



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

28 Agosto 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

BlogSicilia.it

Nomine sanità siciliana in stallo, Schifani opta per una proroga, tutti i nomi in ballo

di Redazione | 28/08/2024

Sarebbe scaduto ufficialmente lunedì prossimo l'ultimatum dell'assessorato regionale alla Salute ai [manager della sanità](#) siciliana per la nomina di direttori sanitari e amministrativi di Asp e ospedali. Tuttavia, complice la paralisi dovuta alle fibrillazioni nel centrodestra, solo le Asp di Ragusa e Messina hanno proceduto con le designazioni. Così, ieri sera il presidente della Regione Siciliana Renato Schifani avrebbe chiesto un'ulteriore settimana di riflessione, posticipando il termine al 2 settembre.

Nuova circolare in arrivo

Come si legge su Repubblica, la nuova circolare che concede i tempi supplementari dovrebbe arrivare a breve con la firma del direttore generale della Pianificazione strategica Salvatore Iacolino. In ballo ci sono 26 nomine, tra posti da assegnare in Asp e ospedali, al netto dei tre Policlinici e delle due Asp che hanno già nominato. Una regola non scritta prevede che a scegliere siano i partiti diversi da quelli che hanno indicato il manager.

La situazione a Palermo

A Palermo i nodi da sciogliere sono due. All'Asp la manager [Daniela Faraoni](#) vorrebbe come direttrice sanitaria Marilù Furnari, attualmente in assessorato, non gradita però per mancanza di esperienza. Alternative: Rosalia Murè, vicina a Iacolino, o l'ex direttore sanitario del Policlinico Gaetano Cimò di Fdl. Per la direzione amministrativa circola il nome dell'ex manager del Bonino Pulejo, Vincenzo Barone. Altro nodo al Civico, il cui direttore Walter Messina è di Fdl: in bilico il direttore sanitario Gaetano Buccheri, vicino a FI. Potrebbe sostituirlo Domenico Cipolla di Fdl.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Catania, Agrigento e Messina

A Catania, all'Asp guidata da Giuseppe Laganga della Lega, il direttore sanitario Nino Rapisarda è in cerca della riconferma. Al Garibaldi, il cui manager è di FI, si fa il nome di Mauro Sapienza come direttore sanitario. Al Cannizzaro, con manager di Fdl, potrebbe essere confermata Diana Cinà, mentre come direttore amministrativo si fa il nome di Monica Castro del Mpa. Per la direzione sanitaria papabili Gianfranco Di Fede e Antonella Di Stefano, vicini al Mpa. Ad Agrigento, il manager Giuseppe Capodieci di FI ha smentito le voci su Ennio Ciotta di Cardiologia come direttore sanitario e Alessandro Puccio come amministrativo. All'Asp di Messina il manager Giuseppe Cuccì della Lega ha già nominato i direttori. Stesso discorso a Ragusa, dove il nuovo direttore amministrativo è Massimo Cicero, caldeggiato da Schifani, e il sanitario è Sara Lanza.

DI GIANLUIGI PARAGONE

Sanità, lavoro, impresa I veri nodi di Giorgia

Giorgia Meloni rientra a Palazzo Chigi dopo una estate per nulla facile, almeno sul piano emotivo e nervoso. Terminate le Olimpiadi (...)

Segue a pagina 5

L'ANALISI

Sanità, lavoro, impresa I veri nodi di Giorgia

segue dalla prima

GIANLUIGI PARAGONE

(...) la discussione politica alimentata dai giornali è stata, nel centrosinistra, sul ruolo di Renzi nel campo largo e sulla lite pentastellata tra Grillo e Conte; mentre nel centrodestra su una possibile indagine per traffico di influenze a carico di Arianna Meloni, sul dibattito sollevato da Forza Italia circa lo ius scholae e su un possibile partito di Vannacci.

Nessuno dei temi in questione lascerà un segno una volta chiusi gli ombrelloni: settembre obbliga governo e classi dirigenti a impostare una rotta ben più impegnativa. Ma... quale rotta? Anche quest'anno si riparte con la litania "Non ci sono soldi", nella speranza che valga come ipnosi. L'altalena dei consensi dimostra che l'ipnosi non funziona: la fiducia e il feeling sono importanti ma far quadrare i conti in famiglia o in azienda lo è anche di più. Questo per ricordare che gli innamoramenti finiscono

con l'alleggerimento dei soldi e della pazienza.

Giorgia Meloni, rientrata a Palazzo Chigi, metterà sicuramente mano alla sua agenda e al suo astuccio pieno di penne e di evidenziatori per una scaletta di priorità. Le suggerisco una riflessione. Da qui a fine anno, l'esecutivo avrà due livelli su cui impegnarsi: il contesto estero (mondo ed Europa) e il contesto interno. Giorgia Meloni - almeno finora - ha accumulato molti punti giocando con prudenza la partita internazionale, ben districandosi tra Casa Bianca, Ucraina e Commissione Ue. Com'è noto Fdl e Lega non hanno appoggiato il bis della Von Der Leyen (com'era già accaduto col primo mandato) ma il governo potrebbe riuscire comunque a incassare una buona commissione per Fitto, il quale è sempre stato il candidato della premier. Da qui a fine anno la premier italiana avrà la formazione della Commissione e la messa a terra della nuova agenda europea; le elezioni america-

ne con l'inevitabile cambio di grammatica nel caso di vittoria di Trump; il piano Mattei e quindi il nostro ruolo nel Mediterraneo e in Africa, con un contesto dove la Cina e i Paesi Brics fanno proseliti.

