



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

19 APRILE 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Ospedale di Acireale, nuovo prelievo di cornee

A donarle una donna di 60 anni deceduta presso l'UOC di Anestesia e Rianimazione. Sono state trasferite presso la Banca degli occhi di Mestre.



CATANIA. Nuovo prelievo di **cornee** eseguito all'Ospedale di **Acireale**. A donare è stata una donna di 60 anni, deceduta presso l'UOC di Anestesia e Rianimazione del Presidio.

«Sono grato per questo gesto di gratuità e di solidarietà grazie al quale alcune persone torneranno a vedere- afferma il commissario straordinario dell'Asp di Catania, **Giuseppe Laganga Senzio** – Ogni donazione è anche una scelta preziosa per l'intera comunità perché promuove la cultura del dono. Voglio anche esprimere la mia gratitudine al Centro regionale trapianti e a tutti gli operatori del Presidio acese che sono intervenuti nelle diverse fasi».

Dello stesso avviso anche il coordinatore del Centro regionale trapianti, **Giorgio Battaglia**, che sottolinea come l'Asp di Catania stia facendo un ottimo lavoro mettendo a frutto la generosità, la cultura e la consapevolezza dei cittadini in tema di donazione d'organi. Le cornee sono state trasferite presso la Banca degli occhi di Mestre.

Il processo di donazione è stato coordinato dal direttore sanitario dell'Asp di Catania, Antonino Rapisarda, in collaborazione con il coordinatore aziendale trapianti, Marialuisa Granata, e il Centro regionale trapianti; e con il supporto della Direzione Medica del Presidio, diretta da Rosario Cunsolo; del direttore del Dipartimento per l'emergenza, Giuseppe Rapisarda; e dell'UOC di Oculistica, diretta da Giuseppe Scalia, che ha eseguito la valutazione e il prelievo delle cornee.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Schifani “Un reparto di neurochirurgia pediatrica al Civico di Palermo”

PALERMO (ITALPRESS) – Autorizzato dal presidente della Regione l'avvio delle procedure per l'attivazione del reparto di Neurochirurgia pediatrica all'ospedale Civico di Palermo. Il via libera è arrivato nel corso di un incontro operativo a Palazzo d'Orleans tra il presidente Schifani, l'assessore alla Salute Volo, il dirigente generale Iacolino e il commissario del Civico Messina.

PALERMO (ITALPRESS) - Autorizzato dal presidente della Regione l'avvio delle procedure per l'attivazione del reparto di Neurochirurgia pediatrica all'ospedale Civico di Palermo. Il via libera è arrivato nel corso di un incontro operativo a Palazzo d'Orleans tra il presidente Schifani, l'assessore alla Salute Volo, il dirigente generale Iacolino e il commissario del Civico Messina. Nel corso della riunione, alla quale ha partecipato la signora Cira Maniscalco, il presidente della Regione ha comunicato che il dipartimento della Pianificazione strategica dell'assessorato della Salute ha garantito la risorsa economica pari a 3 milioni di euro per la realizzazione presso l'azienda ospedaliera Civico di un Polo avanzato per la diagnosi e il trattamento delle patologie pediatriche a indirizzo neurochirurgico. Allo stesso tempo, l'assessorato della Salute ha autorizzato il Civico all'utilizzo dei fondi residui ex art 20 per la realizzazione di un nuovo complesso operatorio a supporto del progetto di Neurochirurgia pediatrica. Per il presidente Schifani "il progetto colma una enorme lacuna presente nel territorio regionale garantendo in fase di avvio del servizio e attraverso la collaborazione con l'ospedale Santobono di Napoli, sin dal prossimo mese di giugno, le attività ambulatoriali di Neurochirurgia al Civico di Palermo. Entro un anno, il progetto andrà a regime assicurando le attività di ricovero e di neurochirurgia con elevati livelli di professionalità ed eliminando i viaggi della speranza".

IL DEF SMENTISCE IL GOVERNO: IL 70% DEI FONDI UTILIZZATO PER COSTI ARRETRATI O "MANGIATO" DALL'INFLAZIONE

I veri conti della Sanità, mancano 5,4 miliardi

PAOLO RUSSO

Sul finanziamento del Ssn le cose non stanno come sostiene la premier. -CAMILLI - PAGINE 2 E 3



Sanità i tagli nascosti

I numeri del Def: su 7,6 miliardi più di 5 coprono costi arretrati
Al netto dell'inflazione la spesa reale si riduce del 6,2%

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

«Sulla sanità abbiamo messo più risorse di quante ne abbiano mai investite i governi che ci hanno preceduto», è andata ripetendo Giorgia Meloni in risposta alla protesta dei 14 scienziati, alla quale si somma ora quella di 75 società medico-scientifiche, che insistono invece a denunciare il definanziamento del nostro Ssn. Che le cose non stiano affatto come vuol far credere la premier lo dimostrano non i suoi oppositori ma il Def del suo stesso ministro

dell'Economia, che sui conti della sanità prova a fare il gioco delle tre carte. Perché a leggere la tabellina in fondo alla sezione dedicata al servizio sanitario si legge che nel 2024 ci sono postati 138,776 miliardi, ben 7,6 in più rispetto all'anno precedente. Un aumento pari al 5,8%. Ma lo stesso documento, senza mostrare le cifre, spiega in un altro passaggio che in quella somma ci sono anche 2,4 miliardi del rinnovo del contratto 2019-21 del personale sanitario. Soldi che erano stati in un primo momento collocati sul fondo sanitario del 2023, che infatti risulta ora aver fatto il passo del gambero rispetto al 2022, con 533 milioni in meno di finanziamento, per via dello sposta-

mento in avanti di un anno del pagamento degli aumenti contrattuali. Ma dal finanziamento di quest'anno, specifica sempre il Documento di economia e finanza, bisogna detrarre anche la quota accantonata per il rinnovo contrattuale dell'altro triennio, quello del 2022-24, che ammonta a 3 miliardi. Fatte le dovute somme si arriva a



5,4 miliardi da detrarre dall'aumento del fondo, che si riduce così a un ben meno appariscente più 2,2 miliardi. Ma anche in questo caso non è tutto oro quel poco che luccica. Perché come specifica ancora una volta il Def, in questa cifra si da per scontato quello che scontato non è, ossia il pagamento anche quest'anno del miliardo versato nel 2023 dalle imprese produttrici di dispositivi medici, cose che vanno dalle garze ad apparecchiature come Tac e risonanze. In base al meccanismo del cosiddetto pay back, introdotto dal Governo Renzi, le aziende del settore devono infatti contribuire al pagamento del 50% di quanto sfiorato rispetto a un tetto di spesa ritenuto tra l'altro dallo stesso governo sottostimato. Peccato che il Tar Lazio abbia sospeso il provvedimento che obbliga le imprese al ripiano, rin-

viando alla Consulta la decisione finale, che non si preannuncia ne imminente e ne favorevole.

