



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**11 Settembre 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



## “La Maddalena”, Francesco Cascio nuovo direttore sanitario

*La notizia, pubblicata in anteprima dal Quotidiano di Sicilia, dell'ennesima tappa professionale prestigiosa per il medico e politico, ex presidente dell'Ars.*

2014



PALERMO. **Francesco Cascio** (nella foto) è il nuovo direttore sanitario de “**La Maddalena**” di Palermo, struttura specializzata a carattere oncologico. La notizia, pubblicata in anteprima dal **Quotidiano di Sicilia** è l'ennesima tappa professionale prestigiosa per l'ex presidente dell'Ars. Laureato in “**Medicina e Chirurgia**” nel 1994, con specializzazione in Odontostomatologia, in Igiene Medicina Preventiva e Direzione Ospedaliera, da dieci anni Cascio è dirigente di 1° livello all'Asp di Palermo, dove ricopre il ruolo di direttore dell'Unità Operativa Complessa “PTA Centro”. Incarico per cui ha richiesto l'**aspettativa** dal primo settembre, appunto poter ricoprire il nuovo ruolo all'ospedale La Maddalena.

Al ministro servono 4 miliardi per evitare la fuga dei medici e arginare l'emergenza del sistema

## Per la sanità restano solo le briciole A rischio le assunzioni di Schillaci

IL RETROSCENA

PAOLO RUSSO

**I**l braccio di ferro tra Schillaci e Giorgetti sui finanziamenti per la sanità rischia di annacquare il piano del ministro della Salute di assunzioni in asl e ospedali, senza il quale resta un'utopia anche l'abbattimento delle liste di attesa. Schillaci di miliardi ne chiede 4, il titolare dell'Economia non vorrebbe andare oltre i due, in aggiunta al miliardo in più già previsto dalla finanziaria di quest'anno per il 2025. Questo mentre lo stesso Def 2024 stima per il prossimo anno una spesa di 141,8 miliardi, distanti anni luce dai 135 per ora sul piatto, ma ben al di sotto anche dei 137 che Giorgetti sarebbe disposto a finanziare.

Con questi numeri è evidente che buona parte delle misure proposte da Schillaci rischia di essere riposte nel cassetto, anche se all'Economia sarebbero disponibili a far crescere il fondo sanitario un po' di più negli anni successivi.

Ma l'emergenza personale è ora e per questo il ministero della Salute, pur tenendosi

basso, punta ad assumere in tre anni circa 10 mila medici e 20 mila infermieri. Una operazione che da sola vale proprio 4 miliardi, pur se spalmati in un triennio. Soldi che non verrebbero però distribuiti a pioggia ma sulla base di un meccanismo di calcolo dei fabbisogni di medici e infermieri che i tecnici della Salute stanno mettendo a punto insieme all'Agenas, per fare in modo che le regioni più indietro raggiungano almeno gli standard minimi di personale per posto letto e le altre si avvicinino invece a quelli ritenuti ottimali. Questo calcolando però anche quanto vengono utilizzati i letti ospedalieri, perché oggi i dati in possesso del Dicastero mostrano che in uno stesso ospedale ci sono reparti che occupano non più di due letti su dieci mentre altri sono in costante overbooking. Insomma, un modo per non distribuire i soldi a pioggia ma destinarli solo dove effettivamente servono. Solo che con la cura dimagrante che vorrebbe imporre Giorgetti non si andrebbe oltre una pioggerellina di risorse, lon-

tane da quelle necessarie a realizzare il Piano del collega della Salute. Che tra l'altro è composto anche di altri punti considerati essenziali. Tanto per cominciare 380 milioni servirebbero per detassare al 15% l'indennità di specificità che percepiscono tutti i medici ospedalieri e solo gli infermieri che ricoprono ruoli dirigenziali. Per i primi significa portare a casa un aumento di 250 euro mensili,

per i secondi appena 50. Soldi con i quali Schillaci spera di arginare la fuga dei professionisti dall'Ssn.