Su queste partite Giorgia Meloni si gioca fiches personali importanti, che però non servono al fine di consolidare il consenso interno. Dunque la premier dovrà assolutamente mettere a fuoco un piano per soddisfare i cittadini italiani, tanto più quel ceto medio progressivamente in tensione per la perdita di potere di acquisto. Chi la aiuterà in questa operazione? Quali ministri saranno in grado di coprire la Meloni sul fronte interno? Ecco, è da tempo che vedo - mi sbaglierò per carità - una squadra poco strutturata ai cambi di passo: sanità, lavoro e impresa sono i terreni dove il feeling si può rompere all'improvviso. Ma non gli unici. GIORGIO NERI



I medici in trincea «Un'aggressione al giorno e stipendi troppo bassi Dovremmo dimetterci»

Anelli, presidente Fnomceo: in dieci anni perso il 6% del potere d'acquisto
«I reparti più a rischio sono pronto soccorso, guardia medica e psichiatria
Senza risorse adeguate per il settore, in autunno potremmo scioperare»

di **Alessandro
D'Amato**
ROMA



Filippo Anelli, presidente della Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) e dell'Ordine dei Medici di Bari oltre che membro della Società Italiana di Medicina Generale dal 1995, ha minacciato dimissioni di massa dei medici italiani per protestare contro le aggressioni (le ultime due, ai danni di dottoresse, sono avvenute nella sua Puglia: una nel Salento e una nel tarantino).

Che cosa succede se tutti i medici d'Italia se ne vanno?

«La mia è stata una dichiarazione in parte provocatoria, visto che lo stress e la violenza sono le due condizioni che portano agli addii al Sistema sanitario nazionale. Ma è anche una informazione: lo stillicidio delle dimissioni è quotidiano, tanto che un'indagine dell'Anao parla di dieci medici al giorno che si dimettono dal Sistema sanitario nazionale (dati del 2023). C'è un problema di ruolo (oggi i medici vivono con difficoltà la loro condizione), ma ce n'è anche uno remunerativo: gli stipendi dei dottori hanno perso dal 2015 il 6% del potere d'acquisto».

Perché sono i medici del pronto soccorso quelli più colpiti?

«Perché il pronto soccorso, insieme alla guardia medica e i servizi di psichiatria, sono le trincee del sistema. Oggi nei pronto soccorso le carenze di personale sono ancora peggiori: questo provoca molto spesso disservizi e ritardi, e da qui gli episodi di violenza che non sono giustificabili, ma purtroppo esistono».

Quali sono le dimensioni reali del fenomeno?

«Nel 2022 Inail ne ha contati 1.600. Ma quei numeri fanno riferimento alle sole denunce: mancano le aggressioni verbali, le situazioni in cui non si producono danni e le mancate denunce. E poi manca tutta la parte relativa ai medici convenzionati. Quindi i dati sono fortemente sottostimati: un'analisi fatta in Puglia dall'agenzia della Regione che segue gli infortuni sul lavoro dice che il 42% di tutti gli operatori sanitari ha subito almeno un episodio di violenza in un anno».

Che cosa pensa della proposta di armarli arrivata Sindacato Medici italiani?

«Io credo che si debba promuovere la sicurezza sul lavoro, che dev'essere assicurata. Ma non penso che la violenza si possa combattere con la violenza».

Il ministro Schillaci ha parlato di fenomeno inaccettabile e ha promesso interventi. Che cosa vi aspettate dal gover-

no?

«Se il ministro imponesse a tutte le strutture di comunicare ogni episodio di violenza alla magistratura per l'avvio di un procedimento faremmo già un primo passo in avanti. Il secondo passo sarebbe quello di informare la cittadinanza che qualsiasi episodio di violenza è soggetto a un procedimento penale che potrebbe portare a 16 anni di carcere. Una campagna comunicativa così sarebbe sicuramente efficace. Telecamere e vigilantes? Ci sono già».

Lei ha minacciato anche uno sciopero per l'autunno. Per quali motivi?

«Per carità, non ho minacciato uno sciopero. Ho però detto che se non si provvede a dare un sufficiente finanziamento ai professionisti per impedire che se ne vadano, andremo incontro a una stagione di grande mobilitazione perché non credo che i sindacati possano accettare questa situazione. Quindici miliardi sono stati messi nel Pnrr per strutture e infrastrutture, ma non per i professionisti. Oggi abbiamo bisogno di risorse: ci mancano infermieri, medici, psicologi, ostetriche e così



via. Le liste d'attesa si risolvono così: mettendo più gente a lavorare e pagandola adeguatamente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un sindacato propone di armare i medici per difendersi? Piuttosto va promossa la sicurezza sul lavoro

Negli ultimi tre anni in Italia c'è stato un aumento del 40% degli episodi di violenze fisiche e psicologiche contro le donne che lavorano nella sanità. E quella in corso è «un'estate da incubo, con aggressioni arrivate a numeri mai registrati negli ultimi 10 anni». A dirlo è un'analisi dell'Associazione medici di origine straniera in Italia (Amsi), condotta insieme a Unione Medica Euromediterranea e al movimento internazionale Uniti per Unire, che sottolinea come dal primo al 20 agosto non ci sia stato un solo giorno in cui un medico o un infermiere non abbia subito una violenza. E nell'80% dei casi la vittima è stata una donna. Da pugni e calci a vere e proprie aggressioni sessuali, l'allarme «non riguarda solo l'Italia, ma tutta l'Europa e aumenta in modo esponenziale nei Paesi in via di

sviluppo», spiega Foad Aodi, presidente di Amsi, Umem e Uniti per Unire.

Nella maggior parte dei casi gli autori sono pazienti o loro parenti. Nel mondo si registra un aumento del 42% delle aggressioni contro i professionisti della sanità. In Europa il 40% di loro ha subito almeno una violenza e nei Paesi in via di sviluppo questa percentuale tra le donne tocca il 95%. Quanto ai contesti, al primo posto ci sono i pronto soccorso, al secondo gli interventi del 118, al terzo i reparti di psichiatria. E anche ieri si è registrata una violenza nei confronti del personale sanitario a Roma. Un uomo, che era in attesa di essere visitato al policlinico Umberto I, ha cominciato a inveire. Sono intervenuti i Carabinieri ed è scattata una denuncia per interruzione di pubblico servizio.