Ma incrociando i numeri del Def con quelli di Bankitalia si scopre dell'altro. Che dal 2021 al 2024 l'inflazione si è mangiata con gli interessi quel po' di maggiori risorse messe sulla sanità, tanto che in termini reali la spesa sanitaria invece di avanzare si sarebbe ridotta del 6,2%. Che in valori assoluti sono 8,6 miliardi che mancano per tornare ad avere la dote di tre anni fa. E nemmeno devono ingannare i quasi tre miliardi e 100 in più del 2025, i poco meno di 3 del 2026 e più o meno altrettanti dell'anno successivo, che sono frutto del trascinarsi negli anni degli aumenti contrattuali. Soldi in più che

andranno nelle tasche di medici e infermieri, ma che non servono ne ad assumerne di nuovi, ne a pagare il lavoro extra per ridurre le liste di attesa e nemmeno ad acquistare macchinari e a far andare avanti Asl e ospedali.

In questo contesto diventa poi del tutto secondario denunciare, come fanno da tempo le opposizioni, lo stallo degli investimenti rispetto al Pil, che salgono di una decimale al 6,4% quest'anno, per poi riscendere al 6,2 nei due anni successivi, restando ben distanti dal 6,7% del 2022, per non parlare del 7 e passa per cento dell'anno precedente. Quando la grande crisi pandemica aveva spaventato anche gli ex cultori delle spending review sanitarie, che colpirono duro in epoca Renzi.

Resta il fatto che se i soldi in più messi sul fondo se ne andranno tutti in aumenti salariali, inflazione e mancati

ripianti dei debiti da parte delle aziende, resta da capire dove trovare le risorse per realizzare la riforma della sanità territoriale e il Piano sulle liste di attesa che sta mettendo a punto il titolare della Salute Schillaci, che a Giorgetti ha chiesto 600 milioni per far lavorare di più medici e tecnici sanitari nel pubblico e per pagare maggiori prestazioni al privato convenzionato. Mentre soldi serviranno anche per far funzionare Case e Ospedali di comunità finanziati con 7,1 miliardi del Pnrr. Buoni per tirare su le mura, ma non per pagare i professionisti sanitari che dovrebbero lavorarci. E così con il gioco delle tre carte sui finanziamenti alle fine i nuovi maxi ambulatori aperti 7 giorni su 7 e 24h rischiano di diventare una nuova incompiuta della nostra sanità sempre più a corto di soldi. —

Gli investimenti rispetto al Pil scenderanno fino al 6,2% nel 2027

2,4

i miliardi previsti per il rinnovo del contratto 2019-21 del personale sanitario

3

i miliardi accantonati per il rinnovo contrattuale del triennio 2022-24

2,2

i miliardi che effettivamente rimangono da investire nel Ssn

SANITÀ, DOVE SI CURANO GLI ITALIANI

60,5%
Nel pubblico/
privato accreditato

37 miliardi
la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie

4,2 milioni
le famiglie che hanno limitato le spese per la salute

1,9 milioni
le persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie per ragioni economiche

4,6%
Strutture private
Con polizza sanitaria

17,9%
Strutture private
Pagando di tasca propria

11,9%
Intramoenia
Pagando di tasca propria

5,1%
Strutture private
Con tariffa agevolata

Fonte: Gimbe su dati Istat - Rapporto Ospedali & Salute Aspi-Censis

WITHUB

Elly Schlein (Pd)

La destra sta tagliando risorse alla sanità pubblica, tanti cittadini e cittadine non ce la fanno più

Il progetto dei maxi ambulatori, aperti 7 giorni su 7, rischia di diventare un miraggio



Sono 95 le strutture chiuse negli ultimi dieci anni, 11 mila medici e operatori hanno lasciato il pubblico

“In due anni persi 32.500 posti in ospedale”

L'appello delle società scientifiche al governo

IL DOSSIER

ELEONORA CAMILLI
ROMA

Sempre meno posti letto e medici negli ospedali italiani. Una situazione critica per il servizio sanitario nazionale, che rischia di peggiorare nei prossimi tre anni per carenza di risorse. Nel 2024, come indica il documento di economia e finanza (def), il finanziamento del fondo sanitario nazionale è pari solo al 6,4% del Pil. Una cifra che subirà un'ulteriore diminuzione al 6,3% nel 2025 e 2026, fino ad arrivare al 6,2% nel 2027. Non solo, ma le risorse sono diminuite anche rispetto al 2021. La denuncia arriva dal Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani (Fossc), che raccoglie 25 sigle del comparto sanitario. E che ieri a Roma ha lanciato un chiaro appello al governo chiedendo di invertire la rotta

con una «riforma strutturale e provvedimenti urgenti per salvare il servizio sanitario e mantenerne il carattere universalistico». La situazione,

infatti, è preoccupante. Secondo le stime del Forum solo nel biennio 2020-2021 sono stati persi oltre trentamila posti letto, mentre nel triennio 2019-2022 undicimila medici e operatori sanitari hanno lasciato il servizio pubblico. Negli ultimi dieci anni, poi, sono stati chiusi 95 ospedali, il 9% del totale.

A tutto questo si aggiunge il paradosso legato alla pandemia da Covid. Nonostante il nostro sia stato il paese più duramente colpito, in termini di contagi e morti, al confronto con gli altri stati europei è quello che ha investito meno sulla sanità. Una situazione che stride anche con quanto previsto dall'Ocse. L'organizzazione per i paesi che investono poche risorse in sanità, come l'Italia, prevede un auspicabile investimento pari ad almeno l'1,4% in più rispetto al Pil 2021, che equivarrebbe dunque a un aumento annuo di ben 25 miliardi di euro. Questa mancanza di investimenti in sanità comporta secondo le società scientifiche una crescita esponenziale della contribuzione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, che nel 2022, ha raggiunto la cifra di ben 41 mi-

liardi e 500 milioni di euro, rispetto agli 8-12 miliardi degli anni precedenti, con un valore doppio rispetto a paesi come Francia e Germania.