Un miliardo e 200 milioni servono per finanziare la messa in sicurezza degli ospedali, dopo che pari somma è stata depennata dal Pnrr per finire nel vecchio fondo per l'edilizia sanitaria, consumato da parte delle regioni e giudicato non fruibile se non alle calende greche dalle altre.

Un miliardo secco servirebbe invece per aggiornare i Drg, le tariffe per il rimborso dei ricoveri vecchie di 20 anni e che spesso non coprono nem-

meno i costi degli interventi. Per questo Schillaci vuole riadeguarle ai tempi, anche per non implementare le liste di attesa, visto che il privato tende a non eseguire ricoveri dove ci rimette scaricandoli così sugli ospedali pubblici.

Poi c'è la spesa per i farmaci ospedalieri, che quest'anno ha sfiorato di 3,2 miliardi il tetto di spesa. Somma che per metà finisce sul groppone delle regioni e per l'altra metà deve essere ripianata dalle imprese farmaceutiche per via del payback. L'obiettivo in questo caso è ottenere almeno un ritocco verso l'alto del tetto di spesa per un valore di 2-300 milioni. Altri 100 milioni andrebbero alla lotta alle antibiotico-resistenze, a cominciare dai test di controllo in ingresso negli ospedali per isolare i portatori di superbatteri che non rispondono più alle terapie.

Al Cdm di lunedì si capirà fino a che punto Giorgia Meloni sarà disposta a rispondere soldi alla mano all'attacco delle opposizioni sul definanziamento della sanità. —

**141,8**  
La spesa in miliardi per la sanità prevista dal Def, Giorgetti però non andrà oltre i 137



Orazio Schillaci, ministro della Salute dall'ottobre 2022



## INTERVISTA AL SEGRETARIO CISL SBARRA

Serve un contributo di solidarietà sulle multinazionali di energia, farmaceutica, logistica, digitale, banche e assicurazioni

# «Più risorse sulla sanità»

Tra le proposte per la Manovra lo stop ai tagli alla salute e il rinnovo di tutti i contratti

LEONARDO VENTURA

••• Segretario Luigi Sbarra, parte la Manovra, cosa chiede la Cisl al governo nell'impostazione del provvedimento?

«Di convocarci per discutere

insieme delle priorità da inserire nel Piano pluriennale di riforme e investimenti richiesto dalla Commissione Europea agli stati in infrazione come il nostro. Un documento che indicherà le linee strategiche che il nostro Paese intende seguire negli anni decisivi del post-Pnrr. Bisogna ritrovarsi in un percorso condiviso su obiettivi comuni».

E nel merito della Manovra?

«Sinora sono circolate ipotesi confuse, fughe di notizie, smentite da parte del governo. Per questo chiediamo alla premier Meloni di convocarci per fare chiarezza su molte questioni aperte, cercando soluzioni comuni. Devono essere riconfermate alcune misure che abbiamo conquistato in questi anni, a partire dalla riduzione del cuneo contributivo per le fasce medio-popolari e dell'accorpamento delle prime due aliquote Irpef. Bisogna dare continuità alla defiscalizzazione dei frutti della contrattazione, partendo da premi di risultato, welfare contrattuale, fringe benefit. Occorre garantire il pieno riallinea-

mento delle pensioni all'inflazione. Serve anche un forte investimento su pubblico impiego, sanità, scuola, enti locali, ricerca e l'impegno forte a rinnovare subito i contratti pubblici. Chiediamo maggiore risolutezza su politiche industriali, infrastrutture e terziario allargato e interventi a favore della famiglia e della natalità, come pure risorse adeguate per attuare e finanziare la legge sulla non autosufficienza. Va ripreso in mano il dossier pensio-

ni».

Come intervenire sulla previdenza?