Filippo Anelli è nato a Noicattaro (Bari) nel 1957



Un'aggressione a medici e infermieri al pronto soccorso di Frosinone (foto d'archivio)



I DIRITTI

Monsignor Paglia e il fine vita "A volte lecito staccare la spina"

DOMENICO AGASSO - PAGINA 25



L'INTERVISTA

Vincenzo Paglia

"Basta con i valori non negoziabili Fermiamo l'accanimento terapeutico"

Il presidente della Pontificia accademia per la vita: "In alcuni casi è lecito staccare la spina"

DOMENICO AGASSO

«**S**enza una legge sul fine vita andiamo incontro a una situazione pericolosamente disarticolata, in una materia delicatissima». Lo sostiene monsignor Vincenzo Paglia, che ha appena pubblicato *Destinati alla vita* (San Paolo edizioni, in uscita venerdì). Il presidente della Pontificia accademia per la vita ha guidato la commissione ministeriale che ha dato vita alla legge 33/2024 che ha riformato l'assistenza per le persone anziane.

Lei è fortemente impegnato sul tema della terza età: quali sono i suoi obiettivi?

«Ricorda le decine e decine di migliaia di anziani morti per il Covid? Per loro non c'era più posto neppure nei cimiteri. Di qui l'impegno a realizzare una nuova legge che il governo ha accolto e il Parlamento approvato. Quale il focus della legge? La società nelle sue diverse articolazioni deve prendersi cura di tutti i suoi anziani, assistendoli a casa. Siamo, oggi, 14 milioni. E cresceremo di

numero e di età».

Ma non è una legge scritta sulla carta senza finanziamenti?

«Mi auguro che dopo avere approvato la legge, senza nessun voto contrario, il governo non commetta la sciocchezza di non trovare neppure un minimo di finanziamenti. Basterebbero per l'assistenza domiciliare 250 milioni. Sono sufficienti per avviare la sperimentazione. È una riforma che cambia il volto del Paese».

Lei, nel volume, parla di vocazione degli anziani. È una contraddizione con la cultura che li pensa come pesi da scartare.

«Che amarezza la cultura dello scarto. La conosco bene. Con gli amici di Sant'Egidio sono decenni che stiamo combattendo contro questa forma di inciviltà. Oggi questa battaglia è possibile vincerla. Ma c'è una cosa che vorrei sottolineare e che c'entra poco con la legge. È però nel cuore della vecchiaia. Noi vecchi dobbiamo vivere e testimoniare al mondo che la nostra prossima tappa, la morte, non è la fine, è la na-

scita per l'eternità».

In che senso la morte è un passaggio?

«Lo diceva già Seneca. È contro la ragione pensare che la morte sia la fine. È irragionevole sostenere l'affermazione di Sartre: "Noi siamo una parentesi tra due nulla". Se così fosse che ne sarebbe di tutte le cose belle che abbiamo realizzato, degli affetti... Insomma tutto questo è nulla? Le cose belle sono eterne».

Nel volume lei ricorda le due ultime righe del Credo: «Aspetto la risurrezione dei morti e la vita del mondo che verrà».

«Sì, e nessuno sa bene cosa vogliono dire. A me pare che nessuno "aspetti", anzi mi lasci dire che non è esaltante quella frase che molti



LA STAMPA

credenti dicono: "Sì, il Paradiso, ma il più tardi possibile...!". Intendiamoci, la capisco perfettamente, ma è un po' triste. La risurrezione della carne fa parte della nostra destinazione, della pienezza della vita. Eppure non se ne parla mai. E molti pensano che finiremo tutti in "energia". Che "goduria", mi verrebbe da dire! Risurrezione della carne vuol dire che non saremo puri spiriti - non risorge la nostra anima, risorgiamo noi con la nostra storia, i nostri affetti, le nostre relazioni... Insomma, nell'Oltre con Dio saremo pienamente umani, proprio perché risorti, come Gesù risorto che preparò ai discepoli anche la colazione sulla riva del lago».

Ma com'è il corpo risorto?
«Non lo sappiamo! Saremo noi comunque. E sul "come" lasciamoci anche qualche sorpresa finale. Una cosa è certa, secondo le Scritture, non sappiamo come, ma ci riconosceremo, ci abbracceremo, e ci sarà una grande festa, piena di vita. Gesù parla del Paradiso come di un grande banchetto. È la speranza per il mondo. Se siamo tutti destinati al "banchetto di festa" perché continuiamo a farci la guerra? Nel libro c'è un paragrafo: *Il meglio deve ancora venire*. È la speranza

che vorrei suggerire a tutti noi anziani».

Il Piccolo lessico del fine vita che ha pubblicato la Pontificia accademia per la vita quale obiettivo ha? Contiene aperture oppure no?

«Il testo conferma il "no" netto sia all'eutanasia sia al suicidio assistito. Ma vogliamo inserire una sottolineatura di metodo ecclesiale che fa la differenza rispetto ad alcune posizioni che non hanno tenuto conto delle modulazioni del magistero in materia di morale. Il *Lessico*, in particolare, vuole superare la strategia intransigente dei cosiddetti "valori non negoziabili", che presta il fianco a una sorta di integralismo bioetico. E, nel contempo, riafferma il no all'accanimento terapeutico. In alcuni casi, quindi non sempre - lo hanno detto anche i Papi - possono essere staccati i cosiddetti trattamenti di supporto vitale. È urgente proporre un nuovo stile ecclesiale».

Che ne dice di coloro che combattono il Piccolo lessico affermando che la vita è indisponibile?

«Dire che la vita è indisponibile va spiegato. Altrimenti rischiamo di svuotare il senso del dono. Certo che è un dono di Dio che comunque lo fa attraverso la madre e il

padre. E il Signore ci fa questo dono per spenderlo per gli altri. A mio avviso è molto più efficace sostenere che la vita è mia, ma non solo mia. E che il dono ricevuto è perché sia speso per gli altri. La vita mi è data e non è solo mia, ma anche degli altri. È qui la battaglia da fare di fronte alla "autonomia assoluta". Sì, la mia vita non è solo mia. L'ombelico me lo ricorda. Nessuno è auto-nato. E così pure nessuno deve morire nella solitudine».