In questo quadro, non piacciono le misure previste dal governo Meloni. A cominciare proprio dall'introduzione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea), pubblicati ad agosto 2023 e rinviati al 2025 per carenza di risorse. «Le regioni dovrebbero sobbarcarsi anche il cospicuo

onere delle nuove prestazioni - spiegano le sigle che compongono il Forum -. Le più deboli e povere, in particolare quelle sottoposte a piano di rientro, di certo non possono farlo. Ci chiediamo, dunque, come sia possibile solo pensare in queste condizioni al varo della legge sull'autonomia differenziata». Anche Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva punta il dito sulla carenza di servizi sul territorio: «La penuria di alcune specifiche figure professionali e la distanza dai luoghi di salute, in particolare nelle aree perife-

riche, rappresentano un elemento di non equità nell'accesso alle cure e alle prestazioni che va affrontato subito». Molto critica è anche l'opposizione. La segretaria dem Elly Schlein tuona senza mezzi termini contro «la destra che sta tagliando risorse alla sanità pubblica». E ricorda che «la battaglia a difesa del servizio pubblico è una priorità» perché «tanti cittadini e cittadine non ce la fanno più». —

ANNA LISA MANDORINO
SEGRETARIA GENERALE
CITTADINANZATTIVA



La penuria di professionisti e la distanza dai luoghi di salute sono un elemento di non equità



Su La Stampa



Su La Stampa del 4 aprile, la lettera di 14 luminari con le proposte per salvare il sistema sanitario nazionale



Le crisi delle cure: 12 regioni su 20 non garantiscono i livelli essenziali

L'EMERGENZA

ROMA Per salvare il servizio sanitario nazionale bisogna intervenire subito con una riforma strutturale. Le risorse stanziare finora infatti non bastano. Le Regioni sono in difficoltà. E le cure non sono accessibili ovunque allo stesso modo per tutti. Ecco perché le 75 Società Scientifiche riunite in FoSSc (Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani) ieri a Roma hanno lanciato un appello al governo a potenziare gli ospedali e a destinare altre risorse prima che sia troppo tardi. Dopo anni di «tagli irresponsabili» alla sanità serve ora un vero cambio di rotta: nel 2024, il finanziamento del Fondo sanitario nazionale si attesta solo al 6,4% rispetto al Pil, e si stima un'ulteriore diminuzione al 6,3% nel 2025 e 2026, fino a scendere al 6,2% nel 2027. E il confronto con gli altri Paesi europei non è confortante: «Dal 2012 al 2021 - precisa Francesco Cognetti, coordinatore del Forum - l'incremento per l'Italia è stato solo del 6,4%, rispetto al 33% della Germania, al 24,7% della Francia e al 21,2% della Spagna».

IL REPORT

Per i pazienti che hanno bisogno di cure significa in sostanza ri-

schiare di non trovare un posto libero nei reparti e dover restare in attesa anche per giorni su una barella del pronto soccorso (il cosiddetto boarding). E la ragione è nota da tempo: sono almeno 100mila i posti letto di degenza ordinaria che mancano e 12mila quelli di terapia intensiva. In dieci anni, poi, alcune strutture (il 9 per cento, ossia 95 in tutto) hanno persino chiuso i battenti, passando da 1.091 del 2012 a 996 nel 2022, costringendo così i pazienti a spostamenti maggiori. A complicare la faccenda, c'è poi la carenza del personale sanitario: entro il 2025, andranno in pensione 29mila camici bianchi. Andranno via anche 21mila infermieri: già ora nel pronto soccorso capita che ce ne sia uno solo ogni 25 pazienti.

I RISCHI

E se è vero che il Pnrr prevede di riservare l'8,3% dei fondi previsti alla Sanità, a conti fatti le risorse destinate agli ospedali sono dedicate solo per l'aggiornamento tecnologico e per la ricerca scientifica, ma per il potenziamento strutturale ed organico o per l'acquisizione di nuovo personale i soldi bisogna cercarli altrove. C'è poi il capitolo dei livelli essenziali di assistenza (Lea), ossia le cure fondamentali che dovrebbero essere assicurate sempre da Nord a Sud. Purtroppo, però, come ricorda Cognetti, «12 Regioni su 20 non garantiscono non la totalità, ma neppure la minima sufficienza. La maggioranza

presenta infatti valori sotto la soglia in almeno una delle tre macroaree prese in esame: prevenzione, assistenza sul territorio e ospedale». E a questo punto, le persone o si spostano in altre regioni o rinunciano a curarsi. Inutile dire poi che, per carenza di risorse, l'introduzione dei nuovi lea - pubblicati ad agosto del 2023 - è stata rinviata al 2025. E intanto, denuncia il Forum, «le Regioni dovrebbero sobbarcarsi anche il cospicuo onere delle nuove prestazioni». Con la conseguenza che «le più povere, in particolare quelle sottoposte a Piano di rientro, non possono farlo». Le risorse in più, del resto, sono urgenti anche per prevenire l'insorgenza delle malattie. Le percentuali di cittadini che aderiscono agli screening oncologici sono pari a circa il 40% per la mammografia e per il Pap test o l'Hpv test ed inferiori al 30% per lo screening coloretale. Eppure, l'Unione europea chiede di raggiungere, entro il 2025, il livello del 90% di adesione per tutti e tre i programmi.

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'APPELLO DI 75 SOCIETÀ SCIENTIFICHE: «MANCANO CENTOMILA POSTI LETTO. SERVE UNA GRANDE RIFORMA STRUTTURALE DEL SSN»



La conferenza del FoSSc, il Forum che riunisce 75 Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani. L'incontro ieri a Roma per chiedere la riforma del Ssn



Medici stranieri nei reparti «Meno vincoli, ci servono»

► Si potranno reclutare anche dopo il 2025 ► Nella bozza di accordo le commissioni Le Regioni al Ministero: procedure lente per valutare camici bianchi e infermieri

IL CASO

ROMA L'intesa tra Stato e Regioni andrà a regolamentare «l'esercizio temporaneo dell'attività lavorativa da parte di coloro che intendono esercitare una professione medica o sanitaria in base a una qualifica professionale conseguita all'estero». In sintesi: metterà ordine all'arruolamento di medici e infermieri stranieri. Alcuni numeri: nel 2019 i medici presi dall'estero erano 21mila, nel 2023 questa cifra è salita ed è stimata a quota 28mila. Visto che in Italia prima c'è stato il blocco del turnover, poi una insufficiente programmazione degli specialisti da formare, il ricorso all'arruolamento di camici bianchi stranieri è destinato ad aumentare. E lo stesso vale anche per gli infermieri. Dicono i dati di Fnopi (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche): in Italia lavorano 23mila infermieri stranieri (il 5,5 per cento del totale) di cui 15.674 da Paesi Ue e 9.456 da Paesi extra Ue. Si concentrano soprattutto in Lombardia, Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna e Veneto. La maggioranza proviene da Est Europa, India e Perù. A questi si aggiungono i 13.000 in Italia con i provvedimenti emergenziali legati al Covid e alla guerra in Ucraina.