«Siamo contrari a interventi penalizzanti su chi ha maturato i requisiti per andare in pensione. Il dossier deve tornare sul tavolo di Palazzo Chigi ed essere oggetto di confronto con le parti sociali. Abbiamo fatto delle proposte precise sulla pensione di garanzia per i giovani, un sostegno alla previdenza complementare, forme di maggiore inclusione e flessibilità per donne, lavori gravosi e di cura».

Sanità si parla di un possibile finanziamento aggiuntivo al capitolo sanità. Cosa ne pensa e a chi dare priorità?

«Ben venga uno stanziamento aggiuntivo di risorse per la sanità pubblica. È quello che chiede la Cisl in particolare rispetto ad una lunga stagione bipartisan di tagli sconsiderati. Servono più investimenti, bisogna fare buona programmazione e progettualità, assumere e stabilizzare medici ed infermieri, investire sulla medicina territoriale e di prossimità anche per tagliare le liste di attesa, assicurare i livelli essenziali in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale. Bisogna porre il tema di un universalismo palesemente mortificato e di una sanità pubblica che va messa in cima all'agenda nazionale».

Taglio contributivo confermato ma cosa serve ancora per arricchire la busta paga dei lavoratori dipendenti?

«Per rilanciare i consumi bisogna aumentare salari e pensioni, e per incrementare le retribuzioni bisogna metter mano alla produttività, elevandola e redistribuendola. Significa anche rinnovare tutti i contratti, compreso quelli pubblici. Vuol dire metter mano a investimenti che spezzino disconomie sedimentate geografiche e sociali. In tema di relazioni industriali occorre estendere la contrattazione decentra-

ta ai settori ancora scoperti, rafforzando il legame tra salari e produttività attraverso modelli più partecipativi. Il governo deve fare la sua parte promuovendo queste evoluzioni e tagliare drasticamente la pressione fiscale sui ceti medi e popolari. C'è un ventaglio di azioni da mettere in atto. E per coordinarle serve un Patto o Contratto Sociale. Vale per l'Italia e vale per l'Europa».

vendo queste evoluzioni e tagliare drasticamente la pressione fiscale sui ceti medi e popolari. C'è un ventaglio di azioni da mettere in atto. E per coordinarle serve un Patto o Contratto Sociale. Vale per l'Italia e vale per l'Europa».

Pensa che il compito del governo sarà più difficile vista l'esiguità delle risorse a disposizione?

«Abbiamo fatto delle proposte precise anche su questo nodo delle risorse. Si può e si deve intervenire sulla spesa pubblica improduttiva ed anche sulla montagna di incentivi dati a pioggia alle imprese. Risorse che invece dovrebbero essere orientate sulle realtà che applicano e rispettano i contratti, praticano partecipazione, investono su formazione e sicurezza. Serve poi un forte contrasto all'evasione e all'elusione fiscale. E bisogna puntare su un contributo di solidarietà, non una tassa, sulle multinazionali dell'energia, farmaceutica, logistica, economia digitale, banche e assicurazioni, con una maggiore tassazione sulla finanza speculativa e sulle grandi rendite immobiliari. Poi c'è in campo la nostra proposta di istituire un fondo di investimento sull'economia reale composto da risparmi privati adeguatamente garantiti dallo Stato e con precisi rendimenti».

Priorità

Investimenti su pubblico impiego, sanità, scuola, ricerca e interventi a favore della famiglia e della natalità



L'ANALISI

## SANITÀ, ECOSISTEMI DA STUDIARE E VALORIZZARE

di **Sergio Dompè** — a pagina 16

L'analisi

# SANITÀ, ECOSISTEMI DA VALORIZZARE

di **Sergio Dompè**

Il sistema sanitario italiano è una risorsa fondamentale per il Paese. La salute della propria popolazione è, infatti, il primo requisito per lo sviluppo economico e sociale, come sottolineato alla chiusura del G20 di Roma del 2022 con l'espressione "Health is Wealth". Oggi, a fronte dell'aumento delle esigenze di salute di un Paese con crescenti aspettative di vita – ulteriore conferma della qualità del nostro sistema sanitario – non si può però evitare il tema della sua sostenibilità economica. Sciogliere questo nodo è necessario se vogliamo consentire alle Regioni di spendere al meglio le risorse per la salute, superando i vincoli odierni che creano uno stallo nella possibilità di migliorare i servizi ai cittadini.