Qual è lo spazio per la ricerca di mediazioni sul piano legislativo?

«La comunità cristiana non è chiamata a fare le leggi, ma a formare le coscienze. E quindi anche il compito di impegnarsi per stabilire un rapporto con la cultura teso al bene comune, non a far pesare i suoi numeri secondo la logica della lobby. C'è bisogno di un dialogo virtuoso che aiuti l'intera società. È quel che Papa Francesco suggerisce nell'enciclica *Fratelli tutti*: "La ricerca di una falsa tolleranza deve cedere il passo al realismo dialogante, di chi crede di dover essere fedele ai propri principi, riconoscendo tuttavia che anche l'altro ha il diritto di provare ad essere fedele ai suoi. È il vero riconoscimento dell'altro, che solo l'amore rende possibile e che significa met-

tersi al posto dell'altro per scoprire che cosa c'è di autentico, o almeno di comprensibile, tra le sue motivazioni e i suoi interessi».

In Italia serve una legge? Si riuscirà finalmente a trovare un'intesa?

«Mi permetto di dire che senza le regole andiamo incontro ad una situazione pericolosamente disarticolata. Per di più in una materia delicatissima. Mi lasci comunque dire una cosa. Il vero problema, a mio avviso, non è "leggesi" o "leggeno", i responsabili trovino una regola. Ovviamente me lo auguro. Quel che a me preoccupa ben di più della legge è l'abbandono dei malati terminali, la mancanza di accompagnamento. È davvero urgente una rivoluzione culturale che favorisca la prosimità ai malati: stare loro accanto, anche solo tenendoli per mano». —

La speranza

Il governo finanzia l'assistenza domiciliare agli anziani che in Italia sono 14 milioni



IL DIBATTITO**Maternità surrogata,
nessuna condanna
Ma servono prudenza
e tutela del minore****LORENZO D'AVACK****C'**è un aspetto fondamentale che emerge in occasione di qualsiasi discussione riguardante il

contratto di maternità, quello dell'interesse del minore.

A PAGINA 10

Maternità surrogata, nessuna condanna ma ci vuole prudenza

L'aspetto centrale deve restare l'interesse del minore e nel "contratto a tre" è ridotto a una merce di scambio

LORENZO D'AVACK

Il recente articolo pubblicato il 22 u.s. sul *Dubbio* dell'avv. Aurora Matteucci in merito all'egemonia del diritto penale sul corpo della donna richiama l'attenzione su un aspetto del contratto di maternità (surroga) che coinvolge anche l'utilizzo da parte del governo del diritto penale per disincentivare tale soluzione da parte delle coppie committenti. Avevamo già avuto modo di segnalare su queste pagine (10.07.24) l'ignoranza giuridica del governo che vuole la surroga come "reato universale". Comunque il tema trattato dall'avv. Matteucci è necessariamente solo uno degli aspetti che coinvolgono le diverse posizioni positive o negative concernenti il contratto di maternità.

Pertanto, può interessare un altro degli aspetti fondamentali che emergono in

occasione di qualsiasi discussione riguardante il contratto di maternità, quello dell'interesse del minore, menzionato da teorie e da sentenze, direttamente o indirettamente portate a ritenere legittimo o meno il contratto di maternità. Ma l'interesse del minore è una ricerca tutt'altro che agevole, priva di risultati oggettivi, certamente impossibile da circoscrivere nel tempo, quando il nato è ancora incapace di intendere e di volere e di valutare le modalità della propria nascita (gestazione da parte di altra donna; cessione e reificazione del nato a seguito di contratto; tipologia del contratto; im-



possibilità di conoscere le proprie origini; ecc.).

L'avvenire di tutti i bambini è per natura caratterizzato da incertezza e sarebbe illusorio voler garantire a ciascuno un contesto familiare ottimale. Inoltre, la decisione di divenire genitore non dovrebbe essere sottoposta ad un controllo sociale generale. Ma, trattandosi della surroga, risulta problematico pronunciarsi a favore di condizioni molto particolari nel venire al mondo, che la maggior parte degli individui esiterebbero ad auspicare per se medesimi. Il contratto di maternità è un rapporto a tre: la coppia o il singolo committente, la madre gestante, il nato. Certo è probabile che il nato attraverso surroga, atteso con favore dai suoi genitori committenti, beneficerà di una attenzione consona al suo interesse.

Tuttavia, dal confronto degli argomenti sviluppati dagli avversari e dai partigiani della surroga materna, il risultato è che diversi elementi spingono verso la prudenza. Senza affermare che il nato soffrirà necessariamente del trauma dell'abbandono dalla madre gestante che lo ha curato nel proprio ventre per nove mesi, ci si può interrogare sulle conseguenze, sul suo sviluppo psicologico, del fatto che egli sarà il risultato di un progetto insolito e complesso, dato da una trattazione tra interessi differenti.

Inoltre, se si possono ravvedere incertezze per l'interesse del minore nell'ambito di una eterologa con donatori di gameti, non è possibile trascurare l'impatto eventuale, anche a lungo termine, di una dissociazione tra filiazione materna e gestazione sulla psiche delle persone nate attraverso contratto.

Come non considerare che il contratto di maternità, generalmente a titolo oneroso, riduce il nato ad un prodotto, ad un oggetto con valore di scambio, di modo che la distinzione tra la persona e la cosa risulta annullata. Sembra allora utopistico pretendere di fare luce su tali questioni attraverso degli studi che non potrebbero che basarsi su posizioni parziali e transitorie, su dati incerti per chi nasce e diventerà adulto, su circostanze che potrebbero determinare un possibile malessere che dimora ampiamente nell'ambito della psiche di ciascuno di noi. E' inevitabile che il diritto se ne debba interessare. Il nostro Paese ha vissuto e vive il problema della trascrizione o meno dell'atto di nascita formatosi in altro Pae-

se ove la surroga è consentita e nel quale risultino genitori persone anche dello stesso sesso o single.

