull'argomento, si sta facendo troppo poco, mentre bastava avere come vademecum la legge 38, tra i migliori provvedimenti varati dal Parlamento negli ultimi 15 anni. Al contrario è stata contestata in alcuni passaggi, fino ad arrivare all'errata legge 219».

Terapia del dolore

«Il valore dell'esistenza deve essere difeso. Servono centri con cure palliative che aiutino i pazienti»

Ex parlamentare

Paola Binetti
(LaPresse)