Negli ultimi mesi si è parlato molto di autonomia differenziata e dei cosiddetti LEP, i "livelli essenziali delle prestazioni" citati dall'art. 117 della Costituzione, pilastro per la realizzazione della riforma a tutela dei diritti dei cittadini. Per evitare lo stallo su posizioni pro o contro, credo sia utile ricordare che da sempre l'Italia mostra ampi spazi di autonomia regionale nel campo della salute. Mi riferisco alle competenze assegnate alle regioni in tema di sanità. La crescente importanza assunta da questi enti di governo sulla salute pubblica si è rivelata la conditio sine qua non per offrire una

risposta sempre più vicina alle esigenze dei cittadini.

Assegnare competenze alle Regioni significa, infatti, rispondere più rapidamente alle esigenze delle comunità: una scelta che, nel caso della sanità, è risultata coerente con il concetto di "prossimità" espresso anche dalla "Missione Salute" del PNRR e dal conseguente DM 77/2022 che ne attua i principi.

I recenti dati ALTEMS, del resto, mostrano come alcuni Sistemi riescano a valorizzare, pur con modelli diversi, le proprie leve di eccellenza, migliorando i servizi destinati ai pazienti. In Lombardia, per esempio, la filiera delle Scienze della Vita – che oggi vale il 13% del Pil regionale – ha contribuito all'incremento delle risorse destinate alla salute pubblica cosicché, tra il 2012 e il 2020, la spesa sanitaria pubblica in prevenzione è quasi raddoppiata nel rispetto dell'equilibrio di bilancio. La regione, inoltre, può contare su 19 IRCCS, di cui 14 privati accreditati che, attraverso una consolidata collaborazione pubblico-privato, sostengono l'intero SSR in un percorso di sviluppo e innovazione, garantendo cure d'eccellenza.

Ancora la Lombardia, pur mantenendo livelli di spesa sanitaria pro capite allineati alla media nazionale (2.260 quella italiana, 2.266 quella lombarda), e spendendo, per singolo cittadino, meno di molte altre regioni

italiane e di alcune delle economie europee più avanzate (Germania: 5.086 euro; Paesi Bassi: 4.715 euro; Francia: 3.852 euro), si distingue per l'efficienza del rapporto tra risorse investite e risultati clinici. La valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) mostra che la Lombardia registra un'aspettativa di vita e un tasso di popolazione in buona salute superiori alla media nazionale, oltre a riportare tassi di mortalità inferiori alla media nazionale, sia nelle patologie infettive che in quelle oncologiche, fino alle cardiovascolari, come nel caso della mortalità ad un anno da infarto miocardico acuto. Siamo perciò di fronte a un modello da studiare perché in grado di mantenere elevato nel tempo il profilo tra spesa e "Healthy Life Years" anche rispetto a Paesi Ue con livelli di spesa maggiori.

Oggi, purtroppo, i criteri di distribuzione delle risorse e la riduzione costante del rapporto



tra spesa sanitaria pubblica e Pil limitano il potenziale di questo sistema di rispondere ai bisogni concreti della popolazione. Un confronto serio e costruttivo su come far evolvere il sistema italiano della salute deve perciò mirare a individuare un nuovo modello di ripartizione delle competenze per valorizzare gli ecosistemi più virtuosi e accompagnare l'Italia tutta verso un percorso teso a standard di eccellenza.

Il tema delle risorse è ovviamente importante, ma se preso da solo rischia di polarizzare l'attenzione del

dibattito pubblico, mentre quello di cui dobbiamo discutere è un ripensamento del modello sanitario necessario ad affrontare le sfide della contemporaneità.