C'è un problema: nel 2020 il decreto Cura-Italia ha aperto ai professionisti di Paesi extra-Ue, il provvedimento è stato prorogato, ma l'ultimo strumento, il decreto Bollette, fissa al 31 dicembre 2025 la scadenza di questa possibilità. Dunque, servono nuove regole soprattutto per la parte che deve regolamentare

l'iscrizione all'ordine dei medici e degli infermieri del personale che arriva da nazioni extra Ue. Il testo dell'intesa è arrivato alla Conferenza Stato-Regioni: è stato rinviato perché sono necessari degli approfondimenti tecnici dopo che la Lombardia ha proposto di semplificare il percorso di iscrizione all'ordine se c'è un accordo collettivo gestito dalla

Regione stessa magari con un altro Stato. Più in generale le Regioni chiedono un meccanismo meno lento perché negli ospedali servono rinforzi in tempi rapidi. Va detto che il testo comunque è stato elaborato da Ministero della Salute e Regioni. Cosa prevede? Le Regioni dovranno istituire delle commissioni per «la verifica del possesso delle qualifiche professionali necessarie». Tra l'altro, gli ordini provinciali devono iscrivere in elenchi speciali questi professionisti «previo accertamento della conoscenza della lingua». Proprio negli ordini devono essere istituiti «elenchi speciali per l'esercizio temporaneo dell'attività lavorativa». C'è però un'eccezione e si legge nell'articolo 8 della bozza: «Le previsioni di cui alla presente non si applicano alle Regioni e alle Province autonome che, alla data di entrata in vigore della presente intesa, abbiano già sottoscritto accordo con soggetti esteri per il reclutamento di professionisti sanitari e sociosanitari». Gli esempi sono numerosi ma il più eclatante è quello della Regione Calabria che ha siglato un accordo con Cuba nel luglio del 2022 per il reclutamento di 497 medici. L'intesa è tra la Regione e una società partecipata del governo cubano e i medici dovranno restare in servizio negli ospedali di Cosenza, Vibo Valentia, Cro-

tone, Reggio Calabria e Catanzaro fino alla fine del prossimo anno. Sono arrivati a scaglioni, non sono presenti tutti i 497 contemporaneamente: gli ultimi, un centinaio, sono sbarcati in Calabria due mesi fa, e attualmente in corsia ce ne sono 270. La sanità cubana è considerata di buon livello e il problema della lingua per i medici dell'isola, dove si parla spagnolo, è tutto sommato semplice da affrontare.

ROMA-MESSICO

Per questo motivo la Regione Lazio ha iniziato un dialogo con le istituzioni del Messico e dell'Argentina dove spera di trovare infermieri. Ancora: l'assessore della Sanità della Lombardia, Guido Bertolaso, è andato alla ricerca di infermieri per gli ospedali della sua regione in Argentina e in Paraguay. Ha spiegato il presidente Attilio Fontana: «Speriamo di avere 500 infermieri in più per potere utilizzare meglio le nostre case di comunità». Anche la Sicilia si sta muovendo in questa direzione. Ha detto Renato Schifani, presidente della Regione dopo la selezione di 16 medici provenienti da Ucraina, Argentina, Cuba, Venezuela, Ecuador, Libia, Guinea: «Questo è soltanto l'inizio della strategia del mio governo di ricorrere a medici dall'estero per rimediare alla mancanza di personale sanitario, garantendo



Il Messaggero

do così il diritto alla salute ai siciliani. Stiamo percorrendo tutte le strade possibili, utilizzando gli strumenti straordinari messi a disposizione dallo Stato per colmare, nel breve periodo, i vuoti di organico che esistono in Sicilia, come in tutta Italia, in attesa della modifica del "numero chiuso" per l'accesso alle facoltà di Medicina».

M.Ev.

23.000

Sono gli infermieri stranieri in servizio in Italia, di questi 9.456 vengono da Paesi al di fuori dell'Ue

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PROFESSIONISTI NON ITALIANI NEL 2019 ERANO 23MILA, ORA SONO 28MILA: IL LAZIO NE CERCA IN MESSICO E IN ARGENTINA



Il dossier

L'ambigua battaglia della destra meloniana per aprire i consultori agli ultra-cattolici

La rete delle strutture di base è ormai ridotta al lumicino

Ne sono rimaste 1.800 in tutta Italia: una ogni 32mila abitanti, il 60 per cento in meno rispetto al necessario

di Maria Novella De Luca

ROMA – Forse l'unico dato positivo di aver riportato agli onori della cronaca la parola Consultori, a 50 anni (quasi) dalla loro nascita nel 1975, è la fotografia impietosa su quanti pochi ne siano rimasti sul territorio: soltanto 1800 in tutta Italia, uno ogni 32mila abitanti, un numero ben al di sotto di quanto stabilito dalla legge, che ne prevede uno ogni 20mila abitanti. Sono i dati dell'ultima Indagine nazionale sui consultori familiari dell'Istituto superiore di sanità del 2019. In pratica, in Italia, questi centri costruiti negli anni Settanta sul modello dei consultori autogestiti del femminismo, sono oggi il 60 per cento in meno di quanti ne servirebbero.

È da questa rete, un tempo virtuosa, oggi impoverita e smantellata come tutti i servizi territoriali, da quelli per le dipendenze a quelli per la salute mentale, che la destra vorrebbe far partire la crociata contro la legge 194, inserendo all'interno di questi contesti i movimenti antiabortisti. Per capire però di cosa parliamo e perché Giorgia Meloni e Fdi sostengono che il loro decreto sul volonta-

ri Pro-life nei consultori sia previsto dalla legge sull'aborto, bisogna analizzare con attenzione il testo. Tenendo fermo un punto di partenza, come ricorda Silvana Agatone, presidente della Laiga, storica associazione di ginecologi in difesa della legge 194. «In 40 anni di professione da non obiettrice mi sono capitati soltanto due casi di pazienti arrivate in ospedale con il certificato per abortire, ma di fatto ancora incerte. Ad entrambe chiedemmo di aspettare qualche giorno e di tornare al consultorio per un nuovo colloquio con l'assistente sociale e la psicologa». Una statistica infinitesimale quindi, che dimostra però la serietà di chi opera nell'ambito della 194. «Una delle due donne - aggiunge Agatone - così come avevo capito dall'inizio, ha scelto di tenere il bimbo, l'altra ha abortito. Questo per dire che nei consultori è già previsto un percorso di accompagnamento, ma è fatto con personale specializzato e rispettoso del principio di autodeterminazione delle donne, non con volontari antiabortisti e dunque mossi da

un intento politico più che sanitario». È il punto cardine del discorso. Nessuno nega, infatti, quanto è scritto nella legge del 1978, in particolare negli articoli numero 2 e numero 5 dove viene definito il ruolo dei consultori.

«I consultori familiari, istituiti con la legge 405 del 1975, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza». La informano cioè dei suoi diritti di lavoratrice madre, degli aspetti sanitari della gestazione. Al punto D, è questo è importante, si afferma: «Assistono la donna contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurla all'interruzione



della gravidanza». È esattamente ciò che accade oggi, con il personale che già lavora nei consultori. Prima di rilasciare il certificato con il quale la paziente va poi in ospedale per l'ivg o l'aborto farmacologico, le viene chiesto di incontrare una o più volte un'assistente sociale, per verificare, insieme, la decisione di abortire.

Altro capitolo è la presenza di volontari: «I consultori possono avvalersi della collaborazione volontaria di formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono aiutare la maternità difficile dopo la nascita». La frase è questa: maternità difficile "dopo" la nascita però, cioè in un altro ambito del consultorio familiare, non nel percorso della legge 194. All'articolo 5 si torna a parlare di consultori. Qui esplicitamente si afferma che «il consultorio ha il compito, quando la richiesta di aborto sia motivata da condizioni

economiche o sociali o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza». Anche qui bisogna leggere bene: «Ove la donna lo consenta». Se non lo consente nessuno può chiederle conto di una scelta.