Diverse sentenze e ordinanze nella prima decade del 2000 ritennero che la trascrizione fosse possibile in quanto la surroga non violava l'ordine pubblico, che andava riferito esclusivamente ai principi supremi o fondamentali della nostra Carta costituzionale, vale a dire a quelli che non potrebbero essere sovvertiti da legislatore ordinario. E fra questi non rientrava il divieto della surroga, stabilito in base alla l. 40/2004 e dalla stessa sentenza della Corte costituzionale del 2014, in merito alla legittimità della procreazione eterologa.

Queste decisioni giurisprudenziali nell'ammettere la trascrizione si richiamavano prevalentemente anche all'interesse del minore, ritenuto come principio di rilevanza costituzionale primaria che si sostanzia nel suo diritto alla continuità dello status filiationis, validamente acquisito all'estero.

Si sottolinea come il mancato riconoscimento della filiazione, già avvenuto in altro Paese, determinerebbe una "situazione giuridica claudicante", che rappresenterebbe un rilevante ostacolo per il rispetto dell'identità personale del minore, che non vedrebbe riconosciuti in Italia i diritti derivanti da entrambi i genitori. Irrilevante, altresì, la norma secondo cui è madre colei che ha partorito (art. 269 c.c., comma 3), considerato che la regola non costituisce un principio fondamentale di rango costituzionale e, pertanto, non essendo punibile una tale violazione in base al principio di ordine pubblico.

A questo orientamento successivamente si è discostata gran parte della giurisprudenza civile (per tutte: Cass. Sezione Unite n. 12193/2019 e Corte cost. n. 33/2021), negando la possibilità che i figli nati all'estero con la pratica della surroga possano essere riconosciuti in Italia, dato che la tecnica, vietata dalla legge italiana, è contraria all'ordine pubblico. E si riscontrano diverse critiche in



merito all'indirizzo della Corte EDU, favorevole a che il migliore interesse del bambino giustifica anche la illegittimità di una eventuale decisione nazionale di allontanare il nato dai genitori committenti, aprendo un percorso di adozione verso una nuova famiglia.

Di contro, queste sentenze contrarie alla trascrizione escludono tra l'altro che il divieto si ponga in contrasto con la tutela dell'interesse del minore, che si realizza proprio attribuendo la maternità a colei che partorisce.

Il divieto della trascrizione, sarebbe in conflitto con il principio dell'interesse del minore, soltanto al fine di privilegiare la tutela della verità biologica. E viene da osservare che la decadenza dalla potestà genitoriale dei soggetti che si sono avvalsi di queste tecniche procreative trasforma per atto del giudice il nato in 'figlio di nessun genitore', una situazione che può essere solo subita dall'ordinamento.

Tanto più che non può essere trascurato il principio che in tutte le decisioni rela-

tive ai minori di competenza delle pubbliche autorità, compresi i tribunali, deve essere riconosciuto rilievo primario alla salvaguardia del migliore interesse del minore, come espresso nella Convenzione universale dei diritti del fanciullo. Comunque, accanto all'interesse fattuale di un singolo bambino già nato andrebbe considerato anche l'interesse più oggettivo delle generazioni che nasceranno nei cui confronti dovrebbe essere deciso chiaramente dal legislatore, e non dalle mutanti ideologie dei giudici, se il nascere è un bene incomparabile in qualsiasi modo e a qualsiasi prezzo lo si ottenga. Se poi la scelta dovesse essere quest'ultima, coerentemente non vi dovrebbe essere mai alcun ostacolo alla vita nascente.

**ASSURDA LA DEFINIZIONE
DI "REATO UNIVERSALE"
TUTTAVIA LA SEPARAZIONE
TRA FILIAZIONE MATERNA
E GESTAZIONE PUÒ AVERE
CONSEGUENZE GRAVI
SULLA PSICHE**



I ricercatori dell'Ospedale Bambino Gesù e dell'Università di Oxford hanno identificato il meccanismo molecolare che crea malattie genetiche: «Maggiore è l'età del padre, più alto è il pericolo per il nascituro»

Con il papà anziano il Dna è più a rischio

LO STUDIO

Il rischio del nascituro di sviluppare malattie genetiche è più frequente se il papà ha un'età avanzata. A ribaltare la convinzione comune che ad incidere sui disturbi che hanno origine dall'alterazione di un gene sia l'età della mamma è un recente studio realizzato dal Bambino Gesù e dall'Università di Oxford e pubblicato sulla rivista *The American Journal of Human Genetics*. I ricercatori hanno di fatto identificato un nuovo meccanismo molecolare attraverso cui, alcune malattie rare, diventano più frequenti.

Queste "nuove mutazioni", responsabili della comparsa di numerose malattie genetiche, sono trasmesse prevalentemente per via paterna. Le probabilità aumentano col progredire dell'età poiché le cellule che danno origine agli spermatozoi contenenti la mutazione (spermatogoni) si replicano nel corso della vita quindi aumentano con il passare degli anni. Ma non solo.

I DONATORI

Le cellule portatrici del gene mutato possono presentare un cosiddetto "vantaggio clonale". In pratica si replicano più delle cellule sane rendendo maggiore il rischio di trasmettere una malattia rara ai propri figli. Lo studio internazionale multicentrico è stato condotto analizzando i campioni di 18 pazienti diagnosticati con sindrome di Myhre e dei loro genitori e quelli di donatori anonimi di età compresa tra i 24 e i 75 anni. Sono stati analizzati anche i dati anagrafici di 35 nuclei familiari di pazienti ame-

ricani con sindrome di Myhre.