Concordare la cessione di nuove competenze su materie cruciali non può e non deve, quindi, essere considerato un tabù. Da oltre 20 anni le regioni operano in questa direzione, concorrendo al mantenimento dei LEA, con la supervisione del Ministero della Salute e del "Nuovo Sistema di Garanzia". Potrebbe essere questo il metodo a cui ispirarsi per ridefinire gli equilibri tra regioni e Stato

centrale. I dati ci mostrano che nuove forme di coinvolgimento dei territori possono porre le basi per un modello regionalistico più efficace e inclusivo, innescando un nuovo percorso di sviluppo delle competenze delle amministrazioni regionali.

*Vicepresidente di Assolombarda*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### IL PERCORSO

**Va individuato un nuovo modello di ripartizione delle competenze per valorizzare gli ecosistemi più virtuosi**



**In linea.** In Lombardia i livelli di spesa sanitaria pro capite sono allineati alla media



I LASCITI DELLA SINISTRA

## Speranza, 80 nomine fatte a tempo scaduto

**TOMMASO MONTESANO**

I ministri che lasciano i loro dicasteri non sono tutti uguali. Come è noto, Gennaro Sangiuliano si è dimesso da ministro della Cultura. E prima di lasciare piazza del Collegio Romano, ha firmato un decreto con la nomina di 18 componenti della "commissione film". Il Pd e gli altri (...)

segue a pagina 5

## E LA SINISTRA ATTACCA SANGIULIANO

# Le 80 nomine fuori tempo di Speranza

L'ex ministro della Salute ha continuato a designare dirigenti e rappresentanti anche dopo le dimissioni di Draghi

segue dalla prima

**TOMMASO MONTESANO**

(...) partiti dell'opposizione hanno gridato allo scandalo, chiedendo al governo di riferire in Parlamento: «Atti sospetti, un ennesimo schiaffo al regolare iter istituzionale». E giù un profluvio di dichiarazioni contro l'«informata di nomine» dell'«ultim'ora» e «il blitz dell'ex ministro».

A livello di reazioni non si ricorda altrettanto zelo, però, quando le «nomine» "fuori tempo" - addirittura 80 - sono state effettuate, ad esempio, dall'allora ministro della Salute del governo Draghi, Roberto Speranza. La successione degli eventi è decisiva. L'esecutivo di unità nazionale guidato dall'ex governatore della Banca d'Italia si dimette, dopo un dibattito in Parlamento e un colloquio con il presidente della Repubblica, il 21 luglio 2022. Dimissioni accettate da Sergio Mattarella, che - come da comunicato del Quirinale e come da prassi - chiede al governo di restare «in carica per il disbrigo degli affari correnti». Da quel momento inizia la campagna elettorale sotto l'ombrellone, con gli italiani che si recheranno alle urne il successivo 25 settembre per le elezioni politiche che poi decreteranno il successo del centrodestra e l'ingresso a Pa-

lazzo Chigi di Giorgia Meloni. Il governo della presidente di Fratelli d'Italia giura il 22 ottobre successivo. E due giorni più tardi Speranza passa formalmente le consegne al suo successore, Orazio Schillaci.

**GLI «AFFARI CORRENTI»**

Ricapitolando: dal 21 luglio, giorno delle dimissioni di Draghi, al 22 ottobre, giorno del cambio della guardia al ministero della Salute, opportunità e galateo istituzionale avrebbero voluto che Speranza si fosse astenuto dal muoversi al di fuori del «disbrigo degli affari correnti». Invece in capo al ministro dell'emergenza Covid risultano ben 80 interventi a governo dimissionario. Tra questi, alcuni saranno stati senz'altro dettati da scadenze tecniche improrogabili, ma resta il fatto che la quantità fa discutere tanto più che ora l'opposizione muove rilievi a Sangiuliano per 18 investiture.