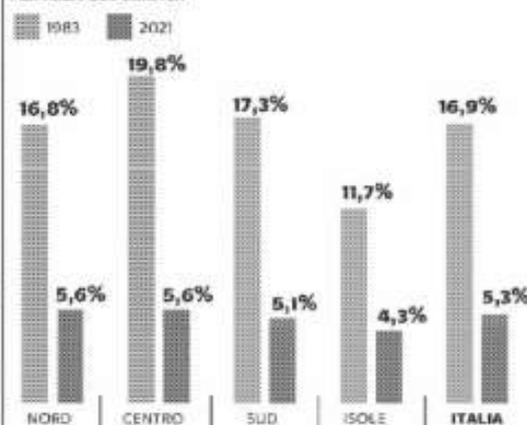
Dunque che bisogno c'è dei volontari del movimento per la vita nei consultori, quando i consultori stessi, ma senza implicazioni confessionali, politiche o etiche, sono già strutturati per aiutare le donne a capire se davvero vogliono abortire o meno? Se davvero la destra, come Meloni dice, nega di voler smantellare la legge 194, perché non finanzia i consultori assumendo, medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, tomando a far vivere quelle struttu-

re territoriali oggi allo stremo, costrette a occuparsi di aborto e tossicodipendenza, di adolescenza e di adozione, invece di imporre la presenza dei Pro-life? Silvana Agatone ha dedicato tutta la vita alla cura delle donne. «Cosa fanno questi gruppi? Intercettano le donne e offrono loro un po' di soldi perché tengano il figlio, oppure provano a spaventarle parlando di battito fetale o di omicidio. Il risultato è quello di farle soffrire di più per una decisione sulla quale non torneranno indietro. Sapevate cosa accadrà? Le donne con difficoltà economiche prenderanno i soldi e abortiranno lo stesso».

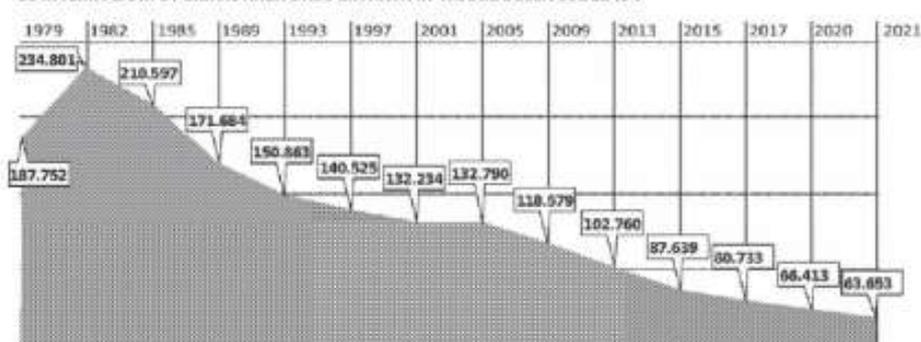
TASSI DI ABORTIVITÀ (anno 2021)



PER AREA GEOGRAFICA

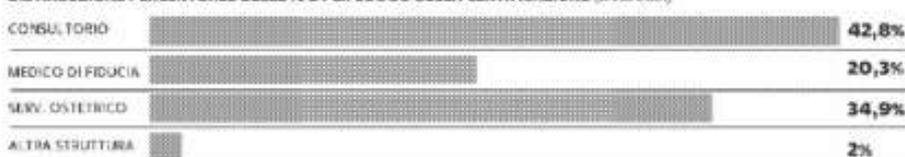


LE INTERRUZIONI DI GRAVIDANZA DALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE 194



SOURCE: RELAZIONE ANNUALE DEL MINISTERO DELLA SALUTE SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 194, DATA 2020

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE IVG PER LUOGO DELLA CERTIFICAZIONE (anno 2021)



Cosa prevede la legge 194 e l'emendamento nel decreto sul Pnrr

1 Cosa prevede la legge 194, che nel 1978 ha introdotto l'interruzione volontaria di gravidanza nella legislazione italiana, riguardo ai consultori?

La 194 si occupa dei consultori all'articolo 2 e all'articolo 5. Individua tra i compiti che questa rete di strutture territoriali deve assicurare quello di «assistere la donna in stato di gravidanza» informandola dei suoi diritti e sui servizi sociali, assistenziali e sanitari offerti, e attuando «interventi per risolvere problemi creati dalla gravidanza o dalla

maternità». Per raggiungere questi scopi, dice l'articolo 2 della legge «i consultori possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione di idonee formazioni sociali di base e associazioni di volontariato che possano anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita».

2 Cosa prevede il testo dell'emendamento inserito nel decreto del Pnrr, approvato dalla Camera?

Nel testo approvato due giorni fa si prevede che le Regioni possano «avvalersi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, di soggetti del terzo settore

che abbiano una qualificata esperienza nel sostegno alla maternità».

3 Quali sono gli argomenti di chi critica l'emendamento?

Il riferimento alla «qualificata esperienza di sostegno alla maternità» è per gli attivisti *pro-choice* e per le opposizioni un'apertura dei consultori alle associazioni pro vita. La modifica sarebbe quindi volta a comprimere il diritto all'aborto della donna che si rivolge al consultorio.

4 Qual è la risposta del governo al riguardo?

La replica di chi l'ha

proposto e approvato è che l'emendamento attua quanto già previsto dall'articolo 2 della 194.

5 Cosa prevedeva l'ordine del giorno presentato dal Pd e bocciato ieri?

L'odg impegnava il governo ad «assicurare che le disposizioni» introdotte col decreto Pnrr «non minino in alcun modo la piena attuazione della 194 e non restringano il diritto delle donne ad avere accesso all'interruzione volontaria di gravidanza».

Adriana Logroscino





Dir. Resp. Marco Girardo

LA RIFLESSIONE

Genitori della scuola cattolica alleati contro la maternità surrogata

La Conferenza internazionale che si è tenuta a Roma nei giorni del 5 e 6 aprile scorso sull'abolizione universale della maternità surrogata continua a generare echi e riflessioni. Sono stati due giorni intensi che hanno visto a confronto esperti ed attivisti di tutto il mondo insieme a rappresentanti femminili di tutti gli schieramenti politici italiani. Nelle testimonianze di vita come nelle argomentazioni degli esperti e dei politici, unanime è stato l'atteggiamento di condanna di tale pratica a causa delle molteplici violazioni di diritti che genera sul corpo delle donne e sui minori.

È stata una conferenza che ha voluto confrontarsi sia sulle evidenze scientifiche, che giuridiche ed economiche sia anche con delle testimonianze dirette; ascoltare, riflettere domandare chiarimenti, ha aiutato i partecipanti a considerare tutte le implicazioni e gli effetti che la diffusione di tale pratica ha generato e continua a generare.