«Si tratta di risultati rilevanti non solo per le importanti implicazioni in ambito di consulenza genetica e di calcolo del rischio riproduttivo ma anche in termini di nuove conoscenze - spiega il Marco Tartaglia, responsabile dell'Unità di Genetica Molecolare e Genomica Funzionale dell'Ospedale - lo studio dimostra la presenza di espansione clonale in associazione a mutazioni che colpiscono una proteina che opera al di fuori della via di segnalazione precedentemente associata a questo fenomeno. Questa scoperta suggerisce che, con l'aumentare dell'età paterna, più meccanismi molecolari possono contribuire ad accrescere la probabilità di trasmissione al nascituro di un gene mutato potenzialmente causa di malattia».

Le malattie genetiche sono causate da mutazioni che possono colpire uno o più geni. Queste mutazioni possono essere ereditate da uno o da entrambi i genitori o insorgere spontaneamente durante il processo di replicazione del DNA direttamente nelle cellule dell'embrione. Le mutazioni ereditate, a loro volta, possono provenire dal corredo genetico originale di uno o di entrambi i genitori o possono insorgere de novo nelle cellule staminali germinali paterne e materne da cui derivano gli spermatozoi e gli ovociti. In questo caso è uno dei due genitori a trasmettere il gene mutato (generalmente il padre) che causa la malattia del nascituro nonostante la mutazione non appartenga al loro corredo genetico originario.

LA DIVISIONE

Lo studio dei ricercatori si è concentrato sulla sindrome di Myhre, una malattia genetica rara causata da mutazioni nel gene SMAD4 che insorgono negli spermatozoi (bassa statura, sordità, anomalie oculari e del viso). Si tratta di mutazioni che si verificano spontaneamente durante la divisione delle cellule germinali staminali durante il processo di replicazione del DNA. Gli studiosi dell'area di Genetica Molecolare e Genomica Funzionale dell'ospedale pediatrico romano hanno dimostrato che le mutazioni che provocano questa malattia hanno sempre origine paterna.

I ricercatori del MRC Weatherall Institute of Molecular Medicine dell'Università di Oxford hanno poi evidenziato come queste mutazioni conferiscano un vantaggio proliferativo alle cellule germinali staminali determinandone l'espansione clonale. Questa maggiore divisione cellulare è un processo per alcuni aspetti simile a quello che si osserva nelle cellule del cancro e aumenta le probabilità che uno spermatozoo porti una mutazione che causa la malattia. Tale ri-



schio aumenta con l'aumentare dell'età paterna.

IL MECCANISMO

Infine, grazie a studi di caratterizzazione funzionale, i ricercatori del Bambino Gesù hanno individuato il meccanismo molecolare che conferisce alle cellule staminali germinali portatrici del gene SMAD4 mutato il vantaggio proliferativo.

Queste mutazioni, infatti, causerebbero l'iperattivazione di una via di segnalazione intracellulare, nota come cascata MAPK, che generalmente viene attivata in risposta allo stimolo di fattori di crescita, proprio come accade frequentemente in molte malattie oncologiche.

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MARCO TARTAGLIA GUIDA L'UNITÀ DI GENETICA MOLECOLARE: «QUESTE PATOLOGIE SONO CAUSATE DA MUTAZIONI SU DIVERSI GENI»

IL LAVORO SI È CONCENTRATO SULLA SINDROME DI MYHRE CHE SI MANIFESTA CON SORDITÀ, ANOMALIE OCULARI O DEL VISO

I NUMERI

25

In migliaia i nati ogni anno con down congeniti in Italia. Sorgono dal concepimento o dalla gravidanza.

50

Le malattie rare che possono essere individuate dallo screening al momento della nascita.

7-8

In migliaia sono le patologie rare che, solo nel nostro Paese, riguardano circa 2 milioni di persone.

3

Mililitri di sangue prelevati dal tallone alla nascita bastano per diagnosticare una malattia rara.

70%

Dei pazienti a cui è stata diagnosticata una malattia rara, fra sotto i 10 anni il 72% ha origine genetica.

40%

Delle malattie rare ha una componente neurologica e coinvolge il sistema nervoso e il cervello.

1

Caso ogni due mila abitanti questa è la condizione che nel nostro Paese definisce una malattia rara.



Sopra, in alto a destra, Tiziano Ovesti presidente dell'Ospedale Bambino Gesù



Carne rossa sotto accusa: alza il rischio di diabete 2

LO STUDIO

Li consumo di carne, in particolare di quella lavorata e di quella rossa non lavorata, è un fattore di rischio per lo sviluppo del diabete di tipo 2. Lo conferma una maxi meta-analisi condotta dai ricercatori dell'University of Cambridge School of Clinical Medicine su quasi due milioni di adulti in 20 Paesi e pubblicate sulla rivista scientifica *Lancet*

Diabetes and Endocrinology.

Lo studio indica che il consumo di carne lavorata, carne rossa e pollame ha aumentato il rischio di diabete di tipo 2 in Nord America, Europa, e Pacifico Occidentale. Mentre l'associazione tra consumo tra pollame e diabete di tipo 2, pur se presente era più debole. «Questa ricerca», è scritto nella ricerca, «evidenzia l'importanza di ridurre il consumo di carne e dovrebbe essere inserita nelle linee guida dietetiche».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'esame del sangue



MALATI DI CARENZA DI FARMACI

di Carmine
Gazzanni
e Flavia
Piccinni

Farmaci carenti. Indisponibili. Ritirati. Genericamente mancanti. Attualmente nel nostro Paese sono oltre tremila le molecole che, al 20 agosto secondo l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), non arrivano nelle farmacie creando una valanga di disagi, e spesso producendo una caccia al tesoro che va ad arricchire società estere che, complice l'aumento esponenziale delle molecole introvabili, moltiplicano i loro bilanci. Si va dalla Farmacia del Vaticano a quella di San Marino, per approdare al big del sistema FarmaMondo, oltre 100 anni di esperienza, cuore logistico e aziendale a Chiasso, spedizioni in 80 Paesi. A cominciare, naturalmente, dall'Italia.