Lo stesso 21 luglio, ad esempio, il giorno dell'addio di Draghi, Speranza si muove ben nove volte: nomina i rappresentanti del ministero nel



collegio sindacale delle aziende socio sanitarie territoriali di Pavia e Valle Olona; delle aziende sanitarie locali di Frosinone, Brindisi, Lecce, Taranto e Potenza; dell'azienda ospedaliera degli ospedali riuniti di Foggia; dell'azienda di tutela della salute della Val Padana. Il giorno dopo sostituisce, nel collegio sindacale degli Ifo - gli Istituti fisioterapici ospitalieri -, Michela Azzone con Andrea Urbani. Tre giorni dopo, il 25 luglio, nomina il rappresentante del ministero presso il collegio sindacale dell'Azienda di tutela della salute di Pavia e designa i componenti dei consigli di indirizzo dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti (Inpm).

Non passa giorno senza che vi sia una designazione: due il 26 luglio, quattro il 28 luglio, due il 29 luglio.

Speranza conferisce incarichi di «livello dirigenziale», designa «rappresentanti del ministero della Salute», nomina «un componente del consiglio di amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco». Particolarmente prolifica la giornata del 5 agosto: Speranza firma sette nomine. Il ministro va avanti fino all'11 agosto. Poi, presumibilmente per la pausa estiva, tutto si blocca fino al 22 agosto, quando termina l'iter per la nomina di Stefano Lorusso a direttore generale della programmazione sanitaria.

## IL RUSH FINALE

Il 25 settembre gli italiani vanno alle urne, il centrodestra vince e Draghi si appresta a cedere la campanella per presiedere il consiglio dei ministri a Giorgia Meloni (la cerimonia

avverrà il 23 ottobre). Al ministero della Salute Speranza tira dritto: il 27 settembre nomina il rappresentante per il collegio sindacale dell'azienda socio-sanitaria di Melegnano-Martesana; il 28 fa lo stesso con quella di Oristano; due giorni dopo interviene sul consiglio di indirizzo e verifica dell'Istituto nazionale per le malattie infettive (Spallanzani). Il 12 ottobre sostituisce due componenti dell'Ordine dei biologi, il 18 - quattro giorni prima del giuramento del nuovo governo - designa il rappresentante del ministero nel collegio sindacale dello stesso "Spallanzani" e in quello dell'azienda socio-sanitaria di Valtellina e Alto Lario. Poi arriva Schillaci.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ex ministro della Salute dei governi Conte 2 e Draghi, Roberto Speranza (Fotogramma)





IL TRIBUNALE DI FIRENZE HA SOLLEVATO LA QUESTIONE DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE

# Procreazione assistita per single, rinvio alla Consulta

**A**ncora una volta tocca alla Corte costituzionale pronunciarsi sulla Legge 40, la norma che regola la Pma (la procreazione medicalmente assistita) e in particolare sull'articolo 5 che sancisce lo stop all'accesso alle tecniche da parte di persone single. Il Tribunale di Firenze ha sollevato la questione di legittimità costituzionale nell'ambito di un procedimento portato avanti da Evita, una donna single 40enne di Torino, che aveva richiesto di poter accedere alla Pma in un centro di fecondazione assistita in Toscana. La donna è assistita dal team legale dell'Associazione Coscioni, coordinato da Filomena Gallo, avvocatessa e segretaria dell'associazione. La giudice ha rimesso la questione alla Consulta, ritenendo che ci siano sufficienti motivi per dubitare della legittimità dell'articolo 5 della legge 40, che

consente l'accesso alle tecniche di fecondazione medicalmente assistita esclusivamente alle coppie di sesso diverso e non anche alle persone single. La donna, cui era stato negato l'accesso alla fecondazione eterologa con donatore anonimo, ha contestato, tramite i suoi legali, il diniego come una violazione dei suoi diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione e dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. Il Tribunale ha ritenuto che questa esclusione violi principi costituzionali come il diritto all'uguaglianza, alla salute e alla libertà di autodeterminazione. La giudice ha infatti sottolineato come, in diversi Paesi europei, le tecniche di fecondazione assistita siano accessibili anche a donne single e ha evidenziato l'irragionevolezza di un divieto che può essere aggirato tramite il "turismo procrea-