Tantissime le perplessità e i dubbi emersi nel corso della Conferenza: già la sola proliferazione terminologica che viene usata a seconda delle circostanze per indicare tale pratica pone sospetti sulla bontà delle intenzioni: termini lessicali alternativi - quali "maternità surrogata", "utero in affitto" o "gestazione per altri", che evidenziano un aspetto piuttosto che un altro - sembrano voler evidenziare o camuffare azioni eticamente molto discutibili in modo da confondere le persone e anestetizzare le coscienze. Affinché possa essere fermato il ricorso alla maternità surrogata, i firmatari della Convenzione di Casablanca dei vari Paesi aderenti ora hanno davanti l'importante compito di continuare a sensibilizzare, nei singoli Paesi di appartenenza e nei

consessi internazionali, sulla necessità di arrivare a stipulare un trattato internazionale di abrogazione della maternità surrogata. Il solo divieto operato dei singoli Stati non risulta efficace in quanto per raggiungere i propri scopi le coppie e gli uomini single possono comunque recarsi in Paesi in cui la maternità surrogata è legale o non regolamentata per avviare tale procedura alimentando il ricorso al turismo procreativo.

È fondamentale inoltre che gli Stati convergano sulla necessità di penalizzare le aziende che fungono da intermediari tra madri surrogate e genitori committenti. Il volume di affari che generano queste pratiche infatti è grosso e fa gola a molti.

È di pochi giorni fa la notizia che il Parlamento Europeo ha votato per il riconoscimento del diritto di aborto nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Due temi dif-

ferenti, apparentemente molto distanti tra di loro: da una parte l'esigenza di legittimare il diritto al figlio e dall'altra quella di legittimare il diritto

a non avere figli anzi a sopprimerli. Entrambe le battaglie invocano il primato della libertà e dell'autonomia nelle scelte riproduttive. In nome della libertà di autodeterminazione peccano di una visione adultocentrica e narcisistica e non tengono in alcun conto del diritto alla vita di un altro essere umano, il concepito e delle conseguenze fisiche e psicologiche che generano tali pratiche sul corpo della donna.

Il primato della libertà non può essere considerato assoluto quando in gioco vengono violati i diritti e la libertà di altre persone. Né può essere assunto come cardine che orienta il diritto degli stati. È necessario rimettere al centro di tutte le scelte il valore e la dignità della persona umana e per questo anche di un'etica nell'esercizio delle libertà.

Una dignità infinita, inalienabilmente fondata nel suo stesso essere, spetta a ciascuna persona umana, al di là di ogni circostanza e in qualunque stato o situazione si trovi. Questo principio, che è pienamente riconoscibile anche dalla sola ragione, si pone a fondamento del primato della persona umana e della tutela dei suoi diritti. Cita la dichiarazione *Dignitas Infinita*, promossa recentemente dal Dicastero per la dottrina della fede.

Una società evoluta è una società che ha una visione etica e della cura a 360° e non solo per determinati ambiti. Se continuiamo a non dare voce a chi non ha voce o a chi è povero non c'è vera libertà.

Emma Ciccarelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dopo la Conferenza internazionale di Roma, l'impegno continua. A fianco dei bambini e delle donne

AGeSC



Associazione Genitori Scuole Cattoliche



«Pediatri e diagnosi Così curiamo i piccoli»

Prete (Aieop): la ricerca ha fatto passi avanti e oggi nel 70 per cento dei casi la malattia viene sconfitta

di **Lorenza Cerbini**

Leuemie, tumori cerebrali e linfomi sono le neoplasie più frequenti in età pediatrica. Ogni anno nel mondo si ammalano di cancro circa 250 mila bambini. In Italia si registrano oltre duemila casi all'anno, di cui 1.400 fino a 14 anni e 800 negli adolescenti tra i 15 e i 19 anni — sono dati forniti dalla Fondazione Umberto Veronesi —, nel 90 per cento dei casi le cause sono ignote.

«La ricerca ha fatto passi importanti e oggi nel 70 per cento dei casi la malattia viene sconfitta», dice Arcangelo Prete, presidente di Aieop, l'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica che opera attraverso la fondazione Fieop, a cui vengono devoluti i fondi raccolti da Fondazione Veronesi.

L'Associazione Aieop si occupa di stilare specifici protocolli di diagnosi e cura per un approccio uniforme e standard alla malattia, secondo

criteri di buona pratica clinica, la fondazione Fieop di sostenere le spese di apertura e gestione dei protocolli stessi nei reparti di oncologia pediatrica di tutta Italia.

«Fino ad oggi, abbiamo avviato diciotto studi tra protocolli di cura e registri clinici — sottolinea Arcangelo Prete —, strumenti applicati nei 49 centri italiani in cui opera Aieop. Tranne Valle d'Aosta e Basilicata, ogni Regione conta almeno un centro per ridurre l'emigrazione sanitaria e permettere al bimbo malato di essere curato il più vicino possibile alla sua casa».

Il percorso funziona più o meno in questo modo: si parte dal pediatra di base o dal pronto soccorso che, in caso di presunta malattia, avvia il piccolo verso il centro Aieop più vicino. L'iter successivo prevede una prima fase di diagnosi e di «stadiazione», processo quest'ultimo utilizzato per «definire l'estensione e l'avanzamento del tumore e arrivare ad una diagnosi precisa in modo da identificare i trattamenti più opportuni».

In base alla neoplasia riscontrata, viene assegnato

uno specifico protocollo di terapia. «In età pediatrica, ogni protocollo è sperimentale — spiega lo specialista —. I farmaci impiegati infatti, sono predisposti per gli adulti. Ogni protocollo prevede dei passaggi a cui il paziente deve sottostare. L'equipe medica da parte sua studia il materiale biologico, raccoglie e analizza dati, monitora i pazienti fino alla conclusione del percorso terapeutico».

Che succede dopo, quando i pazienti vanno «fuori terapia»? «Per guarigione si intendono cinque anni dalla diagnosi senza malattia. Quindi si lavora per assicurare agli ex malati la migliore qualità della vita», afferma Arcangelo Prete.

Viene spontanea una domanda: la ricerca oggi dove è orientata? «Alla riduzione dei trattamenti per ridurre o eliminare gli effetti collaterali dei farmaci che possono emergere anche a distanza di molti anni», dice Prete. Un paziente pediatrico oncologico viene comunque seguito anche durante il cosiddetto «follow up», vale a dire una fase che dura «fino alla maggiore età per individuare l'in-

sorgere di eventuali problemi».

Una volta terminato il percorso terapeutico, il paziente riceve un libretto, il cosiddetto «passaporto del guarito» a disposizione del medico di base che ha così «uno strumento per fare valutazioni sulla correlazione tra eventuali nuove problematiche e le terapie assunte durante la malattia oncologica».