«Facciamo un po' di chiarezza perché la questione è complessa» esordisce Filippo Anelli, medico di famiglia e presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici. «A volte capita che alcuni farmaci siano irrimediabili, magari perché la produzione non è adeguata alle richieste, o perché si sono verificate difficoltà produttive o a causa di provvedimenti regolatori. Si tratta però di situazioni transitorie, come accaduto per l'Amoxicillina sciroppo o il Creon. Ci sono poi quelle

irreversibili, determinate da terapie basate su medicinali non reperibili nel nostro Paese. In questo caso il quadro cambia». E il paziente si trasforma in un segugio, mettendo mani al portafogli pur di non cambiare cura.

Esemplare il caso di Cristina Barbuti, emiliana, che ha una cadenza fissa con la prescrizione necessaria alla madre, paziente cronica, che in Italia è fuori commercio: «Per reperire il Tofranil per mia mamma» spiega, «devo andare ogni tre mesi a San Marino. Prendo la macchina, mi faccio i miei 200 chilometri, e acquisto il farmaco. È complicato? Molto. Mi fa piacere? Per niente. Ma non ho alternative. Ho parlato con lo specialista che da anni la cura, ma cambiare trattamento potrebbe portare a rompere il già precario equilibrio delle sue giornate».

Simile la storia di Miriam Pirini, sarda, che invece ricorre alla spedizione via

..

posta: «Mando la ricetta dello specialista via email a San Marino e pago in contrassegno il Dipiperon, il farmaco che uso da tanti anni e che mi permette di vivere in modo sereno. Solitamente in due giorni



mi arriva a casa, e poco importa per i venti euro del corriere». In questa caccia al tesoro è ricercatissima - per questioni meramente logistiche - la Farmacia Vaticana, nata nel 1874 come riserva di medicinali per il Papa e i cardinali, e oggi punto di riferimento - come spiegano senza giri di parole - per «chiunque abbia bisogno di medicinali ed in particolare di quelli esteri non reperibili in Italia». Con mille metri quadri di esposizione, la farmacia gestisce circa 40 mila referenze e - sempre stando ai dati ufficiali - «riceve ogni giorno una media di duemila persone, delle quali più del 50 per cento proviene dall'esterno dello Stato della Città del Vaticano». Un business da svariati milioni di euro.

«Nel silenzio totale ci troviamo davanti a un'emorragia silenziosa di denaro che esce dalle tasche degli italiani per finire in quelle di farmacie internazionali» commenta un buyer di medicinali che pretende l'anonimato. «Si tratta di un giro di affari poco noto che viene presentato come una risposta ai bisogni dei pazienti, e invece è fatto esclusivamente sulla loro pelle. Si tratta di un problema storicizzato nel sistema, che evidenzia l'assoluta follia del mercato: un prodotto reperibile nel cuore di Roma, alla Farmacia del Vaticano, è praticamente introvabile in tutta la Capitale e nel resto del nostro Paese. Qualcuno potrà notare come sia attiva una procedura di emergenza che, in accordo con le Asl locali, permette di importare determinati medicinali. Ma si tratta di pratiche spesso farraginose e con tempi lunghissimi, che non riescono a rispondere alle necessità tempestive di chi sta male e che sovente vengono sconsigliate dagli stessi operatori».

Emblematico il caso dell'atomexitina, principio attivo

utilizzato principalmente per il trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Adhd) nei bambini, negli adolescenti e negli adulti.

«Venduto sotto il nome commerciale di Strattera per la produzione di Eli Lilly, appartiene alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina (Nri) e a differenza degli stimolanti, che sono comunemente usati per trattare l'Adhd, non è una sostanza stimolante e agisce aumentando i livelli di noradrenalina nel cervello. Insomma è fondamentale per chi soffre di queste patologie, peccato che nel nostro Paese sia ormai introvabile e così migliaia di persone devono reperire questo preparato o l'equivalente pagando di tasca propria dai 50 ai cento euro a confezione» aggiunge il buyer.

Effettivamente la commercializzazione di Strattera - iniziata nel 2013 con la rimborsabilità totale a carico del Sistema sanitario nazionale - è stata interrotta il 30 settembre 2023. Secondo la nota diramata dall'azienda d'accordo con Aifa, la motivazione «è dovuta a limiti di fornitura e non a problemi di sicurezza o di efficacia». Ed è così che, come prassi, dopo la scadenza dei lotti in commercio, non sono più stati disponibili nuovi farmaci e i pazienti hanno cominciato a vagare alla ricerca della molecola.

«Prima di sottolineare i rischi dell'acquisto di medicine all'estero, serve una premessa doverosa: anche un solo paziente italiano che in grave difficoltà e di certo molto preoccupato, sia costretto a rivolgersi ad altri Stati per reperire un farmaco, rappresenta una ferita a quell'universalismo che è uno dei punti di orgoglio del nostro Servizio sanitario nazionale, e che rende l'Italia un baluardo di civiltà a livello mondiale» ragiona Andrea

Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani (Fofi). «Detto questo» prosegue Mandelli, già parlamentare di Forza Italia «l'irreperibilità di alcune specialità medicinali è a volte un dato di fatto, ma grazie a un Tavolo tecnico sulle indisponibilità è nato un agile vademecum dal titolo *Non si trova*, consultabile da chiunque sul sito dell'Aifa. In ogni caso, anche nei casi di effettiva indisponibilità, il cittadino può contare su una rete di professionisti, spesso attivata proprio dal farmacista, che l'obiettivo di non interrompere comunque la terapia dispensata: o fornendo al paziente un'alternativa di cura, naturalmente validata dal medico, oppure facendo sì che il prodotto mancante o un suo analogo siano reperiti all'estero, ma sempre sotto la supervisione dell'Agenzia italiana del farmaco, che deve autorizzare l'importazione. I pazienti dovrebbero affidarsi con fiducia alla rete approntata in Italia per le situazioni di carenza di medicine, e non tentare di aggirarla per cercare di procurarsi oltrefrontiera quelle di difficile approvvigionamento. Scavalcare la competenza delle Autorità sanitarie equivale ad acquistare all'estero farmaci la cui sicurezza ed efficacia non sono state valutate dall'Aifa». Un rischio che è meglio non correre. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Andrea Mandelli, presidente della Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani (Fofi), chiede cautela nel fare acquisti all'estero.