tivo", prassi che consente di accedere a queste tecniche all'estero. «La Corte Costituzionale non autorizzi la nascita di figli orfani per legge, cosa che invece accadrebbe se proprio la Consulta dicesse di sì all'accesso delle donne single alla procreazione medicalmente assistita - dichiara Antonio Brandi, presidente di Pro Vita & Famiglia onlus - Auspichiamo, dunque, che la Corte rigetti questa istanza, così come in passato ha negato un inesistente "diritto" all'utero in affitto. Allo stesso modo, infatti, in questo caso il punto fondamentale non è la pretesa di un adulto ad avere un figlio a tutti i costi, anche privandolo fin dalla nascita di un padre, ma è il diritto naturale di ogni bambino a nascere da una madre e un padre e ad avere e crescere con entrambi. La Corte non operi quindi un'ennesima ferita sulla legge

40/2004, dopo aver abbattuto in passato già numerosi paletti». Nel procedimento in Corte costituzionale, oltre alla Associazione Coscioni, è stata ammessa dai giudici anche un'altra donna, Serena, 36enne di Brescia, che ha ricevuto un diniego, da parte di 2 centri di fecondazione assistita, alla sua richiesta di poter accedere alla Pma da donna single.

**Nel mirino il caso di Evita, 40enne sola. Pro Vita: «Non si legittimi la nascita di figli orfani»**



**BAMBIN GESÙ PALERMO**

**Due neonati morti  
in corsia: chirurgo  
con due condanne**

○ CAIA E MANTOVANI A PAG. 15

# Al Bambino Gesù di Sicilia 2 bimbi morti e 2 condanne

**TAORMINA** Il primario cardiocirurgo Agati giudicato responsabile in primo grado, insieme ad altri, per entrambi i casi: "Errori gravi"

## MALASANITÀ

» Saul Caia  
e Alessandro Mantovani

**A** leggere gli atti sembra un film dell'orrore. Luigino aveva appena 10 giorni ed è morto dopo un intervento al cuore che forse non era necessario, durante il quale gli hanno chiuso per errore l'arteria polmonare. Beatrice, nemmeno cinque mesi, secondo i capi d'imputazione è morta perché l'hanno operata senza fare una Tac di controllo che avrebbe consentito di vedere meglio un'anomalia dell'arteria polmonare e consigliato un altro tipo di intervento.

**DUE CASI SICILIANI**, due processi complicati da colpi di scena e scontri fra i periti, conclusi in primo grado con due condanne per i medici. Una a maggio e l'altra pochi giorni fa. Tutte e due le volte in sala operatoria c'era lo stesso cardiocirurgo pediatrico, Salvatore Agati detto "Sasha", 52 anni, noto e stimato primario del San Vincenzo di Taormina ma dipendente del Bambino Gesù di Roma. L'ospedale del Vaticano gestisce infatti il Centro cardiologico Mediterraneo insieme all'A-

zienda sanitaria pubblica (Asp) di Messina. Secondo la convenzione, il Bambino Gesù dovrebbe mandare i suoi specialisti in Sicilia, ma Agati era lì anche prima: gli hanno solo cambiato casacca. In quattro mesi l'hanno condannato due volte per omicidio colposo. Pena sospesa, naturalmente. "Sentenze ingiuste, le impugneremo", promette l'avvocato Gaetano Scalise, presidente delle Camere penali di Roma e legale storico del Bambino Gesù, che è andato a difendere Agati in Sicilia. La prescrizione incombe.