Gli studi effettuati diventano dei rapporti poi pubblicati sulle riviste scientifiche. Per finanziare i suoi centri, Aieop e Fieop si avvalgono della collaborazione di Fondazione Veronesi e della attività promosse dalle associazioni locali dei genitori.

«Sia Fondazione Veronesi sia le associazioni dei genitori mettono anche a disposizione borse di studio per i giovani ricercatori. È stato anche il mio caso, sono stato un borsista Ageop, Associazione Genitori di Bologna — ricorda Prete —. Finanziare la ricerca è un passo decisivo per ottenere risultati importanti nella lotta contro il cancro».

250

Ogni anno nel mondo si ammalano di cancro circa 250 mila bambini. In Italia si registrano oltre duemila casi all'anno

5

Con il termine «guarigione» in campo medico si intendono cinque anni dalla diagnosi senza malattia



Famiglia La Vergata di Aieop, ex paziente e oggi sostenitori del progetto



La scienziata

«In laboratorio lavoro contro l'osteosarcoma»

di **Anna Fregonara**

Un possibile vaccino, da integrare alle terapie standard per migliorare il trattamento dell'osteosarcoma nei pazienti pediatrici. A questo si dedicherà, fino a febbraio 2025, la 31enne Lidia Tarone, biotecnologa al dipartimento di Biotecnologie molecolari e Scienze per la salute presso l'Università di Torino e tra i 209 ricercatori finanziati fino a oggi nel campo dell'oncologia pediatrica dalla Fondazione Umberto Veronesi.

«L'osteosarcoma è un tumore osseo che si manifesta nei bambini e negli adolescenti durante il periodo dello sviluppo. Insorge più comunemente nelle ossa lunghe, quelle che crescono più in fretta, come il femore o la tibia. L'eziologia è incerta, ma oltre all'età ci sono fattori di rischio che possono contribuire al possibile sviluppo come specifiche alterazioni genetiche o di rado anche l'esposizione a radiazioni ionizzanti, richieste per esempio per trattare un precedente tumore. Ci può essere un secondo picco di incidenza dopo i 60 anni, ma nell'adulto è meno frequente». L'osteosarcoma, infatti, viene considerato un tumore pediatrico, raro: si registrano circa 100 casi all'anno in Italia. Il principale trattamento approvato prevede la chemioterapia neoadiuvante che

precede l'asportazione chirurgica del tumore, a cui seguono ulteriori cicli di chemioterapia post-operatoria che spesso comportano pesanti effetti collaterali.

«Questa neoplasia mostra, però, un'alta resistenza alle cure convenzionali che sono poco efficaci nel contrastare lo sviluppo di metastasi, principalmente al polmone, con un tasso di sopravvivenza che non supera il 20-30% — prosegue Tarone —. Da precedenti studi su altri tipi di tumore è emerso che la molecola Cspg4 ha un ruolo nel favorire le caratteristiche maligne delle cellule neoplastiche, sostenendone la proliferazione, la migrazione e la resistenza alle terapie standard. Di recente il nostro gruppo ha dimostrato che questa molecola è presente anche nell'osteosarcoma dove sembra svolgere lo stesso ruolo. Il Cspg4 ha la caratteristica di essere espresso solo dalle cellule tumorali. Questo è un elemento importante perché permette di ipotizzare di percorrere in modo sicuro la strada della vaccinazione a Dna. È un tipo di vaccino che può stimolare il sistema immunitario in modo specifico contro un preciso bersaglio terapeutico, nel nostro caso attaccare in modo selettivo le cellule neoplastiche, ignorando quelle sane. L'obiettivo è di sperimentare la combinazione di un vaccino anti-Cspg4 con la chemioterapia, nella speranza di superare la resistenza ai trattamenti e migliorare l'efficacia delle cure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lidia Tarone biotecnologa al dipartimento di Biotecnologie molecolari e Scienze per la salute presso l'Università di Torino



Fine vita, il governo contro l'Emilia-Romagna. Schlein: serve la legge*Il caso*

Fine vita, il governo ricorre al Tar contro la delibera dell'Emilia-Romagna

Il provvedimento della Regione garantirebbe "il diritto di congedarsi dalla vita". Schlein: "Decisione ideologica"

di Eleonora Capelli

BOLOGNA – Il governo porta l'Emilia-Romagna in tribunale sul fine vita. Lo strumento di quella che viene vissuta come un'offensiva politica in piena regola è un ricorso presentato al Tar contro la delibera della Regione per fissare tempi e regole del suicidio assistito. Un diritto che in questo modo diventa "esigibile" per via amministrativa, con un iter di 42 giorni per trovare risposta alla richiesta di porre fine a sofferenze «fisiche o psicologiche intollerabili». Ma il governo chiede al Tar di cancellare la delibera e anche le istruzioni tecniche inviate alle Ausl.

Che si tratti di una mossa politica lo conferma il fatto che un ricorso analogo c'era già: era stato presentato dalla consigliera regionale di Forza Italia, Valentina Castaldini, che adesso mastica amaro («Potremo riunire i due ricorsi, ma io chiedevo una discussione vera, se si scatenano le tifoserie mi dispiace molto»). La discussione della legge regionale non c'è stata: dopo quanto accaduto in Veneto, dove è stata affossata con grossi problemi politici anche nel Pd, in Emilia si è preferito andare al dunque. Cioè fissare paletti, istruzioni, criteri, comitati che devono agire in caso di richiesta. Ma secondo l'avvocatura di Stato, che rappre-

senta in questo caso la presidenza del Consiglio dei ministri e il ministero della Salute, non ci sarebbero gli estremi per un provvedimento simile. Si contesta la "carenza di potere" della Regione, perché si procede "in assenza di una disciplina normativa statale" e si accusa l'Emilia-Romagna di "creare un inesistente diritto al suicidio assistito". Si paventa anche la nascita di un "turismo sanitario per attuare il proposito suicidario", in una piccola Svizzera nel cuore dell'Italia. Infine si mettono nel mirino i comitati individuati, in particolare il Comitato regionale per l'etica clinica (Corec) e le commissioni di valutazione di area vasta, cioè gli organismi deputati a verificare che ci siano tutte le condizioni dettate dalla suprema Corte nella sentenza del 2019. Può ricevere il suicidio assistito una «persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Ma al di là delle questioni tecniche, è lo schiaffo politico che brucia, come se questo atto giudicato ostile segnasse il fischio di inizio di una campagna elettorale senza esclusione di colpi. «Si è passato il limite - ha detto il governatore Stefano Bonaccini - si

fa battaglia politica sulla pelle di pazienti che si trovano in condizioni drammatiche». La segretaria del Pd Elly Schlein, che della Regione è stata vicepresidente, parla di «ricorso ideologico» e rilancia: «Facciamo una legge in Parlamento». Per l'associazione Luca Coscioni «la competenza delle Regioni in materia è evidente», anche se gli attivisti avrebbero preferito che si seguisse la strada della legge regionale, dopo aver presentato la proposta "Liberi subito". Mentre la prodiana Sandra Zampa stigmatizza «la ricerca dello scontro istituzionale, senza rispetto». Solo un assaggio dei lunghi mesi che porteranno al voto anche in Emilia, dopo che Bonaccini si candiderà, come pare, alle Europee.