Le farmacie italiane sono circa 20 mila.



RIVOLUZIONE NELLA SANITÀ

Stop alla fuga dei medici

La Regione ha approvato una clausola che blindi i camici bianchi
Per cinque anni niente «porte girevoli»

Al via la nuova procedura di autorizzazione all'assunzione dei sanitari nelle Asl
L'obiettivo è evitare il continuo fuggi fuggi

Nell'Azienda Roma 6 da gennaio si sono dimessi tre professionisti al mese
In molti non accettano la destinazione

... La Regione approva una clausola che evita il fuggi fuggi dei medici dalle Asl. Prima di cinque anni i camici bianchi non potranno cambiare Azienda.

Sbraga a pagina 17

RIVOLUZIONE NELLA SANITÀ

Al via una nuova procedura di autorizzazione all'assunzione dei camici bianchi

La Regione blindi i medici Per cinque anni niente «porte girevoli»

Approvata una clausola che impedisce il fuggi fuggi dalle Aziende

ANTONIO SBRAGA

... Questa casa (della salute) non è un albergo e, contro le «porte girevoli» dei continui passaggi di medici da un ospedale a un'Asl (e viceversa), ora arriva anche nel Lazio la clausola che stoppa il fuggi-fuggi dei camici bianchi neo-assunti almeno nel loro primo quinquennio da dipendenti. La Regione ha infatti approvato una «nuova procedura di autorizzazione all'assunzione del personale del Servizio Sanitario Regionale». Stabilendo che ogni «bando di concorso deve prevedere la clausola per cui il vincitore della procedura si impegna a rimanere in servizio presso l'Azienda di destinazione per almeno 5 anni». Una novità che arriva dopo «l'elevato numero di gradua-

torie concorsuali, a valenza regionale, nelle quali numerosi candidati idonei hanno rinunciato all'assunzione a causa della sede di destinazione, rendendo di fatto vana la procedura di reclutamento con valenza regionale». Perché c'è chi, come può, migra subito nelle aziende ospedaliere più prestigiose, lasciando troppi organici scoperti, soprattutto nelle aziende più periferiche delle 5 province. Per questo motivo ora la Regione, per cercare di «ridurre il pendolarismo dei professionisti della salute», valuterà «caso per caso, l'opportunità di autorizzare la procedura concorsuale in forma singola o aggregata tra più Aziende, la cui graduatoria possa avere valenza regionale tenendo conto delle peculiari esigen-

ze assunzionali delle diverse aziende presenti sul territorio e dell'elevato numero di differenti profili professionali e discipline mediche da reclutare». Come al Pronto Soccorso del policlinico Tor Vergata che, «per fronteggiare gravi e perduranti carenze di personale medico deputato alla gestione delle attività assi-



stenziali nell'ambito dell'Area dell'Emergenza - Urgenza per dimissioni/trasferimenti» non ha trovato, in tutta la Regione, una graduatoria aperta dove poter attingere per coprire il fabbisogno immediato. A scriverlo è la stessa azienda che, «a fronte dell'impossibilità di ricorrere a graduatorie di concorso/avviso nella disciplina, come dimostrato dall'inutile tentativo di acquisire le unità autorizzate dalla Regione Lazio mediante le graduatorie di merito del Concorso pubblico per la copertura a tempo pieno e indeterminato di 152

posti di Medico» del gennaio scorso, si è trovata costretta a indire un «avviso pubblico per la copertura a tempo determinato di 13 posti di Medico». Anche all'ospedale Sant'Andrea sono aumentati i buchi e le conseguenti «esigenze di copertura della turnazione del pronto soccorso e di soddisfazione dei livelli clinico-assistenziali impongono di aumentare il numero degli incarichi libero professionali». Quindi l'azienda ha dovuto «aumentare a 16 il numero degli incarichi libero professionali da attribuire a medici da destinare al Dipartimento D'Emergenza e Urgenza». Bottino ben più magro per il «Grassi» di Ostia: solo un medico per il pronto soccorso e 4 per i codici minori (bianchi e verdi) nel bando

aperto anche ai camici bianchi in pensione. Mentre al San Camillo, «stante il perdurare della grave carenza di organico», l'azienda ha dovuto approvare un «Progetto di produttività aggiuntiva volto a garantire la copertura dei turni del Pronto Soccorso», con gettoni ai medici interni disponibili a fare gli extra «pari a 80 euro l'ora». Gettoni esterni, invece, nell'Asl Roma 5 di Tivoli che, «in considerazione del perdurante stato di grave carenza in organico di 22 medici», ha provveduto alla «aggiudicazione servizio di guardia attiva di pronto soccorso diurna e/o notturna con turni di 12 ore occorrente al dipartimento di emergenza, per un importo di

un milione e 100 mila euro» ai camici bianchi gettonisti presi in «noleggio» da una società privata. CONFERENZA REGIONALE

Novità
Arriva dopo l'elevato numero di graduatorie nelle quali i candidati idonei hanno rinunciato per la destinazione

1

Medico
All'ospedale Grassi c'è solo un sanitario al pronto soccorso e quattro per i codici minori

80

Euro
Questa la cifra che deve pagare l'ora per gli extra il San Camillo ai medici interni

22

Camici bianchi
È la carenza di organico sanitario all'Azienda sanitaria Roma 5 di Tivoli



Via Cristoforo Colombo
La sede della Regione Lazio