L'ultima sentenza è del 6 settembre. Quattro medici condannati a Messina per la morte di Beatrice Morici, operata a Taormina e poi trasferita a Roma dove è deceduta il 30 agosto 2018. Due anni e mezzo al cardiocirurgo Felice Davide Calvaruso e due ad Agati, all'anestesista Simone Reale e al cardiologo pediatrico Andrea De Zorzi. I genitori, assistiti dagli avvocati Antonio Cozza e Nicodem

demo Gentile, sono usciti dal processo dopo una transazione da 700 mila euro, 500 mila pagati dall'Asp e 200 mila dal Bambino Gesù. "Nessun riconoscimento di responsabilità", precisa Scalise. Per le motivazioni della sentenza bi-

sognerà attendere, la perizia racconta una diagnosi incerta e un intervento deciso in fretta, durato molto a lungo, con complicanze gravissime.

Luigino Messina era nato il 4 luglio 2016 di 34 settimane, dunque leggermente prematuro. Pesava solo 950 grammi mentre la gemellina era stata più fortunata. Aveva problemi respiratori e d'altro genere, sia pure non gravissimi. Al Garibaldi-Nesima di Catania hanno deciso di operarlo per chiudere il dotto di Botallo, un condotto arterioso che di norma si chiude da solo subito dopo la nascita, ma a volte no. Hanno chiamato i cardiocirurghi da Taormina, il più giovane Fabrizio Gandolfo primo operatore e Agati secondo. Chissà perché il primario è sempre in posizione defilata. Invece del dotto di Botallo hanno chiuso l'arteria polmonare: "L'intervento va male e non per il decorso in sé, ma proprio per un grave errore esecutivo", si legge nella sentenza



pronunciata a maggio dal giudice Santino Mirabella di Catania. Il risultato è che il bambino non respira e il giudice rileva che i medici se ne accorgono in ritardo. Luigino muore. Entrambi i chirurghi sono stati condannati a 14 mesi. Assolto, invece, il cardiologo che aveva dato l'indicazione per l'intervento, che secondo i periti non era indispensabile perché potevano bastare i farmaci.

Agati è sempre al suo posto, con *il Fatto* ha preferito non parlare. "Ha fatto mille interventi,

due sono andati male", taglia corto Scalise. In entrambi i casi l'indicazione chirurgica è sembrata un po' frettolosa, anche senza insinuare che si puntava troppo a fare i numeri. "Mistificazioni", dice l'avvocato. Ma le condanne non aiutano il centro di Taormina, retto da una convenzione che subì rilievi dell'Anac per l'affidamento diretto al Bambino Gesù, poi superati. Resta aper-

to "in deroga" da quando la Regione Siciliana guidata da Renato Schifani ha puntato sulla nuova cardiocirurgia pediatrica del Civico di Palermo in convenzione con il Gruppo San Donato, il primo della sanità privata in Italia. Il decreto Balduzzi ne prevede solo una ogni 5 milioni di abitanti ma ci sono anche altre deroghe.

**NELL'ISOLA  
L'OSPEDALE  
VATICANO  
E I RIVALI DEL  
SAN DONATO**

**LA STRUTTURA  
D'ECCELLENZA  
E I PROCESSI**

**SALVATORE AGATI** detto Sasha è dal 2014 il primario di Cardiocirurgia pediatrica al Centro Mediterraneo dell'ospedale San Vincenzo di Taormina (Me). È una struttura considerata d'eccellenza, gestita in convenzione dal Bambino Gesù di Roma con l'Asp di Messina. Fino a due anni fa era l'unica Cardiocirurgia pediatrica della Sicilia, ora ce n'è un'altra all'ospedale Civico di Palermo, in convenzione con il Gruppo San Donato. Agati è stato condannato con altri medici per la morte di due bimbi molto piccoli, operati al cuore nel 2016 e nel 2018



**In Sicilia**  
Il Centro  
cardiologico  
pediatrico  
Mediterraneo  
è a Taormina  
FOTO ANSA