▲ Governatore
Il presidente della Regione Emilia Romagna, Stefano Bonaccini



BASILICATA AL VOTO Schlein con Marrese «Difendiamo la sanità»

■ Dopo Giuseppe Conte, Elly Schlein arriva in Basilicata a sostegno del candidato del campo largo Piero Marrese. «La destra ha un'idea sbagliata del diritto alla sanità, ma possiamo batterla» dice la segretaria Pd in serata dal palco di Potenza. Oggi è il turno di Giorgia Meloni con Matteo Salvini e Antonio Tajani. **SANTORO A PAGINA 6**



Schlein in Basilicata: «Basta tagli alla sanità, la destra **si può battere**»

La segretaria dem per Marrese con Decaro, che correrà alle europee «Siamo in recupero». Ma sul voto pesano astensione e «cacicchi»

GIULIANO SANTORO

Inviato a Potenza

■ Se proprio si volesse trarre una metafora dalla collocazione del cinema don Bosco, dove Elly Schlein ha fissato il suo evento conclusivo della campagna elettorale per Piero Marrese alla presidenza della Regione Basilicata, non sarebbe di buon auspicio: l'ingresso della sala accanto alla parrocchia che accoglie i sostenitori del Partito democratico è letteralmente oscurato dallo scheletro del palco azzurro e nero nella piazza antistante, al quale lavorano gli operai per allestire il comizio di oggi al quale sono annunciati la premier Giorgia Meloni con Antonio Tajani e Matteo Salvini.

LA SEGRETARIA aggira le transen-

ne, stringe mani e saluta, arriva accompagnata Antonio Decaro, che proprio a Potenza annuncia la sua candidatura alle elezioni europee, ovviamente nella circoscrizione sud. «Vorrei portare il punto di vista degli amministratori, mi occuperò di enti locali - dice il sindaco di Bari e presidente dell'Anci - Si pensa che l'Europa sia lontana, ma ciò che accade nelle nostre comunità viene deciso a quel livello. L'esperienza di un amministratore locale, che ogni giorno deve dare risposte alle domande nuove che arrivano dalla propria comunità, può essere un valore aggiunto».

SPUNTANO ANCHE i due parlamentari lucani Enzo Amendola e Roberto Speranza. Quest'ultimo, commentano gli avventori, in questa campagna elettorale

le non si è visto molto. Il che in effetti è un po' strano, visto che da queste parti non si è fatto altro che parlare di diritto alla salute e che lui è stato il ministro della sanità che per due governi ha dovuto gestire la pandemia. «Dobbiamo difendere il Servizio sanitario nazionale a tutti i costi - sostiene Schlein - In Basilicata medici e infermieri fanno turni massacranti, con il rischio concreto di andare incontro a un esaurimento. In tanti hanno scelto di andare all'estero o di spostarsi verso il privato, fa male vedere tanti gettonisti che prendono più sol-



il manifesto

di di chi viene regolarmente assunto nel pubblico».

LA POLEMICA del giorno l'ha sollevata il re delle cooperative bianche Angelo Chiorazzo, che di sanità e conti se ne intende. Si candida al vertice della sua lista Basilicata Casa Comune e la destra lo accusa di conflitto di interessi. Lui risponde criticando quanto è stato fatto negli ultimi mesi. Secondo quanto afferma l'imprenditore, infatti, mancherebbero alcune decine di milioni di euro nei bilanci. Dunque, la sanità lucana rischierebbe per la prima volta di essere commissariata. Sarebbe un'onta e un segnale inequivocabile visto che qui si è sempre detto che il sistema ospedaliero era un'anomalia rispetto agli altri del Mezzogiorno. «Il nostro compito sarà sbloccare le assunzioni, proponendo un piano straordinario a livello regionale come quello che sta scrivendo Marrese - aggiunge Schlein - In cinque anni con Bardi si è visto solo un numero ele-

vato di lucani che andavano a curarsi altrove. Gli ospedali non servono solo nelle grandi città, ma anche nelle aree interne: la destra non ha fatto altro che prendere in giro gli anziani, Bardi non ha mai proposto un piano per le persone non autosufficienti o con disabilità».

-LA CARITAS ha dovuto aprire un ambulatorio in provincia di Potenza. In cinque anni si sono alternati trenta direttori generali, tutti non del posto - spiega Giampiero Maruggi, che si candida nel centrosinistra in lista con Chiorazzo ed è stato direttore del San Carlo dopo aver lavorato da manager bancario - Questo marasma crea affievolimento dei diritti, in primis quello alla salute. Oltretutto, la destra ha completamente dimenticato le aree interne. L'ospedale di Policoro, ad esempio, in cinque anni ha perso il 30% di produttività e il 20% dei dipendenti». Non è l'unico caso: la contraddizione più clamorosa viene dalla Val d'Agri: c'è il

più grande impianto di estrazione di petrolio d'Europa ma l'ospedale non funziona.

GLI ULTIMI SONDAGGI darebbero in effetti Marrese, un buon amministratore forte nel materano e nel metapontino, in recupero. La partita resta difficile e chi segue i flussi elettorali lucani sostiene che la vera incognita è l'astensione: se fosse alta favorirebbe i pacchetti di voti più organizzati. Da qui discende la seconda questione. Lo spostamento al centro dell'ex presidente della Regione Marcello Pittella (che fa sì che gli ultimi due presidenti, uno di centrodestra e l'altro di centrosinistra, siano alleati nonostante Bardi abbia trascorso cinque anni ad imputare al suo predecessore ogni guasto possibile) farà la differenza? I suoi elettori lo seguiranno davvero? A complicare lo scenario c'è che il fratello di Maurizio, Gianni, ex vicepresidente del parlamento europeo che fu molto legato a Giorgio Napolitano e che adesso è sinda-

co di Lauria retto da una maggioranza di centrosinistra, ha accolto con grande imbarazzo la transumanza del fratello. Dopo aver dichiarato che non la condivideva si è chiuso nel silenzio praticamente per tutta la campagna elettorale. Nei giorni scorsi, dal palco di Matera, Giuseppe Conte ha evidenziato la vicenda di Pittella come emblematica: «Per allearsi con noi, il Pd deve rinunciare ai trasformisti» ha detto il leader del M5S. Pittella ha replicato con toni analoghi e spostando la questione sul piano nazionale. Sostiene che il suo ex partito è ormai al traino dei 5 Stelle, e si capisce come la lotta contro i «cacicchi» promessa da Elly Schlein si gioca su di un crinale sottile.

Nim ce ne facciamo nulla di una presidente del consiglio donna se non ha il coraggio di lavorare e battersi per i diritti di tutte le donne

Elly Schlein



La segretaria del Pd, Elly Schlein, sul palco con Piero Marrese foto Ansa

